

# **Prístupy v komplexnej podpore** detí a žiakov s viacnásobným postihnutím

**Jana Hrčová**

**Prístupy v komplexnej podpore detí a žiakov  
s viacnásobným postihnutím**



Jana Hrčová

**Prístupy v komplexnej podpore detí a žiakov  
s viacnásobným postihnutím**



Ružomberok 2020

© PaedDr. Jana Hrčová, Ph.D.  
© VERBUM – vydavateľstvo KU

**Recenzenti**

Doc. PaedDr. Barbora Kováčová, PhD.

**Autor**

PaedDr. Jana Hrčová, Ph.D.

**Sadzba**

Mgr. Milan Pudiš, PhD.

**Návrh na obálku**

Doc. PaedDr. Barbora Kováčová, PhD.

VERBUM – vydavateľstvo Katolíckej univerzity v Ružomberku  
Hrabovská cesta 5512/1A, 034 01 Ružomberok  
<http://ku.sk>, [verbum@ku.sk](mailto:verbum@ku.sk)

**ISBN 978-80-561-0806-2**

# OBSAH

ÚVOD.....	7
1 TEORETICKÉ PARADIGMA.....	9
1.1 Charakteristika viacnásobného postihnutia.....	9
1.1.1 Ťažké a hlboké mentálne postihnutie.....	13
1.1.2 Detská mozgová obrna.....	16
1.1.3 Hluchoslepota.....	19
1.1.4 Poruchy autistického spektra (PAS).....	21
1.2 Ťažké a viacnásobné postihnutie.....	24
1.3 Legislatívny rámec vzdelávania žiakov s ťažkým a viacnásobným postihnutím.....	29
2 PRÍSTUPY V EDUKÁCII ŽIAKOV S ŤAŽKÝM A VIACNÁSOBNÝM POSTIHNUTÍM.....	35
2.1 Metodické aspekty edukácie a sprostredkovanie kurikula.....	35
2.2 Prístupy na podporu senzoriky.....	41
2.2 Prístupy v oblasti motoriky.....	52
2.4 Prístupy v oblasti komunikácie a interakcie s prostredím.....	55
2.5 Liečebná rehabilitácia ako súčasť edukačného procesu žiakov s ťažkým a viacnásobným postihnutím.....	63
3 ANALÝZA PODMIENOK EDUKAČNÉHO PROCESU.....	68
3.1 Determinanty plánovania a organizácie edukačného procesu.....	68
3.2 Interdisciplinárna spolupráca.....	72
3.3 Materiálne zabezpečenie edukačného procesu.....	77
4 PRÍSTUPY V PODPORE ŽIAKOV S ŤAŽKÝM A VIACNÁSOBNÝM POSTIHNUTÍM V KONTEXTE INTERDISCIPLINÁRNEJ SPOLUPRÁCE.....	81
4.1 Ciele a metodológia výskumného šetrenia.....	81
4.2 Charakteristika výskumného súboru.....	83

4.3	Analýza kategórií a vzťahov .....	85
5	DISKUSIA A ZÁVERY .....	118
5.1	Vyhodnotenie výskumných otázok .....	118
5.2	Odporúčania pre teóriu, prax a ďalší výskum .....	127
	ZÁVER .....	130
	RESUME .....	132
	REFERENCIE .....	134

# ÚVOD

Predkladaná vedecká monografia sa zameriava na vybrané prístupy v komplexnej podpore a edukácii detí a žiakov s viacnásobným postihnutím. Vychádzame z celostného prístupu k týmto jednotlivcom a potreby zaistenia ich komplexnej podpory v rámci edukácie. Jej cieľom je analyzovať aj jeden z determinantov komplexnej podpory, ktorým je interdiscipinárna spolupráca. Deti a žiaci s viacnásobným postihnutím a zvlášť tí s ťažkým a viacnásobným postihnutím sú veľmi heterogénnou cieľovou skupinou. Z ich heterogenity, respektíve závažnosti postihnutia vyplýva aj rôznorodosť ich potrieb a komplexnosť potrieb. Na ich naplnenie je potrebné zaistiť multidisciplinárny tím.

Teoretická časť vedeckej monografie vymedzuje základné termíny a vzťahy týkajúce sa spomínanej cieľovej skupiny. Vysvetľuje aktuálny model postihnutia a na základe toho vymedzuje jednotlivca s viacnásobným postihnutím z rôznych pohľadov, vrátane sociálneho a pedagogického modelu viacnásobného postihnutia. Osobitný priestor je venovaný kategórii jednotlivcov s ťažkým a viacnásobným postihnutím, ich špecifikám a potrebám. Neopomína ani iné diagnózy, ktoré sami o sebe podmieňujú viacnásobné postihnutie. Tiež sú ponúknuté dva pohľady na vymedzenie tejto skupiny. Prvý, zameraný na závažnosť postihnutia/participujúcich postihnutí, úroveň ich schopností a druhý pohľad, ktorý vychádza z charakteristík a miery ich potrieb (osoby s komplexnými potrebami).

Predkladá prehľad a aktuálny stav poznania v rámci aplikácie jednotlivých pedagogických, intervenčných a terapeutických prístupov, ktoré sú integrálnou súčasťou komplexnej podpory a edukácie týchto žiakov. Zameriava sa na kľúčové oblasti rozvoja a podpory, ktorými sú senzorická, motorika, komunikácie, sprostredkovanie elementárneho kurikula a liečebná rehabilitácia. Osobitný priestor venuje aj ďalším aspektom podpory a edukácie, ktorými sú organizačné, materiálne a personálne aspekty.

Súčasťou vedeckej monografie sú výsledky kvalitatívneho výskumu, ktorého cieľom úrovne personálneho zabezpečenia a interdisciplinárny prístupov z pohľadu jednotlivých odborníkov. Zisťuje mieru zabezpečenia a spolupráce, zastúpenie jednotlivých pedagogických situácií (činností), spôsoby komunikácie a tímovej spolupráce jednotlivých odborníkov, zisťuje prekážky a príležitosti na zlepšenie tímovej spolupráce a dopady personálneho zabezpečenia a najmä



tímovej spolupráce na edukačný proces ako taký (jeho metodickú a organizačnú stránku), dopady na žiaka samotného a prínosy pre ostatných členov tímu. Výskum je realizovaný metódou pološtruktúrovaných rozhovorov s jednotlivými odborníkmi podieľajúcimi sa na edukácii a podpore žiakov s ťažkým a viacnásobným postihnutím. Informácie sú spracované prostredníctvom analýzy jednotlivých kategórií a vzťahov vzniknuté otvoreným a axiálnym kódovaním pološtruktúrovaných rozhovorov.

Súčasťou sú závery a diskusia k získaným dátam a ich možným súvislostiam. Ktoré prinášajú rozšírenie výskumnej paradigmy špeciálno-pedagogickom ponímaní, a to v problematike využitia informačných a komunikačných technológií v edukácii žiakov s ťažkým a viacnásobným postihnutím v 21.storočí.

# 1 TEORETICKÉ PARADIGMA

## 1.1 Charakteristika viacnásobného postihnutia

Svetová zdravotnícka organizácia uvádza, že viac ako miliarda ľudí na svete, približne 15 %, má nejakú formu postihnutia. Z toho 110 – 190 miliónov ľudí starších ako 15 rokov má závažné ťažkosti vo fungovaní ([www.who.int](http://www.who.int)). Títo jednotlivci sú minoritnou skupinou a bez ohľadu na vek si vyžadujú špecifický prístup a podporu pri ich vzdelávaní a fungovaní v spoločnosti. Zákonitosťami výchovy a vzdelávania jednotlivcov so špeciálnymi výchovno-vzdelávacími potrebami, ktoré plynú z postihnutia alebo narušenia sa zaoberá špeciálna pedagogika (Valenta, in Valenta, et al. 2014; Vašek, 2008; Vitková, in Opatřilová, Nováková, et al. 2012). Pozornosť venuje aj reedukácii, kompenzácii, (re)habilitácii, diagnostike, prognostike, prevencii, (re)socializácii, intervencii, inklúzii osôb s postihnutím (Valenta, M. in Valenta, M. et al 2014). Predmetom záujmu špeciálnej pedagogiky sú okrem jednotlivcov s postihnutím aj osoby so sociálnym znevýhodnením či nadaním a talentom (porov. Slowik, J. 2007; Vašek, 2008; Valenta, in Valenta, et al. 2014).

V nemeckej odbornej literatúre sa špeciálna pedagogika označuje ako *Sonderpädagogik* alebo *Behindertenpädagogik*, prípadne na označenie jednotlivých oblastí špeciálnej pedagogiky sa používajú popisné názvy ako: *Geistigbehindertenpädagogik* (pedagogika mentálne postihnutých), *Mehrfachbehindertenpädagogik* (pedagogika viacnásobne postihnutých), *Körperbehindertenpädagogik* (pedagogika telesne postihnutých), atď. V anglo-americkom priestore sa používa pojem „*special education*“, ktorý podľa Zigahna (2014) môže byť v závislosti od krajiny chápaný v troch líniách: ako strešný pojem pre špeciálnu pedagogiku (pozn.: pedagogiku osôb s postihnutím), ako pojem pre špeciálne vzdelávanie (vzdelávanie v špecializovaných inštitúciách oproti vzdelávaniu v bežných vzdelávacích inštitúciách a ako pojem pre špeciálne výchovno-vzdelávacie potreby.

Pojem postihnutie alebo choroba nie je jednoduché vymedziť. Ako uvádza Mohr (2011) doteraz nebola predložená jednotná a všeobecne uznaná vedecká definícia postihnutia. Môžeme však vychádzať z definície a poňatia postihnutia Svetovej zdravotníckej organizácie, ktorá popisuje postihnutie ako fenomén ovplyvnený rôznorodými faktormi. Medzinárodná klasifikácia funkcií, postihnutia a zdravia z roku 2001 – *International classification of functioning, disability and health* (ICF) - mení náhľad na postihnutie ako také. Zdôrazňuje

skôr schopnosť fungovania u človeka. Hovorí o troch rovinách: telesné funkcie a štruktúry, aktivita a participácia. Všetky tri roviny môžu v pozitívnom alebo negatívnom zmysle ovplyvniť zdravie človeka, jeho možnosti aktivity a celkovej účasti. Participácia zahŕňa nasledujúce oblasti: učenie a aplikácia vedomostí, všeobecné úlohy a požiadavky, komunikácia, mobilita, sebaobsluha, domáci život, interpersonálne interakcie a vzťahy, významné životné oblasti, spoločenský, sociálny a občiansky život. Okrem toho významnú rolu zohrávajú aj environmentálne faktory a osobnostné faktory. Postihnutie možno chápať ako strešný pojem pre poškodenia telesných štruktúr a funkcií, obmedzenia v aktivite a obmedzenia v participácii (Mohr, 2011).

Uvedený náhľad opúšťa medicínsky a na deficity orientovaný model postihnutia, ktorý bol prezentovaný v Medzinárodnej klasifikácii poškodení, postihnutí a handicapov – *International Classifications of Impairments, Disabilities and Handicaps (ICIDH)* a opiera sa o bio-psycho-sociálny model postihnutia a na jednotlivca orientovaný model (porov. Bernasconi, Böing, 2015; Mohr, 2011; Vitková, in Ošlejšková, Vitková, et al. 2013).

O viacnásobnom postihnutí možno podľa Simacek et al. (2018) hovoriť aj vtedy, ak sú narušené najmenej dve z nasledujúcich oblastí: komunikačná, kognitívna, fyzická (motorická) a/alebo senzorická.

Opatřilová (2013) zastáva názor, že najmä závažnejšie poruchy majú tendenciu združovať sa a vyskytovať sa spoločne. Všeobecne platí, že čím je závažnejší stupeň mentálneho postihnutia, tým je vyššia pravdepodobnosť výskytu ďalšieho alebo ďalších postihnutí či narušení. Môže dôjsť ku kombináciám rôznych druhov a stupňov závažnosti jednotlivých postihnutí alebo narušení. Vďaka širokým možnostiam kombinácií vzniká veľmi heterogénna skupina jednotlivcov. D. Opatřilová, (2009) poznamenáva, že by sme nemali uvažovať o izolovaných alebo samostatných postihnutiach, pretože každé sa niečím komplikuje a kombinuje. Premietne sa minimálne do oblasti psychiky a oblasti sociálnych vzťahov. Podobný názor o čoraz zriedkavejšom výskyte izolovaných alebo samostatných postihnutí prezentuje aj Vašek (2006).

Jednotlivci s viacnásobným postihnutím sú predmetom dnes už samostatnej oblasti špeciálnej pedagogiky, a to pedagogiky viacnásobne postihnutých. Ako prelomové obdobie v starostlivosti o týchto jednotlivcov na Slovensku možno označiť 90-te roky 20. storočia. Predtým sa osobám s viacnásobným postihnutím nevenovala taká pozornosť, a skôr boli zahrnutí v ostatných oblastiach špeciálnej pedagogiky podľa dominantného postihnutia,

najmä pedagogiky mentálne postihnutých (Vašek, in Vašek, Vančová, A., Hatos, 1999; Vašek, 2008).

Podľa niektorých autorov napríklad Hallahan, Kauffman (2005); Vašek, (2006) tvoria jednotlivci, u ktorých sa v kombinácii postihnutí objavuje práve mentálne postihnutie najpočetnejšiu skupinu viacnásobne postihnutých. Ako ďalej uvádzajú Bergeest, Boenisch, Daut (2011); Fröhlich (2003), počet jednotlivcov s viacnásobným postihnutím narastá a čoraz častejšie sa medzi nimi objavujú ťažké formy postihnutia. Deje sa to aj vďaka pokroku prenatálnej a neonatologickej medicíny a úspešnosti resuscitácií.

Existuje mnoho definícií a termínov pre viacnásobné postihnutie. Napríklad Vašek (2006, s. 36-37) definuje viacnásobné postihnutie ako *„multifaktoriálne, multikauzálne a multisymptomatologicky podmienený fenomén, ktorý je dôsledkom participujúcich postihnutí, či narušení. Ich interakciou, či vzájomným prekryvaním vzniká tzv. „synergetický efekt“, t. j. nová kvalita postihnutia, odlišiteľná od jednoduchého súčtu prítomných postihnutí a narušení.“* Z pohľadu pedagogického môže byť za viacnásobne postihnutého považovaný ten jednotlivec, u ktorého súbežné postihnutia - kombinácia - zapríčiňujú tak závažné ťažkosti vo vzdelávaní, že nemôžu byť eliminované špeciálnym vzdelávacím programom určeným pre jedno z postihnutí (Hallahan, Kauffman, 2005). Z uvedeného vyplýva, že jednotlivci s viacnásobným postihnutím si vo vzdelávaní, ale aj v ostatných oblastiach podpory vyžadujú individuálny prístup, pretože u nich nie je možné uplatniť metódy a formy práce určené len pre jeden druh postihnutia (aj keď dominantný).

Príčiny viacnásobného postihnutia sú podobné ako aj príčiny samostatne sa vyskytujúcich postihnutí. Aj keď podľa Vítkovej (2001) v prípade viacnásobného postihnutia (obzvlášť ťažkých foriem) príčina nie je monokauzálna. Dochádza tu ku kumulácii faktorov a v dôsledku ich pôsobenia dôjde k ťažkému poškodeniu a nie je možné s istotou určiť hlavný faktor.

Aj napriek značnej variabilite tejto skupiny jednotlivcov boli v minulosti pokusy o kategorizáciu viacnásobných postihnutí podľa druhov jednotlivých postihnutí (Ludíková, 2005). V súčasnosti prevláda tendencia zoskupovať viacnásobné postihnutia do širších kategórií. V Českej republike bola pre potreby ministerstva školstva vytvorená takáto kategorizácia viacnásobných postihnutí:

1. Osoby, u ktorých je spoločným znakom mentálne postihnutie. To je pri rozhodovaní o spôsobe vzdelávania považované za dominantné.

2. Osoby s kombináciou telesných, zmyslových postihnutí s poruchami reči. V rámci tejto kategórie možno vyčleniť skupinu jednotlivcov s hluchoslepotou.
3. Osoby s diagnózou autizmus alebo autistické rysy (Franiok, 2008).

Na Slovensku sa o klasifikáciu viacnásobných postihnutí podľa dominantného postihnutia alebo narušenia pokúsil Vašek (2006), ktorý uvádza nasledovné skupiny:

1. Osoby s mentálnym postihnutím v kombinácii s ďalším postihnutím – tvoria najpočetnejšiu skupinu.
2. Osoby s hluchoslepotou – hluchoslepotu považuje za najťažšiu formu postihnutia.
3. Osoby s poruchami správania v kombinácii s ďalším postihnutím alebo narušením.

Taktiež Vančová (2010) vymedzuje dve pomerne široké kategórie jednotlivcov s viacnásobným postihnutím. Táto kategorizácia vychádza z prejavov postihnutí a ich dôsledkov na rozvoj osobnosti jednotlivcov a na ich socializáciu.

1. Ľahké viacnásobné postihnutie – u tejto skupiny jednotlivcov je cieľom dosiahnuť takú úroveň rozvoja osobnosti, že budú schopní žiť relatívne samostatný a nezávislý život a budú schopní sa primerane adaptovať alebo integrovať do spoločnosti s minimálnou mierou podpory. Špeciálna edukácia môže prebiehať aj v podmienkach bežnej školy. Prevažuje u nich verbálno-kognitívne a sociálne učenie. Proces rozvoja osobnosti môžeme u nich podporiť kompenzačnými, reedukačnými a stimulačnými postupmi.
2. Ťažké viacnásobné postihnutie – u týchto jednotlivcov dominujú postupy ako rehabilitácia, stimulácia, kompenzácia. Edukácia prebieha v špeciálnych školách a zariadeniach a je obmedzená na elementárne prvky. Cieľom je dosiahnuť takú mieru rozvoja osobnosti, že u jednotlivcov bude aspoň perspektíva samostatného fungovania v niektorých elementárnych a praktických situáciách. Prostriedkom sa stáva podnecovanie senzomotoriky, komunikácie, sociálnych zručností, sebaobsluhy... Dominantné je senzomotorické a reflexné učenie. Využitie kompenzačných pomôcok, úprava prostredia a striktná individualizácia je v tomto prípade nevyhnutná.

V tabuľke nižšie uvádzame jednotlivé kategórie osôb s viacnásobným postihnutím s doplnením o jednu novú kategóriu a to osôb s poruchami autistického spektra. Ide o skupinu, kde sa často krát vyskytujú aj iné pridružené diagnózy, poruchy alebo postihnutia, napríklad mentálne postihnutie.

Tabuľka 1. Skupiny viacnásobných postihnutí

Podľa postihnutia	Podľa dôsledkov postihnutia
Mentálne postihnutie a ďalšie pridružené postihnutie/porucha	Lahké viacnásobné postihnutie
Hluchoslepota	Ťažké viacnásobné postihnutie
Poruchy správania a ďalšie pridružené postihnutie/porucha	
Poruchy autistického spektra	

*Zdroj: vlastné spracovanie*

Ludíková (2005) menuje niektoré diagnózy, ktoré samotné predpokladajú vznik viacnásobného postihnutia. Ide o: mozgovú obrnu, Downov syndróm, Edwardsov syndróm, fetálny alkoholový syndróm, syndróm Cri-du-Chat, epilepsiu a iné.

V nasledujúcom texte budeme venovať priestor práve postihnutiam a poruchám, v dôsledku ktorých už z princípu môžeme ich nositeľa považovať za jednotlivca s viacnásobným postihnutím (ťažké a hlboké mentálne postihnutie, hluchoslepota) a tiež poruchám, ktoré sa kumulujú s inými a spôsobujú problémy vo fungovaní človeka v mnohých oblastiach (detská mozgová obrna a vybrané pervazívne vývinové poruchy ako detský autizmus).

### 1.1.1 Ťažké a hlboké mentálne postihnutie

Na označenie tejto skupiny jednotlivcov môžeme v tuzemskom a zahraničnom priestore nájsť rôzne termíny. Na označenie stavu, diagnózy sa v medicínskej praxi používa termín „mentálna retardácia“, „duševná zaostalosť“ – tento termín nájdeme v slovenskom preklade MKCH-10, pričom v praxi sa používajú obidva termíny ako rovnocenné. V nemčine sa používa termín „*Intelligenzminderung*“ – zníženie inteligencie. V praxi pomáhajúcich profesií sa uprednostňuje pojem „mentálne postihnutie“, „osoba/žiak s mentálnym postihnutím“. Definícií mentálneho postihnutia je viac. Každá z nich hovorí o oslabení intelektových schopností (IQ pod 70) a problémoch v adaptívnom správaní a fungovaní v rôznych oblastiach života. Nižšie budú uvedené tri určujúce poňatia mentálneho postihnutia podľa WHO, AAIDD a Americkej psychiatrickej asociácie.

Podľa MKCH-10 sa za mentálnu retardáciu „*pokladá zastavenie alebo nedokončenie vývinu intelektu. Porucha sa prejavuje počas vývinovej periódy a charakterizuje ju najmä poškodenie schopností patriacich k celkovej úrovni inteligencie, t. j. poznávacích, jazykových, pohybových a sociálnych schopností. Retardácia sa vyskytuje s inými psychickými či somatickými poruchami alebo bez nich.*“

AAIDD (American association of intellectual and developmental disabilities, pred tým AAMR) charakterizuje mentálne postihnutie ako „*intellectual disability*“ (už nepoužíva pojem mentálna retardácia) ako značné obmedzenie v oblasti tak intelektového fungovania, ako aj v oblasti adaptívneho správania, ktoré zahŕňa bežné pojmové schopnosti, sociálne a praktické zručnosti. Vzniká pred 18. rokom života ([www.aaid.com](http://www.aaid.com)).

K zásadnejším zmenám v chápaní mentálneho postihnutia došlo v 5. revízii Diagnostického a štatistického manuálu (DSM-5) vydaného v roku 2013. Pojem mentálna retardácia bol nahradený pojmom mentálne postihnutie, alebo, opierajúc sa o doslovný preklad, ide o postihnutie intelektu, „*intellectual disability*“. Mentálne postihnutie je definované ako: „*porucha objavujúca sa počas vývinového obdobia, ktorá zahŕňa deficity v intelektovej oblasti a v oblasti adaptívneho fungovania v koncepcnej, sociálnej a praktickej oblasti.*“ K zmenám došlo aj v poňatí klasifikácie stupňov mentálneho postihnutia. Kategórie zostali zachované, ale už nie je vymedzené IQ pre danú kategóriu.

Ak by sme sa bližšie pozreli na ťažké mentálne postihnutie z pohľadu MKCH-10, je preň dané rozpätie IQ 20 – 34 bodov. Vývinová úroveň dospelého človeka s týmto postihnutím zodpovedá veku 3 – 6 rokov. DSM-5 neurčuje ani rozpätie IQ, ani vývinovú úroveň. Definuje tieto deficity v praktickej oblasti: slabé porozumenie písanej reči, konceptov ako čísla, množstvo, čas, peniaze. Títo jednotlivci si vyžadujú rozsiahlu mieru podpory v riešení situácií. Sociálna doména popisuje značné obmedzenia v hovorenej reči, používanie izolovaných slov alebo fráz, ktoré môžu byť doplnené iným spôsobom. Jazyk skôr využívajú za účelom sociálnej komunikácie. Vzťahy s rodinnými príslušníkmi a známymi sú zdrojom radosti a pomoci. V praktickej oblasti si vyžadujú podporu pri bežných sebaobslužných a hygienických činnostiach. Nemôžu robiť zodpovedné rozhodnutia, vyžadujú neustály dohľad a podporu pri domácich aj pracovných činnostiach. Osvojovanie schopností si vyžaduje dlhodobé učenie a podporu.

Toto postihnutie má zväčša organickú etiológiu a často sa k nemu pridružujú ďalšie postihnutia: telesné, poruchy zraku alebo sluchu, prípadne

epilepsia. Poškodenie motoriky je rozsiahlejšie a viaže sa na poškodenie a nesprávny vývin CNS (Orieščiková, 2012), oneskoruje sa vývin už najzákladnejších motorických zručností ako sedenie, státie, chôdza (Hrebeňárová, 2013). Títo jednotlivci sú schopní chápať jednoduché súvislosti a vzťahy. Ich pozornosť je značne narušená a ovplyvnená je aj afektívna zložka osobnosti, čo sa prejavuje nestálosťou reakcií a impulzivitou. Niektorí jednotlivci zostávajú naopak pasívni s malou motorickou aktivitou. Môžu sa objavovať aj poruchy správania, v zmysle agresívneho a autoagresívneho správania, a stereotypné správanie (porov. Orieščiková, 2012; Říčan, Krejčířová, a kol. 2006; Vagnerová, 2008).

Hlbokému mentálnemu postihnutiu z pohľadu MKCH-10 zodpovedá výška IQ 19 bodov a menej. Vývinová úroveň u dospelých jednotlivcov prislúcha veku 0 – 3 roky. Pre porovnanie Pawlyn, Carnaby (in Pawlyn, Carnaby, eds. 2009); Ware (2003) hovoria o vývinovej úrovni 2 roky a menej. DSM-5 ani v tomto prípade neprirovnáva vývinovú úroveň alebo výšku IQ. Schopnosti v koncepcnej oblasti obsahujú skôr fyzický svet ako symbolické procesy. Môžu si osvojiť určité zrakovo-priestorové schopnosti ako triedenie a spájanie založené na fyzických charakteristikách. Pridružené zmyslové alebo telesné postihnutie môže brániť funkčnému zaobchádzaniu s predmetmi. V sociálnej oblasti je u nich značne obmedzená schopnosť porozumenia symbolickej komunikácii (reč, gestá). Dokážu ale porozumieť jednoduchým inštrukciám a gestám. Svoje túžby a emócie vyjadrujú neverbálne a cez nesymbolickú komunikáciu. Majú radosť zo vzťahov s dobre známymi osobami (rodinní príslušníci, odborníci, ktorí s nimi pracujú). Pridružené postihnutia môžu brániť mnohým sociálnym aktivitám. V praktickej oblasti sú odkázaní na nepretržitú pomoc a dohľad aj pri elementárnych činnostiach (fyzická starostlivosť, zdravie, bezpečnosť). Jednotlivci bez telesného postihnutia môžu asistovať a podieľať sa na niektorých jednoduchých domácich činnostiach (prenášanie predmetov). Môžu byť účastníci iných pracovných alebo voľnočasových aktivít, ako radosť z počúvania hudby, sledovania videa, prechádzky... Pridružené telesné alebo zmyslové postihnutie môže byť bariérou pre účasť na uvedených aktivitách.

Říčan, Krejčířová a kol. (2006) dopĺňajú emocionálne reakcie na okolité podnety, ide najmä o vyjadrenie spokojnosti (úsmev) a nespokojnosti (plač, stúpajúce napätie).

Etiológia je rôznorodá, najčastejšie sú príčinou ťažké neurologické ochorenia, vrodené alebo získané, ktoré majú statický alebo progresívny



charakter (Hollenweg-Gross, et al. 2014). U 85 % ľudí s hlbokým mentálnym postihnutím je prítomné zrakové postihnutie, predovšetkým vo forme centrálnej poruchy zraku a u 25 – 33 % je pridružené sluchové postihnutie. Aj napriek tomu môže byť diagnostika týchto postihnutí poddimenzovaná (Vlaskamp, Cuppen-Fontaine, 2007). Pomerne často sa pridružujú závažné neuromotorické dysfunkcie. U týchto jednotlivcov je vyššie riziko vzniku zdravotných komplikácií (Nakken, Vlaskamp, 2007). Poppes et al. (2010) vo svojej štúdií na 181 ľuďoch s hlbokým mentálnym postihnutím uvádza vysoký, až 85%, výskyt niektorej formy problémového správania: agresívneho, deštruktívneho, autoagresívneho alebo stereotypného správania. Prítomné môžu byť aj závažné formy porúch autistického spektra (Orieščiková, 2012). V takýchto prípadoch je nutná diferenciálna diagnostika, ktorá môže byť veľmi náročná, nakoľko sa ťažko určuje príčina určitých prejavov správania, hlavne z hľadiska toho, či sú sprievodným javom hlbokého mentálneho postihnutia alebo symptómom ďalšej poruchy. Okrem uvedených porúch a postihnutí sa u jednotlivcov s hlbokým mentálnym postihnutím objavuje maladaptívne správanie.

Ťažké a hlboké mentálne postihnutia možno rozpoznať na základe známej etiológie a výraznom, ľahko pozorovateľnom oneskorení vývinu už v kojeneckom období (Hrebeňárová, 2013; Lancioni, et al. in Matson, ed. 2009).

Viacerí autori v prípade tejto skupiny jednotlivcov hovoria o neuplatniteľnosti inteligenčných testov a výšku IQ považujú za nepodstatnú (porov. Hrebeňárová, 2013; Lancioni, et al. in Matson, ed. 2009; Nakken, Vlaskamp, 2007). V rôznych štúdiách zameraných na jednotlivcov s hlbokým mentálnym postihnutím výška IQ ani nebola uvedená, ale jednotlivci do daného pásma spadali vývinovo. Aj v psychologickej praxi sú títo jednotlivci do pásma ťažkého alebo hlbokého mentálneho postihnutia zaradení na základe pozorovania alebo na základe vývinových testov (vývinové škály). S vyššie uvedenými názormi sa stotožňujeme a rovnako si myslíme, že určovanie IQ alebo zaraďovanie do pásma ťažkého alebo hlbokého mentálneho postihnutia na základe rozpätia IQ nemá takú výpovednú hodnotu ako určenie vývinovej úrovne jednotlivca. Takáto forma môže byť dobrým východiskom pre výber vhodných stimulačných aktivít a vývinovo orientovanú podporu jednotlivca s ťažkým alebo hlbokým mentálnym postihnutím.

### **1.1.2 Detská mozgová obrna**

Detská mozgová obrna (ďalej len „DMO“) patrí medzi neurovývinové poruchy a možno ju definovať ako „*neprogresívny neurologický syndróm*

vyvolaný léziou nezrelého mozgu“ (Kraus, 2005 s. 35). Podobne sa o DMO zmiňujú aj Harčariková (2011) a Hinchcliffe (2007) a DMO definuje ako trvalú, ale nie nemennú poruchu pohyblivosti a postúry v dôsledku neprogresívneho poškodenia nezrelého mozgu (pred druhým rokom života). Vítek, Vítková (2010) uvádzajú prevalenciu detskej mozgovej obrny 2:1000 a nárast výskytu DMO aj z dôvodu zlepšenej neonatologickej starostlivosti.

Etiológia DMO je rozmanitá, pričom dochádza k pôsobeniu patogénnych faktorov počas pre-, peri-, postnatálneho obdobia. Nie vždy sú príčiny známe. Medzi najčastejšie rizikové faktory vzniku DMO radí Kozelková (2013) predčasný pôrod, kde pomerne veľká skupina detí s DMO je narodená pred termínom. Ďalší rizikový faktor je nízka pôrodná hmotnosť. Vítek, Vítková (2010) udávajú pôrodnú hmotnosť 2500 g ako rizikovú. Z ostatných rizikových faktorov možno spomenúť rôzne zápalové, bakteriálne ochorenia matky, hypertenzia matky, ochorenia štítnej žľazy, hypotrofia placenty. Z perinatálnych vplyvov sú to najmä asfyxie, dlhotrvajúce a komplikované pôrody, bilirubinémia. K postnatálnym faktorom patria najmä úrazy hlavy, zápalové ochorenia CNS, infekčné ochorenia (porov. Kozelková, 2013; Kraus, 2005; Harčariková, in Gogová, Harčariková, Krajčí, Németh, 2013).

Pri klasifikácii DMO môžeme v odbornej literatúre Harčariková (in Gogová, Harčariková, Krajčí, Németh, 2013); Kraus (2005); Vágnerová (2008); Vítek, Vítková (2010) nájsť základné delenie na spastické a nespastické formy. Zo spastických foriem sa najčastejšie vyskytuje hemiparéza. Ide o narušenie pohyblivosti jednej polovice tela, pričom závažnejšie je postihnutie hornej končatiny. Kognitívna kapacita závisí od poškodenej hemisféry. Asi polovica detí s poškodením na ľavej hemisfére vykazuje úroveň IQ spadajúceho do pásma ľahkej mentálnej retardácie. Diparetická forma DMO zasahuje dolné končatiny. Typická je nožnicovitá chôdza alebo kývanie sa do strán. Väčšina detí s diparetickou DMO má intelekt v norme. Najmenej priaznivú prognózu zo spastických foriem má kvadruparéza, ktorá postihuje dolné aj horné končatiny. Často sa tu pridružuje ťažké mentálne postihnutie alebo epileptické záchvaty, prípadne ďalšie poruchy. Z nespastických foriem DMO je to dyskinetická forma, ktorá je sprevádzaná nepotlačiteľnými, mimovoľnými pohybmi svalových skupín. Príčinou je porucha koordinácie a organizácie pohybov. Mimovoľné pohyby sa vo zvýšenej miere objavujú spolu s emóciami. Intelekt väčšinou nebýva znížený. Hypotonická forma je vývinová a postupne sa mení. Svalový tonus je znížený. Okolo 3. roku mizne, alebo sa mení na inú formu

DMO. V prípade, že symptómy pretrvávajú, sú väčšinou spojené s ťažkým mentálnym postihnutím.

DMO sa síce manifestuje hlavne poruchou pohyblivosti, ale jej celkový klinický obraz je veľmi heterogénny. U niektorých ide len o ľahšiu poruchu pohyblivosti, u iných je poškodenie mozgu rozsiahlejšie a ovplyvňuje aj ostatné zložky osobnosti. Pomerne často sa k DMO pridružujú ďalšie poruchy alebo postihnutia. Harčariková (in Gogová, Harčariková, Krajčí, Németh, 2013); Harčariková (2011); a Vančová (2010) hovoria o DMO ako o viacnásobnom postihnutí. U približne 2/3 prípadov sa vyskytuje mentálne postihnutie rôzneho stupňa. U väčšiny prípadov je narušená aj oromotorika, čo sa prejavuje častými poruchami reči (80 % prípadov), od ľahkých porúch artikulácie až po neschopnosť artikulovať. Typickou pre DMO je dyzartria, ktorá sa prejavuje nielen narušenou výslovnosťou, zrozumiteľnosťou, ale porušené je aj dýchanie a prozodické vlastnosti reči: tempo, rytmus, melódia. Epileptické záchvaty sa vyskytujú u viac ako 40 % prípadov. Pridružujú sa aj zrakové (približne 50 % prípadov) a sluchové postihnutie. Vo viacerých prípadoch sa manifestujú centrálné poruchy zraku alebo poruchy spracovania zrakových podnetov. Tieto sú sprevádzané skôr premenlivosťou videnia a ťažkosťami v rozlišovaní (porov. Kozelková, 2013; Opatřilová, 2010; Harčariková, in Gogová, Harčariková, Krajčí, Németh, 2013).

Dieťa s DMO môže mať problémy so spracovaním aj ostatných podnetov a so senzoricou integráciou. Týka sa to oblasti sluchového vnímania – lokalizácia zvukov, nedostatočné informácie o vlastnom tele a jeho častiach, čo sa snažia kompenzovať zrakom. Percepčné ťažkosti môžu viesť aj k nedostatočnému povedomiu o vzdialenosti, perspektíve, výške, vzťahu svojho tele voči prostrediu (Hinchcliffe, 2007). Okrem uvedených porúch a postihnutí sa v klinickom obraze DMO objavujú aj: nerovnomernosti vo vývine, skúsenostná deprivácia, neobratnosť, zvýšená pohyblivosť a nepokoj, emočná labilita, nesústredenosť, znížená predstavivosť (Opatřilová, 2010). S ohľadom na edukačný proces sú deti s DMO ľahšie unaviteľné, nepozorné. Učia sa náhodne a útržkovito, čo má za následok ťažkosti s uchovaním a vybavením informácie. Nedostatok sociálnych skúseností môže u nich viesť k problémom v správaní a k neprimeraným reakciám. Deti s DMO môžu reagovať infantilne a sú viac dráždivé (Vágnerová, 2008).

### 1.1.3 Hluchoslepota

Hluchoslepota alebo duálne senzorické postihnutie samo o sebe môžeme považovať za závažnú kombináciu postihnutí, najmä z pohľadu získavania informácií. Vašek (2008) ju považuje za najťažšiu formu viacnásobného postihnutia. Je vyčlenená ako samostatná skupina v rámci viacnásobných postihnutí. Nositeľov sluchového a súčasne zrakového postihnutia nie je mnoho, ale vyžadujú si o to vyššiu mieru podpory a špecifický prístup. Existujú dva typy kritérií na definovanie hluchoslepoty: medicínske a funkčné. Medicínske je zamerané na stav zraku a sluchu v zmysle poškodenia zmyslových orgánov. Funkčné hľadisko sa zameriava na dôsledky a vplyv na fungovanie jednotlivca v rôznych oblastiach života a na interakciu človeka s prostredím a potreby týchto jednotlivcov (porov. Horáková, 2012; Hricová, in Ošlejšková, Vítková, 2013; Tarcsiová, in Lukáč, 2013).

Hricová (in Ošlejšková, Vítková, 2013, s. 126) uvádza definíciu prijatú Európskou úniou hluchoslepých, kde hluchoslepota je charakterizovaná ako *„jedinečné postihnutie, ktoré je spôsobené rôznorodými kombináciami sluchového a zrakového postihnutia a spôsobuje ťažkosti pri komunikácii, sociálnej a funkčnej interakcii a zabraňuje plnohodnotnému zapojeniu do spoločnosti.“* Spôsobuje tiež problémy so získavaním informácií a pri orientácii v priestore ([www.lorm.cz](http://www.lorm.cz)).

S hluchoslepotou sa môžu súčasne vyskytovať aj ďalšie poruchy. Týka sa to najmä jednotlivcov s vrodenu hluchoslepotou. Výsledky štúdie realizovanej na dospeljej populácii jednotlivcov s vrodenu hluchoslepotou v Dánsku poukazujú na výskyt mentálneho postihnutia u tretiny skúmaných. Iné často zastúpené poruchy boli psychózy a poruchy nálad (Dammeyer, 2011). Niektorí autori Dammeyer (2011, 2014) alebo Hoevenaars van den Boom et al. (2009) vidia určité asociácie hluchoslepoty a autizmu. Spojitosť je najmä v prejavoch stereotypného správania, komunikácii, nadväzovaní kontaktu a sociálnej interakcii jednotlivcov s hluchoslepotou a ľudí, ktoré sú podobné ako pri autizme. Uvádzajú aj vyšší výskyt týchto prejavov a diagnóz autizmu u nevidiacich a ešte viac u nepočujúcich. Poukazujú ale na nevyhnutnosť diferenciálnej diagnostiky u detí s hluchoslepotou, pretože príčina prejavov správania je spôsobená zrakovým a sluchovým postihnutím súčasne.

Etiológia hluchoslepoty je rozmanitá, podobne ako pri ostatných postihnutiach a vo viacerých prípadoch nejasná. V neskorších fázach života sú to progredujúce poruchy zraku a sluchu (Horáková, 2012). Za zmienku ale stoja dva špecifické syndrómy, v ktorých symptomatológii sa objavuje aj súčasné

postihnutie zraku a sluchu. Ide o Usherov syndróm a CHARGE syndróm. Usherov syndróm je dedičné ochorenie sprevádzané vrodenuou poruchou sluchu (rôzny stupeň závažnosti podľa typu syndrómu) a postupnou stratou zraku v dôsledku pigmentovej degenerácie sietnice. U I. typu sa objavuje aj porucha rovnováhy. CHARGE syndróm je rovnako vrodenný, jeho názov je skratkou jednotlivých porúch: kolobóm, srdcová vada, atrézia, retardácia rastu a vývinu, hypoplázia genitálií, porucha sluchu sprevádzaná aj narušeným vnímaním rovnováhy (Dammeyer, 2012; Horáková, 2012).

Ide o veľmi heterogénnu skupinu jednotlivcov, ktorí si vyžadujú individuálny prístup pri edukácii, sociálnej rehabilitácii (porov. Ludíková, 2005; Hrebeňárová, Žolnová, in Lukáč, 20013). Určujúcim faktorom je v tomto prípade čas vzniku postihnutí, stupne závažnosti či prevládajúce postihnutie. Čím skôr dôjde k vzniku hluchoslepoty, tým je závažnejší dopad na fungovanie človeka. Vzhľadom na uvedenú skutočnosť je náročné vytvoriť jednotnú klasifikáciu osôb s hluchoslepotou. Klasifikácia môže byť vytvorená podľa rôznych hľadísk: stupeň závažnosti, čas vzniku, ktoré postihnutie sa objavilo skôr. Podľa stupňa závažnosti delí Ludíková (2005) hluchoslepých do piatich skupín: totálne hluchoslepí, prakticky hluchoslepí, nepočujúci slabozrakí, nevidiaci nedoslýchaví, nedoslýchaví slabozrakí. Horáková (2012) uvádza štyri skupiny podľa doby vzniku: osoby s vrodenným zrakovým a sluchovým postihnutím, osoby s vrodenným sluchovým postihnutím a získanou stratou zraku, osoby s vrodenným zrakovým postihnutím a so získanou stratou sluchu a osoby so získaným zrakovým a sluchovým postihnutím.

Okrem vyššie uvedených kategorizácii jednotlivcov s hluchoslepotou, môžeme pri ich delení do skupín zvažovať ešte nasledovné faktory:

- Úroveň činnosti a intelektu – od nízkej úrovne činnosti a intelektu po vysokú úroveň činnosti a intelektu.
- Spôsob komunikácie – hovorená reč, posunková reč, prstová abeceda až po tých, ktorí nemajú zvládnutú ani jednu z týchto foriem komunikácie (Hricová, in Ošlejšková, Vítková, 2013)

Zvlášť zásadné dopady na vývin a fungovanie dieťaťa má vrodenná hluchoslepotá skorá strata zraku a/alebo sluchu. Najmä ak k získaniu dôjde v období raného, prípadne predškolského veku. U takéhoto dieťaťa ešte nedošlo k dokončeniu rozvoja reči, ani k dostatočnému pochopeniu jazyka. To bude mať výraznejší dopad na porozumenie reči a komunikáciu. V prípade zraku zas ide o zachovanie zrakových predstáv a doterajších zrakových skúseností, ktoré nebudú trvalé. Jones (2002) uvádza ešte ďalšie charakteristiky týkajúce sa osôb

s vrodenu hluchoslepotou alebo tých, ktorí majú pridružené ešte ťažké postihnutie. Títo jednotlivci často zostávajú na prelinguistickej úrovni kvôli poškodeniu sluchu. Kvôli poškodeniu zraku dochádza k obmedzeniu explorácie a vyváraniu konceptov. Vedú ku kognitívnym deficitom a tie bránia rozvoju reprezentatívneho myslenia. Vedie k deficitom v hrubej a jemnej motorike a tie sťažujú/znemožňujú exploráciu a používanie prirodzených gest. A tiež vedie k závažným sociálno-emočným deficitom.

Jednou z kľúčových úloh v podpore a edukácii jednotlivcov s hluchoslepotou je budovanie komunikačných kompetencií a nájdenie vhodnej formy komunikácie. Podľa závažnosti postihnutia alebo prevládajúceho zrakového/sluchového postihnutia a individuálnych možností jednotlivca môže byť komunikácia budovaná na základe taktilného, sluchového alebo zrakového sprostredkovania informácií. V prípade, že nie je zachovaný zrak ani sluch sa ponúkajú taktilné formy komunikácie: referenčné predmety, plastické piktogramy, taktilná forma posunkovej reči, Lormova abeceda, Braillovo písmo na prsty ruky, taktilná forma posunkovej reči – tu sa vyžadujú adekvátne intelektové schopnosti. Reč je vhodná ako doplnková forma komunikácie alebo ako hlavná forma komunikácie v prípade primeraného intelektu a zachovanej kapacity sluchu, ktorá umožňuje vnímať hovorenú reč. Ak sú zachované aspoň zvyšky zraku, môže sa jednotlivec opierať o posunkovú reč, prstovú abecedu alebo v prípade dostatočnej percepcie aj o písanú reč alebo odzveranie (porov. Hricová, in Ošlejšková, Vítková, 2013; Krajčirovičová, in Lukáč, 2013; Ludiková, 2005).

#### **1.1.4 Poruchy autistického spektra (PAS)**

Poruchy autistického spektra sú v súčasnosti predmetom intenzívneho záujmu odbornej verejnosti, najmä kvôli ich rastúcej prevalencii. Patria medzi neurovývinové poruchy alebo pervazívne vývinové poruchy s kvalitatívnym narušením v oblasti komunikácie, sociálnej interakcie a obmedzeným repertoárom záujmov a správania. Príznaky sa objavujú pred tretím rokom života (porov. Bazalová, 2012; Nováková, 2013; Thorová, 2012, Volkmar, Klin, in Volkmar, et al. 2005). Ide o veľmi heterogénnu skupinu jednotlivcov, ktorých symptómy majú značnú variabilitu a úroveň schopností. Pre potreby monografie zameriame pozornosť predovšetkým na tie poruchy, u ktorých je tendencia na pridružovanie ďalších postihnutí ako: detský autizmus, atypický autizmus a Rettov syndróm.

Prevalencia PAS sa v jednotlivých výskumných štúdiách líši. Analýza epidemiologických štúdií, na ktorú sa odvoláva Nováková (2013) hovorí o výskyte PAS v pomere 70:10 000. O niečo nižšiu prevalenciu uvádza Thorová (2012) a to 60:10 000. Isaksen et al. (2013) uvádza najvyššiu prevalenciu a to 260:10 000. Z toho detský autizmus približne 15:10 000, atypický autizmus 30:10 000 (Thorová, 2012). Rettov syndróm 0,6-0,7:10 000 (Bazalová, 2011). Novšie štúdie vykazujú nárast prevalence porúch autistického spektra detí. Data amerického Center for Disease Control (CDC) k roku 2016 vykazujú výskyt autizmu u 8-ročných detí v pomere 18,5:1 000, čo znamená, že 1 z 54 detí má diagnózu porucha autistického spektra ([www.cdc.gov](http://www.cdc.gov)).

Komorbidita autizmu a mentálneho postihnutia sa pohybuje v rozmedzí 25 % - 70 %. (Rivard, et al. 2015). Vágnerová (2008) udáva približne 75 % podiel jednotlivcov, u ktorých sa autizmus spája s mentálnym postihnutím. Z ďalších diagnóz je to epilepsia (u 16 – 40 %). Canitano, Scandurra (in Mesmere, ed. 2007) uvádzajú, že výskyt epilepsie závisí od veku, typu poruchy, stupňa mentálneho postihnutia. Psychiatrické diagnózy sú prítomné u 16 – 35 %, poruchy zraku u 20 %, poruchy sluchu u 25 % (Nováková, 2013).

Osoby s autizmom vykazujú zvláštnosti nielen v oblastiach tzv. triády, ale aj v oblasti vnímania alebo motoriky. V oblasti sociálnej interakcie dochádza ku kvalitatívnemu narušeniu. Majú ťažkosti s nadväzovaním a udrжанím očného kontaktu, iniciáciou interakcie s druhými, odpovedaním na pokusy o interakciu od druhých osôb. Je u nich zvýšené riziko sociálnej izolácie a odmietnutia zo strany rovesníkov (Radley et al. in Matson ed. 2017). Majú problémy s interpretovaním hlasu, gest, výrazov tváre a tiež morálnych pravidiel a konvencií (Bazalová, 2012). Ďalšou oblasťou triády je komunikácia. Deti s autizmom sú často (asi polovica prípadov) neverbálne. Ak si osvoja reč, nemusia ju používať funkčne. Používajú echolálie, nehovoria o sebe v prvej osobe U starších detí, aj keď je reč plynulá, absentuje pragmatická stránka reči, narušená je aj gramatická stránka jazyka. Môže byť problém s porozumením reči, najmä niektorých výrazov. Prejavuje sa to doslovným chápaním výrokov alebo dochádza k odchýlkam v intonácii (Thorová, 2012; Vágnerová, 2008). Poslednou oblasťou triády je predstavivosť a záujmy. Nedostatky v imaginácii sa prejavujú najmä v hre. Symbolická hra sa objavuje len u menšieho počtu detí (približne 20 %). U ostatných je hra stereotypná až nefunkčná. Nedostatok predstavivosti sa odrazí aj na repertoári aktivít. Deti sa venujú stereotypným činnostiam, na ktorých lipnú. Tieto činnosti sa vyznačujú monotónnosťou a deti ich neustále opakujú. Uprednostňované sú činnosti, pri ktorých majú deti

možnosť predvídať. Vyrušenie alebo požiadavka na zmenu aktivity sa často stretáva s neprimeranou reakciou dieťaťa, od negativizmu až po krik alebo agresivitu (Thorová, 2012).

Pre mnohých jednotlivcov s autizmom je charakteristické atypické spracovanie podnetov – porucha senzorického spracovania. Jednotlivci s autizmom vykazujú množstvo správania a prejavov, ktoré môžu byť prepojené so senzorickými dysfunkciami. A je dokázané, že senzorické odlišnosti sú spojené so základnými črtami autizmu a so závažnosťou autizmu (Schaaf, Mailloux, 2015). Prevalencia senzorických dysfunkcií je u detí s PAS veľmi vysoká. Schaaf et al. (2012) udáva 80 – 90% výskyt. Tieto poruchy sa týkajú všetkých zmyslových systémov. Jednotlivci s autizmom môžu byť hyposenzitívni na rôzne podnety, teda ich tolerancia voči podnetom je zvýšená. Opakom je hypersenzitivita, teda vysoká miera citlivosti na prichádzajúci podnet a následné vytváranie obranných mechanizmov (defenzivity), ako je krik, plač alebo útek (Bogdashina, 2003). Ďalšou formou je senzorické strádanie – vyhľadávanie podnetov, čo sa môže mať za následok rôzne stereotypné správanie. Na jednej strane majú deti s autizmom dobrú mechanickú vizuálnu pamäť a priestorovú orientáciu, na druhej strane majú ťažkosti v selekcii a diferenciacii podnetov (Vágnerová, 2008). To znamená, že intenzita reakcie je neprimeraná intenzite podnetu.

Problémy v oblasti senzorického spracovania sa premietajú aj do oblasti motoriky. U detí s autizmom sa vyskytujú problémy s motorickým plánovaním vykonaním pohybov, dokonca aj jednoduchých pohybov. Ďalej sú to problémy s imitáciou pohybu, vykonávaním sekvencií pohybov, celkovou motorickou obratnosťou, jemnou motorikou, zmenenou úrovňou pohybovej aktivity (vysoká aj nízka motorická aktivita). Tieto ťažkosti môžu ovplyvniť ochotu dieťaťa zapájať sa do pohybových aktivít alebo vykonávania iných každodenných činností.

U atypického autizmu sú prejavy podobné a prelínajú sa s detským autizmom. Jednotlivec však nespĺňa diagnostické kritériá pre detský autizmus. Nie je naplnená diagnostická triáda poškodení. Problémy v niektorej oblasti sú menej výrazné alebo sa prejavujú len v dvoch oblastiach. Atypický autizmus sa práve diagnostikuje u osôb, ktoré majú ťažké alebo hlboké mentálne postihnutie a podobné prejavy správania (porov. Bazalová, 2011, 2012; Thorová, 2012). Táto kategória je obsiahnutá len v MKCH-10, DSM-5 ju neudáva.

Špecifické postavenie v rámci PAS/pervazívnych vývinových porúch má Rettov syndróm, ktorý má určité spoločné prejavy s ostatnými PAS. Zároveň



sa v niektorých oblastiach značne líši. Bazalová (2011) upozorňuje, že Rettov syndróm nepatrí do rovnakej kategórie ako autizmus. Volkmar, Klin (in Volkmar, et al. 2005) ho označujú ako neautistickú poruchu. Rovnako vypadol z kategorizácie PAS v DSM-5. Na rozdiel od ostatných PAS je príčina známa. Ide o mutáciu génu na chromozóme X, a preto sa manifestuje len u dievčat. Pre Rettov syndróm je ďalej typická deteriorácia a strata nadobudnutých verbálnych a motorických schopností medzi 7 – 24 mesiacom, zastavenie rastu hlavy, stereotypné pohyby rúk, ktoré zabraňujú manipulácii s objektmi. Vždy je spojený s ťažkým alebo hlbokým mentálnym postihnutím. Deteriorácia funkcií môže trvať rôzne dlhú dobu, mesiace až roky (porov. Bazalová, 2011; Nováková, 2013; Van Acker, et al. in Volmaar, et al. 2005).

Tabuľka 2: Porovnanie Rettovho syndrómu a detského autizmu

<b>Rettov syndróm</b>	<b>Detský autizmus</b>
Normálny vývin do 6 - 18 mesiaca	Symptómy v ranom detstve
Strata reči a funkcie rúk	Strata schopností sa neobjavuje
Hlboká mentálna retardácia vo všetkých oblastiach	Rôzna škála intelektových schopností, zrakovo-priestorové a manipulačné zručnosti lepšie rozvinuté
Stále prítomné stereotypné pohyby rúk	Stereotypné správanie je variabilné
Reč nie je prítomná	Reč absentuje alebo je prítomná, rôzne rečové stereotypy
Očný kontakt je prítomný, niekedy intenzívny	Očný kontakt chýba alebo je neprimeraný
Minimálny záujem o manipuláciu s predmetmi	S objektmi manipuluje, aj keď zvláštnym spôsobom
Hyperventilácia, prehltanie vzduchu, zadržiavanie dychu	Hyperventilácia alebo zadržiavanie dychu nie je typické
Ťažkosti s chôdzou, kontrolou trupu, apraxia	Chôdza a hrubá motorika normálna v prvej dekáde

*Zdroj: Van Acker, et al. in Volmaar, et al 2005*

## 1.2 Ťažké a viacnásobné postihnutie

Zo všetkých skupín jednotlivcov s viacnásobným postihnutím je snaha zahraničných aj tuzemských odborníkov vyčleniť a špeciálnu pozornosť venovať osobám s ťažkým postihnutím/ťažkým viacnásobným postihnutím/ťažkým/hlbokým mentálnym a viacnásobným postihnutím. Touto problematikou sa zaoberajú mnohí autori: Fröhlich (2001, 2003, 2011); Lamers (2001,2003, 2007); Klauss (2003); Vitková (2001, 2006, 2010, 2013, 2014);

Mohr. (2011); Opatřilová (2005, 2013); Pawlyn, Carnaby eds. (2009); Westling, Fox (2004); Haupt (2006); Vančová (1999, 2010); Bernasconi, Böing (2015).

V zahraničnej literatúre možno naraziť na rôzne termíny vzťahujúce sa k viacnásobnému postihnutiu: *schwere/schwerste Behinderung* (ťažké/najťažšie postihnutie), *schwere Mehrfachbehinderung* (ťažké viacnásobné postihnutie), *severe/profound multiple disabilities* (ťažké viacnásobné postihnutie), *profound intellectual and multiple disabilities/profound multiple learning disabilities* (americký a britský výraz pre hlboké mentálne a viacnásobné postihnutie), kombinované postihnutí alebo ťažké postihnutí a souběžné postihnutí více vadami a iné.

M. Vítková (in Vítková, ed. (2004, s. 325) používa termín „ťažké postihnutí“. Za ťažké postihnutie považuje „*obzvlášť těžkú formu nejakého druhu postihnutia*“. Podľa Fröhlicha (2003) osoby s ťažkým postihnutím žijú v podmienkach komplexného narušenia značného množstva ich schopností. Postihnuté sú spravidla všetky možnosti prežívania a výrazové možnosti. Značne obmedzené alebo pozmenené sú aj kognitívne, fyzické, emocionálne, ale aj sociálne a komunikačné zručnosti. Jedná sa o postihnutie človeka ako celku vo všetkých životných výkonoch, ktoré je tak závažné, že vo väčšine oblastí svojho života naráža na hranice toho, čo je v našom spoločenskom styku aj v tom najširšom zmysle považované za bežné.

Podľa Wagner (in Laubenstein, Lamers, Heinen, 2007) ide o kombináciu dvoch a viacerých postihnutí, pričom stupeň jednotlivých postihnutí je závažný. K ťažkému postihnutiu patrí vždy mentálne postihnutie.

Termín „*profound multiple learning disabilities*“ označuje skupinu jednotlivcov s hlbokým mentálnym postihnutím a viac ako jedným postihnutím (zmyslovým, telesným, epilepsiou, autizmom, duševnou poruchou alebo inými zdravotnými komplikáciami) (Cartwright, Wind-Cowie, 2005). Tieto osoby majú IQ 24 alebo menej. Úroveň ich kognitívnych funkcií bežne zodpovedá senzo-motorickému štádiu vývinu. Na validné zistenie ich intelektovej kapacity nie je možné aplikovať bežné štandardizované testy (Vlaskamp, in Klauss, Lamers, 2003; Pawlyn, Carnaby in Pawlyn Carnaby, eds. 2009). Vítek, Vítková (2010); Opatřilová (2005) uvádzajú výskyt kombinácie postihnutí hlbokého stupňa v rozmedzí 0,1 - 1 % populácie. Sarimski (2017) naproti tomu uvádza, že namiesto posudzovania úrovne intelektových schopností, ktoré u týchto jednotlivcov má nízku vyhlidenú alebo posudzovania miery poškodenia telesných funkcií by sme sa mali zamerať na mieru potreby pomoci v každodenných aktivitách. Za jednotlivcov s ťažkým a viacnásobným postihnutím môžeme

považovať tých, ktorí sú v značnej miere odkázaní na pomoc v situáciách ako je prijímanie potravy, dýchanie, trávenie, spánok, pohyb, skúmanie a poznávanie prostredia a pochopenie sa so vzťahovými osobami.

Odlíšny pohľad na túto skupinu jednotlivcov ponúka Fornefeld (2008), ktorá ich označuje ako ľudí s komplexným postihnutím („*Menschen mit komplexer Behinderung*“). Adjektívum komplexný tu nahrádza prídavné meno ťažký. Z hľadiska pedagogického a aj antropologického ide o zmenu pohľadu na človeka a zdôraznenie vnímania jeho potrieb. Podobné stanovisko k problematike označovania tejto skupiny jednotlivcov zaujímajú aj Pawlyn, Carnaby (in Pawlyn, Carnaby, eds. 2009), ktorí termín hlboké mentálne a viacnásobné postihnutia označujú ako stigmatizujúci pre skupinu ľudí, ktorá je aj tak dosť stigmatizovaná. Namiesto toho sa prikláňajú k pojmu osoby s komplexnými potrebami. Obidva prístupy dávajú do popredia individualitu/jednotlivca a jeho potreby namiesto jeho deficitov a toho, čoho nie je schopný. Ako uvádzajú Bernasconi, Böing (2015) pozornosť sa venuje ich individuálnej životnej situácii a sociálno-spoločenskej situácii a okrajovej sociálno-spoločenskej pozícii. Autori dávajú do pozornosti aj pomerne vysoké riziko exklúzie u tejto skupiny jednotlivcov. V tejto súvislosti Bergeest, Boenisch, Daut (2011) poznamenávajú, že o ľuďoch s komplexným postihnutím by sme mali hovoriť vtedy, ak ich možnosti inklúzie, účasti a sebaurčenia narážajú na hranice bežných očakávaní.

V dôsledku mentálneho postihnutia majú problémy spracovať prichádzajúce informácie a porozumieť svetu okolo seba (Vlaskamp, in Klauss, Lamers, 2003). Bdelosť, ako jeden z najdôležitejších predpokladov pre učenie a vývin, môže byť popísaná ako úroveň interakcie s prostredím. Úroveň bdelosti býva u jednotlivcov s ťažkým postihnutím narušená. Majú značné ťažkosti byť v kontakte so svojím prostredím. A len ak sú bdelí a sústredení na svoje okolie, môžu spracovať informácie (Munde, et al. 2012).

Výrazne je ovplyvnená aj úroveň aktivity. Tá závisí aj od psychomotorických možností. Jednotlivci s lepšie rozvinutou psychomotorikou sú stále v pohybe, akoby neexistovalo nič, na čo by mohla byť naviazaná ich pozornosť. U iných skutočnosť, že nie sú schopní správne spracovať prichádzajúce informácie značne redukuje úroveň aktivity. V dôsledku toho ostávajú pasívni, apatickí až neprítomní. Pôsobia, akoby neboli na ničom účastní a nič ich nezaujímalo (Fröhlich, A. 2003). Bežne sa u nich vyskytujú prejavy stereotypného správania ako je dávanie rúk do úst, škriabanie rúk alebo hryzenie

predmetov. Tieto prejavy interferujú s učením a inými prejavmi adaptívneho správania (Mellstrom, et al. 2005).

V dôsledku závažného poškodenia v oblasti motoriky je pre týchto jednotlivcov veľmi náročné až nemožné samostatne získať akékoľvek skúsenosti a zážitky. Sú odkázaní na sprostredkovanie podnetov a diania v okolitom prostredí prostredníctvom druhej osoby. Schopnosť pohybovať sa je prepojená s rozvíjaním zmyslového vnímania. Ak je to závažne narušené, prehlbujú sa aj poruchy v zmyslovom vnímaní. Od možnosti pohybu a vnímania a spracovávania informácií závisí ďalší vývin mozgu. K tomu je potrebný dostatok individuálnych skúseností a skúseností s prostredím. U jednotlivcov s masívnym poškodením sa tieto skúsenosti nevytvárajú v dostatočnej miere, čo obmedzuje ďalší vývin mozgu a vytváranie synapsí (porov. Behrens, Fischer, in Fröhlich, Heinen, Klauss, Lamers, 2011; Fröhlich, 2003; Wagner, in Laubenstein, Lamers, Heinen, 2007). Títo jednotlivci potom nemôžu komplexne vnímať objekty a dianie okolo seba a vnímanie je potom značne skreslené a fragmentované. Narušená je funkcia všetkých zmyslových systémov, najmä registrácia a spracovanie podnetov ako telesná schéma, vnímanie a uvedomovanie si vlastného tela, prípadne jeho častí, vnímanie hraníc tela. Ako ďalej píše Behrens, Fischer (in Fröhlich, Heinen, Klauss, Lamers, 2011) centrálnou oblasťou ich prežívania je ich vlastné telo. Sú schopní ľahšie spracovať podnety, ktoré sú priamo viazané na telo, na tieto podnety aj intenzívnejšie reagujú. Naproti tomu na zrakové a sluchové podnety nemusia reagovať vôbec. Tieto podnety prichádzajú z diaľky, ich spracovanie je náročnejšie. Na tieto podnety nemajú priamy dosah.

U niektorých jednotlivcov s ťažkým a viacnásobným postihnutím môžeme aj napriek veľmi závažným obmedzeniam v oblasti motoriky, možno aj napriek očakávaniam, pozorovať určitú úroveň schopností, najmä v oblasti sociálnej a v oblasti komunikácie (Vítková, 2001). Jednotlivci s ťažkým a viacnásobným postihnutím majú problémy s dosahovaním, uchopovaním, udrжанím predmetov a manipuláciou s nimi. Porozumenie hovorenej reči je u nich slabé alebo až žiadne a tiež nie je u nich evidentná symbolická interakcia s objektmi (Nilsson, et al. 2011).

Jednotlivci s ťažkým a viacnásobným postihnutím nemajú veľa príležitostí na rozvoj intencionality, pretože nevykazujú dostatok prejavov správania, na ktoré by komunikačný partner (rodič, učiteľ...) mohol intuitívne reagovať. Bez prejavov, ako napríklad očný kontakt alebo gestá nemusia byť druhou osobou vnímaní ako iniciátori komunikácie. Bez toho nebudú získavať

stálu spätnú väzbu a nebudú sa môcť posunúť na vyššiu úroveň komunikácie (Cartwright, Wind-Cowie, 2005).

Vysielajú len slabé komunikačné signály (vokalizácia, pohľad, reč tela, zmena výrazu tváre alebo svalového tonusu), aby sa vyjadrili. Tieto signály ostávajú často nepovšimnuté a je náročné ich správne interpretovať. Môžu sa u rôznych jednotlivcov líšiť a tiež môžu mať rôzny význam v rôznych situáciách (porov. Bunning, in Pawlyn, Carnaby, eds. 2009; Munde, et al. 2012; Ware, 2003).

U niektorých jednotlivcov je komunikácia len reflexná, to znamená, že reflexne reagujú na vonkajšie okolie a nemajú o ňom povedomie. U ďalších je komunikácia pre-intencionálna. Jednotlivci vykazujú určité povedomie o prostredí a sú si vedomí svojich reakcií. Majú osvojené určité repertoáre správania a dokážu reagovať na rôzne stimuly. Niektorí jednotlivci s ťažkým a viacnásobným postihnutím dosiahnu úroveň intencionálnej komunikácie. Majú vybudované povedomie o prostredí a chápu, že svojou aktivitou môžu ovplyvniť okolité prostredie. Jednotlivci vytvárajú proaktívne komunikačné správanie. Takéto správanie je pre komunikačného partnera signálom, ktorému priradiť význam (Bunning, in Pawlyn, Carnaby, eds. 2009; Pagliano, 2001).

Kognitívne procesy u tejto skupiny jednotlivcov môžu celkom absentovať. Títo jednotlivci pôsobia, akoby si neboli vedomí diania vo svojom okolí alebo takmer nereagujú na prichádzajúce podnety. Niektorí jednotlivci s ťažkým a viacnásobným postihnutím sú schopní pochopiť princíp kauzality a uvedomujú si stálosť objektov. Princíp kauzality znamená chápanie príčiny a následku, keď dieťa chápe, že akákoľvek jeho aktivita môže vyvolať určitú reakciu alebo na ňu môže získať spätnú väzbu. Povedomie o stálosti objektu znamená, že jednotlivec chápe, že daný objekt stále existuje, aj keď ho nevidí. Dovolíme si tvrdiť, že tieto dve skutočnosti sú kľúčové pre utváranie si obrazu o okolitom prostredí a jeho chápanie. Ako uvádza Přinosilová (in Opatřilová, ed. 2006) tieto schopnosti sa u dieťaťa rozvíjajú vo veku približne 8 mesiacov. Niektorí jednotlivci chápu jednoduché súvislosti.

Bez ohľadu na vek títo jednotlivci žijú v zmenšenom svete a mnohé sa sústredia na priamy kontakt človeka s človekom. Je veľmi náročné dosiahnuť uspokojenie aj základných potrieb (porov. Niehoff, 2007, Vítková, ed. 2004). Sú závislí na asistencii a priamej podpore druhých vo všetkých oblastiach života (van der Putten, et al. 2005). Okrem toho jednotlivci s ťažkým a viacnásobným postihnutím potrebujú telesnú blízkosť, aby získali skúsenosti. Potrebujú človeka, ktorý im priblíži svet čo najjednoduchším spôsobom, človeka, ktorý im

umožní zmenu polohy a pohyb, niekoho, kto im rozumie aj bez reči a ponúka im možnosti komunikácie. Potrebujú iných ľudí, ktorí sa o nich dokážu spoľahlivo postarať a opatrovať ich (porov. Bergeest, Boenisch, Daut, 2011; Niehoff, 2007; Vítková, 2006).

Aj napriek veľmi nízkej úrovni intelektových schopností a ďalším pridruženým postihnutiam sú aj títo jednotlivci schopní učiť sa nové veci. Niektorí si dokážu osvojiť elementárne schopnosti a zručnosti. U iných je veľmi náročné dosiahnuť aj túto úroveň, ale je možné navodiť u nich niektoré pozitívne zmeny v osobnosti a v správaní. Alebo im aspoň môžeme sprostredkovať skúsenosti, ktoré by bez pomoci druhej osoby nezískali, a zvýšiť tak kvalitu ich života. Učenie jednotlivcov s ťažkým postihnutím sa z kvantitatívneho hľadiska líši od učenia ostatných ľudí, ale z hľadiska kvalitatívneho žiadny rozdiel neexistuje (Vítková, 2001).

V prípade jednotlivcov s ťažkým a viacnásobným postihnutím vzniknutá situácia (závažné postihnutie/postihnutia) nezasahuje len ich samotných, ale značne ovplyvňuje aj najbližšie okolie. Strach a neistota sa srieda s nádejou. Je veľmi náročné až nemožné plánovať budúci život. Všetko sa prispôsobuje aktuálnemu stavu jednotlivca s ťažkým a viacnásobným postihnutím. Od najbližších si to vyžaduje vysokú mieru odovzdania sa (Vítek, Vítková, 2010; Vítková, Kopečný, 2014). Ďalším výrazným zásahom do ich životného statusu sú rôzne zdravotné komplikácie, ktoré ťažké postihnutie so sebou prináša. Problémy s dýchaním, záchvatové ochorenia, somatické zmeny ako deformácie kostry, zmeny svalového tonusu, tlak na vnútorné orgány alebo znížená respiračná kapacita týchto jednotlivcov stavia do stavu trvalého ohrozenia života (porov. Fröhlich, 2003; Niehoff, 2007; Vítková, 2006).

### **1.3 Legislatívny rámec vzdelávania žiakov s ťažkým a viacnásobným postihnutím**

V monografii operujeme s pojmami ako ťažké postihnutie/ťažké a viacnásobné postihnutie, jednotlivec/žiak s ťažkým a viacnásobným postihnutím, ktorý slovenská legislatíva a školské predpisy nepoznajú, preto budeme v tejto kapitole vychádzať a opierať sa o dokumenty a ich časti pojednávajúce o žiakoch s ťažkým a hlbokým stupňom mentálneho postihnutia a žiakoch s viacnásobným postihnutím v kombinácii s mentálnym postihnutím, pretože títo zapadajú do rámca popisovanej problematiky.

Vzdelávanie žiakov s ťažkým a viacnásobným postihnutím sa vo svojej podstate opiera o rôzne dohovory a charty zaručujúce právo na vzdelanie pre každého, ktoré ratifikovala aj Slovenská republika, a ktoré sa zaviazala dodržiavať.

Hlavným cieľom špeciálnej pedagogiky v európskom kontexte je sociálna integrácia osôb so zdravotným postihnutím. Všeobecným cieľom rozvoja školskej politiky je vytvoriť deťom a mládeži vyžadujúcim špeciálnu starostlivosť čo najlepšiu ponuku vzdelávania so zreteľom na individuálne záujmy, schopnosti a predpoklady a umožniť im v najširšej možnej miere prístup k výchovno-vzdelávaciemu procesu ([www.minedu.sk](http://www.minedu.sk)). Ústava Slovenskej republiky zaručuje každému občanovi právo na vzdelanie. Ďalej sa tu hovorí, že školská dochádzka je povinná. Taktiež v dodatku protokolu k Dohovoru o ochrane ľudských práv a základných slobôd v článku 2 sa píše, že: „*Nikomu nemožno odoprieť právo na vzdelanie.*“ ([www.echr.coe.int](http://www.echr.coe.int)). Právo na vzdelanie pre každého určuje aj Charta základných práv Európskej únie ([www.eur-lex.europa.eu](http://www.eur-lex.europa.eu)).

Na základe uvedených dokumentov musí byť vzdelanie prístupné aj osobám s ťažkým alebo hlbokým mentálnym postihnutím a viacnásobným postihnutím. Musia byť vytvorené primerané podmienky pre rozvíjanie osobnosti každého jedného dieťaťa a po stránke fyzickej, intelektuálnej, morálnej a sociálnej tak ako to vyplýva z Deklarácie práv dieťaťa. Aj dieťaťu, ktoré je akokoľvek znevýhodnené čiže telesne, zmyslovo, mentálne alebo sociálne, musí byť zabezpečená výchova, vzdelávanie a špeciálna starostlivosť podľa jeho individuálnych potrieb ([www.minedu.sk](http://www.minedu.sk)).

Vzdelávanie žiakov s ťažkým mentálnym a viacnásobným postihnutím upravuje Zákon č. 245/2008 Z.z. *o výchove a vzdelávaní a o zmene a doplnení niektorých zákonov (školský zákon)*. Pre nás je dôležité vymedzenie pojmov, ktoré sa týkajú žiakov s ťažkým mentálnym a viacnásobným postihnutím. Žiaci s ťažkým mentálnym postihnutím, hlbokým mentálnym postihnutím alebo žiaci s viacnásobným postihnutím patria do kategórie žiakov so špeciálnymi výchovno-vzdelávacími potrebami, so zdravotným postihnutím. Žiakom, ktorým zdravotný stav neumožňuje pravidelne sa zúčastniť vzdelávania, môže byť povolený osobitný spôsob plnenia povinnej školskej dochádzky - individuálnom vzdelávanie. O povolení individuálneho vzdelávania rozhoduje riaditeľ školy, na základe písomnej žiadosti zákonného zástupcu maloletého žiaka. K žiadosti o povolenie individuálneho vzdelávania zákonný zástupca alebo plnoletý žiak priloží vyjadrenie všeobecného lekára pre deti a dorast.

Vzdelávanie žiaka zabezpečuje škola, ktorá rozhodla o povolení individuálneho vzdelávania, a to v rozsahu najmenej dve hodiny týždenne (§ 24). U žiakov oslobodených od povinnosti dochádzať do školy je možné neposkytovať vzdelávanie (ak to neumožňuje ich zdravotný stav) až do pominutia dôvodov. K tomuto rozhodnutiu je potrebné písomné odporúčenie lekára a zariadenia výchovného poradenstva a prevencie (§ 19).

Podľa § 94 ods. 1 zákona č. 245/2008 Z.z. sa žiaci s ťažkým alebo hlbokým stupňom mentálneho postihnutia môžu vzdelávať v: špeciálnych základných školách, v špeciálnych triedach pre žiakov s mentálnym postihnutím v základnej škole alebo v domove sociálnych služieb, v triedach základnej školy spolu s inými žiakmi, t. j. v školskej integrácii.

Vzdelávanie žiakov s ťažkým mentálnym postihnutím a viacnásobným postihnutím v Slovenskej republike upravujú ďalej vyhlášky:

vyhláška MŠ SR 322/2008 Z.z. o špeciálnych školách zo 6. augusta 2008,

Vyhláška MŠ SR 322/2008 Z.z. o špeciálnych školách zo 6. augusta 2008

Táto vyhláška dopĺňa informácie o organizácii, vnútornej diferenciacii a dĺžke výchovy a vzdelávania v špeciálnych školách. Ďalej sa zameriava na postup pri prijímaní detí a žiakov do týchto škôl, podrobnosti o osobitostiach výchovy a vzdelávania. Upravuje osobitosti pri hodnotení a klasifikácii prospechu a správania žiakov. Vymedzuje počty detí a žiakov v triedach špeciálnych škôl (§ 1).

Podľa vyhlášky (§ 2) sa žiaci s viacnásobným postihnutím v kombinácii s mentálnym postihnutím môžu vzdelávať v nasledovných inštitúciách: žiaci so sluchovým postihnutím a mentálnym postihnutím v špeciálnej základnej škole pre žiakov so sluchovým postihnutím a v odbornom učilišti pre žiakov so sluchovým postihnutím. Žiaci so zrakovým postihnutím a mentálnym postihnutím sa vzdelávajú v špeciálnej základnej škole pre žiakov so zrakovým postihnutím a v odbornom učilišti pre žiakov so zrakovým postihnutím. Žiaci s narušenou komunikačnou schopnosťou a mentálnym postihnutím sa vzdelávajú v špeciálnej základnej škole pre žiakov s narušenou komunikačnou schopnosťou. Žiaci s telesným postihnutím, chorí a zdravotne oslabení s mentálnym postihnutím sa vzdelávajú v špeciálnej základnej škole pre žiakov s telesným postihnutím a v odbornom učilišti pre žiakov s telesným postihnutím. Všetci títo žiaci majú po ukončení primárneho vzdelávania možnosť pokračovať vo vzdelávaní aj na praktických školách.

Vymedzuje aj najvyššie počty žiakov v triedach pre žiakov s mentálnym postihnutím stredného stupňa a ťažkého stupňa alebo hlbokého



stupňa v kombinácii s iným postihnutím, ktorý je rovnaký ako v triedach variantu C (pre žiakov s ťažkým a hlbokým mentálnym postihnutím), a to v prípravnom ročníku až piatom ročníku je 5, a v šiestom až desiatom ročníku 6 žiakov. Triedy pre žiakov s hluchoslepotou môžu mať 4 žiakov (§ 5). Vzdelávanie vo variante C sa skladá z prípravného ročníka a desiatich ročníkov. Uskutočňuje sa podľa individuálneho vzdelávacieho programu. Individuálny vzdelávací program je určený predovšetkým pre žiakov s ťažkým zdravotným postihnutím, žiakov s autizmom alebo ďalšou pervazívnou vývinovou poruchou a žiakov s viacnásobným postihnutím, ktorí sa nemôžu vzdelávať iným spôsobom. Pre týchto žiakov sa v špeciálnych školách zriaďujú triedy s individuálnym vzdelávacím programom. Do jednej triedy s individuálnym vzdelávacím programom sa zaraďujú žiaci spravidla podľa jednotlivých druhov zdravotného znevýhodnenia (§ 6).

### **Obsah a organizácia vzdelávania žiakov s ťažkým a viacnásobným postihnutím**

Podľa štátneho vzdelávacieho programu pre žiakov s mentálnym postihnutím, časti C, ktorá upravuje vzdelávanie žiakov s ťažkým a hlbokým mentálnym postihnutím cieľom primárneho vzdelávania žiakov s ťažkým alebo hlbokým stupňom mentálneho postihnutia je umožniť žiakovi spoznávať svoje vlastné rozvojové možnosti, postupovať pri jeho vzdelávaní podľa vlastných schopností, individuálnym tempom, prispievať k maximálnemu rozvoju osobnosti žiaka, primerane k jeho schopnostiam a predpokladom, pripraviť žiaka na bežný život primerane k jeho schopnostiam.

Vzdelávací program žiakov s ťažkým alebo hlbokým stupňom mentálneho postihnutia je členený do šiestich vzdelávacích oblastí. Každá z nich obsahuje jeden alebo viac predmetov.

Tabuľka 3: Základné predmety vo vzdelávacích oblastiach pre žiakov s ťažkým alebo hlbokým stupňom mentálneho postihnutia

<b>VZDELÁVACIA OBLASŤ</b>	<b>PREDMETY</b>
JAZYK A KOMUNIKÁCIA	ROZVÍJANIE KOMUNIKAČNÝCH SCHOPNOSTÍ ROZVÍJANIE SOCIÁLNYCH ZRUČNOSTÍ ROZVÍJANIE GRAFOMOTORICKÝCH ZRUČNOSTÍ
PRÍRODA A SPOLOČNOSŤ	VECNÉ UČENIE
ČLOVEK A HODNOTY	ETICKÁ VÝCHOVA / NÁBOŽENSKÁ VÝCHOVA
MATEMATIKA A PRÁCA S INFORMÁCIAMI	MATEMATIKA INFORMATICKÁ VÝCHOVA
ČLOVEK A SVET PRÁCE	PRACOVNÉ VYUČOVANIE
UMENIE A KULTÚRA	VÝTVARNÁ VÝCHOVA HUDOBNÁ VÝCHOVA

*Zdroj: Štátny vzdelávací program pre žiakov s mentálnym postihnutím  
ISCED 1 – primárne vzdelávanie*

Dĺžka vzdelávania sa prispôsobuje individuálnym možnostiam žiakov a vyučovacie hodiny sa delia do kratších časových úsekov. Vzdelávací čas žiaka je maximálne 20 hodín týždenne.

V triede pre žiakov s ťažkým alebo hlbokým stupňom mentálneho postihnutia sa, ak je to potrebné, výchova a vzdelávanie uskutočňuje za spolupráce týchto odborníkov: pedagóg, asistent učiteľa, školský logopéd, pomocný zdravotnícky personál, rehabilitačný pracovník/fyzioterapeut.

Na plnenie cieľov primárneho vzdelávania je potrebná určitá miera materiálno-technického a priestorového zabezpečenia. Ak by sme sa zamerali len na zabezpečenie vybavenia potrebného na úspešné využívanie informačných a komunikačných technológií, patrí sem okrem iného aj špeciálne vybavená počítačová miestnosť. Z technických prostriedkov sú nevyhnutné tieto: počítače, interaktívna tabuľa, hlavové ukazovátka a dotyková obrazovka a špeciálne počítačové doplnky.

Vzdelávanie žiakov s viacnásobným postihnutím upravuje aj vzdelávací program pre žiakov s viacnásobným postihnutím ISCED 1 – primárne vzdelávanie a ISCED 2 – nižšie sekundárne vzdelávanie. Pre nás je

relevantná časť upravujúca podmienky vzdelávania žiakov s viacnásobným postihnutím v kombinácii s mentálnym postihnutím ISCED 1 primárne vzdelávanie. V mnohom sa prelína s vyššie popísaným vzdelávacím programom pre žiakov s mentálnym postihnutím. V niektorých pasážach, ako napríklad obsah vzdelávania sa dokonca odvoláva na tento vzdelávací program.

## **2 PRÍSTUPY V EDUKÁCII ŽIAKOV S ŤAŽKÝM A VIACNÁSObNÝM POSTIHNUtÍM**

Vzdelávacie programy pre jednotlivcov s ťažkým a viacnásobným postihnutím by mali byť zamerané na rozvoj zručností v oblasti sebaobsluhy, alternatívnu a augmentatívnu komunikáciu, konštruktívnu interakciu s prostredím a sociálne podnety. Toto má byť uprednostnené pred školskými aktivitami (Lancioni, et al. in Matson, ed. 2009). Dostatočný priestor musí byť venovaný aj podpore v oblasti senzomotoriky, pretože pri vhodnej ponuke a dostatočnom množstve podnetov môže jednotlivec s ťažkým a viacnásobným postihnutím získavať sensorické a motorické skúsenosti a na základe nich napredovať vo vývine. Vančová (in Vančová, a kol. 2010) poukazuje na tri kľúčové oblasti podpory žiakov s ťažkým viacnásobným postihnutím, a to oblasť senzomotoriky, motoriky a sebaobsluhy. Je dôležitejšie zamerať sa na rozvoj funkčných schopností ako tých akademických (Hrebeňárová, 2013). Bergeest, Boenisch, Daut (2011) uvádzajú niekoľko najdôležitejších metód práce používaných u žiakov s ťažkým a viacnásobným postihnutím. Patria sem: bazálna komunikácia, bazálna stimulácia, Snoezelen, muzikoterapia v prenatálnych miestnostiach, pohybová komunikácia Dosa, program MOVE (Mobility Opportunities Via Education), zaistenie polohy a pohybu.

### **2.1 Metodické aspekty edukácie a sprostredkovanie kurikula**

V edukačnom procese žiakov s ťažkým a viacnásobným postihnutím dôležitý nie len správny výber obsahu, ale najmä správny výber metód, prístupov a stratégií, ktoré žiakom sprostredkujú obsah vzdelávania a tiež zabezpečia ich maximálny rozvoj a naplnia ich učebný potenciál. Je možné použiť aj všeobecné didaktické metódy, ale tie sami o sebe nebudú postačovať. Treba vychádzať aj zo špeciálnych metód a dopĺňať ich o ďalšie podporné metódy a prístupy. Podľa Aird (2001), aby sa žiaci s ťažkým a viacnásobným postihnutím mohli efektívne učiť, je potrebné minimalizovať dôsledky postihnutia tak, aby mohli byť podporené a rozvíjané ich zvyškové schopnosti. Tie sú predpokladom pre efektívne učenie.

Niekoľko špeciálnych metód, ktoré sú využiteľné aj v edukácii jednotlivcov s viacnásobným postihnutím formuloval Vašek (2008): metóda viacnásobného opakovania, metóda nadmerného zvýraznenia informácie, metóda multisenzorického sprostredkovania, metóda optimálneho kódovania,

metóda sprostredkovania náhradnými komunikačnými systémami, metóda intenzívnej motivácie, metóda algoritmickej kurikula, metóda zapojenia kompenzačných technických prostriedkov, metóda postupnej symbolizácie, metóda zapojenia náhradných kanálov, metóda pozitívnej psychickej tonizácie, metóda využívania inštrukčných médií, metóda aplikácie individuálnych vzdelávacích programov. Pri uplatňovaní a výbere metód treba vychádzať aj z detailnej špeciálnopedagogickej diagnostiky, ktorá by mala byť funkcionálna a detailne zachytávať problémy a všetky charakteristiky žiaka a tiež zo znalosti jeho rodinného prostredia (Opatřilová, 2005; Vančová, in Vančová, a kol. 2010). Opatřilová (2013); Vančová (in Gogová, Kastelová, Prečuchová-Štefanovičová, Šulovská, Vančová, 2013) upozorňujú aj na dôležitosť prísnej individualizácie.

Dôležité je v edukačnom procese žiakov s ťažkým a viacnásobným uplatňovať aj metódy stimulačné, kompenzačné, korekčné. Vančová (in Gogová, Kastelová, Prečuchová-Štefanovičová, Šulovská, Vančová, 2013) za jednu z najdôležitejších považuje špeciálnu stimuláciu, ktorá má viesť k pozitívnym vývinovým zmenám a napredovaniu v učení. Žiak s ťažkým a viacnásobným postihnutím má mať možnosť aktívne skúmať svoje prostredie a na základe toho získavať skúsenosti, ktoré prispievajú k rozvoju schopností a zručností. Je vhodná najmä u tých žiakov, ktorých úroveň psychomotorického vývinu neprekračuje tri roky. Kompenzačné a korekčné aktivity sú zamerané na rozvoj tých ako postihnutých funkcií, prípadne na nápravu dysfunkcií (Valenta, in Valenta, a kol. 2014; Vašek, 2008).

Čoraz väčší priestor a význam je prisudzovaný aj ďalším terapeutickým, nefarmakologickým prístupom k týmto žiakom, ktoré by tiež mali byť súčasťou ich edukačného procesu (Hrebeňárová, 2013). O terapeutických prístupoch hovoria Adamus, Franiok, Kaleja, Zezulková (2015) ako o alternatíve v edukácii žiakov s ťažkým mentálnym postihnutím. Majú pomôcť zmierniť nežiaduce prejavy a problémy alebo odstrániť príčiny. Vedú k pozitívnemu psychickému prežívaniu, či fyzickému výkonu. Niektoré elementy terapie (napríklad hudba) majú aj výchovnú funkciu. Do edukačného procesu žiakov s ťažkým postihnutím môžeme zakomponovať viaceré terapie alebo ich prvky: expresívne terapie (muzikoterapia, arteterapia, činnosť terapie, biblioterapia, dramaterapia, aromaterapia, terapie za účasti zvierat – canisterapia, hippoterapia/hipporehabilitácia. Terapie za účasti zvierat môžu byť využité nie len v rámci edukácie, ale môžu byť pevnou súčasťou aj liečebnej

rehabilitácie (porov. Adamus, Franiok, Kaleja, Zezulková, 2015; Opatřilová, 2013; Valenta, 2009).

Hru možno označiť ako najdôležitejšiu v edukácii žiakov s viacnásobným postihnutím. Títo žiaci sa vzhľadom na motorické obmedzenia majú problém s manipuláciou s predmetmi a ostávajú motoricky pasívni, čo im znemožňuje aktívne sa zapájať a funkčne sa hrať. Hra slúži ako pedagogický prostriedok, ale môže mať aj terapeutické využitie. Vychádzame z predpokladu, že hra je jednou z najprirodzenejších činností dieťaťa. U žiaka s ťažkým a viacnásobným postihnutím, slúži aj na rozvoj základných koordinačných zručností (koordinácia ruka-ústa, oko-ruka, ruka-ruka). Hranie má rovnako veľký význam aj pre rozvoj kognitívnych schopností, pamäti, pozornosti a koncentrácie. Prispieva aj k rozvoju základných sociálnych a komunikačných zručností. Pri hre u žiakov s viacnásobným postihnutím je potrebné zohľadniť úroveň perцепčných a motorických schopností a prispôbiť aj vonkajšie prostredie (porov. Leyendecker, 2005; Opatřilová, 2013; Šulovská, in Gogová, Kastelová, Prečuchová-Štefanovičová, Šulovská, Vančová, 2013).

Pri učení, podpore a teda aj edukácii žiakov s ťažkým a viacnásobným postihnutím je dôležitý aspekt vývinovosti. Haupt (2006) hovorí v tejto súvislosti o vývinovo analogickej podpore. Pedagóg sa musí naučiť a porozumieť, ako sa žiak s ťažkým a viacnásobným postihnutím učí. Vývinová analógia je výrazné uľahčenie pre porozumenie duševnému stavu alebo vzorcom správania a jednania žiaka. Umožňuje v rámci poznania vývinových sekvencií pripraviť pre dieťa adekvátne situácie a príležitosti na získavanie skúseností, skúmanie, pochopenie základných súvislostí aktívne jednanie a účasť na spoločnom živote. Bernasconi, Böing (2015) sa zmieňujú o didaktickom koncepte tzv. „vývinovo-logickej didaktike“ (Entwicklungslogische Didaktik), ktorá paradoxne vzišla zo všeobecnej pedagogiky a nie zo špeciálnej pedagogiky. Koncept rozpracoval G. Feuser a má oporu vo vývinovo-psychologickom modeli Vygotskeho a Leontjeva. Jeho didaktický model zahŕňa rôzne vývinové štádiá. Významnú úlohu zohráva zóna aktuálneho vývinu, ale ešte väčší dôraz je kladený na zónu ďalšieho vývinu. Teda toho, čo žiak potenciálne môže dosiahnuť. Vývinovo-logická didaktika je zacielená na také vyučovanie, ktorého hlavnými hodnotami sú diferenciacia, rôznorodosť, uznanie, kompetencie a neobmedzená účasť, a ktoré poskytuje bohaté možnosti na učenie s ohľadom na ťažké a viacnásobné postihnutie žiaka. Popri vývinovom hľadisku nesmieme zabúdať ani na vekové hľadisko. Aj bazálne ponuky sú často uplatňované vo všetkých vekových kategóriách. Aj oni si

žiadajú primeranosť veku. Prepojenie obidvoch intencií v edukačnom procese žiakov s ťažkým a viacnásobným postihnutím si žiada dostatočný repertoár didakticko-metodických prístupov a pedagogický um (Staatsinstitut für Schulqualität und Bildungsforschung, 2010).

Ďalším didaktickým postupom, ktorý sa uplatňuje v edukačnom procese je elementarizácia. Bernasconi, Böing (2015) o nej hovoria ako o didaktickom princípe, ale Terfloth, Bauersfeld (2012) ju definujú ako didaktický postup. Nejde len o zjednodušenie obsahu vzdelávania, ale skôr o praktické uvažovanie založené na vzájomnom vzťahu obsahu a osoby (žiaka), prostredníctvom ktorého jej má byť umožnená účasť na celom obsahu vzdelávania. Analyzuje sa obsah vzdelávania a učebné možnosti žiakov a tieto dva aspekty musia byť vo vzájomnom súlade. Zároveň sa uvažuje o relevantnosti obsahu a rovnako o význame pre žiaka, jeho skúsenostiach (elementárne skúsenosti), o prístupnosti obsahu (elementárne prístupy) pre žiaka a o spôsoboch sprostredkovania (elementárne spôsoby sprostredkovania a osvojenia). Edukačný proces by mal mať určitý rytmus, čo sa týka jeho priebehu. Terfloth, Bauersfeld (2012) hovoria o rytmizácii a ritualizácii vyučovania. Podobne aj Opatřilová (2005; 2013) zdieľa dôležitosť rituálov a štruktúry v edukačnom procese. Pevný rytmus, rituály a štruktúra pomáhajú žiakovi rozpoznať jednotlivé učebné situácie, miesta (v rámci triedy alebo v prostredí školy) a tiež časové aspekty. Pomáhajú orientácii v priestore a čase, dodávajú emocionálnu istotu a prispievajú k aktivizácii žiaka. Jednotlivé znaky by mali byť výrazné a oslovovať viac zmyslov. Omonsky (2017) uvádza ešte niektoré náležitosti pri vytváraní vhodného „učebného“ prostredia pre deti s ťažkým a viacnásobným postihnutím. Ide najmä o zaistenie vhodnej pozície/polohy dieťaťa, dobrého rozhľadu – aby dieťa dobre videlo priestor/predmety okolo seba a tiež aby malo voľné obidve ruky pre čo najjednoduchšie dočahovanie a uchopovanie predmetov alebo hračiek.

Na tomto mieste by sme radi spomenuli problém v našich podmienkach, na ktorý vo svojich prácach upozorňuje Vančová (2010); Vančová (in Gogová, Kastelová, Prečuchová-Štefanovičová, Šulovská, Vančová, 2013) a to sú nedostatočne rozpracované metodiky predmetov pre žiakov s viacnásobným postihnutím, ktoré by mali odrážať charakter potrieb a schopností týchto žiakov. Naproti tomu v anglo-americkom priestore je v prácach venovaných podpore a edukácii žiakov s ťažkým/hlbokým a viacnásobným postihnutím venovaná pozornosť aj stratégiám a postupom v rámci jednotlivých predmetov. Ide napríklad o práce Aird (2012); Cartwright,

Wind-Cowie (2005); Imray, Hinchcliffe (2014); Lacey, Ashdown, Jones, Lawson, Pipe (2015) Aj tu však jednotlivé postupy v sprostredkovaní kurikula odrážajú intelektovú úroveň žiaka. Môžeme nájsť kurikulum pre žiakov s ťažkým mentálnym a viacnásobným postihnutím a tiež kurikulum pre žiakov s hlbokým mentálnym a viacnásobným postihnutím. Všetci uvedení autori venujú priestor stratégiám podpory v oblastiach ako sensorika (senzorické kurikulum, motorika (fyzické kurikulum), komunikácia, sebaobslužné úkony, ktorým je venovaný priestor aj v našich podmienkach. Ale venujú priestor aj možnostiam podpory a učenia v oblasti jazyka (čítania alebo gramotnosti) a v oblasti matematiky. Na posledné dve uvedené oblasti by sme sa teraz bližšie zamerali.

Základom pre interakciu s prostredím a pochopenie súvislostí o okolitom dianí je osvojenie si jazyka. Pre žiaka s ťažkým a viacnásobným postihnutím je veľmi náročné až nemožné osvojiť si ústnu a písomnú formu jazyka, hoci je táto požiadavka uvedená v štátnom vzdelávacom programe (s ohľadom na možnosti žiaka). Je preto potrebné klásť dôraz na budovanie základnej komunikácie a slovnej zásoby prostredníctvom alternatívnych foriem komunikácie. Inou možnosťou ako budovať základy jazyka a tiež ju využiť v rámci čítania/gramotnosti je zapojenie dramatických prvkov a aktívne zapojenie žiaka do učebnej situácie. Vhodnou stratégiou je zaraďovanie a čítanie rôznych príbehov, ktoré sú interaktívne. A možno do nich zapojiť aj žiakov na pre-verbálnej alebo reflexnej úrovni (Aird, 2012). Žiak sa stáva súčasťou príbehu a tiež by mal mať možnosť sám ho ovplyvniť. Príbehy sú dopĺňané rôznymi zmyslovými stimulmi (zrakové podnety, zvuky, vône, textúry...), ktoré žiak môže v danej chvíli sám prežívať (Cartwright, Wind-Cowie, 2005). Fowler (2008) tieto príbehy nazýva sensorické príbehy. Terfloth, Bauersfeld (2012) tieto príbehy považujú za metódu, prostredníctvom ktorej sa aj žiakom s ťažkým postihnutím sprostredkuje abstraktný obsah. Pretože do popredia vystupuje aktívne prežívanie žiaka namiesto samotného rozprávania/predčítania. Čítanie u žiakov s ťažkým postihnutím môže byť orientované na čítanie obrazov alebo objektov. V prípade obrázkov, alebo ilustrácií je potrebná schopnosť diferenciacie farieb, tvarov, pozície a rozpoznanie relevantnej časti obrázka a pracovnú pamäť. Niektorí žiaci toto zvládajú a v ich prípade sa čítanie obrázkov môže stať ich hlavnou čitateľskou schopnosťou (Moseley, in Lacey, Ashdown, Jones, Lawson, Pipe, (2015). Čítanie sa môže podľa Cartwright, Wind-Cowie (2005) vzťahovať aj na objekty/predmety alebo referenčné predmety, ktoré okrem komunikácie môžu



poslúžiť žiakovi na rozvoj koncepčného porozumenia a schopnosti „čítať“ danú alebo nastávajúcu situáciu.

Žiakovi s ťažkým a viacnásobným postihnutím môžeme zapájať aj do matematických aktivít a budovať u nich aspoň elementárne matematické schopnosti. Kľúčom pre získanie základných matematických schopností je podľa Cartwright, Wind-Cowie (2005) schopnosť pozerat' sa. Spočiatku je potrebné naučiť žiaka cielene využívať svoj zrak, aby následne mohol vnímať farby a tvary, prípadne s nimi experimentovať. Za veľmi vhodné na experimentovanie s farbami a pre ich vnímanie a rozlišovanie považujeme multisenzorické prostredie (Snoezelen), kde sú práve farby výrazným elementom. Význam má aj vnímanie sekvencií (poradie každodenných činností) alebo repetitívne činnosti a vzorce. Aby im žiak porozumel, musí byť do nich sám fyzicky zahrnutý. Aby žiak mohol počítat', musí porozumieť štruktúre a nachádzať čísla. Počítanie a koncept čísel musí byť zahrnutý do každodenných aktivít a činností, ktoré majú pre žiaka význam. Vhodné je, ak sú spojené s aktívnym skúmaním a priamym zapojením žiaka. Veľmi dôležité je detailne preskúmať koncept čísla „1“ a venovať mu dostatok času. Tento predmet pomáha žiakovi s ťažkým postihnutím vnímať podobnosti a odlišnosti v prostredí a formulovať koncepty, ktoré ho pomôžu usporiadať. (porov. Aird, 2012; Imray, Hinchcliffe, 2014; Porter, in Lacey, Ashdown, Jones, Lawson, Pipe, (2015). Matematika je proces lineárnej progresie, to znamená, že jednotlivé schopnosti si žiak osvojuje v stanovenom poradí a pokiaľ nemá zvládnutú jednu schopnosť, nemal by sa posúvať ďalej (Imray, Hinchcliffe, 2014). K matematickým konceptom možno zaradiť aj pochopenie princípu kauzality a pochopenie stálosti objektu. Ak žiak pochopí vzťah medzi príčinou a následkom, môže cielene opakovať určitú aktivitu, aby dostal rovnaký výsledok. Podobne aj pochopenie stálosti objektu umožní žiakovi skladať fragmenty do komplexnejšieho obrazu o sebe a o prostredí (Cartwright, Wind-Cowie 2005). Napríklad, ak žiak učiaci sa princíp kauzality alebo žiak, ktorý mu už rozumie a experimentuje s objektmi tým, že stláča ovládač, aby dostal nejakú spätnú väzbu (zvuk, vibrácia, pohyb, svetlo...) už pracuje v rámci sekvencie, kde 1. krok je stlačenie ovládača a 2. krok je získanie spätnej väzby, ktorú žiak očakáva. Prikláňame sa k názoru, že uvedené dva princípy sú potrebné a kľúčové pre ďalšie učenie žiaka s ťažkým a viacnásobným postihnutím a jeho cieleňé jednanie alebo komunikáciu a interakciu s prostredím.

## 2.2 Prístupy na podporu senzorky

V nasledujúcom texte sa zameriame najmä na bazálnu stimuláciu a Snoezelen ako na koncepcie/prístupy zamerané na podporu celostného rozvoja jednotlivcov s ťažkým a viacnásobným postihnutím prostredníctvom zmyslových skúseností. Priestor budeme venovať aj terapii senzorickej integrácie podľa A. J. Ayres, ktorá má pôvodné využitie najmä v ergoterapii, prípadne fyzioterapii, ale v súčasnosti sa presúva aj do oblastí špeciálnopedagogickej/liečebnopedagogickej podpory žiakov s postihnutím, a v rámci edukácie jej bude venovaný čoraz väčší priestor.

### Bazálna stimulácia

Koncept bazálnej stimulácie je spojený s osobou Andreea Fröhlicha, ktorý koncept vypracoval v polovici 70-tych rokov minulého storočia v rámci svojho výskumu. Bazálna stimulácia sa opiera o 3 základné východiská, ktoré možno pomenovať aj ako model 3P. Ide o poznatky Pechsteina, ktorý poukázal na vplyv deprivácie na vývin mozgu. Druhé východisko stojí na Piagetovom ponímaní vývinu. Tretie východisko je fyzioterapeutický (nem. Physiotherapie) model manželov Bobathovcov (Bernasconi, Böing, 2015; Vítková, in Müller, (ed.) a kol. 2014).

Bazálna stimulácia je komunikačná, interakčná a vývin podporujúca koncepcia, ktorá sa orientuje na všetky oblasti potrieb jednotlivca. Základným prvkom je vnímanie, pohyb a komunikácia a ich úzke prepojenie (Friedlová, 2007). Ide o pedagogicko-psychologickú aktivitu, ktorá má jednotlivcovi s ťažkým a viacnásobným postihnutím ponúknuť príležitosti na rozvoj osobnosti. Bazálna znamená ponuka elementárnych podnetov vo svojej najjednoduchšej podobe. Stimulácia znamená ponúkanie podnetov všade tam, kde si jednotlivec vzhľadom na ťažké postihnutie nedokáže zabezpečiť dostatočný prísun podnetov (Vítková, in Müller, (ed.) a kol. 2014). Je to koncepcia, ktorá podporuje ľudské vnímanie v tej najzákladnejšej rovine (Friedlová, 2007).

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. Bol by to zásah do hodnotového systému. Ide o nasledujúce oblasti: vnímanie, myslenie, pocity, pohyb, komunikácia, telesné skúsenosti a sociálne skúsenosti. Základným princípom bazálnej stimulácie je fakt, že prostredníctvom vlastného

tela možno jednotlivca s ťažkým postihnutím uviesť do reality (porov. Vítková, 2006; Opatřilová, 2013). 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 zrkavé (porov. Friedlová, 2007; Niehoff, 2007, Opatřilová, 2010).

Somatické podnety pôsobia na kožu a svaly dieťaťa. Sprostredkujú jednotlivcovi skúsenosti s vlastným telom. Tieto skúsenosti sú predpokladom k vnímaniu okolitého sveta. 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 materiály. Somatické podnety ďalej napomáhajú k uvedomovaniu vlastného tela a vytváraniu telesnej schémy, ktorá je u detí s ťažkým postihnutím nediferencovaná. Prostredníctvom štruktúrovaných podnetov tohto typu možno budovať a prehľbovať telesnú schému dieťaťa.

Vibračné podnety umožňujú dieťaťu pocítiť vlastný nosný aparát (kosti, kĺby), keďže deti s ťažkým postihnutím nedokážu získať skúsenosti, ktoré sa bežne získavajú pri lezení alebo chôdzi. Dieťa získava ešte intenzívnejšiu skúsenosť ako pri somatickej stimulácii. Pomáha mu 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. Dôležitý je tu rytmus a rytmizácia, najmä vo vzťahu k dýchaniu.

Vestibulárne podnety pomáhajú dieťaťu vnímať a uvedomovať si zmenu polohy tela v priestore. Tieto podnety človek vníma už počas prenatálneho vývinu. Vychádza sa z faktu, že ľudia s ťažkým postihnutím majú minimálne množstvo takýchto skúseností. 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. Treba však dávať pozor na prestimulovanie a preťaženie dieťaťa takýmito podnetmi, čo môže mať za následok negatívne reakcie (nevoľnosť, napätie, strach).

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 mohlo postrehnúť a naučiť sa diferencovať. Využívame aj vône, ktoré sú dieťaťu známe.

Videnie a počutie sú komplexné zmyslové aktivity, pretože sluchové a zrakové podnety už nie sú viazané na telo, a preto je pre deti s ťažkým postihnutím náročné tieto podnety spracovať. Zmyslom stimulácie je naučiť deti pozerieť sa a počúvať. Ponúkame kontrastné zvuky (hluk - ticho) aj obrazy (svetlý - tmavý). Vedeť deti k registrácii blízkyh aj vzdialenejších predmetov, produkcii zvukov. Je vhodné zvuky kombinovať s dotykom, vibráciou alebo pohybom. Vzhľadom na charakter zrakových a sluchových informácií je potrebná pri bazálnej stimulácii ešte cielenejšia štruktúra a dávkovanie podnetov (porov. Friedlová, 2007; Leyendecker, 2005; Niehoff, 2007; Opatřilová, 2013; Vítková, in Müller, (ed.) a kol. 2014).

### **Multisenzorické prostredie (Snoezelen)**

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 (Orieščiková, Hřčová, 2010). Primárne bol Snoezelen určený práve týmto jednotlivcom. V súčasnosti môžu z neho profitovať ľudia s rôznym druhom postihnutia, poruchami správania, psychiatrickými diagnózami, s demenciou, ľudia s traumatickým poranením mozgu, ľudia v paliatívnej starostlivosti, s chronickou bolesťou a aj intaktná populácia.

V stručnosti možno Snoezelen definovať ako navodenie pohody a pocitov upokojenia prostredníctvom multisenzorického podnecovania (Mertens, 2003). Slovo Snoezelen je kombináciu dvoch holandských slov „*snuffelen*“ (čuchať) a „*doezelen*“ (driemať). Kombinácia uvedených slov úplne a presne vystihuje podstatu koncepcie, ktorá na jednej strane napomáha relaxácii a uvoľneniu vďaka príjemnej a pokojnej atmosfére prostredia a na strane druhej

podporuje k aktivite a skúmaniu práve vďaka stimulujúcemu a motivujúcemu prostrediu. V súčasnosti je akceptovaná táto definícia Snoezelenu prijatá ISNA-mse (Medzinárodná asociácia Snoezelen ISNA-MSE), ktorá používa pojem Snoezelen MSE (MSE – multisensory environment – multisenzorické prostredie) a definuje ho ako „*dynamický súbor duševných vlastností postavený na pretrvávajúcom citlivom vzťahu medzi účastníkom, kvalifikovaným sprievodcom a kontrolovaným prostredím, kde je ponúkaných mnoho možností pre senzorickú stimuláciu*“ ([www.isna-mse.org](http://www.isna-mse.org)).

Snoezelen sa realizuje v špecificky upravenom prostredí (multisenzorické prostredie/miestnosť) s hudbou, zvukmi, svetelnými efektmi, vôňami a rôznorodými predmetmi alebo komponentmi. Má u jednotlivca navodiť pocit bezpečia a uvoľnenia. Svojou štruktúrou a vybavením zároveň podnecuje a motivuje k aktivite a získavaniu nových skúseností.

Multisenzorická miestnosť má byť miestom, kde má jednotlivec 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 sú sprostredkovanie hlavne pozitívnych skúseností a pozitívnej spätnéj väzby (porov. Filatová, Janků, 2011; Mertens, 2005; Verheul, 2007).

V multisenzorickej miestnosti je všetko nastavené tak, aby bolo možné regulovať množstvo a intenzitu podnetov a prispôbiť prostredie možnostiam a schopnosti jednotlivca s ťažkým postihnutím spracovať zmyslové podnety. Jednotlivé podnety môžu byť dosť intenzívne na to, aby ich jednotlivec s ťažkým postihnutím mohol registrovať a venovať im pozornosť alebo v opačnom prípade ponúkať len jemnú stimuláciu, aby sa neprekročili hranice zmyslovej tolerancie jednotlivca, ak na podnety reaguje hypersenzitívne. Čo sa týka množstva podnetov, vhodné je zvoliť menšie množstvo (prípadne len jeden alebo dva) podnetov, s ohľadom na špecifiká zmyslového vnímania jednotlivcov s ťažkým postihnutím (Hrčová, in Orieščiková, 2015). Podobne píše aj Švarcová (2006), že zmyslových zážitkov nemá byť veľa, ale majú byť o to intenzívnejšie.

U jednotlivca 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 jeho rozvoju (porov. Fowler, 2008; Hulsegge, Verheul, 1997). Snoezelen nie je len prostriedkom relaxácie a získavania nových zážitkov a skúseností. V multisenzorických miestnostiach možno cielene pôsobiť na

rozvíjanie jednotlivých zručností a schopností: perцепčných, motorických, kognitívnych, komunikačných a sociálnych. Okrem toho slúži aj na elimináciu nevhodného správania a budovanie vzťahu s osobou, ktorá dieťa pri Snoezelene sprevádza. Najvyšším a najdôležitejším cieľom Snoezelenu je však podľa K. Mertens (2005) pocit pohody a cítiť sa dobre.

V súvislosti s vyššie uvedeným možno pri aplikácii Snoezelenu zvoliť jeden z štyroch prístupov, ktoré uvádza Mertens (2003). Snoezelen sa uplatňuje ako voľnočasová aktivita, pri ktorej sa nesledujú špecifické ciele, ale Snoezelen jednotka má voľný priebeh. Okrem toho sa využíva aj ako terapia alebo ako terapeutický orientovaný prístup a ako pedagogické podporné opatrenie. V týchto prípadoch by mali byť jednotky dopredu premyslené, mali by sledovať určitý cieľ (v súvislosti s podporou celkového rozvoja) a osoba, ktorá v miestnosti pracuje pozná možnosti využitia jednotlivých pomôcok a komponentov a volí a využíva ich cielene.

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 (Orieščiková, Hrčová, 2010). Existujú rôzne variácie multisenzorických miestností alebo prostredí. Najuniverzálnejšou a najviac využívanou je biela miestnosť. Okrem nej je možnosť zvoliť aj iný typ prostredia v závislosti od cieľovej skupiny, jej potrieb a cieľov, ktoré chceme naplniť. Orieščiková, Hrčová (2010) popisujú 4 typy prostredí, ktoré sú v našich podmienkach používané najčastejšie. Ide o bielu, tmavú a soft-play miestnosť. Dopĺňajú ešte tzv. snovú alebo tématickú miestnosť ako zaujímavý prvok podpory práve žiakov s ťažkým a viacnásobným postihnutím. Pagliano (2001) hovorí až o 12 prevedeniach multisenzorického prostredia. Okrem spomínanej bielej, tmavej a soft-play miestnosti uvádza ešte sivú miestnosť a ďalšie typy prostredí a zón, medzi nimi zvukový priestor, interaktívnu zónu, vodnú zónu, inkluzívnu zónu, virtuálne prostredie, sociálny priestor a pluralitné prostredie. Spomína ešte prenosné prostredie, ktoré je možné zbaliť a rozkladať. Toto prostredie by sme do určitej miery mohli prirovnať k mobilnému Snoezelenu. O uvedené delenie sa opierajú aj Filatová a Janků (2011). Pagliano vo svojej najnovšej práci z roku 2012 pridáva ešte ďalšie prostredia ako čuchový, chuťový a interoceptívny priestor (prostredie zamerané na stimuláciu interoceptorov, teda vestibulárneho aparátu a pripriocepce). Zvukový priestor delí na dva typy podľa intenzity zvukov (ostrejšie zvuky vs. tlmenejšie zvuky).

Vestibulárny a propioceptívny systém môže stimulovať vodná posteľ (stále je základným elementom mnohých miestností), polohovacie vaky, hojdačky, poprípade bazén naplnený guľôčkami (môže byť aj podsvietený, čo umocní celkovú stimuláciu). Tieto komponenty sú zdrojom podnetov viazaných na telo a sú pre jednotlivcov s ťažkým a viacnásobným postihnutím nepostrádateľné. Umožňujú získavanie skúseností s vlastným telom, pomáhajú uvedomovať si ho a budovať telesnú schému. Vodná posteľ navyše pomáha pri uvoľnení svalstva a motivuje aspoň k nepatrnej aktivite. Keďže aj ten najmenší pohyb na posteli vyvolá pohybový efekt. Na stimuláciu hmatu možno použiť rôzne hračky alebo predmety rôznej štruktúry, textúry, tvaru, veľkosti alebo váhy. Inou možnosťou je inštalácia hmatovej steny alebo panelu alebo manipulačného panelu. Na stimuláciu čuchu sa používajú rôzne vône, ktoré sú použité cielene k dosiahnutiu určitého stavu (relaxácia, aktivizácia, podpora pozornosti, dýchania...) alebo dotvoria celkovú atmosféru miestnosti. Nepostrádateľné 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 bublinkové valce, optické vlákna, projektory s rotujúcimi tématickými obrazcami alebo projekciou tekutých olejových farieb, zrkadlová guľa s farebným reflektorom... Veľmi intenzívny podnet sprostredkuje UV svetlo a UV reaktívne (fosforeskujúce) predmety, ktoré vytvárajú silný kontrast oproti ostatnému prostrediu a stimulujú dieťa k aktivite a napomáhajú k využívaniu zvyškových zrakových schopností a podpore elementárnych zrakových schopností ako lokalizácia, fixácia alebo sledovanie (porov. Fowler, 2008; Hrčová, 2012; Oriechiková, Hrčová, 2010; Schwanecke, 2004).

Ako uvádza Fowler (2008) miestnosti sú (a majú byť) interaktívne po stránke sociálnej a aj technickej, čo by sme mohli bližšie vysvetliť tak, že jednotlivec s ťažkým postihnutím nemusí len pasívne sledovať a prijímať rôzne podnety, ale môže ich sám vyvolať a získať spätnú väzbu na vlastnú aktivitu. Viaceré klasické komponenty ako napríklad bublinkové valce alebo optické vlákna môžu byť teraz prepojené špeciálnymi ovládačmi s veľkými tlačidlami. Pomocou nich môžu jednotlivci meniť farbu vlákien alebo valca. Ovládanie je jednoduché a nevyžaduje veľké úsilie zo strany jednotlivca. Vďaka týmto ovládačom je možné, aby aj jednotlivci s ťažkým postihnutím mohli aktívne

a nezávisle zasiahnuť do usporiadania okolitého prostredia a vyvolať obľúbené alebo preferované stimuly. Okrem toho možno do miestností inštalovať interaktívne pomôcky a interaktívne panely, ktoré reagujú na dotyk (napríklad stlačenie tlačidla) zasvietením svetla alebo zmenou farby alebo zmenou svetelného obrazca. Verbálna komunikácia, alebo v prípade našej cieľovej skupiny vokalizácia, môže byť podporená inštaláciou komponentov, ktoré reagujú na zvuk napríklad zmenou farby. Svoje miesto majú aj pomôcky reagujúce aj na nepatrný pohyb. Okrem vizuálnej spätnej väzby môže žiak svojou aktivitou vyvolať aj rôzne zvuky, hudbu, vôňu, vibrácie alebo aktivovať ventilátor a nechať na seba pôsobiť prúd vzduchu (Hrčová, in Orieščiková, 2015).

Dôležité je, aby miestnosť bola bezpečná vzhľadom k pohybu a manipulácii s objektmi, aby v nej bol dostatok miesta na sedenie alebo ležanie. Mala by pôsobiť príjemne a zároveň motivovať dieťa k aktivite a poznávaniu (Fowler, 2008; Schwanecke, 2004).

### **Senzorická integrácia/terapia senzorickej integrácie**

Jedná sa o teóriu a tiež terapeutický prístup vyvinutý v 70-tych rokoch 20. storočia ergoterapeutkou A. Jean Ayres. Ayresovej práca vychádzala z klinických pozorovaní detí s poruchami učenia. Mnohé z nich vykazovali ťažkosti v oblasti senzoriky, percepcie aj motoriky. Táto teória, založená na poznatkoch z neurovied, biológie, psychológie a pedagogiky, predpokladá, že deti s ťažkosťami v učení majú problémy spracovať a integrovať zmyslové informácie, čo má vplyv na ich správanie a učenie (Schaaf, Miller, 2005). Teória senzorickej integrácie (ďalej len SI) vysvetľuje vzťah medzi spracovaním zmyslových podnetov a správaním jednotlivca. Smith Myles, et al. (2007) uvádzajú päť predpokladov pre SI: plasticita centrálného nervového systému, vývinová postupnosť procesu, mozog funguje ako celok, ale jednotlivé zmyslové systémy sú organizované v hierarchii, adaptívne správanie je výsledkom SI a naopak, vyvolanie adaptívnej odpovede napomáha SI, schopnosť SI sa rozvíja nevedome prostredníctvom senzo-motorických aktivít.

Ide o proces organizácie zmyslových vstupov, ktorý sa deje bez vedomej kontroly tak, že mozog vytvára vhodné reakcie tela. SI umožňuje triediť, usporiadať a skladať zmyslové vstupy do jedného celku. Umožňuje jednotlivcovi konať a reagovať na situácie primeraným spôsobom – umožňuje vytvárať tzv. adaptívnu odpoveď. Je základom pre učenie a sociálne správanie (Ayres, 2005).



SI prebieha na štyroch úrovniach a vyvíja sa počas prvých rokov života dieťaťa. V prvom štádiu dieťa prijíma najmä taktilné stimuly ako dotyk, čo vytvára predpoklady pre jedenie, sanie a najmä vytvára puto dieťaťa a matky. Prijímanie vestibulárnych a propioceptívnych stimulov je základom pre kontrolu očných pohybov, postúry, svalového napätia a gravitačnej istoty. Integrácia systémov v druhom štádiu je podkladom pre emočnú stabilitu dieťaťa, pre vytváranie telesnej schémy a vykonávanie cielených pohybov. Dieťa využíva obidve strany tela koordinovaným spôsobom. Auditívny a vizuálny systém nadobúda na význame v treťom štádiu. Vytvárajú sa predpoklady pre reč a tiež vďaka vizuálnemu systému aj predpoklady pre vykonávanie komplexnejších aktivít a vizuo-motorickej koordinácie. V štvrtom štádiu sa rozvíjajú jednotlivé koncové produkty senzorickej integrácie. Prostredníctvom správneho povedomia o vlastnom tele vzniká sebakontrola a sebadôvera. Dochádza k špecializácii a spolupráci mozgových hemisfér a dieťa si je postupne vedomé pravej a ľavej strany tela. To je dôležité pre školskú prácu a výkony (porov. Ayres, 2005; Bechstein, 2010; Borchardt, Borchardt, Kohler, Kradolfer, 2005).

Ako taká je SI seba organizujúca aktivita človeka, ktorý interaguje s prostredím a organizuje zmyslové informácie. Výsledkom tohto procesu je komplexné správanie, prispôsobovacie reakcie a zmysluplná, aktívna činnosť (Smith Roley, Blanche, Schaaf, 2004). Pre SI sú kľúčové tri zmyslové systémy, a to vestibulárne vnímanie, propiocepcia a taktilné vnímanie. Sú považované za základné zmysly a sú východiskom pre rozvoj ostatných systémov, hlavne auditívneho a vizuálneho, a ovplyvňujú rozvoj vyššie uvedených funkcií. Borchardt, Borchardt, Kohler, Kradolfer (2005) ich uvádzajú ako nadradené zmyslové systémy. Vizuálny, auditívny, olfaktorický a gustatorický systém možno v rámci tejto teórie považovať za podriadené zmyslové systémy.

Jednotlivci, ktorých spracovanie zmyslových podnetov nie je správne, majú ťažkosti v jednej alebo viacerých oblastiach zmyslového vnímania alebo v niektorom bode procesu integrácie (Smith Myles, et al., 2005). Aby sme mohli hovoriť o dysfunkciách senzorickej integrácie, musia byť jasne preukázateľné deficity v spracovaní vestibulárnych, propioceptívnych a taktilných podnetov, ktoré ale nie sú dôsledkom organického poškodenia CNS alebo kognitívnych deficitov (Bundy, Lane, Murray, 2007). Prejavy porúch SI sa však môžu vyskytovať, a často sa vyskytujú, súbežne s inými diagnózami, či už ide o mentálne postihnutia, detské mozgové obrny, prípadne ďalšie poruchy. Tu sa ale nedá jasne určiť príčina prejavov.

V súčasnosti je známych viacero klasifikácii porúch senzorickej integrácie/senzorického spracovania. Pre ilustráciu uvádzame len jednu z nich. Hovorí o troch kategóriách porúch SI. Poruchy diskriminácie sa prejavujú ťažkosťami v interpretácii kvalít jednotlivých stimulov. Dieťa má problém rozlišovať podobnosti a rozdiely v stimuloch. Schopnosť diskriminácie je základným predpokladom pre formovanie telesnej schémy, pretože správna interpretácia zmyslových stimulov je nevyhnutná pre plánovanie pohybov. Poruchy senzorickej diskriminácie postihujú aj schopnosť selekcie podnetov, rozlišovanie trvania podnetu a tiež subjektívne hodnotenie podnetu (porov. Borchardt, K., Borchardt, D., Kohler, J. Kradolfer, F. 2005; Emmons, P. G., Andersson, L. M., 2005; Hilton, C. in Matson, J. L., Sturmey, P. eds 2011).

Motorické poruchy na senzorickej báze zahŕňajú posturálnu poruchu a dyspraxiu. Posturálna porucha je charakterizovaná neprimeraným svalovým napätím, hypotóniou, hypertóniou, neprimeranou kontrolou pohybov alebo neprimeranou koordináciou svalstva, ak chce jednotliviec docieľiť pohyb proti odporu. Takéto deti sa zdajú byť slabé, rýchlo sa unavia a nepoužívajú stále dominantnú ruku alebo stredovú líniu tela. Dyspraxia sa prejaví ako znížená schopnosť koncipovať, plánovať, zoraďovať a vykonávať sekvenciu pohybov. Deti s dyspraxiou nemajú istotu o tom, kde v priestore sa ich telo nachádza a majú problém posúdiť vzdialenosť od objektov alebo ľudí a tiež regulovať svoju silu pri vykonávaní pohybov. Deti s dyspraxiou majú problémy aj s načasovaním pohybu a sekvenciami, bilaterálnou integráciou a somatosenzorickým vnímaním. Pri motorických poruchách nie sú správne spracovávané taktilné, propioceptívne a vestibulárne podnety (porov. Ayres, J. 2005; Bundy, A. C., Lane, S. J., Murray, E. A. 2007; Hilton, C. in Matson, J. L., Sturmey, P. (eds) 2011).

Poruchy modulácie - moduláciu možno definovať ako schopnosť mozgu regulovať aktivitu nervového systému (Bundy, A. C., Lane, S. J., Murray, E. A. 2007). Moduláciu môžeme v jednoduchosti popísať aj ako schopnosť mozgu prispôbiť reakciu intenzite podnetu. Poruchy modulácie sa potom prejavujú neprimeranými reakciami na jednotlivé podnety. Človek je voči podnetom hypersenzitívny alebo naopak hyposenzitívny. K poruchám modulácie patrí aj senzorické strádanie – vyhľadávanie stimulov. Poruchy modulácie sa môžu týkať každého zmyslového systému (vestibulárneho, propioceptívneho, taktilného, ale aj auditívneho, vizuálneho, gustatorického a olfaktorického). K najčastejšie uvádzaným poruchám patrí taktilná defenzivita, gravitačná neistota, senzorická hyposenzitivita a stránenie sa

pohybom. Tieto poruchy majú za následok problémy v správaní a v sociálnej interakcii (porov. Borchardt, K., Borchardt, D., Kohler, J., Kradolfer, F. 2005; Bundy, A. C., Lane, S. J., Murray, E. A. 2007; Smith Roley, S., Blanche, E. I. Schaaf, R. C. 2004). U jednotlivcov s viacnásobným postihnutím sa často objavuje práve proprioceptívna hypersenzitivita (Smith Roley, S., Blanche, E. I., Schaaf, R. C. 2004). Hlavným problémom jednotlivcov s ťažkým a viacnásobným postihnutím je v tomto prípade neschopnosť pohybu a vždy rovnaké pohybové vzorce. Je obmedzené ich aktívne konanie, čo spôsobuje málo spätnej väzby z okolia, a to následne vedie k hypotonusu (Rüller-Peters, B. in Fröhlich, A., Heinen, N., Lamers, W. Hrsg. 2001).

Terapia je založená na cielej podpore vestibulárneho, proprioceptívneho a taktilného systému, ktorá má dieťaťu pomôcť lepšie integrovať prichádzajúce zmyslové vstupy a formovať adaptívne odpovede. Stimulácia môže byť doplnená aj o vstupy pre ostatné zmyslové systémy, ale ťažisko terapie spočíva v podpore uvedených troch základných zmyslov (Ayres, 2005).

Všetko sa deje prostredníctvom hry a motorických aktivít v špeciálne upravenej miestnosti. Prostredie, v ktorom sa vykonáva terapia SI musí preto spĺňať aj požiadavky na bezpečnosť dieťaťa. Jednotlivé pomôcky sú na viditeľných miestach a sú dieťaťu dostupné, pokiaľ by si niektorú z nich vybralo, alebo aby o ňu mohlo požiadať a tiež kvôli tomu, aby sa učilo spracovávať množstvo podnetov, ktorému v miestnosti čelí (Hrčová, in Kováčová, Valachová eds. 2019). Motorická aktivita je vhodná práve preto, že poskytuje zmyslové vstupy, ktoré lepšie pomáhajú dieťaťu zorganizovať si vlastné učenie. Terapia SI je prístup orientovaný na dieťa, kde sa dieťa stretáva s primeranými výzvami a zažíva pocit úspechu z vykonaných aktivít. Dôležitá je vzájomná dôvera a akceptujúci prístup terapeuta. Dieťa je motivované a aktívne zapojené do procesu terapie, má možnosť podieľať sa na výbere aktivít. Terapeut spolupracuje a dieťa sprevádza jednotlivými činnosťami (porov. Hilton, in Matson, Sturmey, eds. 2011; Hrčová, 2014). nie každá aktivita, kde sú sprostredkované zmyslové podnety je senzoricou integráciou podľa J. Ayres. Sú presne dané požiadavky (personálne, materiálne a princípy práce), aby sa daná činnosť dala považovať za SI. V jednoduchosti by sa dalo povedať, že pokiaľ je dieťa pri činnosti pasívne alebo je riadené terapeutom, dostáva slovné inštrukcie, čo má robiť alebo sa riadi určitým protokolom, metodikou, postupnosťou činností a aktivít, vtedy nejde o senzoricú integráciu podľa

Ayres (2005). Taktiež zmyslová stimulácia nie je senzorickou integráciou (Hrčová, in Kováčová, Valachová eds. 2019).

Terapia sa uskutočňuje v prostredí, v ktorom má dieťa dostatok príležitostí na vlastnú aktivitu a hru. V tomto prostredí sa nachádzajú rôzne typy hojdačiek, závesných sietí alebo vakov. Okrem toho v ňom možno nájsť rôzne prekážky, naklonené roviny, duté valce, pojazdné dosky, balančné pomôcky, záťažové pomôcky, gulôčkový bazén, predmety s rôznymi textúrami a iné.

Aktivity s dôrazom na vestibulárny input zahŕňajú hojkanie na rôznych typoch hojdačiek cez pomalé lineárne pohyby, rotačné pohyby, axiálne pohyby (okolo vlastnej osi), až po rýchle hojkanie, hojkanie na rôznych pozíciách (ľah, sed, kľak...). Rovnako možno použiť zmeny smeru pri hojkaní, nepredvídateľné pohyby hojdačky, aktívnu zmenu pozície v hojdačke – dotýkanie sa zeme rukami, dosahovanie, uchopovanie predmetov. Vestibulárne podnety možno spájať s rytmickými činnosťami a poskytovať stimuly aj pre auditívny systém (Ayres, 2005; Borhhardt, Borchardt, Kohler, Kradolfer, 2005). Aktivity ďalej zahŕňajú pohyb po nestabilných povrchoch, naklonených rovinách, vozenie, pohyb so zmenou pozície hlavy a tela

Aktivity s dôrazom na propioceptívny input podporujú desenzibilizáciu taktilného systému, rozvoj praxie, plánovanie pohybov... Ide napríklad o záťažové aktivity alebo tzv. „ťažkú prácu“ – ťahanie, tlačenie, hádzanie presúvanie ťažších predmetov, používanie záťažových pomôcok spojené s aktívnym pohybom. Ďalej pohyb proti odporu, pohyb proti gravitácii, jazda na pojazdnej doske, aktivity so zapojením obidvoch strán tela... U niektorých detí pomáhajú pri upokojení alebo organizácii vlastného nervového systému. Sú vhodné zvlášť pri motorických poruchách, problémoch s motorickým plánovaním alebo pri taktilnej defenzivite (Borchardt, Borchardt, Kohler, Kradolfer 2005; Smith Roley, Blanche, Schaaf, 2004). Vestibulárno-proprioceptívna stimulácia dáva jednotlivcom s ťažkým a viacnásobným postihnutím možnosť orientácie. Každý vestibulárny input vyvoláva propioceptívne pociťovanie a následne muskulárno-tonickú adaptáciu (Rüller-Peters, in Fröhlich, Heinen, Lamers, Hrsg. 2001).

Aktivity s dôrazom na taktilný input zahŕňajú manipuláciu, dotýkanie sa predmetov alebo masáže. Predmety majú rôznorodú textúru alebo povrch. Použiť možno kefký, loptičky, rôzne textilie. Dotyk je jemný povrchový alebo hladenie. Taktiež sa apoužíva dotyk alebo masáže spojené s tlakom. Činnosti pomáhajú vnímaniu podnetu na určitom mieste alebo časti tela a celkovému

zlepšeniu taktilného vnímania (porov. Ayres, 2005; Bundy, Lane, Murray, 2007).

Smith Roley, Blanche, Schaaf, (2004) uvádzajú niektoré pozitívne prínosy terapie pre jednotlivcov s ťažkým alebo s viacnásobným postihnutím. Terapia SI v kombinácii s konceptom Bobath NDT pomohla zlepšiť reakcie, zaobchádzanie s predmetmi a kontakt s inými. U osôb s ťažkým mentálnym postihnutím došlo k zlepšeniu kontroly držania tela a budovaní hlasových prejavov. Prispela tiež k lepšej tolerancii vestibulárnych podnetov, povedomia o vlastnom tele, rovnováhy alebo jemnej motoriky. Pri terapii jednotlivcov s ťažkým postihnutím je dôležité poskytnúť im istotu v kontakte na zemi a stabilitu pri pohybe. Vnímanie gravitácie má tiež čo dočinenia s držaním tela. Následne sa zameriava na rozvoj hĺbkovej citlivosti, zvnútornenie pohybových vzorcov, budovanie ko-kontrakcií... (Rüller-Peters, in Fröhlich, Heinen, Lamers, 2001).

### **2.3 Prístupy v oblasti motoriky**

Senzorika a motorika sú oblasti, ktoré sa vzájomne ovplyvňujú a jedna oblasť sa bez druhej nemôže rozvíjať. Pohyb je potrebný na získavanie zmyslových skúseností a na obstaranie stimulov a rovnako pre motorický rozvoj sú potrebné určité zmyslové stimuly a schopnosť primerane ich spracovať.

Jedným z nosných bodov celého edukačného procesu žiakov s ťažkým a viacnásobným postihnutím je zabezpečenie ich fyzického komfortu. Podpora pohybových schopností mala uskutočňovať s týmito cieľmi: zvýšenie nezávislosti, budovať a rozvíjať telesnú schému a upevňovať celkové zdravie (Imray, Hinchcliffe, 2014). Edukačným procesom žiakov s ťažkým a viacnásobným postihnutím by sa mali prelínať aj techniky handlingu. Hanák a kol. (2011) uvádza, že ide o všetky techniky, ktoré sa používajú s cieľom regulovať svalový tonus a navodzovať správny pohyb. K technikám handlingu patrí podľa Westling, Fox (2004) aj dvíhanie a prenášanie žiaka. Dvíhanie a prenášanie by malo byť správne prevedené, aby nedošlo k ohrozeniu bezpečnosti prenášajúceho aj prenášaného. Žiak by mal byť pred každým prenosom informovaný a upozornený, čo sa bude diať. Pokiaľ mu to jeho motorické schopnosti umožňujú, mal by pri dvíhaní spolupracovať. Žiakovi by mala byť zaistená symetrická pozícia v sede (ak je žiak spastický) a potrebná stability, uľahčujúca kontrolu hlavy (v prípade hypotonického žiaka) alebo

zabraňujúca mimovoľným pohybom. Súčasťou handlingu sú aj aktivity a cvičenia podporujúce vestibulárne a taktilné vnímanie, budovanie telesnej schémy, vzpriamovanie, očný kontakt, zapojenie všetkých zmyslov. Pedagóg môže využiť širokú škálu pomôcok podnecujúcich vestibulárne vnímanie a akúkoľvek motorickú aktivitu ako sú: balančné pomôcky, hojdacie siete, hojdačky, bazén s guľôčkami, gymnastické lopty, rehabilitačné valce a iné (porov. Hanák, a kol. 2011).

Pre žiaka s ťažkým a viacnásobným postihnutím má podstatný význam dotyk ako taký. Dotyk vo forme masáže nemusí byť len prostriedkom na nadviazanie kontaktu a komunikácie, ale masáž má význam aj pri rozvoji základných schopností potrebných pre pohyb. Je prostriedkom na reguláciu/uvoľnenie svalového napätia a tiež vhodným prostriedkom pre porozumenie vlastného tela. Povedomie o vlastnom tele je základom ďalšieho rozvoja. (porov. Imray, Hinchliffe, 2014; Leyendecker, 2005). Opatřilová vo svojich prácach (2005; 2010; 2013) uvádza viac druhov masáží, ktoré sú prospešné pre uvoľnenie alebo podporu funkcií ako je dýchanie, krvný obeh, oksyličovanie organizmu, či posilnenie svalstva. Môžeme spomenúť baby masáž, motýlie masáže, klasickú masáž, reflexnú a rekondičnú masáž alebo masážnu techniku senzomotorickej stimulácie.

Veľmi vhodným prostriedkom na rozvoj motorických schopností je aj trampolína a koncept vyvinutý vo Veľkej Británii – tzv. Rebound therapy (terapeutické využitie trampolíny). Môže sa využívať v edukácii aj v rehabilitácii. Ponúka širokú škálu aktivít od základného polohovania a pasívnych pohybov až po aktivity vyžadujúce si schopnosť skákať na trampolíne. Terapia podporuje motorické učenie, rozvíja povedomie o vlastnom tele, pohybovú koordináciu, perцепčné schopnosti aj komunikáciu. Zohľadňuje schopnosti, potreby, obmedzenia aj nadobudnuté skúsenosti a preferencie žiakov s ťažkým a viacnásobným postihnutím. Aktivity na trampolíne pomáhajú regulovať svalový tonus žiaka a tiež jeho úroveň aktivity a uľahčia prechod k iným podobným aktivitám. Úlohu zohráva aj motivačný aspekt trampolíny a prežívaná radosť s pohybu (porov. Cullingford-Agnew, in Lacey, Ashdown, Jones, Lawson, Pipe, (2015). Štúdiá realizovaná na ľuďoch s hlbokým mentálnym postihnutím preukázala pozitívny efekt tejto terapie v kombinácii s inými cvičeniami. Došlo u nich k poklesu prejavov problémového správania a k zvýšeniu vnímavosti. Doba na posúdenie adaptívnych zmien v motorickej oblasti bola podľa autorov veľmi krátka – išlo o 16 týždňový program (Jones, et al. 2007).

U nás málo známa metóda na rozvoj základných motorických schopností je program MOVE (Mobility Opportunities Via Education – príležitosti k pohybu prostredníctvom edukácie) vypracovaný v USA. Zameriava sa na základné funkcie ako sedenie, státie, chôdza a presuny. Žiakovi zahrnutému v programe musia byť neustále a opakovaním vytvárané príležitosti na tréning funkčných schopností a zahrnuté do každodenných činností. (Imray, Hinchcliffe, 2014). Program obsahuje niekoľko navzájom prepojených krokov. Žiak musí byť spočiatku rozvíjať predpoklady pre pohyb (napríklad tolerovaním určitej pozície). Následne sa u žiaka podporuje tréning funkčných schopností a vykonania cieľného pohybu. Poskytuje sa mu len toľko pomoci, koľko je pre vykonanie pohybu reálne potrebné. Intenzita pomoci sa postupne redukuje. Cieľom je dosiahnuť čo najviac nezávislé vykonávanie pohybu s ohľadom na možnosti žiaka (Leyendecker, 2005).

Cullingford-Agnew (in Lacey, Ashdown, Jones, Lawson, Pipe, 2015) a Opatřilová (2013) venujú priestor aj metóde rozvíjajúceho pohybu Veroniky Sherborne. Program vychádza z prirodzenej potreby človeka uvedomiť si seba a svoje okolie. Dáva možnosť prispôsobiť cvičenia potrebám a možnostiam dieťaťa a je vhodná aj pre deti na úrovne raného štádia vývinu. Jej metóda je postavená na dvoch základných cieľoch vnímanie seba (povedomie o vlastnom tele, povedomie o priestore, pozitívny obraz o sebe) a vnímanie iných (vzťah s druhou osobou, sebadôvera a dôvera v iných). Začína sa vnímaním vlastného tela (vnímanie tela na zemi, stredová línia tela atď...) a neskôr sa prechádza do priestoru. Pokiaľ dieťa nemá zvládnuté vnímanie vlastného tela, nemalo by sa posúvať ďalej. Podľa Karáskovej, Dlužewskiej-Martyniec (2012) sa skôr kladie dôraz na emocionálne prežívanie a koncentráciu na pohybovú úlohu, než na presnosť pohybov. Okrem pohybového aspektu hrá pri cvičeniach rolu aj fyzický, sociálny a emocionálny kontakt.

Okrem prístupov rozvíjajúcich telesnú schému, hrubú motoriku a koordináciu pohybov nesmieme zabúdať ani na oblasť jemnej motoriky. Zameriavame sa na podporu najjednoduchších schopností: cieľné pohyby rúk za účelom dosahovania, uchopovania predmetov, prípadne schopnosti ukazovania, cez rozvoj pohyblivosti prstov a manipulačné činnosti až po zložitejšie ako napríklad grafomotorické aktivity. Môžeme tu zaradiť aj pohyby tváre a motoriku hovoridiel. (porov. Opatřilová, 2010; 2013; Vančová, 2010).

## 2.4 Prístupy v oblasti komunikácie a interakcie s prostredím

Aby mohol byť naplnený potenciál pre učenie sa žiakov s ťažkým a viacnásobným postihnutím, je nevyhnutné dať týmto jednotlivcom príležitosť na interakciu s prostredím. Ako uvádza Ware (2003) jednotlivci s ťažkým a viacnásobným postihnutím potrebujú mať vytvorené interaktívne prostredie, v ktorom dostanú spätnú väzbu na svoje aktivity, príležitosť reagovať na aktivitu iných a viesť interakciu.

Tiež je možné v určitých oblastiach a v určitej miere pozitívne ovplyvniť úroveň závislosti na pomoci druhých. Nezávislosť pre týchto jednotlivcov znamená, že im dáme možnosť väčšej kontroly nad svojím životom a prostredím (van der Putten, et al. 2005). To môžeme dosiahnuť dôsledným pozorovaním a správnu interpretáciou všetkých (aj minimálnych) prejavov konkrétneho jednotlivca a primeranými reakciami na ne. Existujú niektoré koncepty zamerané na podporu interakcie a komunikácie u jednotlivcov, ktorí ešte nekomunikujú intencionalne, nemajú dostatočné povedomie o svojom okolí, nemajú dostatok komunikačných a interakčných skúseností. Zameriame sa hlavne na bazálnu komunikáciu podľa Winfrieda Malla, ktorá je rozšírená najmä v nemecky hovoriacich krajinách, a intenzívnu interakciu, ktorá sa využíva napríklad v Anglicku.

Pri týchto formách komunikácie nejde ani tak o výmenu obsahu, cieľ spočíva v kontakte s komunikačným partnerom a v pochopení, že vlastné konanie jednotlivca s ťažkým postihnutím bude ovplyvňovať jeho komunikačného partnera (Henning, in Fröhlich, Heinen Klaus, Lamers, Hgg. 2011).

### **Bazálna komunikácia**

Bazálnou komunikáciou myslí jej autor Winfried Mall spôsob, ako bez akýchkoľvek podmienok a predpokladov nadviazať kontakt s osobou s ťažkým mentálnym postihnutím, ťažkým viacnásobným postihnutím, autizmom, demenciou alebo osobou v bdelej kóme a uviesť proces komunikácie do kolobehu. Vychádza z predpokladu, že každý človek má komunikačné schopnosti. Opiera sa o tvrdenie „Nie je možné nekomunikovať“ (Mall, 2001). Autor vychádzal z poznatkov o bazálnej stimulácii, rytmicko-hudobnej výchove, gestaltterapii, humanistickej psychológii (Niehoff, 2007).

Špecifickým momentom pri bazálnej komunikácii je nájdenie spoločného rytmu pri dýchaní, keďže dýchanie je základným prejavom každého



človeka (Mall, 2001). Východisko pre komunikáciu sú všetky prejavy jednotlivca, ktoré ponúka. Ide najmä o: hlasové prejavy, držanie tela, svalový tonus, pohyby, mimika, stereotypy, miesto v priestore, materiál, s ktorým jednotlivec manipuluje (Mall, 2000). Základom je, aby komunikačný partner rozpoznal a porozumel komunikačným prejavom jednotlivca s ťažkým a viacnásobným postihnutím a prispôbil sa jeho spôsobu komunikácie (Mall, 2000). Komunikačný partner pozorne sleduje každý pohyb a prejav jednotlivca s ťažkým postihnutím, aby naň mohol primeraným spôsobom reagovať (Niehoff, 2007). Do popredia sa nedostávajú nejaké špecifické ciele, ale zážitok z priamej interakcie a pocit telesnej blízkosti komunikačných partnerov (Mall, 2003).

Dôležitou súčasťou sú rituály. Opakujúce sa aktivity, ktoré majú rovnaký priebeh začne neskôr rozoznávať aj jednotlivec s ťažkým a viacnásobným postihnutím. Takto si buduje dôveru k jednotlivým aktivitám a získava pocit istoty v celom priebehu dňa. Aplikácia rituálov v bazálnej komunikácii sa môže týkať nadviazania kontaktu, oslovenia, spôsobu dotyku, atď. (Niehoff, 2007).

### **Intenzívna interakcia**

Tento koncept vznikol v druhej polovici 80-tych rokov v Anglicku. Vytvorili ho Melanie Nind a Dave Hewett. Základom bolo zistenie, že komunikácia je kľúčom k učeniu a spôsob interakcie/dialógu dospelého s malým dieťaťom. Autori zistili, že takáto forma interakcie sa dá dobre aplikovať aj u jednotlivcov s ťažkým alebo hlbokým mentálnym postihnutím každého veku (Firth, Berry, Irvine, 2010). Intenzívna interakcia je proces podpory sociálnej interakcie medzi dvomi ľuďmi (pričom jeden z nich má ťažké alebo hlboké mentálne postihnutie a/alebo autizmus), kde pred tým absentovala sociálna interakcia alebo bolo náročné ju dosiahnuť (Firth, Berry, Irvine, 2010).

Zameriava sa na rozvoj komunikácie u ľudí, ktorých komunikačné zručnosti sú na preverbálnej úrovni. Učí základom komunikácie ako sú: radosť z kontaktu s inou osobou, zdieľanie osobného priestoru, využívanie a porozumenie očného kontaktu, využívanie a porozumenie výrazov tváre, využívanie a porozumenie fyzického kontaktu, využívanie a porozumenie neverbálnej komunikácie, využívanie vokalizácie s určitým významom (Hewett, 2007). Okrem rozvíjania komunikačných zručností je cieľom intenzívnej interakcie aj navodenie emocionálnej pohody a nadviazanie a udržanie kontaktu s inou osobou spôsobom, ktorý jednotlivcovi s ťažkým a viacnásobným postihnutím dáva zmysel a umožní mu prežívať radosť z kontaktu (Firth, Berry,

Irvine, 2010). Dôležitá je aj imitácia a priradovanie významu pre-komunikatívneho správaniu osoby s ťažkým postihnutím (Samuel, et al. 2008).

Aby sme mohli poukázať na efektívitu a prínos intenzívnej interakcie pre rozvoj jednotlivých zručností jednotlivcov s ťažkým a viacnásobným postihnutím, uvedieme výsledky niektorých výskumných štúdií. Profesorka Melanie Nind, ktorá je jedným z autorov konceptu, overovala intenzívnu interakciu na troch mužoch a troch ženách vo veku 27 – 36 rokov. Po skončení výskumu títo jednotlivci vykazovali nové formy správania a tiež vzrástol čas strávený interaktívnym sociálnym správaním (Samuel, et al. 2008).

Kellett (2003) overovala koncept u 9-ročného chlapca (Jacob) s ťažkým mentálnym postihnutím, telesným postihnutím a komunikačnými zručnosťami na preverbálnej úrovni. Výskum trval 47 týždňov (5 týždňov zberu základných dát a 42 týždňov intervencie). Jacob pokročil v oblasti sociability a komunikácie, začal sa u neho objavovať očný kontakt a tiež bolo pozorované zníženie stereotypného správania.

## **Symbolické formy komunikácie**

Symbolické formy komunikácie so zameraním na výmenu informácií majú pre túto cieľovú skupinu význam len vtedy, ak získali dostatok predrečových skúseností v sociálnej interakcii (Henning, in Fröhlich, Heinen, Klauss, Lamers, W. Hgg. 2011). U žiakov, ktorí nadobudli dostatok predrečových skúseností a dokážu komunikovať cielene za účelom výmeny obsahu, prípadne komunikovať na symbolickej úrovni, môžeme uplatňovať niektorý zo systémov alternatívnej a augmentatívnej komunikácie (AAK), prípadne technické prostriedky na jej podporu.

Vďaka AAK sa jej užívateľ stáva aktívnym účastníkom komunikácie a môže sa sám zapájať do komunikačného procesu (Bočková, in Ošlejšková, Vítková, et al. 2013). Je ale nevyhnutné zvoliť správnu a primeranú formu komunikácie pre daného žiaka, ktorá zohľadní jeho komunikačné potreby a aj jeho schopnosti dorozumieť sa zvoleným spôsobom komunikácie. Bočková (in Ošlejšková, Vítková, 2013); Janovcová (2010) uvádzajú viaceré kritériá pre výber formy AAK, ktoré by sme s ohľadom na špecifiká osôb s ťažkým a viacnásobným postihnutím mohli špecifikovať nasledovne. Snažiť sa používať aj prirodzené formy komunikácie, zohľadniť motorické možnosti žiakov, najmä rozsah pohybov, schopnosť manipulovať s pomôckami (symboly, komunikačná kniha, ovládanie techniky), schopnosť vykonávať ciele pohyby. S ohľadom na schopnosť porozumenia a intelektových možností žiakov zvoliť skôr trojrozmerné predmety a potom, ak je to možné, prejsť na dvojrozmerné

vyobrazenia. Nemenej dôležitým faktorom je kapacita zraku a sluchu pre prijímanie informácií a u žiakov s ťažkým postihnutím rovnako schopnosť využívať svoj zrak a sluch na získavanie informácií a na ich prezentovanie.

Pre žiakov s ťažkým a viacnásobným postihnutím by komunikácia mala byť čo najjednoduchšia. Prirodzené formy komunikácie ako mimika, gestá, pohľad, posunky sú častokrát tými, na ktorých je žiak s ťažkým a viacnásobným postihnutím závislý. Umožňujú mu ale rýchlu komunikáciu, či už vedomú alebo nevedomú a má ich vždy k dispozícii (Terfloth, Bauersfeld, 2012). Posunky nie je možné u týchto žiakov uplatniť vzhľadom na obmedzenia v oblasti motorickej, emocionálnej a kognitívnej. Nevýhodou prirodzených komunikačných prejavov je možný negatívny dopad na sociálne prostredie, ktoré ich neinterpretuje ako komunikačné signály alebo na neadekvátne reaguje (Bernasconi, Böing, 2015). Žiak môže komunikovať prostredníctvom jednoduchých manuálnych znakov, ktoré sa učí vykonávať s pomocou a potom samostatne. Jednoduché manuálne znaky uľahčia aj porozumenie reči a jednoduchých pokynov. Dôležité je dávať žiakovi na výber z dvoch možností a učiť ho urobiť voľbu (Šarounová, a kol. 2014). Autorka pri vystavení žiaka voľbe odporúča vždy dve obľúbené veci alebo predmety. Ak by sme ale chceli žiaka naučiť cielene si vybrať viac preferovanú možnosť a zabrániť náhodnej voľbe, je vhodné dávať na výber voľbu s vysokou preferenciou a voľbu s neutrálnou preferenciou.

Inú jednoduchú formu komunikácie opisuje Opatřilová (2013), a to komunikáciu prostredníctvom referenčných predmetov. Pri tejto forme komunikácie využívame trojrozmerný predmet ako zástupcu pre konkrétnu činnosť (topánka – vychádzka, pohár – piť...). Tento spôsob komunikácie je vhodný pre tých žiakov, ktorí nerozumejú dvojrozmerným vyobrazeniam (symbolom, fotografiami) alebo nedokážu diferencovať, akú informáciu dané vyobrazenie prezentuje. Vhodné je referenčné predmety zaradiť v počiatočných fázach rozvoja komunikácie, postupne ich zmenšovať a pokúšať sa nahradiť ich dvojrozmernými symbolmi (Janovcová, 2010).

Z ďalších symbolických foriem komunikácie sú u žiakov s ťažkým a viacnásobným postihnutím uplatniteľné fotografie, piktogramy, znak do reči a výmenný obrázkový komunikačný systém. Pokiaľ má žiak dobrú predstavu o predmetoch a dobre ich využíva v rámci komunikácie, možno prejsť na dvojrozmernú úroveň a začať používať fotografie. Tie sú presným vyobrazením osôb, predmetov, činností, zážitkov. Sú pre žiaka zrozumiteľnejšie ako piktogramy a zároveň pôsobia motivačne (porov. Bočková, in Ošlejškova,

Vítková, 2013; Opatřilová, 2013). Piktogramy, alebo iná forma grafického zobrazenia, ponúkajú ešte vyššiu mieru abstrakcie (Terfloth Bauersfeld, 2012). Ide o zjednodušenú a jednoznačnú formu zobrazenia predmetu, činnosti, zákazu, príkazu (Opatřilová, 2013). Piktogramy je potrebné kombinovať s hovorenou rečou, prípadne manuálnymi znakmi. Ak žiak piktogramu nerozumie, možno ho prepojiť s fotografiou (Janovcová, 2010). Fotografie alebo piktogramy sa následne môžu zoraďovať do komunikačnej tabuľky alebo, ak je to pre väčší rozsah slovnej zásoby potrebné, aj do komunikačnej knihy. Práca s komunikačnou tabuľkou alebo komunikačnou knihou si v prípade žiakov s ťažkým a viacnásobným postihnutím žiada vyššiu schopnosť diferenciacie symbolu, rovnako schopnosť manipulovať s knihou.

U niektorých žiakov s ťažkým mentálnym postihnutím je možné aplikovať aj znak do reči. Ide o komunikáciu prostredníctvom zjednodušených gest a posunkov, ktoré vystihujú podstatu slova a vychádzajú z reči tela, prirodzených gest a mimiky. Je vhodný aj pre osoby s ťažkosťami v motorike. Slúži skôr ako kompenzačný prostriedok a doplnok k reči a na zlepšenie porozumenia reči a na rozšírenie komunikácie (porov. Bendová, Zikl, 2011; Bočková, in Ošlejšková, Vítková, 2013; Janovcová, 2010).

Pomerne efektívny komunikačný systém, ktorý je uplatniteľný aj u osôb so závažnejším postihnutím je výmenný obrázkový komunikačný systém VOKS, ktorý vychádza z metodiky PECS (*Picture Exchange Communication System*). Je určený na rozvoj funkčnej komunikácie a vlastnej iniciatívy pri komunikácii. Výhodou systému VOKS je jeho motivačný aspekt, kedy najmä v počiatočnej fáze žiak zisťuje, že sa oplatí komunikovať a žiadať si predmety alebo činnosti. Žiak sa prostredníctvom tohto systému učí nielen komunikovať, ale aj významu komunikácie, teda prečo komunikovať. Návčik komunikácie je rozčlenený do šiestich fáz (porov. Bazalová, 2014; Hanák, a kol. 2011; Šarounová, a kol. 2014). V počiatočnej fáze sa žiak učí vymieňať príslušný symbol za objekt alebo činnosť, ktorý má vysokú mieru preferencie. Pri návčiku sú zvyčajne prítomné dve osoby: komunikačný partner, ktorý ponúka želaný objekt/činnosť a facilitátor, ktorý, ak treba, vedie ruky žiaka, aby bola výmena úspešná. V ďalších fázach sa učí odliepať symbol z komunikačnej tabuľky a komunikačný partner sa vzdávať. Neskôr dochádza k diferenciacii, čo znamená, že žiak vyberá z viacerých symbolov ten, ktorý zodpovedá žiadanému predmetu/činnosti. V štvrtej fáze začína manipulácia s vetným prúžkom a prezentovanie požiadavky „ja chcem“, na čo následne nadväzuje odpovedanie na otázku „čo chceš?“. Posledná fáza je spojená s komentovaním diania

v okolitom prostredí prostredníctvom symbolov „ja vidím“ a „ja mám“. Efektivitu systému PECS ako systému na podporu základnej komunikácie ako žiadanie a komentovanie podporuje čoraz viac výskumných štúdií (Canella-Malone, et al. 2010).

### **Niektoré technické prostriedky na podporu komunikácie a interakcie**

Jedným z najpoužívanějších prostriedkov sú adaptované tlačidlá/ovládače. Sú to technické prostriedky, ktoré sú navrhnuté tak, aby umožnili týmto jednotlivcom dosiahnuť na stimuly a kontrolovať ich (Lancioni, et al. 2008). Sú ideálnym prostriedkom na učenie sa príčiny a následku. Ako uvádza Mechling (2006) žiaci sa učia, že stlačením tlačidla môžu prezentovať svoje preferencie, prania, potreby a iné informácie. Môžu byť prostriedkom, ktorý umožní výber z viacerých činností alebo objektov – možnosť voľby, iniciovanie aktivít a jednoduchých správ (Cartwright, Wind-Cowie, 2005).

Je dokázané, že jednotlivci s ťažkým a viacnásobným postihnutím sú schopní naučiť sa pracovať s ovládačmi, pochopiť vzťah medzi príčinou a následkom a kontrolovať svoje prostredie (Mechling, 2006; Lancioni, et al. 2007; Ware, 2003). Tiež sú schopní naučiť sa pracovať s jedným ovládačom alebo aj s viacerými ovládačmi naraz a vyberať si preferované stimuly (Lancioni, et al. 2008). Aby sa naučili s ovládačmi pracovať, vyžaduje si to schopnosť kontrolovať (stlačiť) ovládač a zbadáť alebo počuť efekt. U mnohých žiakov si toto vyžaduje veľa času (Cartwright, Wind-Cowie, 2005). Jednotlivci s ťažkým a viacnásobným postihnutím, ktorí sa učili pracovať s ovládačmi vykazovali vyššiu mieru interakcie s prostredím a vyššiu mieru spokojnosti (Phillips, et al. 2011).

Aby sme žiakom úspešne sprístupnili prostredie a umožnili im kontrolovať veci okolo seba, musíme vybrať vhodný ovládač. Treba si premyslieť, aký typ ovládača zvolíme a ako bude môcť konkrétny žiak aktivovať. V súčasnosti je na trhu mnoho druhov ovládačov. Majú rôzne veľkosti a farby. Aktivujú sa stlačením plochy ovládača buď jednou alebo obidvomi rukami, poprípade potiahnutím páky alebo dlhším podržaním. Tiež majú rôznu úroveň citlivosti. Pri žiakoch, ktorí majú značne obmedzené pohybové schopnosti treba myslieť aj na to, ako ho žiak môže aktivovať. Ovládače nemusia byť aktivované len rukami, ale aj pohybom hlavy, nohy alebo chodidla (Cartwright, Wind-Cowie, 2005).

Stimuly, ktoré žiak prostredníctvom ovládača vyvolá, musia byť pre neho dostatočne motivujúce, teda musia byť dosť preferované a obľúbené. Ešte pred tým treba zistiť preferencie konkrétneho žiaka. Môžu to byť zvuky, hudba,

pohybujúce sa hračky, vibrácie a iné. Ak stimuly nie sú dost' preferované, žiak nemusí mať záujem o aktivovanie ovládača, a teda sa ani nezlepší jeho interakcia s prostredím.

Pomocou ovládačov môžeme rozšíriť možnosti hry a voľnočasových aktivít u týchto detí, keďže je možné spájať ich aj s rôznymi hračkami alebo predmetmi bežnej potreby. Stlačením tlačidla na ovládači môže dieťa hračku aktivovať – dostať ju do pohybu alebo vyvolať zvuky, ak je hračka ozvučená. Tiež je možné sprístupniť im predmety bežnej potreby ako napríklad rádio alebo prehrávač s obľúbenou hudbou. Ovládače fungujú ako rozhranie medzi žiakom a rôznymi objektmi (porov. Cartwright, Wind-Cowie, 2005; Mechling, 2006). Hřčová (in Sayoud Solárová, Vrubel, a kol. 2013) na základe analýzy výskumných štúdií venovaných aplikácii adaptovaných tlačidiel/ovládačov ako prostriedku komunikácie a interakcie s prostredím u jednotlivcov s ťažkým a viacnásobným postihnutím konštatuje pozitívny prínos v oblasti uskutočňovania voľby – výberu preferovaného stimulu a ignorovania nepreferovaného stimulu, schopnosti pracovať s viacerými ovládačmi naraz, vo zvýšenej frekvencii reakcií, zvýšení motorickej aktivity alebo v znížení prejavov spasticity. Sú možnosťou, ako dať týmto jednotlivcom prístup na vlastnú aktivitu, konštruktívnu činnosť a kontrolu nad prostredím. Podotýkame, že väčšina probandov v sledovaných výskumných štúdiách boli jednotlivci s hlbokým mentálnym a ďalším pridruženým postihnutím.

Komunikátory s hlasovým výstupom sú prostriedkom alternatívnej a augmentatívnej komunikácie a využívajú sa na osvojenie komunikačných zručností u jednotlivcov, ktorí majú obmedzené možnosti vyjadrovania. Ide o jednotlivcov s autizmom, mentálnym, telesným alebo viacnásobným postihnutím. Komunikátory s hlasovým výstupom sú elektronické pomôcky, ktoré preložia neverbálne komunikačné správanie (ako je stlačenie obrázka alebo iného symbolu na klávesnici) do syntetizovanej alebo digitalizovanej reči (Lancioni, G. E. et al. 2007). Existujú rôzne typy komunikátorov. Niektoré majú podobu adaptovaného tlačidla (ako vyššie popísané ovládače) a je možné na ne nahráť jeden odkaz alebo sekvenciu odkazov a stlačením tlačidla zaznie nahraný odkaz. Iné komunikátory pozostávajú z viacerých tlačidiel (2, 4, 9, 20 alebo 32 tlačidiel) s rôznymi obrázkami a symbolmi. Po stlačení tlačidla s obrázkom zaznie príslušný odkaz ([www.petit-os.cz](http://www.petit-os.cz)).

Komunikátory nielen rozširujú možnosti komunikácie, ale komunikačné prejavy (najmä jednotlivcov s ťažkým postihnutím) sa stanú zrozumiteľné, keďže hovorená správa sa dá jasne interpretovať, na rozdiel od neverbálnych,

prelingvistických prejavov týchto jednotlivcov (porov. Lancioni, et al. 2007; Ware, 2003). Ich význam spočíva v tom, že dávajú možnosti na efektívnu komunikáciu a zvyšujú šancu, že požiadavky a želania jednotlivcov s ťažkým a viacnásobným postihnutím budú splnené. Ako ďalej uvádza Ware (2003) komunikátory môžu byť u jednotlivcov s ťažkým a viacnásobným postihnutím použité na požiadanie o konkrétny predmet, kedykoľvek má jednotlivec komunikátor k dispozícii a poskytujú väčší priestor na interakciu daného jednotlivca s ľuďmi vo svojom okolí – vyžiadanie si sociálneho kontaktu.

Schopnosť jednotlivcov s ťažkým a viacnásobným postihnutím naučiť sa úspešne používať komunikátory na vyžiadanie si rôznych predmetov, činností alebo na upútanie pozornosti iného človeka preukazujú viaceré štúdie. Lancioni et al. (2007) vypracoval prehľad výskumov, ktoré sledovali efektivitu systému PECS (Picture Exchange Communication System – výmenný obrázkový komunikačný systém) a komunikátorov na schopnosť žiakov s mentálnym postihnutím prezentovať svoje požiadavky a želania. Pre ilustráciu uvedieme výsledky niektorých z nich. Traja žiaci s autizmom a ťažkým mentálnym postihnutím sa naučili prostredníctvom komunikátora so zodpovedajúcimi obrázkami požiadať o obľúbené jedlo, nápoj alebo aktivitu. Ďalší piati žiaci a študenti s autizmom, ťažkým mentálnym postihnutím a sluchovým postihnutím sa naučili komunikátor vyhľadať a prezentovať svoje želania. Iný výskum staršieho dáta, ktorý uvádza Ware (2003), popisuje mladé dievča s hlbokým mentálnym postihnutím (Megan), ktorá komunikovala prostredníctvom vokalizácie a gest, ktoré nebolo jednoduché interpretovať. Učila sa používať komunikátor, aby mohla požiadať o konkrétnu vec stlačením príslušnej fotografie (koláč, kakao, klavír, časopis). Výsledkom bolo, že keď mala Megan k dispozícii komunikátor počet interakcií medzi ňou a opatrovateľmi sa viac ako zdvojnásobil. A väčšina týchto interakcií začala ako odpoveď na jej požiadavky.

Popísané technické prostriedky však nie sú jediným možným prostriedkom, ako dať jednotlivcom s ťažkým a viacnásobným postihnutím príležitosť prejaviť sa, ale môžu výrazne rozšíriť ich možnosti. Na základe predchádzajúceho textu, môžeme konštatovať, že uvedené prostriedky: umožňujú a sprostredkujú kontakt jednotlivca s ťažkým a viacnásobným postihnutím so svojím prostredím, sprístupňujú mu obľúbené a preferované stimuly, umožňujú mu aktívne zasiahnuť do usporiadania okolitého prostredia, prevziať nad ním kontrolu a meniť ho, dávajú možnosť voľby, znižujú mieru závislosti na druhej osobe, dávajú okamžitú spätnú väzbu na vlastnú aktivitu,

umožňujú rozvoj hry, umožňujú učenie sa a pochopenie vzťahu medzi príčinou a následkom (Hrčová in Stankowski, 2013). Sú prísľubom v posilnení kompetencií týchto jednotlivcov, aby boli samostatnejší v komunikácií s druhými, mali prístup k voľnočasovým aktivitám a mohli si osvojiť primerané sociálne zručnosti (Reichle, 2011).

## **2.5 Liečebná rehabilitácia ako súčasť edukačného procesu žiakov s ťažkým a viacnásobným postihnutím**

Povaha ťažkého a viacnásobného postihnutia si principiálne žiada nielen zaradenie edukačných metód, ale neoddeliteľnou súčasťou edukácie a podpory týchto žiakov je aj liečebná rehabilitácia. Na rehabilitáciu môžeme nahliadať v dvoch dimenziách. Hovoríme o komplexnej alebo komprehenzívnej rehabilitácii, ktorej úlohou je dosiahnutie maximálnej úrovne schopností, uspôsobenie alebo znovu uspôsobenie a začlenenie jednotlivca s postihnutím do spoločnosti. Využíva k tomu všetky dostupné prostriedky – liečebnej, pedagogickej, sociálnej a pracovnej rehabilitácie. Jankovský (2005) hovorí o interdisciplinárnom odbore. Rovnako sa pojem rehabilitácia stále spája so zdravotníckymi výkonmi alebo prácou fyzioterapeuta.

V prípade našej cieľovej skupiny žiakov s ťažkým a viacnásobným postihnutím nie je celkom na mieste hovoriť o rehabilitácii, keďže v prípade týchto žiakov až na výnimky nedošlo k strate nadobudnutých schopností, ale ide o vrodené alebo včasne získané postihnutia. Nemožno teda hovoriť o znovu uspôsobovaní alebo návrate do pôvodného stavu. V tomto prípade by bolo vhodnejšie, ako uvádzajú Jankovský (2005); Vitková (2006), hovoriť o habilítácii.

Liečebná rehabilitácia v sebe zahŕňa rôzne metódy a postupy. Využíva najmä metódy fyzioterapie, kinezioterapie a fyzikálnej terapie. Rovnako významnou súčasťou liečebnej rehabilitácie je aj ergoterapia (porov. Kociová, a kol. 2013; Pfeiffer, in Müller, (ed.) a kol. 2014). Tu musíme podotknúť, že v našich podmienkach ergoterapia nie je etablovaná profesia, s výnimkou zariadení sociálnych služieb, v ktorých síce ergoterapeuti pôsobia, ale nejde o pracovníkov, ktorí by boli plne kvalifikovaní v danom odbore. Preto pre potreby našej práce budeme venovať priestor najmä vybraným fyzioterapeutickým konceptom a metódam. Fyzioterapiu možno definovať ako medicínsko-terapeutické opatrenie, ktoré má za cieľ udržiavať, znovu vytvoriť a zlepšovať pohybové funkcie a viesť k podpore vývinu (Leyendecker, 2005).



Ide o súhrn postupov, ktoré vykonáva odborník so vzdelaním v odbore fyzioterapia.

Pri rehabilitácii žiakov s telesným a s viacnásobným postihnutím možno využiť prístupy založené na rozličných teóriách motorického učenia. K najbežnejším metódam patrí neurovývinová terapia alebo Bobath koncept, reflexná lokomócia podľa Vojtu, konduktívna pedagogika (Petö), funkčný úlohovo orientovaný tréning, prípadne ďalšie metódy využívajúce pohybové vzorce (Franki, et al. 2012).

Medzi najpoužívanejšie koncepty patrí Bobath NDT koncept, ktorý sa pôvodne sústredil na svalový tonus a posturálnu aktivitu (Dan, et al. 2014). Manželia Bobathovci vychádzali z predpokladu, že pre vykonávanie pohybov je potrebná nenarušená posturálna kontrola. Ak je svalový tonus zvýšený, znížený alebo sa mení alebo pretrvávajú primitívne reflexy, dochádza k narušeniu posturálnej kontroly, čo negatívne ovplyvňuje priebeh a vykonávanie pohybov (Leyendecker, 2005). Je využiteľný tak u detí s centrálnymi poruchami pohyblivosti, ako aj u dospelých s poškodením mozgu rôznej etiológie. Intervencia je postavená na inhibícii patologických pohybov, posturálnych vzorcov a spasticity, na facilitácii správnych pohybových vzorcov, na zlepšovaní vnímania vlastnej polohy a dosahovaní požadovaného svalového tonusu (Pavlů, 2003). Dôležitou zásadou konceptu je motivácia k pohybu a k spolupráci. Súčasné poňatie Bobath konceptu sa opiera aj o využívanie facilitáčnych techník ako handling alebo tapping (Pfeiffer, in Müller, (ed.) a kol. 2014). Aby bol koncept efektívny, vyžaduje si, aby jeho princípy boli prenesené do každodenného života. Veľký význam preto zohráva spolupráca jednotlivých odborníkov a aj rodiny dieťaťa (Lippertová-Grünerová, 2005). Dan et al. (2014) však poukazuje na nejednotnosť pri používaní konceptu v súčasnosti. V jednotlivých krajinách dochádza k rôznym odlišnostiam v jeho aplikácii a už to nie je jednotný koncept alebo koncept totožný s pôvodným.

Ďalšou často používanou metódou pri centrálnych poruchách pohyblivosti je Vojtova metóda. Má rovnako neurofyziologické východiská a snaží sa aktivizovať vrodené pohybové vzorce, z ktorých sa stimuláciou stanú koordinované pohyby hrudníka a končatín (Franki, et al. 2012). Pri Vojtovej metóde je dieťa vo východiskovej polohe a využívajú sa dva pohybové mechanizmy – reflexné plazenie (východisková poloha na bruchu) a reflexné otáčanie (východisková poloha na chrbte). To sa deje cieľenou tlakovou stimuláciou na určených bodoch a očakáva sa vykonanie reflexného pohybového vzorca (Lippertová- Grünerová, 2005; Pfeiffer, in Müller, (ed.)

a kol. 2014). Pri reflexnom plazení a reflexnom otáčaní dochádza k aktivizácii svalstva celého tela a tiež tvárového svalstva, čo má význam pre žuvanie a prehĺtanie. Dôležitá je spolupráca s rodičmi a intenzívne každodenné cvičenie, 3 - 4 krát denne (Leyendecker, 2005).

Konduktívna pedagogika (Petö) už nie je čisto fyzioterapeutická metóda, ale zahŕňa v sebe rehabilitačné a edukačné ciele, a tvorí jeden ucelený program (Franki, et al. 2012). Metóda bola uvedená v Maďarsku ako program pre deti s (detskou) mozgovou obrnou. Tento program sa snaží o komplexné pôsobenie na dieťa a zaistenie celostného rozvoja. Cieľom je uľahčiť a regulovať proces učenia u detí. Ďalším cieľom je dosiahnutie maximálnej nezávislosti a naučiť sa regulovať vlastnú vôľu. Pri podpore sa využíva usporiadané prostredie a časové harmonogramy činností. Terapia môže byť vykonávaná individuálne alebo v skupine. Charakteristickou črtou konduktívnej pedagogiky je nábytok – Petöho lehátko a Petöho stolička. Lehátko slúži na terapiu aj na pracovné činnosti. Stolička s rebrinovým operadlom slúži ako pomôcka pre vstávanie, státie aj chôdzu. Pri terapii sa prepája rozvoj motoriky a rečových funkcií, keďže jednotlivé cvičenia sú prepojené s riekankami a rýmami, čo dieťaťu uľahčuje učenie (porov. Dan, et al. 2014; Opatřilová, 2013; Pavlů, 2003).

Metóda propioceptívnej neuromuskulárnej facilitácie (Knott, Voss, Kabat) sa uskutočňuje pomocou cielenej stimulácie motoneurónov v svaloch, šľachách, kĺboch s cieľom zlepšiť alebo zrýchliť reakcie neuromuskulárneho systému (Lippertová- Grünerová, 2005; Pavlů, 2003). Zameriava sa na celkový pohyb, ktorý rešpektuje koordinované pohyby končatín, pletencov a trupu (Pfeiffer, in Müller, (ed.) a kol. 2014). Jednotlivé pohyby sa vykonávajú tak, aby dochádzalo k pohybu v diagonálach s dôrazom na rotáciu. Pri terapii sa uplatňujú manuálne vedené pohyby (pasívne aj aktívne), prispôbený odpor terapeuta v dráhe pohybu. Iné dôležité princípy v PNF sú preťahovanie a stimulácia kĺbových receptorov. Okrem propioceptívnej stimulácie sa vykonáva aj stimulácia exteroceptorov, najmä taktilné, sluchové a zrakové vnímanie (Pavlů, 2003; Pfeiffer, in Müller, (ed.) a kol. 2014). Pomocou techník PNF je možné ovplyvniť svalový tonus, trénuje sa sila a vytrvalosť. Rovnako sú zapájané relaxačné techniky. Jednotlivé cvičenia vychádzajú z ontogenetického vývinu (porov. Lippertová- Grünerová, 2005; Opatřilová, 2013; Pavlů, 2003).

Ďalšou metódou práce využiteľnou v rámci fyzioterapie je koncept Castillo-Morales, ktorý v sebe zahŕňa dva ťažiskové prístupy. Prvým je neuromotorická vývinová terapia a druhý orofaciálna regulačná terapia. Ide

o celostný neurofyziologický koncept podpory senzomotorických a orofaciálnych porúch u detí a dospelých (Leyendecker, 2005). Cieľom orofaciálnej regulačnej terapie je rozvoj pohyblivosti svalov a svalových skupín potrebných pre správne fungovanie v oblasti úst a tváre. Dochádza k aktivácii a regulácii orofaciálnych funkcií (žuvanie, prehĺtanie, sanie, regulácia slinotoku), tvárového svalstva a tiež k podpore dýchania, komunikácie a stravovania (porov. Mlčáková, in Müller, (ed.) a kol. 2014; Saltlová, Limbrock, 2014). Pri terapii dochádza k stimulácii viacerých sensorických systémov, pričom sa používa dotyk, tlak, ťah, hľadanie a vibrácie. Vibračná stimulácia je v rámci terapie zvlášť významnou zložkou a uplatňuje sa najmä v prípravnej fáze terapie (Castillo-Morales, 2006). V súčasnom poňatí konceptu Castillo-Morales by už podľa autorov Saltlová, Limbrock (2014) nemalo dochádzať k ošetrovaniu v oblasti úst a tváre oddelene od motorickej terapie celého tela. Dôležitá je podpora vzpriamovania, a tým aj pozitívne ovplyvňovanie v orofaciálnej oblasti, čo sa dosiahne správnou východiskovou pozíciou a usporiadaním prostredia.

Vo fyzioterapii je významným prostriedkom facilitácia a facilitáčné techniky. Facilitácia slúži na uľahčenie vykonania pohybu. Najčastejšie sa realizuje stimuláciou oslabených pohybov a inhibíciou nežiaducich pohybov. Kociová a kol. (2013) uvádza viaceré facilitáčné metódy, z ktorých spomenieme aspoň: slovnú facilitáciu – slovné povely, facilitácia zrakom, facilitácia dotykom, preťahovanie svalu, kladenie maximálneho odporu, facilitácia podmieňovaním, kefkovanie alebo loptičková facilitácia. Poslednú spomenutú techniku bližšie popisuje D. Opatřilová (2013) ako reflexnú metódu, ktorá sa realizuje ako masážna technika. Využívajú sa pri nej softtenisové loptičky, ktoré je možné viesť po tele kotúľaním alebo vytieraním. Rešpektuje existenciu akupresúrnych bodov na rôznych častiach tela a pomáha najmä pri uvoľnení svalstva, relaxácii a tiež pri podpore procesu dýchania. Loptičková facilitácia presahuje aj do ďalších profesií.

Veľmi dôležitou metódou vo fyzioterapii, rehabilitácii a aj v rámci špeciálnopedagogickej podpory žiakov s ťažkým a viacnásobným postihnutím je polohovanie a vertikalizácia. Ide o činnosti, ktoré už nie sú len v kompetencii fyzioterapeuta, ale je nevyhnutné, aby ich realizoval aj špeciálny pedagóg počas celého edukačného procesu, a teda je potrebné, aby mal potrebné vedomosti a prípadne spolupracoval aj s fyzioterapeutom. Polohovanie a vertikalizácia je bežnou súčasťou edukačného procesu žiakov s ťažkým a viacnásobným postihnutím. V rámci špeciálnej pedagogiky sa polohovaniu a vertikalizácii

veľký priestor nevenuje. Viac pozornosti mu venovali len Opatřilová (2005); Opatřilová (in Opatřilová, Zámečníková, 2008) a Zikl (2011). Polohovanie žiaka má mnohé prínosy. Môžeme hovoriť o prínose zo zdravotného hľadiska a o prínose z hľadiska edukácie a podpory. Prínosy polohovania pre zdravotný stav popisuje Kociová a kol. (2013) najmä v oblasti prevencie deformácií kostry, prevencie preležaním a v oblasti podpory krvného obehu a dýchania, redukcií spasticity a zlepšenie pohyblivosti chrbtice, zlepšenie pozornosti. Prínos polohovania z hľadiska edukácie žiaka je podľa Zikla (2011) v rozšírení možností stimulácie žiaka, v možnostiach jeho zapojenia sa do edukačných aktivít, uľahčení každodenných činností a v aktivizácii žiaka. Rovnako prispieva k zlepšeniu komfortu a prežívania žiaka.

Jednotlivé polohy a vertikalizácia žiaka by mali vychádzať z ontogenetického vertikalizačného radu (Zikl, 2011). Vertikalizačný rad pozostáva z nasledovných polôh: poloha v ľahu na chrbte, poloha na bruchu s oporou v predlaktí, poloha na boku, poloha v sede, poloha v kľaku a poloha v stoji. Poloha v sede môže byť realizovaná nasledovne: šikmý sed a vzpriamený sed (na vozíku). Pri polohovaní do kľaku môžeme hovoriť o kľaku na štyroch, vzpriamenom a nakročenom kľaku, ktorý je najnáročnejší na rovnováhu (porov. Opatřilová, 2005; Opatřilová, in Opatřilová, Zámečníková, 2008; Zikl, 2011). Aby bolo polohovanie a vertikalizácia žiaka v edukačnom procese efektívna, je potrebné pravidelne zaisťovať zmenu polohy a plánovať jednotlivé polohy podľa potrieb a možností daného žiaka. Rovnako je potrebné zohľadňovať aj možné kontraindikácie pri polohovaní. Poloha žiaka by mala byť tiež časovo ohraničená, najmä ak sa jedná o novú situáciu a skúsenosť žiaka. Odporúča sa meniť polohu každých 30 minút v závislosti od úrovne ontogenetického vývinu jednotlivca, fyzických dispozícií a charaktere polohy (Bendová, Jeřábková, Růžičková, 2006).

Každá poloha by mala sledovať určitý cieľ a hlavne umožňovať aktivitu žiaka (komunikáciu, vnímanie, hru...). Dôležité je zachovanie symetrického postavenia tela a zdôrazňovanie stredovej línie. Pri zmene polohy a uložení žiaka do konkrétnej polohy je potrebné zaistiť aj jeho stabilitu použitím rôznych polohovacích a fixačných pomôcok (porov. Fröhlich 2003, Zikl, 2011). Pri žiakoch s ťažkým a viacnásobným postihnutím, vzhľadom na fakt, že majú značne obmedzené možnosti samostatne meniť polohu, prípadne si sadieť alebo vstávať, nesmieme zabudnúť ani na citlivosť vestibulárneho aparátu, ktorá môže do určitej miery ovplyvniť pohodlie žiaka pri zmene polohy alebo jeho udržiavaní v novej polohe, s ktorou nemá dostatok skúseností.

### 3 ANALÝZA PODMIENOK EDUKAČNÉHO PROCESU

#### 3.1 Determinanty plánovania a organizácie edukačného procesu

Plánovanie edukačného procesu môžeme charakterizovať ako rozhodovací proces alebo sled rozhodnutí pedagóga o jeho prevedení a uskutočnení. Vo vzťahu k žiakom s ťažkým a viacnásobným postihnutím je potrebný otvorený priestor na rozhodovanie (Pitsch, in Klauss, Lamers, Hrsg. 2003). Ten je determinovaný podmienkami na strane pedagóga a školy a rovnako aktuálnym stavom a potrebami každého jedného žiaka. Slovo aktuálny značí určitú dynamiku celého procesu a tiež potrebu flexibility u pedagóga. Pri práci so žiakmi s ťažkým a viacnásobným postihnutím plánovanie neprebíha len pred prevedením edukačného procesu, ale aj priamo počas neho, pokiaľ pedagóg musí flexibilne reagovať na vzniknuté situácie, prispôbovať svoje konanie, a teda plánovať zároveň s uskutočňovaním edukačného procesu.

Vítek, Vítková (2010) zhrnuli niekoľko zásad pre plánovanie vyučovania. Nevyhnutné je poznanie situácie žiaka v domácom aj školskom prostredí, jeho konanie, správanie, spôsoby učenia. Predpoklady pre učenie nemožno považovať za nemenné a je potrebná určitá flexibilita. Plánovanie je krátkodobé a akékoľvek zmeny v správaní slúžia ako východisko pre ďalšie plánovanie. Pitsch (in Klauss, Lamers, Hrsg. 2003) hovoria o niekoľkých rozhodnutiach, ktoré musí pedagóg urobiť a položiť si nasledovné otázky: Aký čas má k dispozícii? Koľko zvládnu jednotliví žiaci? Aký obsah chce sprostredkovať? Aký cieľ chce dosiahnuť? Aké metódy zvolí? Aké bude členenie vyučovania? Opatřilová (2013) za pevnú súčasť procesu plánovania považuje aj hodnotenie edukácie a jej výsledkov prostredníctvom záznamových hárkov, slovného hodnotenia alebo iných nástrojov. Plánovanie tiež nemôže byť generalizované vzhľadom na heterogénnosť a variabilitu žiakov.

Tento proces organizácie je ovplyvnený viacerými determinantmi a odvíja sa od cieľa edukačného procesu. V popredí stojí samotný žiak, jeho zdravotný stav, schopnosti a potreby. Ďalším aspektom je prostredie, v ktorom sa edukačný proces bude realizovať, materiálne vybavenie školy a triedy, zloženie žiakov v triede z hľadiska veku, schopností, samostatností. Tretím determinantom je samotný edukátor, ktorým môže byť nielen špeciálny

pedagóg, ale aj ostatní odborníci: psychológ, logopéd, fyzioterapeut, liečebný pedagóg a iní. Vplyv na organizáciu bude mať ich počet a ich zainteresovanosť, ich kompetencie, znalosti, vzájomná kooperácia. Edukátor bude určovať vhodné stratégie rozvoja a učenia a bude vyberať primerané metódy a aplikovať konkrétne aktivity a intervencie (porov. Vančová, A. 2010; Opatřilová, 2005; Opatřilová, 2013).

Dôležitý je podľa Vančovej (in Vančová, a kol. 2010) výber kľúčovej osoby edukácie, keďže žiaci s ťažkým a viacnásobným postihnutím rovnako môžu mať rôzne preferencie (pozitívne aj negatívne) pri interakcii s jednotlivými osobami.

Kľúčovým aspektom plánovania a organizácie edukácie žiakov s ťažkým a viacnásobným postihnutím, od ktorého sa bude odvíjať celý proces a realizácia edukácie je individuálny vzdelávací program (IVP), ktorý je zostavený na základe výsledkov komplexnej diagnostiky žiaka a tímovej spolupráce odborníkov (Vančová, in Vančová, a kol. 2010). Je to školský dokument, ktorý vychádza zo školského vzdelávacieho programu (Pinčáková, Korušíaková, in Hrebeňárová, Pinčáková, eds. 2012). Na základe individuálnych charakteristík žiaka stanovuje metodické, pedagogické, organizačné, materiálne a personálne zabezpečenie edukácie. Určuje ciele a obsah vzdelávania. Zohľadňuje charakteristiky, silné stránky a potreby žiaka. Prostredie, v ktorom funguje a bude fungovať, schopnosti, ktoré si má žiak osvojiť, aby mohol fungovať a úpravy prostredia, tak aby pozitívne ovplyvnili kvalitu života žiaka. Mal by byť tvorený s ohľadom na prognózu žiaka a dlhodobé ciele. Rovnako obsahuje aj čiastkové kroky plánované na kratšie časové obdobie (Pinčáková, Korušíaková, in Hrebeňárová, Pinčáková, eds. 2012; Vančová, 2010; Westling, Fox, 2004).

Náležitosti individuálneho vzdelávacieho programu určuje Štátny vzdelávací program pre žiakov s mentálnym postihnutím ISCED 1 (2009). Ten má obsahovať: základné informácie o žiakovi a vplyve jeho diagnózy na vzdelávací proces, požiadavky na úpravu prostredia a triedy, požiadavky na modifikáciu obsahu vzdelávania, požiadavky na aplikáciu špeciálnych vzdelávacích postupov, špecifiká organizácie a foriem vzdelávania, požiadavky na zabezpečenie kompenzačných pomôcok a špeciálnych učebných pomôcok, zabezpečenie servisu odborníkov. Individuálny vzdelávací program obsahuje aj spôsob hodnotenia výsledkov či už formou slovného hodnotenia alebo výsledné krivky vývinového profilu (Vančová, in Vančová, a kol. 2010). Hodnotenie alebo rediagnostika by sa mali diať vždy po troch mesiacoch a slúžia na

prehodnotenie cieľov a obsahu edukácie a zároveň ďalšie plánovanie a modifikáciu jednotlivých zložiek (Pinčáková, Korušiaková, in Hrebeňárová, Pinčáková, eds. 2012). Jednotlivé ciele individuálneho vzdelávacieho programu by mali podľa Westling, Fox (2004) spĺňať niektoré charakteristiky. Cieľom by mala byť funkčnosť, to znamená zručnosť, ktorú si žiak osvojuje by mala zvyšovať jeho schopnosť interakcie s prostredím a umožniť mu vykonávať aktivity, ktoré by za iných okolností musela vykonať iná osoba. Malo by dochádzať ku generalizácii, aby zručnosť mohol žiak používať v rôznych podmienkach, prostrediach a s rôznymi ľuďmi. Mala by byť zaistená integrácia, čiže zaradenie daného cieľa do denných rutín a prirodzeného prostredia žiaka. Za účelom hodnotenia by ciele mali byť jasne definované a merateľné.

Kurikulárne ciele by mali smerovať od závislosti k nezávislosti, od izolácie k plnej účasti žiaka a od nepríjemného k príjemnému z hľadiska prežívania žiaka. (Westling, Fox, 2004).

Aby žiaci s ťažkým a viacnásobným postihnutím mohli plne profitovať z možností, ktoré im škola ponúka, naplnili sa ich potreby, a teda aj ciele edukácie, prípadne ciele formulované v individuálnom vzdelávacom programe, je potrebné podporovať učenie v každej situácii, poskytnúť dostatok príležitostí pre stimuláciu, účasť na rôznych aktivitách, atď. S ohľadom na uvedené skutočnosti musí pedagóg voliť vhodné formy vyučovania a primerane usporiadať školský deň žiaka/žiacov. Fröhlich (2003) hovorí o organizácii podpory a podpore učenia týchto jednotlivcov. Jej pevnou súčasťou sú okrem pedagogickej podpory aj špeciálne terapeutické ponuky, polohovanie, stravovanie (jedenie, kŕmenie) a ošetrovateľské úkony. Podľa Opatřilovej (2013) aj tieto činnosti sú pedagogickými situáciami.

Vítková (2006); Vítek, Vítková (2010); Vítková (in Ošlejšková, Vítková, 2013) ďalej v súvislosti s primeranými formami vyučovania rovnako zdôrazňuje zastúpenie všetkých pedagogických situácií vrátane ošetrovateľských a hygienických úkonov. Tieto aktivity majú pre žiaka s ťažkým postihnutím existenčný význam a sú predpokladom pre účasť na vyučovaní. Pretože, ak sa žiak necíti komfortne, len ťažko bude venovať pozornosť ponukám pedagóga (Lelgemann, 2010). Rovnako je neoddeliteľnou súčasťou podpory aj stravovanie, prípadne kŕmenie žiaka. Ide o situáciu, ktorú nemožno oddeliť od učenia. Mala by ho vykonávať osoba, s ktorou má žiak najbližší vzťah (Fröhlich, 2003). Je centrálnym elementom štruktúry a organizácie dňa a mal by mu byť venovaný dostatok času (Staatsinstitut für Schulqualität und Bildungsforschung, 2010).

Z organizačných foriem vyučovania môžeme u žiakov s ťažkým a viacnásobným postihnutím uplatniť individuálnu a aj skupinovú formu vyučovania. Skupinová forma by sa mala uskutočňovať najmä v situáciách ako pozdrav, stravovanie alebo hra (porov. Vítková, in Ošlejšková, Vítková, 2013; Vítková, M. 2006). Individuálna práca so žiakom sa vo výskume Vančovej (2010) ukázala ako najefektívnejšia forma vyučovania. Nasledovala ju práca s malou skupinou žiakov a ako najmenej efektívna bola vyhodnotená frontálna práca so skupinou žiakov. Edukačný proces môže prebiehať v homogénnej skupine žiakov alebo môže byť zostavená heterogénna skupina. Ako uvádza Staatsinstitut für Schulqualität und Bildungsforschung (2010) obidve formy majú svoje výhody. Homogénna skupina umožňuje jasnejšiu štruktúru a uplatňovanie rituálov, úzky permanentný kontakt pedagóga a žiaka, nízky počet žiakov v skupine. Naopak heterogénna skupina rozširuje možnosti kontaktu sociálneho a komunikačného, rozšírenú ponuku a tiež podnecovanie zo strany žiakov s menej závažným postihnutím.

Štruktúra dňa by mala byť jasne daná a vyvážená a mala by byť obsahovať rôznorodé ponuky. Pedagóg plánuje čas pre aktivitu žiaka a čas na relaxáciu. Dbá o ich časovú vyváženosť a ich striedanie. Umožňuje to žiakovi vnímať rytmus dňa a plynúci čas. Môže sa tak naučiť rozpoznávať jednotlivé ponuky a aj ich očakávať. Pri plánovaní by mal pedagóg rešpektovať a vychádzať z denného rytmu, ktorý má žiak vybudovaný, aby nedochádzalo k zbytočnej záťaži žiaka a neprimeraným reakciám. Pri plánovaní sa tiež zohľadňuje zaraďovanie prestávok, ktoré sú ponímané ako priestor pre relaxáciu, sociálny kontakt so spolužiakmi, hru a tiež čas na stravovanie alebo kŕmenie (porov. Fröhlich, 2003; Staatsinstitut für Schulqualität und Bildungsforschung (2010). Vítková (2006); Vítek, Vítková (2010); Vítková (in Ošlejšková, Vítková, 2013) odporúča zaraďovať denné fázové cvičenia, ktoré majú po určitý čas rovnakú podobu z hľadiska formy aj obsahu. Napomáhajú podpore žiaka a nácviku reakcií a pomáhajú odstraňovať nefunkčné vzory správania.

Dôležitú úlohu pri plánovaní zohráva aj výber prostredia, v ktorom sa edukačný proces bude uskutočňovať. Nemal by sa obmedzovať len na prostredie triedy, ale mal by ho presahovať (Vítková, Kopečný, 2014). Už samotné zaraďovanie terapeutických ponúk, rehabilitácie, stravovania, hygieny alebo vychádzok žiaka si bude žiadať prechod, prípadne prevoz žiaka v rámci školy alebo do vonkajšieho prostredia. V niektorých prípadoch bude edukačný proces prebiehať v domácom prostredí žiaka. Slovenská legislatíva umožňuje,



v prípade, ak to vyžaduje zdravotný stav žiaka, individuálne vzdelávanie v domácom prostredí v rozsahu najmenej dve hodiny týždenne. Vtedy pedagóg dochádza v určených časoch priamo do rodiny žiaka.

### **3.2 Interdisciplinárna spolupráca**

Podľa Janz (2006) sa rozmanité a rozsiahle potreby pomoci, ktorú potrebujú ľudia s ťažkým a viacnásobným postihnutím, nedajú pokryť v rámci jednej jedinej disciplíny. Ich predpoklady na život a učenie sa v určitej miere javia ako individuálne a zároveň komplexné. Jednotliví odborníci a profesie nemôžu vedieť a poskytnúť všetko, čo títo žiaci potrebujú, aby profitovali zo vzdelávania. Preto práca v škole s takýmito žiakmi predstavuje pole, na ktorom je potrebná interprofesionalita tak ako sotva niekde inde.

S ohľadom na edukačný proces si okrem pedagogickej podpory vyžadujú zintenzívnenú terapeutickú podporu a dôležitou súčasťou školského dňa je aj ošetrovateľská starostlivosť (Klauss, Lamers, Janz, 2005). Tieto situácie sú neodmysliteľnou súčasťou vyučovacieho procesu a sú pedagogickými situáciami (Opatřilová, 2013). Ďalším dôvodom nutnosti interprofesionality je potreba asistencie, pretože si žiaci vyžadujú individuálnu podporu, aby mohli byť na vyučovaní účastní. Nevyhnutná je aj spolupráca s lekármi, podľa potrieb konkrétnych žiakov (Klauss, Lamers, Janz, 2005).

Už samotná mnohodomenzionalita ťažkého a viacnásobného postihnutia si vyžaduje viacstrannosť, aby títo žiaci mohli byť podporení vo všetkých oblastiach (Staatsinstitut für Schulqualität und Bildungsforschung, 2010). Vyžadujú si celostnú alebo komplexnú podporu. Ak má byť táto požiadavka naplnená, je potrebná spolupráca viacerých profesií. Vyžaduje si teda transdisciplinárne myslenie a prácu.

Multiprofesionálny tím by mal vychádzať z týchto oblastí: špeciálna/liečebná pedagogika, ošetrovateľstvo, medicína, logopédia, ergoterapia, fyzioterapia (Mohr, L. 2011). V prípade žiakov s ťažkým a viacnásobným postihnutím je počet edukátorov a miera ich participácie na edukačnom procese jedným z dôležitých determinantov edukácie. Za edukátorov sú považovaní aj ostatní odborníci – vychovávateľ, psychológ, lekár, fyzioterapeut... (Opatřilová, 2013). Tímová spolupráca má zásadný vplyv na efektivitu výchovy a vzdelávania žiakov so špeciálnymi výchovno-vzdelávacími potrebami (Kmet', 2004).

Zaujímavý je pohľad Štátneho inštitútu pre školskú kvalitu a výskum vo vzdelávaní Staatsinstitut für Schulqualität und Bildungsforschung (2010), ktorý pri potrebe tímovej spolupráce vychádza aj z perspektívy samotného žiaka a berie do úvahy jeho právo alebo potrebu stálosti vzťahov. Vzhľadom na závažnosť postihnutia by tento proces mohol viesť aj k redukcii počtu osôb, s ktorými žiak prichádza do kontaktu. Nižší počet osôb umožní žiakovi intenzívnejšie vzťahy a uľahčí orientáciu počas dňa.

Spoluprácu (kooperáciu) definoval Pagliano, (2001) ako spôsob priamej interakcie medzi aspoň dvomi rovnocennými stranami, ktoré sú dobrovoľne zapojené a pracujú na dosiahnutí spoločného cieľa. Uvedený autor definuje základné charakteristiky spolupráce nasledovne: rovnosť účastníkov, dobrovoľné zapojenie, potreba spoločného cieľa, zodpovednosť za rozhodovanie, zdieľanie zdrojov a spoločná zodpovednosť za výsledky.

Podľa autorov Westling a Fox (2004) je kooperácia viac ako len spoločná práca na rovnakom projekte. Kooperácia je proces, v ktorom odborníci z rôznych oblastí pracujú spoločne, aby identifikovali potreby a problémy a našli spôsoby na naplnenie potrieb a riešenie problému. Aby bola kooperácia medzi odborníkmi úspešná, vyžaduje si splnenie nasledovných požiadaviek: vytýčenie si spoločných cieľov, uznanie rôznych oblastí odbornosti, zdieľanie odbornosti – poznatkov a skúseností, rovnosť členov tímu – vrátane rodičov, robenie rozhodnutí na základe konsenzu, zdieľanie zodpovednosti. Podobne o kooperácii uvažuje aj Leyendecker (2005) a okrem vyššie spomenutých podmienok pridáva ešte vzájomný rešpekt a úctu, pripravenosť ponúknuť a prijať pomoc a koordináciu činností, ktoré majú viesť k dosiahnutiu spoločného cieľa.

Podľa miery spolupráce a interakcie v tíme odborníkov hovoria Pagliano (2001); S. Carnaby (in Pawlyn, Carnaby, eds. 2009); Terfloth, Bauersfeld 2012; Westling, Fox, (2004) o troch rôznych úrovniach tímovej spolupráce.

**Multidisciplinárny tím** – bežný tímový prístup využívaný v špeciálnych školách, kde miera spolupráce je minimálna. Každý člen tímu pracuje nezávisle vo svojej špecializácii. Robí vlastnú diagnostiku, správy, plánovanie, poskytuje vlastné služby a hodnotí pokrok žiaka/klienta. Rodičia sú z tohto tímu väčšinou vylúčení. Tento spôsob práce má určité výhody, ale aj viaceré nevýhody. Najväčšou výhodou je, že žiak môže profitovať z odborných znalostí a skúseností viacerých odborníkov. Na druhej strane si nevyžaduje interakciu a kooperáciu medzi odborníkmi. Nie sú nútení ísť nad ich hlavnú

oblasť odbornosti. Vracia sa k medicínskemu modelu a prierez disciplín je minimálny. Mnohí odborníci si uvedomujú, že multidisciplinárny prístup nie je adekvátny, pretože nedokáže dostatočne naplniť potreby žiakov s ťažkým postihnutím.

**Interdisciplinárny tím** - členovia tímu taktiež pracujú nezávisle, ale na rozdiel od multidisciplinárneho tímu zdieľajú informácie na tímových stretnutiach, aby prediskutovali záležitosti ešte pred samotnou diagnostikou, písaním správy, alebo diskutujú pred vypracovaním plánu pre žiaka a nachádzajú spoločný konsenzus pri tvorbe tohto plánu. Tento prístup umožňuje lepšiu organizáciu a lepšie zaistí napĺňanie potrieb jednotlivých žiakov. Rodič je považovaný za spolupracovníka. Jednotliví členovia pracujú nezávisle, ale sú si vedomí toho, aké aktivity a prečo vykonávajú iní členovia. Konzultácie medzi jednotlivými členmi sú bežné, ale každý udržiava jasné hranice pri práci (učiteľ učí, terapeut robí terapiu...). Práve nezávislé vykonávanie jednotlivých činností je nevýhodou tohto modelu, ale v porovnaní s multidisciplinárnym prístupom tu exituje komunikácia medzi jednotlivými členmi tímu.

**Transdisciplinárny tím** zvyšuje efektivitu predchádzajúcich modelov. Podľa D. L. Westling a L. Fox (2004) je mnohými považovaný za preferovaný spôsob koordinácie služieb a zlepšovania fungovania žiakov s ťažkým postihnutím. Miera spolupráce je najvyššia. Jednotlivci prekračujú hranice svojej špecializácie v závislosti na potrebách dieťaťa. Rodičia sú rovnocennými členmi tímu. Všetci členovia tímu spolupracujú tak, aby žiakom umožnili dosiahnuť ciele, ktoré by inak možné neboli. Transdisciplinárny tím poskytuje služby naprieč disciplínami a nie izolovane v rámci jednotlivých disciplín. Aj v tomto tíme by mal byť jeden odborník (napríklad špeciálny pedagóg), ktorý je zodpovedný za koordináciu služieb a ostatných členov tímu, vrátane tých, ktoré sú doménou iných odborníkov.

Ak by sme sa preniesli do našich podmienok, pri podpore a edukácii žiakov s ťažkým a viacnásobným postihnutím nie je v dokumentoch formulovaná požiadavka transdisciplinárneho ani interdisciplinárneho prístupu. Školský zákon 245/2008 Z. z. hovorí len o spolupráci školy a poradenského zariadenia pri vypracovaní individuálneho vzdelávacieho programu alebo o spolupráci centra špeciálnopedagogického poradenstva so zákonnými zástupcami a ďalšími fyzickými osobami. Kmet' (2004) vo svojom výskume uvádza, že stretnutia tímu a tímová spolupráca je väčšinou pedagógmi hodnotená ako „utópia“. Definovaní sú aspoň odborníci, ktorí majú participovať

na edukačnom procese. Vzdelávací program pre žiakov s ťažkým alebo hlbokým stupňom mentálneho postihnutia (ISCED 1) určuje povinné personálne zabezpečenie. Okrem špeciálneho pedagóga sa na edukácii podieľa aj: asistent učiteľa, školský logopéd, školský psychológ, rehabilitačný pracovník, pomocný zdravotnícky personál.

Je potrebné spomenúť aj skutočnosť, že títo odborníci sú síce definovaní ako „povinné personálne zabezpečenie“, ale to, či sa reálne budú môcť podieľať na edukačnom procese a podpore týchto žiakov, závisí od konkrétnych podmienok a možností danej školy. Ani v prípade, že si to vyžaduje povaha postihnutia a potrieb žiakov, nemusia byť niektorí odborníci k dispozícii (fyzioterapeut, asistent, zdravotnícky personál) alebo nemusia poskytovať intervencie pre žiakov s ťažkým a viacnásobným postihnutím (logopéd), hoci na danej škole pôsobia (Hrčová, in Pipeková, Vítková, et al. 2014).

Aby mohol žiak profitovať z kooperatívneho prístupu odborníkov, je nevyhnutné, aby každý člen tímu plnil svoje úlohy na základe svojich kompetencií a odbornosti. Špeciálny pedagóg na základe svojho vzdelania a kompetencií poskytuje žiakom primerané ponuky a príležitosti na učenie (Klauss, Lamers, Janz, 2005). Zodpovedá za plánovanie a organizáciu vyučovania. Je dôležité, aby v prípade žiakov s pridruženým telesným postihnutím spolupracoval s fyzioterapeutom, najmä v otázkach zmeny polohy žiakov počas vyučovania (Terfloth, Bauersfeld, 2012). Okrem toho konzultuje aj s ďalšími odborníkmi a vykonáva diagnostiku žiaka. Je prostredníkom medzi školou a rodičmi (Westling, Fox, 2004).

Dôležitou súčasťou tímu je terapeut. Z terapeutov, ktorí sa môžu podieľať na edukačnom procese, ide najčastejšie o fyzioterapeuta, prípadne môžu byť zapojení ďalší, pokiaľ sú vykonávané ďalšie terapie. Ich úlohou je predovšetkým plánovanie a realizácia therapeutickej starostlivosti a intervencií. Ich činnosti vychádzajú predovšetkým z porúch a špecifických potrieb v somatickej oblasti (Klauss, Lamers, Janz, 2005). Úlohou fyzioterapeuta je hodnotenie, plánovanie a intervencia v oblasti polohy a rovnováhy, prevencia deformácií a rozvíjanie funkcií v oblasti hrubej motoriky, vrátane chôdze. Ovláda techniky polohovania, navrhuje spôsoby, aby žiak mohol fungovať čo najsamostatnejšie. Ergoterapeut sa snaží zabezpečiť rozvoj v oblasti jemnej motoriky a najmä v oblasti aktivít každodenného života (Westling, Fox, 2004).

Mnohí jednotlivci s ťažkým postihnutím vykazujú závažné deficity v oblasti reči a komunikácie. Úlohou logopéda je v tomto prípade

diagnostikovanie úrovne komunikačných schopností, rozvíjanie elementárnych komunikačných schopností (vyjadrenie súhlasu...), zavádzanie alternatívnych foriem komunikácie, rozvíjanie funkčnej reči. Dôležitá je spolupráca s ďalšími odborníkmi, napríklad špeciálnym pedagógom (Westling, Fox, 2004).

Psychológ zodpovedá a vykonáva hodnotenie/diagnostiku celkovej úrovne vývinu a fungovania žiaka. Môže využívať behaviorálne techniky na analýzu správania žiaka a na základe zisteného uplatniť tieto techniky na posilnenie adaptívneho správania a potlačenie menej vhodného správania (Westling, Fox, 2004).

Svoje miesto v tíme má aj zdravotnícky personál alebo ošetrovateľ. Jeho funkcia a činnosti vyplývajú z potrieb ošetrovateľskej starostlivosti (Klauss, Lamers, Janz, 2005). Má dôležitú úlohu pri zabezpečovaní medicínskych potrieb žiakov. Poskytuje priamu starostlivosť v prípade epileptických záchvatov, potreby prvej pomoci, odsávania, kŕmenia, podávania liekov... (Westling, Fox, 2004).

Od určitej úrovne spolupráce sú pevnou a rovnocennou súčasťou tímu aj rodičia žiakov s ťažkým a viacnásobným postihnutím. Ako uvádza Staatsinstitut für Schulqualität und Bildungsforschung (2010), úzka spolupráca s rodičom má veľkú hodnotu, pretože rodič ako osoba, ktorá má s dieťaťom veľmi blízky vzťah, sa v tejto oblasti stáva kompetentným a citlivým na potreby svojho dieťaťa. Navyše nesie zodpovednosť za každé rozhodnutie, ktoré vo vzťahu k dieťaťu urobí. Preto je dôležitá úzka spolupráca odborníka a rodiča a pravidelné zdieľanie informácií. Rodič sa stáva spojovacím článkom medzi rodinou a školou, čo sú dve najdôležitejšie životné oblasti žiaka s ťažkým postihnutím. Ďalej by sme mohli spomenúť fakt, že rodič je najväčším odborníkom na svoje dieťa a môže poskytovať veľmi cenné informácie pre ostatných odborníkov (napríklad pri diagnostike), ktorých získanie by bolo bez pomoci rodiča náročnejšie a zdĺhavejšie.

Na druhej strane rodičia, ktorí vychovávajú alebo sa starajú o dieťa s ťažkým a viacnásobným postihnutím, sú vystavení emocionálnej, psychickej aj fyzickej záťaži. Môže dôjsť k nesprávnemu spracovaniu alebo zoradeniu informácií zo strany rodičov, čo môže mať za následok nedorozumenia medzi nimi a odborníkmi, a to následne sťaží prácu odborníkov a aj celkovú spoluprácu (Fröhlich, 2003). Spoluprácu s odborníkmi môžu sťažiť aj nerealistické očakávania rodiča od odborníkov a nejednotné predstavy o práci s dieťaťom. Problém môže nastať aj vtedy, ak sa rodič príliš angažuje a snaží sa podniknúť všetko, aby zmiernil postihnutie dieťaťa a vyhľadáva mu všetky dostupné terapie a programy podpory (Haupt, 2006).

Okrem odborného personálu a rodičov sa na edukačnom procese žiakov s ťažkým a viacnásobným postihnutím najmä v zahraničí podieľa aj nekvalifikovaný personál. Ide o osoby, ktoré vykonávajú rôznu formu dobrovoľníckej práce a pracujú podľa inštrukcií pedagóga alebo iného odborníka. Môžu byť súčasťou transdisciplinárneho tímu (porov. Pagliano, 2001; Klauss, Lamers, Janz, 2005). Forma dobrovoľníckej služby je využívaná aj v edukačnom procese v našich podmienkach. Najmä v situáciách, keď škola nemá pridelený dostatok prostriedkov, ktoré by zaistili primeraný počet asistentov učiteľa. Na jednej strane sa vyrieši problém s nedostatkom personálu, na strane druhej vzniká prekážka v nedostatočnej kvalifikácii a odbornosti týchto dobrovoľníkov.

### **3.3 Materiálne zabezpečenie edukačného procesu**

Potreby a špecifiká žiakov s ťažkým a viacnásobným postihnutím a interindividuálne rozdiely, ktoré medzi nimi sú kladú zvýšené nároky na materiálne zabezpečenie edukačného procesu. S ohľadom na proces edukácie žiakov s ťažkým a viacnásobným postihnutím hovoria Opatřilová (2005); Vančová (2010) o inštrukčných médiách, technických prostriedkoch a špeciálnych pomôckach: rehabilitačných, kompenzačných, edukačných. D. Opatřilová (2013) v súvislosti s edukáciou a jednotlivými oblasťami podpory hovorí o kompenzačných pomôckach a didaktických pomôckach. Terfloth, Bauersfeld (2012) uvádzajú odlišné delenie pomôcok a to: ortopedické pomôcky, učebné materiály a pomôcky na podporu komunikácie. Či už ide o didaktické pomôcky alebo kompenzačné pomôcky, každá z nich môže plniť rôzne účely a mať rôznorodé využitie a tiež jeden problém a jeden cieľ možno dosiahnuť pomocou rôznych materiálnych prostriedkov a pomôcok (porov. Bierman, in Connolly, Montgomery, 2005; Vančová, 2010). Účelom podkapitoly ale nie je uvádzať klasifikácie pomôcok, preto pre potreby tohto textu budeme hovoriť o dvoch veľkých skupinách pomôcok a to učebných/edukačných a kompenzačných pomôckach. Niektoré pomôcky môžu plniť obidve funkcie: napríklad informačné a komunikačné technológie alebo pomôcky na alternatívnu a augmentatívnu komunikáciu.

Učebné/edukačné pomôcky majú podporiť učenie žiaka a zaistiť jeho napredovanie v jednotlivých oblastiach. Musia zohľadňovať obsah vzdelávania a tiež individuálne predpoklady jednotlivých žiakov. Ak hovoríme o individuálnych predpokladoch žiakov, máme na mysli nie len ich predpoklady

pre učenie, ale aj motorické schopnosti – možnosť úchopu predmetu a úroveň zrakového vnímania – viditeľnosť pomôcky (porov. Terfloth, Bauersfeld, 2012). Dostupná je široká škála didaktických pomôcok, ktoré by nemali pri edukácii žiakov s ťažkým a viacnásobným postihnutím chýbať. Ide napríklad o hračky, bežné predmety z rôznych materiálov, o rôzne motorické hračky, stavebnice, ktoré sú ľahko uchopiteľné a ľahko sa spájajú, jednoduché puzzle a predmety na priradovanie a triedenie, didaktické sady, plošné a priestorové tvary, elektronické hračky. Úlohou týchto pomôcok je rozvoj motorických zručností, úchopu, vizuo-motorickej koordinácie aj kognitívnych schopností. Žiakom, ktorí majú obmedzenú hybnosť hornej končatiny a v dôsledku toho obmedzený alebo znemožnený úchop je možné uľahčiť úchop predmetu: ceruzy, fixky alebo štetca úpravou a doplnením o špeciálnu násadku alebo mäkkú loptičku, ktorá umožní dlaňový úchop. Taktiež sú vhodné aj nožnice umožňujúce dlaňový úchop. Prácu žiakovi uľahčia aj nastaviteľné stoly, proti sklzové podložky alebo ťažítka. Tieto pomôcky umožnia alebo uľahčia participáciu žiaka v jednotlivých predmetoch. (porov. Leyendecker, 2005; Opařilová, 2005; Opařilová, 2013; Šulovská, in Gogová, Kastelová, Prečuchová-Štefanovičová, Šulovská, Vančová, 2013; Zikl, 2011).

Kompenzačné pomôcky majú podporiť participáciu dieťaťa na aktivitách vo svojom prostredí, zvýšiť jeho funkčnú nezávislosť, zlepšovať posturálnu kontrolu a pohyb, predchádzať vzniku sekundárnych ťažkostí a postihnutí (Bierman, in Connolly, Montgomery, 2005).

Nezastupiteľnú úlohu v edukačnom procese majú polohovacie pomôcky, ortopedické pomôcky a pomôcky uľahčujúce lokomóciu a pohyb (Lelgemann, 2010). Polohovacie a fixačné pomôcky majú zaistiť stabilitu žiaka v danej polohe a umožniť mu zotrvať v rôznych polohách (na chrbte, na boku, na bruchu atď...). Na polohovanie môžeme voliť vaky, valce, klíny, polohovacie hady, kvádre, ale aj vlastné telo pedagóga (porov. Hanák, a kol. 2011; Leyendecker, 2005). Bendová, Jeřábková, Růžičková (2006) k polohovacím pomôckam radia aj ortézy. Ich úlohou je stabilizácia tela v oblasti hrudníka, chrbta alebo kĺbových spojov. Podporujú správne držanie tela a zabraňujú nesprávnemu postaveniu časti tela. K polohovaniu možno použiť aj pomôcky, ktoré majú aj iný účel (vozíky, špeciálne sedačky alebo stojany). Ak na polohovanie chceme využiť vozík alebo sedačku, je potrebné, aby bola vybavená ďalšími doplnkami, ktoré budú fixovať telo a brániť zosunutiu. Používajú sa najmä protišmykové opierky nôh, rôzne fixačné pásy a popruhy pre hrudník, klíny, fixačná vesta, fixácia nôh alebo opierky hlavy. Tieto

pomôcky zabezpečia stabilnú a symetrickú polohu tela pri sedení. (porov. Bendová, Jeřábková, Růžičková, 2006; Leyendecker, 2005; Zikl, 2011). Nemenej dôležité sú pomôcky, ktoré umožnia žiakovi stáť a to aj v prípade, že žiak nie je schopný stáť samostatne. Používajú sa vertikalizačné stojany, ktoré udržia žiaka vo vzpriamenej polohe. Symetrická pozícia aj so súčasným fyziologickým zaťažením pomáha regulovať tonus a uľahčuje kontrolu hlavy a tiež dáva priestor mať voľné ruky. Je veľmi vhodná najmä z hľadiska edukácie a získavania skúseností žiaka (porov. Leyendecker, 2005; Zikl, 2011). Okrem vhodnej polohy by mal mať žiak priestor na aktívny pohyb, pokiaľ je to v jeho možnostiach. K tomu sú potrebné pomôcky podporujúce lokomóciu alebo nácvik chôdze. Na podporu lezenia sú vhodné tzv. ložítka, kde sa žiak môže pohybovať v polohe v ľahu na bruchu. Na nácvik chôdze možno použiť rolátory, ktoré žiak tlačí pred sebou alebo rôzne druhy chodítok, ktoré sú zvyčajne vybavené kolieskami a môžu byť doplnené o oporu v predlaktí, sedadlo alebo brzdy. Niektoré chodítka poskytujú pevnú oporu a žiak ich musí posúvať. Ďalšou pomôckou sú tzv. kozičky, ktoré poskytujú štvorbodovú oporu. Žiak ich musí pri chôdzi striedať (porov. Bendová, Jeřábková, Růžičková, 2006; Hinchcliffe, 2007; Opatřilová, 2013; Zikl, 2011). Prostredníctvom týchto pomôcok sa žiak môže lepšie zapájať do aktivít a diania v triede. Stotožňujeme sa s názorom Hinchcliffe (2007), že tieto pomôcky umožnia žiakovi dlhšie zotrvať v danej polohe, umožnia mu lepšiu kontrolu nad prostredím a určitú mieru slobody a nezávislosti, aj keď nemajú takú dynamiku, ktorú dokáže zaistiť podpora iného človeka.

Súčasťou edukačného procesu sú aj sebaobslužné činnosti a ich podpora, preto je vhodné, aby boli dostupné aj pomôcky, ktoré žiakom uľahčia najmä príjem potravy a aspoň čiastočne znížia ich závislosť na pedagógovi, prípadne asistentovi učiteľa. Možno použiť upravené lyžice a príbory uľahčujúce úchop a nabratie jedla, platové taniere, prípadne poháre a hrnčeky, ktoré je jednoduché uchopiť alebo pri ktorých nie je potrebné zakláňať hlavu (porov. Zámečnicková, in Opatřilová, Zámečnicková, 2008).

V školách by nemali chýbať ani pomôcky, ktoré stimulujú základné zmyslové systémy (vestibulárny a propioceptívny, taktilný): ako sú rôznych druhov hojdačiek, závesné siete, balančné pomôcky, gymnastické lopty, pojazdné dosky, molitanové zostavy, zrkadlá, loptičky rôznych povrchov atp. Viaceré z uvedených pomôcok považujú za dôležité aj Hanák a kol. (2011) a Opatřilová (2013), ktorí ich zmieňujú najmä v súvislosti s podporou v oblasti motoriky a budovania telesnej schémy.



Nezastupiteľnú úlohu hrá podľa Vančovej 2010) aj samotné prostredie v ktorom edukačný proces prebieha. Musí byť adekvátne usporiadané, s primeraným množstvom stimulov a musí byť prístupné z hľadiska bezbariérovosti. Prístupnosť tried, špecializovaných učební alebo terapeutických miestností a presun medzi nimi by nemal robiť problémy.

Výber a práca s niektorými kompenzačnými pomôckami by mal vziť z tímovej spolupráce. Je dôležité, aby špeciálny pedagóg, pokiaľ je to možné konzultoval s fyzioterapeutom, prípadne ďalším odborníkom. Ako príklad môžeme uviesť situácie, kde je spolupráca žiaduca: vertikalizácia žiaka, polohovanie, manipulácia s ním, niektoré aspekty rozvoja komunikácie ako je výber systému AAK, podpora v oblasti oromotoriky.

## **4 PRÍSTUPY V PODPORE ŽIAKOV S ŤAŽKÝM A VIACNÁSOBNÝM POSTIHNUTÍM V KONTEXTE INTERDISCIPLINÁRNEJ SPOLUPRÁCE**

### **4.1 Ciele a metodológia výskumného šetrenia**

Výskumný projekt rieši ďalší významný determinant vzdelávacieho procesu žiakov s ťažkým a viacnásobným postihnutím, ktorým je personálne zabezpečenie a interdisciplinárny prístup. V teoretickej časti práce, v kapitole 3, boli uvedené základné determinanty tímovej spolupráce a ich dôležitosti vo vzdelávacom procese. Už povaha postihnutia žiakov si principiálne žiada multidisciplinárny prístup a vzájomnú kooperáciu jednotlivých odborníkov a aj rodičov žiakov. Rovnako ani kompetencie jednotlivých odborníkov nemôžu pokryť celé spektrum potrieb, ktoré títo žiaci majú a je nutné, ak má žiak napredovať, aby sa jednotliví odborníci, vrátane rodičov, vzájomne podieľali na komplexnej podpore týchto žiakov.

V zahraničí sa tejto problematike dlhodobejšie venovala napr. Dr. Frauke Janz, ktorá v rámci výskumných projektov a tiež doktorskej dizertácie skúmala interprofesionálnu kooperáciu odborníkov na školách, kde sa vzdelávajú žiaci s ťažkým a viacnásobným postihnutím v Spolkovej krajine Baden-Württemberg. Zameriavala sa na edukačný proces ako taký, personálne zaistenie, formy komunikácie medzi jednotlivými odborníkmi alebo časové aspekty (koľko času a akým spôsobom trávi žiak s jednotlivými odborníkmi v rámci školy). Použitá bola ale kvantitatívna výskumná stratégia.

V našom prípade sme zvolili kvalitatívnu výskumnú stratégiu, kde sme mohli tento fenomén preskúmať do hĺbky, lepšie porozumieť tejto problematike a nachádzať vzťahy, príčiny a súvislosti.

#### **Hlavný cieľ výskumu:**

Zistiť úroveň personálneho zabezpečenia a interdisciplinárneho prístupu v edukačnom procese žiakov s ťažkým a viacnásobným postihnutím z pohľadu jednotlivých odborníkov.

#### **Z hlavného cieľa vzišli tieto čiastkové ciele:**

- analyzovať personálne zabezpečenie edukačného procesu žiakov s ťažkým a viacnásobným postihnutím,

- zhodnotiť zastúpenie jednotlivých pedagogických/odborných činností (vyučovanie, rehabilitácia, terapia, senaobslužné/hygienické úkony – frekvencia, variabilita s ohľadom na žiaka) v edukačnom procese žiakov,
- analyzovať spôsoby komunikácie a spolupráce jednotlivých odborníkov,
- popísať prínos tímovej spolupráce jednotlivých odborníkov podieľajúcich sa na edukácii žiakov s ťažkým a viacnásobným postihnutím,
- zistiť facilitátory a bariéry tímovej spolupráce a personálneho zabezpečenia,
- zhodnotiť dopad personálneho zabezpečenia a tímovej spolupráce na vyučovací proces (organizačné formy a metódy práce).

### **Hlavná výskumná otázka:**

Aké je úroveň personálne zabezpečenia a interdisciplinárneho prístupu v edukačnom procese žiakov s ťažkým a viacnásobným postihnutím z pohľadu jednotlivých odborníkov?

### **Vedľajšie výskumné otázky:**

Aké je personálne zabezpečenie edukačného procesu žiakov s ťažkým a viacnásobným postihnutím?

Aké je zastúpenie jednotlivých pedagogických/odborných činností (vyučovanie, terapie, rehabilitácia, senaobslužné/hygienické úkony)?

Aká je spolupráca a spôsoby komunikácie jednotlivých odborníkov?

Aký je prínos tímovej spolupráce jednotlivých odborníkov podieľajúcich sa na edukácii žiakov s ťažkým a viacnásobným postihnutím?

Aké faktory posilňujú/zabraňujú lepšej tímovej spolupráci?

Ako tímová spolupráca a účasť rôznych odborníkov ovplyvňuje vyučovací proces (organizačná a metodická stránka vyučovania)?

### **Metódy zberu dát**

Pre potreby nášho výskumu sme zvolili metódu pološtruktúrovaných rozhovorov, v rámci ktorých sme mali pripravené sady otázok pre jednotlivých odborníkov, ktorí sa reálne podieľali na edukačnom procese žiakov s ťažkým a viacnásobným postihnutím a pre zástupcov vedenia školy. Sady otázok pre jednotlivých odborníkov sa mierne líšili, pretože sme potrebovali zohľadniť aj profesijný status a pracovnú pozíciu jednotlivcov. Mierne odlišné boli aj otázky

pre zástupcov vedenia školy (pozri prílohu), keďže oni sa priamo na edukačnom procese nepodieľajú, ale vytvárajú podmienky. Otázky boli priebežne doplňané alebo menené v priebehu rozhovorov v závislosti od typu informácií, ktoré sme získali. Mohli sme tak flexibilne reagovať na vzniknuté situácie. Na záver rozhovoru mal každý odborník možnosť doplniť akékoľvek užitočné informácie alebo povedať informácie, ktoré považoval za potrebné.

Všetky rozhovory boli zaznamenané do digitálnej podoby. Každý informant bol vopred oboznámený a požiadaný o súhlas s nahrávaním rozhovoru. Následne boli všetky rozhovory prevedené do textovej podoby prostredníctvom aplikácie Dragon Dictation v systéme iOS, ktorý dokáže konvertovať hovorené slovo do písomnej podoby. Boli uskutočnené priamo na pracoviskách informantov, aby sme zaistili maximálny komfort informantov.

Pri analýze rozhovorov sme použili techniku otvoreného kódovania, kde sme jednotlivé výpovede rozdelili do analytických jednotiek tvorených slovami, vetami alebo odsekmi a priradili im príslušné kódy. Ďalej sme použili axiálne kódovanie, pri ktorom sme jednotlivé pojmy priradili do príslušných kategórií a subkategórií. Selektívne kódovanie sme využili pri tvorbe vzťahovej siete, aby sme poukázali na vzťahy a súvislosti medzi jednotlivými subkategóriami a pojmami.

Výber výskumnej vzorky bol zámerný. Oslovené boli 4 špeciálne základné školy, v ktorých sú triedy pre žiakov s ťažkým a viacnásobným postihnutím. Pokiaľ to bolo možné, snažili sme sa získať celý tím odborníkov z príslušnej školy, aby sme získali pohľad zástupcov rôznych profesií. Kritériom výberu jednotlivých škôl bola variabilita podmienok z hľadiska personálneho zabezpečenia a žiakov, s ktorými pracujú.

## **4.2 Charakteristika výskumného súboru**

Ako bolo uvedené vyššie, oslovili sme 4 špeciálne základné školy v Žilinskom (2 školy) a v Prešovskom kraji (2 školy). Prvý kontakt prebehol telefonicky s riaditeľom školy, ktorého sme oboznámili s cieľmi výskumného šetrenia a následne sme ho požiadali o zaistenie spolupráce ich pedagogických a odborných zamestnancov, ktorí participujú na vzdelávacom procese žiakov s ťažkým a viacnásobným postihnutím. Celkom bolo oslovených 15 informantov. Z tých sme na spracovanie dát zaradili 12 rozhovorov. Vyradili sme rozhovor so psychológom zo školy v Prešovskom kraji z dôvodu nepoužiteľnosti informácií. Z rozhovoru s ním vyšlo najavo, že vôbec

nekooperuje s ostatnými pedagogickými a odbornými zamestnancami participujúcimi na vzdelávacom procese žiakov s ťažkým a viacnásobným postihnutím. Je k dispozícii pre inú cieľovú skupinu žiakov, špeciálneho pedagóga a rodičov týchto žiakov a jeho časové kapacity mu vôbec neumožňujú venovať sa ďalším činnostiam. Dva rozhovory boli vyradené z technických dôvodov – pre technickú chybu. Napriek tomu, že nám z jednej školy zostal len logopéd a nemáme kompletný tím, ani jeho časť, rozhodli sme sa ponechať ho vo výskumnom súbore z dôvodu informácií, ktorá nám poskytol.

Rozhovory boli realizované s odborníkmi, u ktorých sme očakávali, že sa budú podieľať na vzdelávacom procese žiakov s ťažkým a viacnásobným postihnutím. Prvý rozhovor sme vždy začali s riaditeľom školy, aby sme získali ucelený obraz o zabezpečení vzdelávacieho procesu týchto žiakov a jeho pohľad na spoluprácu zamestnancov. Následne sme požiadali o možnosť uskutočnenia rozhovorov s jednotlivými odborníkmi.

Spracované boli rozhovory s 12 informantmi v tomto zložení a počte: 3 riaditelia škôl, 3 špeciálni pedagógovia, 2 asistenti učiteľa, 2 logopédi, rehabilitačný pracovník a liečebný pedagóg. Pokiaľ to bolo možné, snažili sme sa osloviť celý tím odborníkov, ktorý na daných školách pôsobil. Pre lepší prehľad uvádzame v tabuľke jednotlivých odborníkov aj z hľadiska príslušnosti k danej škole. Označenie „x“ – realizovaný rozhovor, označenie „-“ – nerealizovaný alebo vyradený rozhovor.

Tabuľka 4: Realizované rozhovory s odborníkmi podľa príslušnosti ku škole

	Špeciálna základná škola 1	Špeciálna základná škola 2	Špeciálna základná škola 3	Špeciálna základná škola 4
riaditeľ	X	X	X	-
špeciálny pedagóg	X	X	X	-
asistent učiteľa	X	X	-	-
logopéd	-	X	-	X
rehabilitačný pracovník	X	-	-	-
liečebný pedagóg	X	-	-	-
psychológ	-	-	-	-
pomocný zdravotnícky personál	-	-	-	-

*Zdroj: vlastní spracovanie*

Nižšie uvádzame prehľad jednotlivých informantov a zamestnancov škôl podľa toho, či sa podieľajú na edukačnom procese žiakov s ťažkým a viacnásobným postihnutím. Použili sme nasledujúce označenia: „Z/P“ – zamestnaný na škole a pracuje so žiakmi s ťažkým a viacnásobným postihnutím, „Z/N“ – zamestnaný na škole, ale so žiakmi s ťažkým a viacnásobným postihnutím nepracuje a „N/A“ – škola daného odborníka nemá.

Tabuľka 5: Prehľad zamestnancov jednotlivých škôl a ich podieľanie sa na edukačnom procese žiakov s ťažkým a viacnásobným postihnutím

	Špeciálna základná škola 1	Špeciálna základná škola 2	Špeciálna základná škola 3	Špeciálna základná škola 4
špeciálny pedagóg	Z/P	Z/P	Z/P	Z/P
asistent učiteľa	Z/P	Z/P	N/A	Z/P
logopéd	Z/P	Z/P	Z/N	Z/P
rehabilitačný pracovník	Z/P	N/A	N/A	N/A
liečebný pedagóg	Z/P	N/A	N/A	N/A
psychológ	Z/P	Z/N	Z/N	Z/N
pomocný zdravotnícky personál	N/A*	Z/N	N/A	N/A

*Zdroj: vlastné spracovanie*

Pre označovanie informantov pri analýze kategórií a vzťahov sme sa rozhodli upustiť od ich symbolického označovania písmenami alebo číslicami. Informanti budú označení podľa príslušnosti k svojej profesii a číslo bude znamenať príslušnosť k danej špeciálnej základnej škole. Je pre nás dôležité dať názory jednotlivých odborníkov do kontextu s ich profesijným zaradením, aby sme poskytli hlbší a komplexnejší náhľad na problematiku tímovej spolupráce.

### 4.3 Analýza kategórií a vzťahov

Na základe otvoreného a axiálneho kódovania rozhovorov nám vzniklo päť základných kategórií, ktoré budú postupne analyzované. Vytvorili sme tieto základné kategórie: zaistenie edukačného procesu, metódy a formy práce, tímová spolupráca, prínos tímovej spolupráce a facilitátory a bariéry tímovej spolupráce. Každá kategória pozostáva z dvoch až troch subkategórií

a príslušných pojmov. Aj keď prvé dve kategórie sa priamo nevzťahujú na tímovú spoluprácu, ale sú výsledkom miery interdisciplinárneho prístupu na danej škole a odzrkadľujú ho.

Do každého okruhu bude zahrnutý pohľad každého odborníka (učiteľ, asistent, rehabilitačný pracovník, logopéd, liečebný pedagóg), prípadne zástupcu vedenia školy.

Tabuľka 6: Kategórie, subkategórie a pojmy

Kategória	Subkategória	Pojmy
<b>1. zaistenie edukačného procesu</b>	organizácia edukačného procesu	triedy v škole, elokované triedy v DSS, individuálne vzdelávanie, vzdelávanie v domácom prostredí, intervencie zamestnancov ČŠPP
	pedagogické situácie	edukácia, podporné pedagogické činnosti, logopedická intervencia, fyzioterapia, terapeutická podpora, sebaobslužné a hygienické úkony
<b>2. metódy a formy práce</b>	špeciálny pedagóg	didaktické metódy, motivácia, individuálny prístup, pedagogicko-terapeutické koncepty, Snoezelen, prvky senzorickej integrácie, bazálna stimulácia, prvky terapií, informačné a komunikačné technológie, alternatívna a augmentatívna komunikácia, individuálna práca, vzdelávanie v domácom prostredí, skupinová práca, zaistenie sebaobslužných a hygienických úkonov
	asistent učiteľa	súčinnosť so špeciálnym pedagógom, plnenie pokynov ŠP, príprava pomôcok, individuálna práca so žiakmi, hygienické úkony, sebaobsluha

	logopéd	individuálna intervencia, skupinová intervencia – predmet RKS, orofaciálna regulačná terapia, alternatívna a augmentatívna komunikácia, informačné a komunikačné technológie, pravidelnosť intervencie
	rehabilitačný pracovník	Bobath – NDT, taping, mäkké techniky, prvky senzorickej integrácie, individuálna práca, pravidelnosť rehabilitácie
	liečebný pedagóg	terapeutické metódy, arteterapia, Snoezelen, pravidelnosť terapie
<b>3. tímová spolupráca</b>	spôsoby komunikácie	komunikácia za pochodu, výmena krátkych informácií, komunikácia vo dvojici, komunikácia mimo vyučovania, výmena informácií pred a po terapii/intervencii
	medziodborová spolupráca	tím v tíme, absencia stretnutí tímu, konzultácie s lekárom – pediater, neurológ, psychiater, užišia spolupráca – pedopsychiater, foniater, kooperácia so sociálnym pracovníkom, prítomnosť logopéda/fyzioterapeuta v triede, prítomnosť ŠP na terapii, vzájomné usmerňovanie, vysvetľovanie, riešenie problémových situácií žiaka, špeciálny pedagóg v úlohe koordinátora
	rodič ako partner	nositeľ hodnotných informácií, priama účasť na terapii/intervencii, žiadosť o radu, rozdielna angažovanosť a záujem



		o edukačný proces, očakávania, sociálny status, dobré zdieľanie informácií, záťaž dieťaťa, zmeny v zdravotnom stave, ďalšie postupy v podpore dieťaťa
<b>4. prínos tímovej spolupráce</b>	pre žiaka	pokrok, rozvoj zručností, komplexná starostlivosť, adresnosť intervencie, rozpoznanie problémov žiaka, hlbšie poznanie z rôznych strán, promptné riešenie situácie žiaka, jednotný postup
	vzájomný prínos odborníkov	vzájomná pomoc, iný pohľad, poznatky inej disciplíny, spätná väzba, transfer poznatkov, nadväznosť, presnejšia diagnostika žiaka
	dopad na vyučovací proces	rozsah školskej dochádzky, komplexná podpora, vyššia efektivita, vznik celku, nové metódy práce, individualizácia, viac času na žiaka, lepšia príprava, skĺbenie edukácie – terapie/edukácie – intervencie/ edukácie – rehabilitácie
<b>5. facilitátory a bariéry pre tímovú spoluprácu</b>	prekážky	priestor, absencia fyzioterapeuta, absencia ČŠPP, postoj lekárov, absencia logopéda, nejasná legislatíva, rodič
	príležitosti	pomoc rodičom, pravidelnosť intervencií, možnosť získať fyzioterapeuta, zabezpečenie asistenta učiteľa, zlepšenie poznatkov z iných disciplín, viac logopédov, ďalší terapeutický personál

*Zdroj: vlastné spracovanie*

## Zaistenie edukačného procesu

Na analýzu tejto kategórie budeme vychádzať z informácií poskytnutých riaditeľmi jednotlivých škôl. Budeme brať do úvahy len špeciálnu základnú školu 1 – 3.

Zaistenie podmienok pre efektívny vzdelávací proces žiakov s ťažkým a viacnásobným postihnutím je v jednotlivých školách na rôznej úrovni. Niektoré školy môžu poskytnúť svojim žiakom komplexnú starostlivosť a zaistiť tak naplnenie všetkých ich potrieb a zaistiť zaradenie väčšiny **pedagogických situácií** do ich edukačného procesu. Len jedna zo škôl (ŠŽŠ 1)

má možnosť poskytnúť a zaradiť všetky pedagogické situácie (edukácia, fyzioterapia, terapie, logopedická intervencia, sebaobsluha a hygienické úkony), pretože má k dispozícii celý tím odborníkov. Jedna škola (ŠZŠ 2) dokáže zaistiť väčšinu situácií, okrem fyzioterapie. Rehabilitačnú starostlivosť zaisťuje len z malej časti. Jedna škola (ŠZŠ 3) nemá možnosť, vzhľadom na svoje personálne obsadenie, takúto formu starostlivosti zabezpečiť pre všetkých svojich žiakov a výrazne dominujú edukačné aktivity a podporné pedagogické aktivity vykonávané špeciálnym pedagógom. Už tu je zrejmé, že prítomnosť alebo absencia jednotlivých odborníkov výrazne ovplyvňuje komplexnosť podpory týchto žiakov.

Vzdelávanie žiakov s ťažkým a viacnásobným postihnutím sa opiera o príslušné legislatívne normy, vychádza z podmienok školy a potrieb jednotlivých žiakov. Každý žiak má vypracovaný individuálny vzdelávací program (IVP). Každá zo škôl má otvorených viac tried C variantu. Rovnako **organizácia vzdelávania** odrzkadľuje podmienky konkrétnej školy. Väčšinou sú triedy priamo v budove školy. Špeciálna základná škola 3 má jednu triedu priamo v budove školy, kde edukáciu zaisťuje špeciálny pedagóg a zamestnanec vykonávajúci podporné pedagogické a terapeutické činnosti, a druhú elokovanú triedu v domove sociálnych služieb (DSS). Vďaka umiestneniu triedy v DSS je žiakom poskytovaná komplexnejšia podpora, pretože títo žiaci sú zároveň klientmi DSS a väčšinou sú umiestnení na týždenný pobyt. Je im teda poskytovaná ďalšia starostlivosť (rehabilitačná a výchovná), ktorú škola zabezpečiť nedokáže. Tiež sa v jednotlivých školách líši aj forma a rozsah vzdelávania týchto žiakov. V školách, kde majú širší tím odborníkov a najmä asistenta učiteľa sa väčšina žiakov vzdeláva dennou formou (plní školskú dochádzku v plnom rozsahu). Len menšia časť žiakov je vzdelávaná individuálnou formou (má skrátený vyučovací čas alebo je vzdelávaná v domácom prostredí). Škola, kde tento tím absentuje (ŠZŠ 3) musela prispôbiť formu vzdelávania nielen možnostiam žiakov, ale aj svojim podmienkam. Ako uvádza riaditeľ ŠZŠ 3: „*V triede umiestnenej tu v špeciálnej základnej škole prebieha vzdelávanie individuálnym spôsobom. Deti chodia v určených časových rozmedziach a pani učiteľka sa im venuje individuálne...*“ Riaditeľ to však vysvetľuje závažnosťou postihnutia: „*Nakoľko sú to detské mozgové obrny a ťažký stupeň mentálneho postihnutia...*“ Rovnakým spôsobom sa vzdelávajú aj žiaci elokovanej triedy v DSS, kde si ich špeciálny pedagóg vyberá z výchovnej skupiny a pracuje s každým individuálne.

Zaistenie rehabilitačnej starostlivosti alebo fyzioterapie pre žiakov s ťažkým a viacnásobným postihnutím je na týchto školách ovplyvnené viacerými faktormi. Táto starostlivosť je zaistená rehabilitačným pracovníkom, ktorý je odborným zamestnancom centra špeciálnopedagogického poradenstva (CŠPP), ako je to v prípade ŠZŠ 1. Inak by zabezpečenie rehabilitácie pre týchto žiakov nebolo možné. Ako uvádza riaditeľ ŠZŠ 1: „...*toto sú zamestnanci centra špeciálnopedagogického poradenstva. Ak by nebola v škole poradňa, tak fyzioterapia by určite nemohla byť. Takže sú to zamestnanci poradne, ale poskytujú podporu aj žiakom školy.*“ Rovnako situáciu vysvetľuje aj riaditeľ ŠZŠ 3, kde fyzioterapia žiakom poskytnutá nie je, pretože škola rehabilitačného pracovníka nemá. „*Nemôžem zamestnať zdravotnícky personál, pretože nemáme pri škole zriadené centrum špeciálnopedagogického poradenstva, ktoré by toto umožňovalo.*“ Rehabilitácia nie je zabezpečená ani v ŠZŠ 2, kde sú tiež viaceré problémy s vyriešením vzniknutej situácie; aj napriek tomu, že škola má CŠPP vo svojich organizačných zložkách, nie je jednoduché fyzioterapeuta zamestnať. Ako uvádza riaditeľ ŠZŠ 2: „*Nedá sa všetko cez centrum riešiť a na centrum máme relatívne málo finančných prostriedkov.*“ V prípade, že škola rehabilitačného pracovníka nemá k dispozícii, musia rehabilitácie zaistiť rodičia po vlastnej línii.

Logopedická intervencia pre žiakov s ťažkým a viacnásobným postihnutím nie je vždy zabezpečená, aj napriek tomu, že každá zo škôl má logopéda v radoch zamestnancov či už sú to školskí logopédi alebo klinický logopéd. Realizovaná je väčšinou individuálnou formou a je snaha, aby bola intervencia pravidelná. Logopedická intervencia absentuje len na ŠZŠ 3, kde síce je školský logopéd zamestnaný na čiastočný úväzok, ale prioritne sa venuje žiakom A a B variantu. Žiaci variantu C nie sú do jeho starostlivosti zaradení z dôvodu závažnosti postihnutia a absencie verbálneho prejavu. Je dôležité, aby logopéd okrem priamej intervencie žiakom poskytoval podporu aj špeciálnemu pedagógovi. Čo potvrdzuje aj riaditeľ ŠZŠ 1: „*V škole je detí, ktoré takúto formu starostlivosti vyžadujú viac a je snaha, aby sa táto intervencia dostala aj k žiakom s ťažkým postihnutím. Rovnako je k dispozícii aj na konzultácie. Je to v podstate tímová práca učiteľa, asistenta a logopéda.*“ V čase výskumného šetrenia však z objektívnych dôvodov v škole dlhodobejšie chýbali dvaja z troch logopédov, čiže na určitý čas bola logopedická intervencia pozastavená. Z časového hľadiska nebolo možné uspokojiť potreby všetkých žiakov.

Keďže žiaci s ťažkým a viacnásobným postihnutím sú v mnohom odkázaní na pomoc druhej osoby, vrátane základných sebaobslužných

a hygienických úkonov, je nevyhnutnou súčasťou ich edukačného procesu aj rozvíjanie týchto zručností, alebo ich zaistenie druhou osobou. Na zaistení týchto úkonov by sa mal podieľať pomocný zdravotnícky personál. Ani jedna škola nemá pre týchto žiakov trvalo zabezpečený pomocný zdravotnícky personál. ŠZŠ 1 túto situáciu rieši spolupracou s dobrovoľníkom, ktorý príde, keď si to situácia žiada, prípadne rodičom. Ako uvádza riaditeľ ŠZŠ 1: *„Nemáme pomocný zdravotnícky personál, ale hygienu zabezpečuje dobrovoľníčka. Je to jedna pani, ktorá vždy príde a deti prebalí. Inak toto zaisťujú rodičia. Viacerí rodičia opatrujú svoje deti, takže oni, pokiaľ treba, prídu do školy, deti prebalia a nakrmiť, a potom budovu školy opustia.“* ŠZŠ 2 má medzi zamestnancami zdravotnú sestru, ale tá nezabezpečuje starostlivosť pre žiakov s ťažkým postihnutím z kapacitných dôvodov. Hygienické úkony tu zaisťuje učiteľ alebo rodič. Podobná situácia je aj na ŠZŠ 3, kde sebaobslužné a hygienické úkony zabezpečuje rodič žiaka. *„Keď deti chodia na individuálnu formu vzdelávania, napríklad na dve hodiny, tam si to zabezpečí rodič buď pred vyučovaním, alebo po vyučovaní. V domove sociálnych služieb, kde máme triedu, to zabezpečujú vychovávateľia.“* Títo vychovávateľia sú už zamestnanci DSS.

Okrem uvedených pedagogických situácií je na jednej zo škôl (ŠZŠ 1) zabezpečená aj terapeutická podpora zo strany liečebného pedagóga, ktorý je podobne ako rehabilitačný pracovník zamestnancom ČŠPP a venuje sa aj žiakom školy, ktorí majú ťažké a viacnásobné postihnutie. Na ŠZŠ 3 pracuje na čiastočný úväzok ešte ďalší špeciálny pedagóg, ktorý má na starosti podpornú pedagogickú a terapeutickú podporu žiakov. Ako uvádza riaditeľ ŠZŠ 3: *„Individuálne pracuje s vybranými žiakmi C variantu a hlavnou náplňou jeho práce je pomáhať žiakom prostredníctvom Snoezelenu a senzorickej integrácie.“*

## **Metódy a formy práce**

Sú priamo zabezpečované rôznymi odborníkmi, ktorí prichádzajú so žiakmi do kontaktu. Niektoré metódy práce sú doménou jedného konkrétneho odborníka, iné sa prekrývajú v zmysle, že ich využívajú rôzni odborníci.

Prevládajúce metódy využívané **špeciálnymi pedagógmi** sú najmä metódy didaktické a rôzne podporné pedagogicko-terapeutické metódy. Môžeme povedať, že tieto metódy majú u špeciálnych pedagógov najväčšiu váhu, pretože nám ich v rozhovoroch uvádzali ako prvé. Ide najmä o individuálny prístup, slovné metódy, názorové metódy. Kľúčový význam pripisujú motivácii. Veľký význam majú pre všetkých troch špeciálnych

pedagógov aj prvky muzikoterapie ako efektívny spôsob, prostredníctvom ktorého sa žiaci môžu učiť. Ako uvádza špeciálny pedagóg ŠZŠ 2: „*Využívame prvky muzikoterapie a piesne. To na nich najviac funguje.*“ Dôležitosť piesní a muzikoterapie podčiarkuje aj výpoveď špeciálneho pedagóga ŠZŠ 1: „*Ja už takmer vôbec nerozprávam, lebo pri našich žiakoch rozprávanie nie je až tak efektívne. Veľa vecí spievame.*“ Špeciálnymi pedagógmi boli uvádzané aj ďalšie pedagogicko-terapeutické koncepty ako Snoezelen, bazálna stimulácia a prvky senzorickej integrácie. Snoezelen využívajú všetci traja. Avšak len špeciálny pedagóg ŠZŠ 3 ho využíva aj ako pedagogické podporné opatrenie a v miestnosti pracuje so žiakmi individuálne. Ostatní dvaja ho využívajú len v rámci relaxácie, v miestnosti je naraz prítomná celá skupina žiakov a nie je využívaný pravidelne. Bazálnu stimuláciu využíva tiež len špeciálny pedagóg ŠZŠ 3 ako ťažiskový koncept pre žiakov s najťažším postihnutím. Špeciálny pedagóg ŠZŠ 1 ju využíva len občas a len u jedného žiaka. Tento navyše uplatňuje prvky senzorickej integrácie, keďže má v triede k dispozícii hojdačky potrebné pre realizáciu tejto metódy. Tu môžeme hovoriť o posilnení aplikácie senzorickej integrácie, pretože je využívaná aj **rehabilitačným pracovníkom** na danej škole (ŠZŠ 1), ktorý prvky senzorickej integrácie zakomponuje do cvičenia, aby zvýšil motiváciu dieťaťa k pohybu a podnietil jeho motorickú aktivitu.

Nemenej dôležité je nájdenie vhodného spôsobu komunikácie pre žiakov, aby si mohli vykomunikovať svoje požiadavky a pre nich najpodstatnejšie veci. V prípade používania metód alternatívnej a augmentatívnej komunikácie tiež dochádza k čiastočnému prekryvaniu práce špeciálneho pedagóga a práce **logopéda**, hlavne pri ich nácviku. Tie uplatňujú všetci špeciálni pedagógovia. Preferované sú posunky – najmä osvojenie si základných posunkov vždy podľa možností daného žiaka. Posunky nacvičujú špeciálni pedagógovia ŠZŠ 1 a ŠZŠ 2. Nácvik základných posunkov zaraďuje aj logopéd ŠZŠ 2, aj napriek ich náročnosti: „*Áno, využívam skôr posunky, ale pre tieto deti boli dosť ťažko zvládnuteľné... pretože nerozumeli presne, bolo to ťažšie tie posunky aj motoricky previesť.*“ Posunky využíva aj logopéd ŠZŠ 4. Nácvik komunikácie prostredníctvom piktogramov a kartičiek je využívaný menej, len u špeciálneho pedagóga ŠZŠ 1 a ŠZŠ 2. Špeciálny pedagóg ŠZŠ 3 z metód AAK využíva menej frekventovaných uľahčovaných (facilitovaných) komunikáciu.

Špeciálni pedagógovia považujú za dôležitú aj prácu s informačnými a komunikačnými technológiami. Obidvaja špeciálni pedagógovia, ktorí ich

často zaraďujú sa zhodujú na ich efektívite, atraktivite pre žiakov a na ich motivačnom význame. Majú snahu využívať rôzne výučbové programy pre PC a notebook, ale častejšie preferujú iPad, ktorý je podľa nich na prácu vhodnejší. Ako uvádza špeciálny pedagóg ŠZŠ 1: *„Máme množstvo aplikácií stiahnutých v iPade. Takáto forma práce žiakov veľmi baví. Oni potrebujú vysokú mieru interaktivity a motivácie. Potom majú z toho radosť, a tak chcú a snažia sa pracovať.“* Špeciálny pedagóg ŠZŠ 3 porovnáva jeho vhodnosť s inými technológiami (notebook, interaktívna tabuľa) najmä z pohľadu žiakov s ťažším telesným postihnutím: *„Moji žiaci sú imobilní a v podstate to ani nemá význam pre mňa, keďže mám v triede iPad, ktorý si myslím, že je pre týchto žiakov vhodnejší.“*

Niektorí žiaci sú oslobodení od povinnosti dochádzať do školy a sú vzdelávaní v domácom prostredí. Aj keď má špeciálny pedagóg snahu pristupovať k nim rovnako ako k tým, ktorí dochádzajú do školy. Podmienky a náročnosť vzdelávania a možnosti uplatňovania metód sa líšia. Situáciu ešte sťažuje faktor prostredia, v ktorom daní žiaci žijú. Ide o žiakov z marginalizovanej komunity. Ako uvádza špeciálny pedagóg ŠZŠ 2: *„Tam si musím so sebou nosiť všetky pomôcky. Vyučovanie mám o to náročnejšie, lebo podmienky v tom mieste bydliska vôbec nie sú prispôsobené na to, aby som sa mohla plnohodnotne venovať žiačke. Teraz pracujeme na tom, aby sa dalo vybaviť, že by dochádzali k nám do školy, kde je pomôcok, kompenzačných a didaktických, oveľa viac. Tam nemá vôbec vybavené prostredie, ani základné podmienky. Doma nemajú ani stôl, ani stoličky, takže si žiačku musím brať na ruky alebo pracujeme na posteli.“*

Ako bolo popisované v kategórii 1, sebaobslužné a hygienické úkony musia zabezpečovať učitelia alebo rodičia. Špeciálny pedagóg ŠZŠ 2 spresnil, že sa snaží tieto činnosti rovnomerne rozdeliť medzi seba a asistenta učiteľa a vzájomne si vypomôcť a spolupracovať. Špeciálny pedagóg ŠZŠ 1 hygienické úkony a sebaobslužné činnosti častejšie deleguje na asistenta učiteľa a v prípade nutnosti pomáha pri týchto úkonoch. Špeciálny pedagóg ŠZŠ 3 vzhľadom na dĺžku pobytu žiakov v škole nemusí túto situáciu riešiť.

**Asistenti učiteľa** okrem zaistovania vyššie spomenutých úkonov (desiatovanie, kŕmenie, umývanie, prebaľovanie) majú na starosti najmä prípravu pomôcok, asistenciu žiakom, ktorí si vyžadujú viac pomoci. Individuálne pracujú so žiakmi podľa usmernenia a prípravy špeciálneho pedagóga. Okrem riadenia sa inštrukciami špeciálneho pedagóga majú obidvaja asistenti možnosť prejaviť vlastnú iniciatívu a navrhnuť vhodné činnosti so

žiakmi. Môžeme hovoriť o rovnocennom vzťahu. Ako vysvetľuje asistent ŠZŠ 2: „*Je to vzájomná spolupráca s pani učiteľkou, je to také spoločné. Nemáme dané, že ty si asistent a budeš robiť to a ja budem robiť toto.*“ Veľkou výhodou je, že sú v triede prítomní po celý čas vyučovania a nemajú svoj úväzok rozdelený do viacerých tried.

Logopedická starostlivosť o žiakov je pokrytá školskými **logopédmi** aj klinickým logopédom na školách. Ako bolo uvedené pri analýze kategórie 1, na ŠZŠ 3 logopedická starostlivosť absentuje kvôli závažnosti postihnutia jej žiakov. Na ŠZŠ 1 je logopedická starostlivosť dočasne pozastavená z dôvodu chýbania väčšiny logopédov. Na ŠZŠ 2 prebieha v plnom rozsahu a táto škola má aj najlepšie pokrytie logopédov. Má k dispozícii klinického logopéda a viacerých školských logopédov. Dôvodom je aj fakt, že v tejto škole sa vzdelávajú aj žiaci s pridruženým sluchovým postihnutím, a tak potreba intervencie je veľmi intenzívna. Rovnako na ŠZŠ 4 je zabezpečená aj pre žiakov s ťažkým postihnutím. Každému logopédovi sú pridelené triedy, ktorým sa v rámci intervencie venuje. Formu intervencie potom volia na základe aktuálneho stavu žiakov a ich potrieb. Logopedická intervencia je žiakom poskytovaná pravidelne, prebieha individuálnou formou aj skupinovú formou v triede. Logopéd ŠZŠ 4 sa prioritne venuje žiakom s ťažkým a viacnásobným postihnutím. „*Pre žiakov C variantu mám v rozvrhu vyčlenených 8 hodín týždenne, čo si myslím, že je dosť. Snažím sa, aby každé dieťa chodilo aspoň raz do týždňa a bolo na logopédii.*“ Individuálna intervencia je krátka, trvá 15 – 20 minút. Podobne aj pre logopéda ŠZŠ 2 je dôležitá pravidelnosť intervencie, aby sa k nemu žiaci dostali aspoň raz týždenne. Podotkol však, že túto situáciu niekedy komplikuje nepravidelnosť dochádzky žiakov. „*Práca je o to ťažšia, že niektorí žiaci vôbec nechodia pravidelne a potom tá práca nie je plynulá. Niečo sa urobí a potom žiak niekoľko týždňov ostane doma alebo ho z nejakého dôvodu neprinesú do školy, a potom sa musím vracat späť, pretože žiak vôbec nemá upevnené to, čo sme sa predtým naučili.*“ Logopédi na uvedených školách okrem skupinovej intervencie v C variante participujú a kooperujú aj na vyučovaní predmetu rozvoj komunikačných schopností (RKS). Význam toho, aby logopéd kooperoval aj pri vyučovaní tohto predmetu vysvetlil riaditeľ ŠZŠ 2: „*V škole pre žiakov kde je mentálne postihnutie v kombinácii, tam je to povinnou súčasťou učebných osnov, aby sme to učili kvalifikovane a odborne, aby žiaci dostali to, čo cez tieto predmety majú dostať. Oni potom učia tieto logopedické predmety, rozvoj komunikačných zručností.*“ Ťažisko logopedickej intervencie u žiakov s ťažkým a viacnásobným postihnutím spočíva v nájdení

náhradnej formy komunikácie a tiež v základných dýchacích a fonačných cvičeniach a stimulácii oromotoriky. Na stimuláciu v oblasti oromotoriky obidvaja logopédi úspešne využívajú orofaciálnu regulačnú terapiu, ktorá prináša pozitívne výsledky. Ako uviedol logopéd ŠZŠ 4: *„Využívam ju najmä u detí so zvýšenou saliváciou. Tam to prináša výsledky.... U niektorých detí sa zameriavame na nácvik žuvania a prehĺtania alebo len na také základné pohyby úst a jazyka.“* Pri intervencii u týchto žiakov, a najmä pri fonačných cvičeniach, majú veľký význam rôzne didaktické pomôcky, obrazový materiál, hračky, ozvučené predmety a informačné a komunikačné technológie. Logopéd ŠZŠ 2: *„Máme programy na sluchovú výchovu ako napríklad zvuky bežného života, ktorý je vhodný aj pre žiakov s mentálnym a viacnásobným postihnutím, kde si najprv vypočuje rôzne zvuky a potom sa ich pokúša napodobňovať, prípadne priradiť k obrázku a hneď dostáva spätnú väzbu.“* Obidvaja logopédi sa zhodli na tom, že počas intervencie je nevyhnutné vychádzať nielen z potrieb žiaka, ale aj z toho, čomu je on sám prístupný, a nepoužívať pomôcky alebo činnosti, ktoré môžu u žiakov vyvolávať negatívne reakcie (napr. logopedické sondy). Vhodnejšie je hľadať náhradné činnosti, ktorým sú žiaci prístupní a ktoré sú im zároveň príjemné.

**Rehabilitačný pracovník** poskytuje žiakom s ťažkým a viacnásobným postihnutím pravidelnú rehabilitáciu v intervale raz do týždňa po dobu jednej vyučovacej hodiny, aj keď je to časovo náročné. Rehabilitačný pracovník ŠZŠ 1: *„Keďže žiakov je veľa a môj čas je obmedzený, musím to nejakým spôsobom korigovať, ale snažím sa, aby sa ku mne dostali aspoň raz do týždňa.“* Hlavným ťažiskom jeho podpory je koncept Bobath – NDT, na ktorý sa špecializuje. Okrem toho rehabilitáciu dopĺňa o taping. *„To, čo počas týždňa odcvičíme prostredníctvom Bobatha, tak na ten ďalší čas sa snažím vykorigovať tým, že dieťaťu zatejpujem príslušnú časť tela. Počas týždňa to pôsobí a potom sa aj mne pripomenie, ako mám ďalej postupovať.“* Mäkké techniky využíva zriedkavejšie v rámci prípravy dieťaťa na cvičenie. V rámci cvičení uplatňuje aj prvky senzorickej integrácie kvôli motivácii dieťaťa a zvýšeniu jeho aktivity. Ak je potrebné použiť masáže alebo iné mäkké techniky, zveruje dieťa ďalšej fyzioterapeutke, ktorá na škole pôsobí a s ktorou aktívne spolupracuje.

Ťažiskom terapeutической podpory **liečebného pedagóga** je arteterapia a u žiakov s ťažkým a viacnásobným postihnutím Snoezelen. Iné metódy nevyužíva. Terapiu Snoezelen však poskytuje len niektorým žiakom školy kvôli svojej kapacitnej vyťaženosti v ČŠPP. Žiaci, ktorí sú do terapie zaradení navštevujú multisenzorickú miestnosť v pravidelných intervaloch, ktoré sa



rôznia. Liečebný pedagóg ŠZŠ 1: „*Chodia raz do týždňa, niektoré deti raz za dva týždne podľa toho, ako majú školskú dochádzku. Pretože sú žiaci, ktorí chodia len na dve hodiny týždenne a tým zas nemôžem uberať zo školy.*“

### **Tímová spolupráca**

V tejto kategórii sa budeme venovať samotnej tímovej spolupráci, spôsobom komunikácie jednotlivých členov tímu, medziodborovej spolupráci a rodičovi ako partnerovi a súčasť tímu. Aby bola tímová spolupráca úspešná, okrem personálneho zabezpečenia a multidiodborového tímu, je dôležitá aj **komunikácia**, vzájomná informovanosť, zdieľanie skúseností, poznatkov a vzájomné vedenie a usmerňovanie.

Na školách, kde prebiehalo výskumné šetrenie je rozdielna úroveň multidiodborovosti (prítomnosť odborníkov rozdielnych profesií). Napriek tomu aj na školách, kde sa na edukačnom procese žiakov s ťažkým a viacnásobným postihnutím podieľa viac odborníkov nedochádza k stretnutiam celého tímu, teda všetkých odborníkov súčasne, aby spolu komunikovali, vymenili si potrebné informácie a hľadali ďalšie postupy pre edukačný proces žiakov. Komunikácia medzi jednotlivými odborníkmi sa väčšinou deje „za pochodu“, teda jednotliví odborníci komunikujú medzi sebou hneď, keď si to žiada situácia. K výmene informácií u väčšiny informantov dochádza hneď pred a krátko po logopedickej intervencii, terapii alebo cvičení. Dôležité sú najmä informácie o aktuálnom stave žiaka, jeho rozpoložení a reakciách, keď ho z triedy preberá iný odborník. Po intervencii, terapii alebo cvičení sú zas dôležité informácie o ich priebehu a reakciách žiaka pre špeciálneho pedagóga, prípade asistenta. Tieto informácie sú krátkymi informáciami z dôvodu časového obmedzenia jednotlivých odborníkov. Ako uvádza špeciálny pedagóg ŠZŠ 1: „*Vždy, keď príde fyzioterapeutka po nich do triedy, pýta sa, čo majú nové, aký je ich zdravotný stav.*“ Špeciálny pedagóg ŠZŠ 3: „*Vždy pred začatím mi terapeutka povie, čo ide s dieťaťom robiť.*“ Rehabilitačný pracovník ŠZŠ 1: „*Komunikujem po každom cvičení. Najmä u mladších žiakov referujem hlavne triednemu učiteľovi.*“ Logopéd ŠZŠ 4: „*Komunikujem vždy pred aj po intervencii. Koho si môžem zobrať, v akom je stave, či nie je prechladnutý alebo nemá za sebou nejakú namáhavejšiu činnosť.*“ Špeciálny pedagóg ŠZŠ 2: „*Čo sa týka logopéda, komunikujeme, pýtame sa, ako prebehla hodina, ako sa deti zapájali, povieme si, aký je fyzický či duševný stav dieťaťa a jeho nálada.*“ Tieto informácie sú síce informácie bežného charakteru, ale sú to faktory, ktoré môžu ovplyvňovať priebeh ďalšej práce odborníka, intervencie, terapie alebo cvičenia. Poznanie týchto skutočností im potom dovoľuje prispôbovať svoju prácu so

žiakom a reflektovať jeho aktuálny stav. Menej promptná komunikácia je medzi špeciálnym pedagógom na ŠZŠ 2 a logopédom, ktorí nekomunikujú hneď po intervenciách jednotlivých žiakov. Stretnú sa až vtedy, keď si logopéd prestrieda všetkých žiakov. Ďalšou vhodnou príležitosťou na komunikáciu medzi odborníkmi je vyhľadanie kolegu z vlastnej iniciatívy, čo využíva väčšina informantov: všetci špeciálni pedagógovia, rehabilitačný pracovník, liečebný pedagóg, jeden z logopédov. Liečebný pedagóg ŠZŠ 1: *„Vždy, keď potrebujem niečo poradiť alebo potrebujem odovzdať informácie o dieťati si toho človeka vyhľadám a diskutujeme spolu. Aj ostatní využívajú túto možnosť.“* Veľmi intenzívna je komunikácia medzi špeciálnymi pedagógmi a ich asistentami, ktorá prebieha ráno pred vyučovaním, počas vyučovacieho dňa. Táto komunikácia je plynulá a jej intenzita je prirodzená vzhľadom na množstvo času, ktorý sú spolu. Komunikácia medzi nimi prebieha aj mimo vyučovania, čo asistent ŠZŠ 1 zdôvodňuje nasledovne: *„My komunikujeme neustále aj počas vychádzok. Dokonca aj mimo vyučovania, ak niekam ideme vždy to skončí pri práci, lebo veď ide o deti.“* Asistent ŠZŠ 2 dopĺňa: *„Komunikácia je neustála a na dennej báze. Komunikujeme aj telefonicky mimo vyučovania, ak je niečo potrebné.“*

Komunikácia a celkovo **medziodborová spolupráca** najčastejšie prebieha vo dvojici a je pre nich aj najprirodzenejšia a najviac zaužívaná. V niektorých situáciách sa stretnú traja členovia tímu.

Jednotliví odborníci rozdielne vnímajú dôležitosť ostatných členov tímu pre ich vlastnú prácu. Väčšina informantov uvádzala jedného odborníka, s ktorým najviac spolupracuje. Mohli by sme ho označiť za hlavného partnera. S ostatnými odborníkmi, ak aj na škole sú, je spolupráca v menšej miere alebo neprebíha vôbec. Pre špeciálnych pedagógov je hlavným partnerom rehabilitačný pracovník, logopéd, alebo pedagóg vykonávajúci podporné činnosti v závislosti od toho, koho majú v škole k dispozícii. Aj keď je na škole viacero odborníkov, vždy jedného z nich označili ako osobu, s ktorou spolupracujú najintenzívnejšie. Pre asistenta ŠZŠ 1 je dôležitý tiež rehabilitačný pracovník. Asistent ŠZŠ 2 je pomerne slabo zapojený do medziodborovej spolupráce. Aj keď odvádza žiakov na logopédiu, prípadne na masáže, jeho hlavnou úlohou je byť prítomný kvôli žiakom samotným a byť im nápomocný. Hlavná komunikácia logopéda je potom smerovaná na špeciálneho pedagóga. Ako uvádza logopéd ŠZŠ 2: *„S asistentom neprichádzam veľmi do kontaktu, väčšinou všetko komunikujem učiteľovi a on už posúva informáciu a pokyny ďalej.“* Pre rehabilitačného pracovníka je dôležitý špeciálny pedagóg, pre

logopéda ŠŽŠ 2 psychológ, pre logopéda ŠŽŠ 4 špeciálny pedagóg. Jedine liečebný pedagóg uvádzal viacerých odborníkov (špeciálneho pedagóga, rehabilitačného pracovníka, špeciálneho pedagóga ČŠPP a psychológa). V tomto prípade, ak berieme do úvahy jeho terapeutickú činnosť pre žiakov školy, kľúčovým partnerom by mal byť tiež špeciálny pedagóg. Na základe uvedeného môžeme špeciálneho pedagóga označiť ako ústredného odborníka alebo koordinátora v tíme, a to nielen z dôvodu, že je dôležitý pre ostatných odborníkov a je hlavným partnerom, ale aj preto, že špeciálny pedagóg je so žiakmi najdlhší čas a musí koordinovať celú jeho podporu počas edukačného procesu. Túto skutočnosť potvrdzuje aj názor riaditeľa ŠŽŠ 2: *„Pedagóg je koordinátorom všetkých činností, pretože je zainteresovaný do všetkého, má prehľad o všetkých intervenciách a potrebách toho dieťaťa... dozerá na to a doslova on má tú zodpovednosť.“* Tieto dvojice odborníkov spolu často vzájomne komunikujú, stretávajú sa a kooperujú. Tento stav môžeme označiť ako „tím v tíme“. Nestretá sa celý tím, ale len jeho menšia časť. Spolupráca so psychológom je zriedkavá a najmenej využívaná. Špeciálny pedagóg ŠŽŠ 2 nám zmienil ešte spoluprácu so sociálnou pracovníčkou. Tá je pre neho dôležitá pri žiakoch z marginalizovanej komunity, ktorí sú oslobodení od povinnosti dochádzať do školy a dochádza za nimi do ich domáceho prostredia. Sociálna pracovníčka je pre neho zdrojom aktuálnych informácií o situácii v rodinách žiakov a o aktuálnych podmienkach a je prítomná počas vzdelávania. *„Vždy, keď tam idem, telefonicky sa skontaktujeme a ona ma čaká na dohodnutom mieste. Potom ideme spolu hore do osady a tam spolupracujeme. Ona ma medzitým oboznámi so situáciou v rodine, či došlo k nejakým zmenám v zdravotnom stave a vo finančnej situácii.“*

Ako uviedli niektorí informanti, môže dochádzať aj k situáciám, že sa stretne trojica a spolu konzultujú, riešia problém alebo hodnotia. K tomu však dochádza zriedkavejšie alebo ak nastáva nejaký problém u dieťaťa, ktorý treba riešiť. Ak je potrebné koordinovať a jednotne postupovať pri riešení určitých situácií žiaka:

- Špeciálny pedagóg – asistent – rehabilitačný pracovník – ak dochádza k zmenám v zdravotnom stave dieťaťa alebo má za sebou rehabilitačný pobyt, prípadne operáciu, kde sa problém prediskutuje a vysvetlí a rehabilitačný pracovník dá ďalšie odporúčania (prípád ŠŽŠ 1).
- Špeciálny pedagóg – asistent – logopéd – skupinová logopedická intervencia, kedy je logopéd prítomný priamo v triede a koordinuje

svoj postup tak so špeciálnym pedagógom, ako aj s asistentom (prípád ŠZŠ 4).

- Špeciálny pedagóg – rehabilitačný pracovník – rodič – spoločné a jednotné postupovanie pri určitých situáciách ako napríklad sedenie dieťaťa (prípád ŠZŠ 1).
- Špeciálny pedagóg – rehabilitačný pracovník – riaditeľ – pri hodnotení žiakov. Rehabilitačný pracovník ŠZŠ 1: *„Občas majú (učitelia) hodnotenia s pani riaditeľkou a tam ma prizvú, ale žeby to malo nejakú pravidelnosť, to nie.“* (prípád ŠZŠ 1).

Všetci zainteresovaní sa zhodli na tom, že tieto stretnutia nie sú pravidelné a dejú sa len, ak nastane situácia a treba riešiť problém žiaka.

Prípád, kedy neprebícha žiadna intenzívnejšia výmena informácií ani ďalšia vzájomná spolupráca sú masáže pre žiakov ŠZŠ 2: Tu nedochádza ku spolupráci medzi osobou, ktorá masáže vykonáva a špeciálnym pedagógom a ani asistentom, hoci je na nich so žiakmi prítomný. Ako uvádza asistent ŠZŠ 2: *„Nejaká komunikácia tam ani nie je... Oni odmasírujú a ideme.“* Špeciálny pedagóg dopĺňa: *„Ona si každého zapísala v rámci diagnózy, čo môže absolvovať a odporúčania lekára, a potom je to dookola to isté.“*

Okrem toho niektorí odborníci využívajú ostatných odborníkov aj za iným účelom, ako je napríklad výmena základných informácií pri preberaní žiaka. Obracajú sa na ostatných so žiadosťou o radu pri riešení svojich situácií. O radu sa obracajú najmä špeciálni pedagógovia a rehabilitačný pracovník. Logopédi, asistenti a liečebný pedagóg žiadajú rady u ostatným v malej miere alebo sa o tom vôbec nezmienili. Rehabilitačný pracovník ŠZŠ 1 uvádza: *„Musím sa pýtať iných odborníkov napríklad na správanie, keďže nie som pedagóg, tak sa radím s kolegyňou, ako to dané dieťa zvládnuť.“* Špeciálny pedagóg ŠZŠ 1: *„Ak potrebujem vysvetliť určité informácie a usmerniť... Napríklad teraz sme mali jednu žiačku po operačnom zákroku. Dala som jej podklady k operačnému zákroku, ona si to preštudovala, vysvetlila a dala mi ďalšie inštrukcie.“* Špeciálny pedagóg ŠZŠ 2: *„Ak vznikne nejaký problém v triede a potrebujem poradiť, tak komunikujem so psychologičkou alebo s centrom (CŠPP).“* Podobne prebieha aj spolupráca logopéda a psychológa. Logopéd ŠZŠ 2: *„Spolupracujem podľa potreby, ak sa vyskytne nejaká situácia. Vyhádzam najmä zo správ v spise a podľa toho si vypracujem svoj postup.“* V tomto prípade môžeme hovoriť o potrebe interdisciplinárnych poznatkov, keď jeden odborník na riešenie svojej situácie potrebuje poznatky z inej disciplíny, ktorými s ohľadom na svoju profesiu nemusí disponovať.

Medzi niektorými odborníkmi dochádza aj k ďalšiemu prehlbovaniu spolupráce vo forme vysvetľovania situácií, spoločné hľadanie riešení, vzájomné usmerňovanie pre ďalšiu prácu, návštevy triedy, možnosť byť priamo účastný intervencie alebo terapie. Vysvetľovanie, usmerňovanie a dávanie inštrukcií pre ďalšiu prácu je prostriedkom transferu interdisciplinárnych poznatkov a posúva spoluprácu na vyššiu úroveň. K vzájomnému usmerňovaniu a inštruovaniu dochádza u väčšiny informantov, ale podotýkame, že vždy medzi dvojicou odborníkov. K tejto interakcii dochádza najmä medzi špeciálnymi pedagógmi a ich hlavnými spolupracovníkmi – rehabilitačným pracovníkom, logopédom a pedagógom vykonávajúcim podporné pedagogické a terapeutické činnosti. Pri týchto dvojiciach je usmerňovanie obojsmerné, neprichádza len z jednej strany. Usmernenia a inštrukcie sa týkajú najmä nadväznosti práce v oblasti rozvoja komunikácie, manipulácie so žiakmi, dopadu zmien v zdravotnom stave na vzdelávanie, postupy práce u žiakov s telesným postihnutím – prenášanie poznatkov z fyzioterapie do vzdelávacieho procesu, motorické hľadisko pri rozvoji komunikácie. Alebo ak jeden z odborníkov nájde vhodný a fungujúci spôsob práce so žiakom, posúva informáciu ďalej, aby druhému zjednodušil prácu. Špeciálny pedagóg ŠZŠ 2: *„Áno, dostávam inštrukcie, ako s nimi ďalej pracovať a ako ich rozvíjať, podľa toho, čo sa podarí logopedičke.“* Špeciálny pedagóg ŠZŠ 1: *„Zvykne (rehabilitačný pracovník) chodiť aj k nám do triedy a vysvetlíť nám, ako so žiakmi cvičiť, ako s nimi pracovať počas hodín zdravotnej telesnej výchovy... Poradila nám ako máme nosiť žiaka, ktorý je imobilný.“* Asistent ŠZŠ 1: *„Mali sme teraz žiaka po operácii kĺbov, aby mohol lepšie pohybovať dolnými končatinami, ale zhoršilo sa držanie hlavy. Museli sme konzultovať s fyzioterapeutkou, ktorá potvrdila, že operácia pomohla, ale dostal sa takýto negatívny efekt. Potrebujeme teraz riešiť túto situáciu, pretože jeho problémy s držaním hlavy negatívne ovplyvňujú jeho vzdelávanie.“* Logopéd ŠZŠ 4: *„Učiteľ mi niekedy povie, ak potrebuje u žiaka niečo viac precvičiť.“* Logopéd ŠZŠ 2 skôr ďalšie usmernenia odovzdáva špeciálnemu pedagógovi, ako by si ich sám žiadal: *„Vysvetlím mu, ako ďalej cvičiť ten konkrétny cvik. Niekedy ma učiteľ aj sám vyhľadá. Učiteľka triedy, ktorú mám zverenú chce veľmi pomôcť svojim žiakom. Má žiaka, ktorý má 10 rokov a nebol nikde zaškolený a nemá vybudované ani základy komunikácie. Tohto žiaka dosť často konzultuje a pýta sa, akým spôsobom vybudovať u neho komunikáciu cez posunky. Pýta sa na posunky, ako mu pomôcť...“* Špeciálny pedagóg ŠZŠ 3: *„Zvykne mi povedať aj to, čo u žiaka*

*fungovalo, na čo nereagoval a čo by som mohla tiež vyskúšať a ako môžem žiaka lepšie stimulovať.“*

Možnosť byť prítomný pri činnosti iného odborníka má a využíva najmä špeciálny pedagóg, asistent a rehabilitačný pracovník. Sú to situácie, kedy môže jeden odborník vidieť svojich žiakov v iných situáciách a tiež pozorovať prácu iného odborníka a získať cenné informácie. Ako uvádza špeciálny pedagóg ŠŽŠ 3: *„Niekedy som sama prítomná pri terapii a sledujem. Nie je s tým problém. Je to dobré aj pre ďalšiu spoluprácu a komunikáciu. A ja sa zas dozviem niečo nové od nej.“* Špeciálny pedagóg ŠŽŠ 1: *„Okrem toho sa (rehabilitačný pracovník) snaží prísť do triedy, keď má voľno a ak treba v niektorých veciach nás usmerní, prípadne vysvetlí.“* Logopéd ŠŽŠ 4: *„Ak mám skupinovú logopédiu, chodím priamo do triedy, kde je prítomný učiteľ a je tam aj asistent.“*

Spolupráca a komunikácia odborníkov umožňuje aj spoločný postup pri podpore žiaka, ale samozrejme každý potom pracuje spôsobom a prostriedkami, ktoré sú mu dostupné. Takto spolupracuje rehabilitačný pracovník a liečebný pedagóg. Ako uvádza liečebný pedagóg ŠŽŠ 1: *„Spolupracujeme tak, že napríklad ak má fyzioterapeutka dieťa, snaží sa podporovať sedenie. A to, čo ona robí prostredníctvom fyzioterapie, tak ja sa snažím zakomponovať rovnaké prvky, len s tým rozdielom, že to robím prostredníctvom Snoezelenu.“*

Výsledok tímovej spolupráce by sa mohol prejavíť v IVP žiaka. Špeciálni pedagógovia pripravujú IVP väčšinou sami. Nie je zvykom ani bežnou praxou, že by boli tvorené v kooperácii s inými odborníkmi a že by boli využívané ich rady. Špeciálni pedagógovia túto možnosť nevyužívajú. Vysvetľuje špeciálny pedagóg ŠŽŠ 2: *„Nie, na tvorbe sa podieľam len ja... V podstate je to na učiteľovi, aby si ho vypracoval. Má všetky informácie, má správy z vyšetrení, má školskú dokumentáciu žiaka.“* Malý podiel na tvorbe IVP priznáva logopéd ŠŽŠ 4: *„Áno, ak je nejaký sporný bod, tak vtedy áno. Robíme si plány na RKS. Niečo mám ja, niečo si tam dá učiteľ. Spolu niekedy konzultujeme, ale to iba v prípade nevyhnutnosti. Nie je to niečo pravidelné a u každého žiaka.“*

Osobitným faktorom tímovej spolupráce je kooperácia s lekármi. U týchto žiakov je ich vážny zdravotný stav a dispenzarizácia u viacerých lekárov súčasne predurčujúcim dôvodom k takejto forme spolupráce. Takmer nikto z informantov sa však nezmenil o tom, že by s niektorým z lekárov komunikoval a spolupracoval priamo. Vždy sú informácie od lekárov sprostredkované cez rodičov žiakov alebo k ďalším odborníkom sa dostanú

prostredníctvom špeciálneho pedagóga a rôznych písomných správ, ktoré taktiež prináša rodič. Jediný, kto sa zmienil o možnosti priamej spolupráce s lekárom je logopéd ŠZŠ 2, ktorý príležitostne, v prípade potreby spolupracuje s foniatrom. Zástupcovia vedenia škôl sa však vyjadrili, že ich škola ako taká má možnosť konzultovať a spolupracovať s lekármi, a týka sa to aj žiakov s ťažkým a viacnásobným postihnutím. Možnosť konzultácie je najmä s pediatrom, neurológom a psychiatrom, foniatrom. Riaditeľ ŠZŠ 3: *„Škola spolupracuje s pediatrami našich žiakov... Ak pani učiteľka potrebuje niečo konzultovať, tak ona môže komunikovať s pediatrom ohľadom svojich žiakov. Ak je dieťa v starostlivosti psychiatra, aj tu sa vyžaduje spolupráca. Konzultovali sme už so psychiatrom aj určité postupy, čo sa týka výchovy a vzdelávania.“* Podobne situáciu a možnosti popísali aj riaditelia ŠZŠ 2 a ŠZŠ 1. Na ŠZŠ 1 je však možnosť priamej spolupráce pedopsychiatra so zamestnancami školy. Ten školu navštevuje, ak je to potrebné a je prístupný aj na konzultácie. Riaditeľ ŠZŠ 3: *„Príde, ak to dieťa potrebuje alebo sa zhorší jeho psychický stav. Je to individuálne. Vysvetlí, ako dieťa reaguje a tiež, čo sa očakáva na základe liekov, ktoré dieťa berie... Všetko si vysvetlí a vydiskutuje s pedagógom.“*

Ak by sme hodnotili tímovú spoluprácu, mohli by sme sa na to pozrieť očami vedenia školy. Všetci traja riaditelia spoluprácu svojich zamestnancov hodnotia pozitívne ako dobrú, na úrovni a hodnotia ju najmä ako niečo potrebné a nevyhnutné pre jednotné pôsobenie na žiakov a na efektívny vzdelávací proces. Riaditeľ ŠZŠ 1: *„Ja som veľmi spokojná... Je to na pomerne vysokej úrovni. Zohratosť a prepojenosť je viditeľná nielen v školskom edukačnom procese, ale aj na takých bežných školských aktivitách. Ak aj chýba niektorý učiteľ v C variante, vždy sa nájde niekto, kto tie deti veľmi dobre pozná a presne vie, ako s nimi pracovať a vie usmerniť.“* Riaditeľ ŠZŠ 2: *„Spolupráca je nevyhnutná pretože, ak chce odborník, či už v rovine pedagogickej alebo odbornej, vykonávať intervencie, musí nielen poznať dieťa, ale aj kooperovať so širším pedagogickým a odborným prostredím. V týchto prípadoch sa ani inak nedá postupovať.“* Riaditeľ ŠZŠ 3: *„Myslím, že tá spolupráca je dobrá. Je v našom záujme, aby sme čo najlepšou formou vzdelávali týchto žiakov, či už tu v škole alebo v domove sociálnych služieb.“*

Žiadna tímová spolupráca by nebola efektívna, pokiaľ by na nej primerane neparticipoval **rodič** žiaka. O to viac to platí pri žiakoch s ťažkým a viacnásobným postihnutím. Je dôležité, aby bol braný ako **rovnocenný partner**, ktorý je zdrojom dôležitých a hodnotných informácií a môže byť rovnako prínosný ako ktorýkoľvek odborník. Môžeme povedať, že má

rozhodujúci vplyv na úspech a efektivitu edukácie svojho dieťaťa a môže jeho progres ovplyvniť rovnako v pozitívnom ako aj v negatívnom zmysle. Všetci informanti sa zhodli na dôležitosti postavenia rodiča v tíme a berú ho ako jeho pevnú a rovnocennú súčasť. Na spoluprácu a komunikáciu s rodičom treba klásť veľký dôraz, čo potvrdzuje aj riaditeľ ŠZŠ 2: *„Kladieme veľký dôraz na komunikáciu s rodičom a snažíme sa im aj vychádzať v ústrety a priebežne a podrobne ich informujeme o zdravotnom stave a ich edukačných a kompenzačných potrebách, lebo od toho závisí celá efektivnosť edukačného procesu.“* Riaditeľ ŠZŠ 1 dopĺňa: *„Je dôležitým nositeľom informácií o dieťati, pretože dieťa vám nepovie, pokiaľ nedokáže verbálne komunikovať. Rodič dáva informácie a on si to dieťa pozná najlepšie. Je najväčší odborník na svoje dieťa.“*

Intenzita a miera spolupráce a komunikácie jednotlivých odborníkov a rodiča sa líši. Niektorí odborníci ho považujú za hlavného a kľúčového partnera a komunikujú s ním na dennej báze. Iní s rodičom spolupracujú menej intenzívne a komunikujú s ním zriedkavejšie (logopédi, liečebný pedagóg). Hlavným partnerom je rodič najmä pre špeciálnych pedagógov, čo je logické, keďže sú v dennom kontakte a špeciálny pedagóg má dieťa počas vyučovacieho dňa najdlhšie. Tu je vzájomná komunikácia najintenzívnejšia. Okrem toho je rodič kľúčovým partnerom aj pre rehabilitačného pracovníka, hoci ich vzájomná komunikácia a kooperácia nie je každodenná, ale rodič je pre neho prvoradý. Často pracuje na podnet rodičov. Ako uvádza rehabilitačný pracovník ŠZŠ 1: *„Od rodiča potrebujem poznať hlavne jeho požiadavky, pretože on má najviac informácií o dieťati. Ak aj niečo o dieťati neviem, pýtam sa rodiča.“* Aktívne sa na spolupráci s rodičom podieľa aj jeden z asistentov učiteľa. Ide o asistenta ŠZŠ 1, ktorý zodpovedá za prijímanie a odovzdávanie detí a s rodičmi komunikuje a odovzdá im potrebné informácie. Asistent ŠZŠ 2 neparticipuje na spolupráci s rodičom, všetko ide cez špeciálneho pedagóga.

Pre logopéda a liečebného pedagóga je rodič tiež dôležitý, ale nie je hlavným partnerom alebo osobou, s ktorou by intenzívne komunikovali. Skôr sprostredkujú potrebné informácie o priebehu terapie, intervencie, prípadne ďalšie odporúčania cez špeciálneho pedagóga (zošité na zápis, možnosť rodiča zastaviť sa za liečebným pedagógom alebo logopédom na konzultáciu). S rodičmi prichádzajú do kontaktu len vtedy, ak dieťa končí vyučovanie terapiou alebo individuálnou logopédickou intervenciou. Vtedy sprostredkujú rodičovi informácie priamo. Liečebný pedagóg ŠZŠ 1: *„S rodičmi detí v škole je to náročnejšie, pretože nie vždy môžem byť ráno alebo na obed, keď rodič po*



*dieťa prichádza. Niektorí rodičia to majú vymyslené spôsobom, že majú zošity, kde im ostatní terapeuti, ktorí s dieťaťom pracujú, zapisujú, čo bolo na terapii, prípadne nejaké inštrukcie.“ Logopéd ŠZŠ 4: „Pri týchto deťoch to skôr smerujem cez učiteľa... Niektorí rodičia prídu aj tu do kabinetu na logopédiu, ale je to veľmi individuálne.“ Podobné rieši situáciu aj logopéd ŠZŠ 2, ktorému v intenzívnejšej spolupráci s rodičom bráni aj nedostatok priestoru a ďalšie faktory. Situáciu bližšie ozrejmuje: „S rodičmi menej spolupracujem, lebo väčšinou s rodičmi komunikuje triedny učiteľ. Ja v podstate ani nemám priestor, aby som ich vyhladal, keď idú domov, takže tam je to menej.“ Možnosť priamej účasti majú rodičia aj v prípade cvičenia s rehabilitačným pracovníkom. Rehabilitačný pracovník ŠZŠ 1: „Často mám rodiča prítomného na cvičení. Hlavne pri mladších žiakoch je rodič so mnou. Deje sa to približne raz za mesiac.“*

Jednou z podmienok úspešnosti edukačného procesu je vzájomné zdieľanie informácií medzi zamestnancami školy a rodičmi, ktoré je obojsmerné. Zdieľanie informácií je najintenzívnejšie po línii rodič – špeciálny pedagóg, prípadne rodič – asistent učiteľa, pretože títo spolu komunikujú najčastejšie. Menej intenzívna, no o to dôležitejšia, je lúnia rodič – rehabilitačný pracovník. Najmenej intenzívne vzájomné zdieľanie informácií prebieha po línii rodič – logopéd a rodič – liečebný pedagóg.

Zdieľanie informácií od rodičov je zo strany jednotlivých odborníkov vnímané pozitívne. Takmer všetci informanti sa zhodli na tom, že poskytovanie informácií zo strany rodiča je na dobrej úrovni. Majú snahu informovať hneď a poskytnúť všetky potrebné informácie o stave a zmene stavu dieťaťa. Sú si vedomí faktu, že zdieľanie informácií je v prospech ich dieťaťa. V tomto smere sú rodičia dostatočne iniciatívni a aktívni. Informácie zdieľajú najmä so špeciálnym pedagógom. Informácie sa týkajú najmä zdravotného stavu, zmien v zdravotnom stave, v medikácii, správaní a reakciách dieťaťa v domácom prostredí, sprostredkovanie informácií z lekárskeých vyšetrení, úspešnosti dieťaťa pri plnení domácich úloh – pokiaľ sú mu zadané. Špeciálny pedagóg ŠZŠ 1 uvádza: „Veľmi často komunikujeme spolu cez telefón. Najmä ak sa niečo stane, rodičia sa mi snažia hneď dať informácie. Taktiež s rodičmi riešime domáce úlohy, či ich dieťa zvládlo, ako ich zvládlo, prípadne, či je potrebná zmena záťaž.“ Špeciálny pedagóg ŠZŠ 2: „Ak je aj drobná zmena zdravotného stavu, tak rodič nám vždy povie.“ Špeciálny pedagóg ŠZŠ 3: „Rodičia sú veľmi komunikatívni. Nie je problém, že by niečo zatajovali. Práve naopak vždy mi

*hovorí o zmene zdravotného stavu, priebehu liečebného pobytu, zmene liekov. Tiež mi hovoria, ako dopadli lekárske vyšetrenia.“*

Zdieľanie informácií smerom k rodičom sa týka priebehu edukačného procesu, priebehu a úspechoch počas edukácie, rehabilitácie, priebehu terapie, prípadne individuálnej logopedickej intervencie. Ako sme uviedli vyššie, informácie sú sprostredkované priamo rodičovi alebo cez špeciálneho pedagóga. Sú sprostredkované ústnou aj písomnou formou. Rodičia dostávajú aj ďalšie inštrukcie na prácu a stimuláciu v domácom prostredí. Špeciálny pedagóg ŠŽŠ 2 odporúča rodičom najmä zapájanie detí do sebaobslužných činností v domácnosti. *„Kolegyne predtým dávali deťom aj domáce úlohy a pracovné listy, ale domácu úlohu vždy vypracovali rodičia. Domácou úlohou pre mojich žiakov je, aby doma pomáhali pri sebaobslužných činnostiach.“* Špeciálny pedagóg ŠŽŠ 1 naopak zadáva aj domáce úlohy, pokiaľ je to v možnostiach žiakov a v prípade zmien správania žiada od rodiča dôkladnejšie pozorovania. Špeciálny pedagóg ŠŽŠ 3 odporúča rodičom vhodné formy stimulácie. *„Odporúčam im, aby deti doma aspoň trochu masírovali alebo aby ich polohovali do polohy hniezdo a vykonávali aspoň nejaké základné prvky bazálnej stimulácie.“* Ďalej dostávajú rodičia odporúčania na kompenzačné pomôcky, od rehabilitačného pracovníka odporúčania na ich správne používanie, odporúčania na návštevu ďalších odborníkov. Od logopéda inštrukcie na prácu doma neprichádzajú. Skôr je snaha odporučiť rodičom ďalšie intervencie u klinického logopéda, ak si to dieťa vyžaduje. Logopéd ŠŽŠ 4: *„Domov zadania nedávam, skôr riešim s učiteľmi. Myslím si, že rodičia toho majú aj tak dosť.“*

Rodičia síce nemajú problém a ochotne zdieľajú potrebné a hodnotné informácie o svojich deťoch, ale plnenie inštrukcií a usmernení odborníkov, prípadne ich vlastná iniciatíva a záujem o pokroky a výsledky dieťaťa, sú menej intenzívne. Niektorí rodičia sú sami aktívni a pýtajú sa na priebeh a výsledky edukačného procesu a plnia aj inštrukcie v domácom prostredí. Ako uvádza špeciálny pedagóg ŠŽŠ 1: *„My máme skvelých rodičov. Ich prístup je veľmi dobrý. Väčšina rodičov je aktívna, zaujímajú sa o ich pokroky, pýtajú sa, čo majú robiť. Dokonca rozumejú, že ich deťom oveľa dlhšie trvá, kým sa naučia tie najzákladnejšie veci a že deti nebudú podávať také výkony ako ostatní.“* Liečebný pedagóg ŠŽŠ 1: *„Je to veľmi individuálne. Niektorí rodičia veľmi chcú. Keď už tu majú dieťa a má k dispozícii liečebného pedagóga, špeciálneho pedagóga, fyzioterapeuta, logopéda. Niektorí rodičia sú dychtívi po terapiách a chcú, aby sa na dieťa pôsobilo komplexne.“* Veľmi pozitívne vnímame

aktivitu niektorých rodičov vo vzťahu k rehabilitačnému pracovníkovi. Tí s ním komunikujú aj mimo vyučovania prostredníctvom sociálnych sietí a zdieľania videí, aby si overili správnosť postupov. Rehabilitačný pracovník ŠZŠ 1: *„Dokonca mi rodičia posielajú videá cez Facebook ako ich dieťa stojí vo vertikalizačnom stojane a či je poloha správna. Ja im hneď dám odpoveď, prípadne ich zavolám do školy a všetko im ukážem a vysvetlím.“* Ostatní sú málo aktívni a javia malý záujem o vzdelávanie svojho dieťaťa. Špeciálny pedagóg ŠZŠ 3: *„Iniciatíva rodičov je malá. Ja im aj ukážem, čo sme robili so žiakmi, ale oni na to len pozrú a nereagujú... Sú zmierení so stavom dieťaťa.“* Podobné skúsenosti má aj špeciálny pedagóg ŠZŠ 2: *„Keďže ten stav majú deti taký, aký majú, doma s nimi pracujú veľmi málo... Niektorí len prinesú dieťa do školy a vyzdvihnú si ho a pokiaľ sa ja neangažujem v komunikácii, ani by sa nespýtali.“* Záujem a aktivita rodičov môže závisieť od rôznych faktorov ako vek dieťaťa, sociálny status rodičov, prostredie, v ktorom dieťa žije, realnosť očakávaní, ktoré majú, možná rezignácia a každodenná záťaž, ktorej čelia pri starostlivosti o dieťa s ťažkým a viacnásobným postihnutím. Nízky záujem rodičov súvisí podľa niektorých informantov aj s dôležitosťou, ktorú rodičia vzdelávaniu prikladajú. Logopéd ŠZŠ 4: *„Ak je dieťa staršie, tak tam už rodič zázraky nečaká. Skôr je to zo začiatku, keď dieťa nastúpi do školy. Potom keď je dieťa staršie vzniká rutina a zabehnutý systém a rodič už pracuje menej.“* Špeciálny pedagóg ŠZŠ 1: *„Jeden rodič zo sociálne znevýhodneného prostredia a rodič žiaka, ktorý chodí do školy menej, nejavia záujem a ich prístup je len aby bolo. Dokonca keď sme boli zapojení do hipoterapie, musela som rodiča presvedčať, aby dieťa do školy priviedol.“* Podobne situáciu vníma aj logopéd ŠZŠ 2: *„Máme viacero rodičov žiakov so sociálne znevýhodneného prostredia a u nich je ten záujem malý, oni doma s deťmi už nepracujú, takže to ani nemá zmysel im dávať inštrukcie.“* Asistent ŠZŠ 1 dopĺňa: *„Ak je situácia v rodine horšia, tak u týchto rodičov dlhšie trvá, kým sa niečo vybaví. Človek musí byť trpezlivý...“* Špeciálny pedagóg ŠZŠ 2 vysvetľuje: *„Viete, iná je situácia z pohľadu učiteľa a inak to vníma rodič. Oni na začiatku najprv skúšajú a skúšajú, ale potom ich prejde trpezlivosť a už sa vôbec nepýtajú ani netrvajú na požiadavkách a určitých princípoch.“* Pre niektorých rodičov je hodnotnejší obyčajný neformálny rozhovor so špeciálnym pedagógom ako riešenie pokroku dieťaťa. Špeciálny pedagóg ŠZŠ 3 uvádza: *„Skôr sú naše rozhovory vedené smerom, čo si rodičia potrebujú povedať a porozprávať sa. Sú to rodičia, ktorí sú celý čas s deťmi doma a nemajú možnosť ísť len tak niekam preč... Vždy si*

*nájdem pre nich čas na rozhovor o tom, čo bolo doma v rodine. Je medzi nami veľká dôvera.“*

Rodičia majú otvorený priestor na vyhľadanie a konzultáciu s jednotlivými odborníkmi v škole a aj to využívajú. Využívajú ju najmä pri rehabilitačnom pracovníkovi, ak niečo nevedia, prípadne si nie sú istí pri používaní pomôcok.

### **Prínos tímovej spolupráce**

Prínos jednotlivých odborníkov a najmä ich vzájomnej spolupráce môžeme preniesť do troch rovín, na ktoré má dopad. Prvou rovinou je samotný žiak, druhou rovinou sú ostatní členovia tímu a treťou rovinou je edukačný proces ako taký.

Všetka práca odborníkov sa deje, a má sa diať, v prospech **žiaka s ťažkým a viacnásobným postihnutím**. Väčšina informantov, najmä špeciálni pedagógovia, liečebný pedagóg a asistent sa zhodli na tom, že prínosom odborníkov a ich vzájomnej kooperácie pre žiaka sú jeho pokroky a napredovanie. Pokroky žiakov sú síce malé, ale o to významnejšie. Žiak sa vďaka tomu môže rozvíjať nielen po stránke akademickej (získavanie elementárnych poznatkov), ale dostáva sa mu možnosť na rozvoj ostatných oblastí. Komplexný rozvoj je síce aj úlohou špeciálneho pedagóga, ale vďaka ďalšej intervencii a podpore ostatných odborníkov (rehabilitačného pracovníka, logopéda, liečebného pedagóga) môže žiak ešte viac napredovať aj po stránke motorickej alebo v oblasti komunikácie a sociálnych zručností. Ako uvádza špeciálny pedagóg ŠZŠ 3: *„Áno, sú tam malé pokroky. U jedného žiaka ešte veľmi málo. Ale u druhého došlo k zlepšeniu v motorickej aktivite, teší sa, skúša sa pohybovať. Dokonca aj nejaké základy komunikácie. Je vidieť, že na to dobre reaguje.“* Špeciálny pedagóg ŠZŠ 2: *„Tak už len tá logopédia a rozvoj komunikácie. Napríklad prišla jedna žiačka, ktorá nechodila, ani nerozprávala. Teraz chodí, rozumie a pokúša sa komunikovať cez piesne. Aj vďaka spolupráci s logopédom sa posúva ďalej... Toto je tímová práca, ak by sme nespocovali, určite by nebola tam, kde je.“* Podobne vidí prínos vzájomnej kooperácie aj logopéd ŠZŠ 2, ktorý vníma najmä poskytnutie možnosti komunikácie žiakovi, podmieňuje to ale pravidelnou dochádzkou. Ako vysvetľuje: *„Ak by to bola pravidelná činnosť, našli by sme vhodný spôsob komunikácie, aby nebola komunikačná bariéra medzi ním a ostatným svetom. Sú to veľmi ťažké prípady, ktoré potrebujú pomoc. Keby tá frekvencia bola väčšia, boli by aj lepšie výsledky.“* Špeciálny pedagóg ŠZŠ 1: *„Vďaka spolupráci s fyzioterapeutkou došlo u jedného žiaka k pokroku v úchope predmetov. Teraz*

*udrží predmety v ruke a snaží sa zapájať do aktivít... Dá sa s nimi pracovať nielen po stránke akademickej, vyučovacej, ale majú ďalšie možnosti ako sa rozvíjať a napredovať..“* Liečebný pedagóg ŠZŠ 1: *„To, čo poskytnem dieťaťu ako celok, je pre neho prínos po všetkých stránkach a vo všetkých oblastiach.“* Pre žiaka sa ďalej utvárajú možnosti na to, aby mohol podstupovať aj iné intervencie v pravidelných intervaloch a pracovalo sa s ním aj prostredníctvom ďalších metód, ktoré špeciálny pedagóg nevykonáva. Toto naplňa myšlienku komplexnej podpory žiaka, ktorá je vzhľadom na charakter jeho potrieb nepostrádateľná. Vďaka kooperácii je možné zvýšiť adresnosť intervencie, pretože len dostatočne adresná intervencia a podpora môže mať dobrý efekt, čo potvrdzuje logopéd ŠZŠ 4: *„Môžem intervenciu prispôsobiť aktuálnemu rozpoloženiu dieťaťa. Keby som nemala potrebné informácie od učiteľa, tak ten efekt by bol nulový... Tá forma pomoci je potom adresná, takže žiakovi sa dostane presne to, čo potrebuje.“* Rehabilitačný pracovník, asistent ŠZŠ 1 a liečebný pedagóg vidia prínos aj v iných oblastiach, ktoré špeciálni pedagógovia ani logopédi ani druhý asistent neuviedli. Ak je žiakom k dispozícii viac odborníkov, ktorí s nimi pracujú, musí byť ich spoločný postup koordinovaný a jednotný. Zároveň je to príležitosť na hlbšie poznanie dieťaťa a jeho fungovania po všetkých stránkach. Je možné okamžite rozpoznať problémy žiaka a promptne riešiť jeho situáciu a pomôcť mu. Jeden odborník nemusí byť schopný rozpoznať a vidieť znaky, ktoré vidí iný odborník. Vysvetľuje asistent ŠZŠ 1: *„Fyzioterapeutka nám dáva informácie k žiakom, ktoré ja nemám. Vidí napríklad na základe toho, ako žiak sedí, či sa dbá o jeho správnu polohu, či ho doma dávajú správne sedieť. Toto sú informácie, ktoré ja nevidím alebo nedokážem rozpoznať.“* Pokračuje rehabilitačný pracovník ŠZŠ 1: *„Vieme zo všetkých strán každý ako dieťa funguje doma, v škole. Vieme lepšie prístupíť k dieťaťu. Vieme hneď zasiahnuť, ak sa s dieťaťom niečo deje. Okamžite máme informácie od učiteľky a vieme ďalej s problémom pracovať. Môžeme mu pomôcť hneď. Nič sa neodkladá, ani nezanedbá.“* Liečebný pedagóg ŠZŠ 1: *„Je to o komplexnej starostlivosti a jednotnosti. Dieťaťu sa dostáva z každej časti alebo od každého odborníka niečo a potom z toho vzniká jednotný a komplexný celok.“*

Jednotliví členovia tímu a ich vzájomná spolupráca je nielen prínos pre žiaka, ale dochádza aj k vzájomnému obohacovaniu a ďalšiemu profesijnému rozvoju. Takáto forma spolupráce je prínosná aj pre **odborníkov samotných**.

Najvyššou hodnotou pre jednotlivých odborníkov sú informácie a nové poznatky. Zhodli sa na tom všetci informanti, a to bez ohľadu na profesiu.

Každý odborník, či už ide o pedagóga, logopéda, rehabilitačného pracovníka, disponuje určitými kompetenciami, poznatkami a skúsenosťami, ktoré odrážajú disciplínu jeho zamerania. Každý z nich má svoj pohľad na situácie a ich riešenie. Pokiaľ majú k dispozícii iného odborníka alebo odborníkov, s ktorými spolupracujú, dochádza k získaniu iného pohľadu a k rozširovaniu poznatkov, obohacovaniu poznatkov o tie z inej disciplíny. Pri tímovej spolupráci je dôležité, aby každý odborník bol schopný pozerat' sa aj za hranice svojej disciplíny a akceptoval aj to, čo jeho disciplínu presahuje. Len na základe komplexných informácií a rôznych pohľadov potom vie vytvorit' celok. Ako uvádza asistent ŠZŠ 2: „*Učíme sa celý život. Niečo sme sa počas štúdia vôbec neučili alebo sme sa učili a po čase zabudli, takto sa nám informácie pripomínajú.*“ Špeciálny pedagóg ŠZŠ 1: „*Pre mňa je prínos hlavne v informáciách. Viem ako so žiakom manipulovať, ako ho prenášať.*“ Špeciálny pedagóg ŠZŠ 3: „*Ona pracuje po inej línii v rámci Snoezelenu a senzorickej integrácie. A ja dostávam nový pohľad, dozvedám sa nové veci a nové informácie.*“ Špeciálny pedagóg ŠZŠ 2: „*Myslím, že sme vzájomným prínosom pre seba hlavne v rámci informácií a kompetencií.*“ Liečebný pedagóg ŠZŠ 1: „*Ja vidím veci zo svojho pohľadu liečebného pedagóga a ostatní mi ponúkajú ich pozorovania, ich poznatky a ja sa to snažím dať do nejakej súvislosti. Pre mňa je prínosom mať aj poznatky z fyzioterapie, logopédie alebo psychológie.*“ Nedochádza len k informačného obohateniu a zdieľaniu poznatkov, ale aj k vzájomnej pomoci a radám pri riešení rôznych situácií žiaka a prípadných problémov, ktoré môžu pri edukácii, intervencii alebo rehabilitácii nastať. Ako uvádza logopéd ŠZŠ 2: „*Keď som zistil, že jedno dieťa má aj poruchy správania, potreboval som vedieť, či byť dôraznejší alebo ako jednat'. Komunikovali sme (s o psychologičkou) väčšinou to, prečo dieťa nepracuje. Pomohla mi ďalej v mojej práci. Dala mi informácie, ktoré som ja nevedel, aby som efektívne so žiakom mohol pracovať.*“ Dôležitá je potom aj spätná väzba od ostatných odborníkov, vrátane rodiča, na svoje prístupy, úspešnosť žiaka, prípadne môžu byť upozornení na vhodnejšie a efektívnejšie postupy. Rehabilitačný pracovník ŠZŠ 1: „*Ja nie som pedagóg, nemôžem vedieť všetko. Oni mi radi, keď niečo neviem.*“ Pri interdisciplinárnej spolupráci dochádza aj k transferu poznatkov získaných od iných odborníkov do edukačného procesu alebo do diagnostiky a ponúka sa možnosť adekvátne využit' poznatky druhého odborníka a sklbiť ich. Asistent ŠZŠ 2: „*Keď idem na logopédiu, tak vidím priamo tie postupy a potom to môžem preniesť tu na vyučovanie. Viem ako mám pokračovať.*“ Špeciálny pedagóg ŠZŠ 1: „*Terapeutka mi dáva cenné*

*informácie, ktoré využijem v rámci zdravotnej telesnej výchovy. Viem ako mám žiaka učiť nové zručnosti, ako mu pomáhať a na čo dávať pozor.*“ Logopéd ŠŽŠ 4: *„Veľmi mi to pomáha pri spresnení logopedickej diagnostiky, ak mám informácie od ostatných.“* V konečnom dôsledku spolupráca a poznatky z iných disciplín a tiež zdieľanie nových informácií uľahčuje samotnú prácu so žiakom, ktorá sa potom stáva efektívnejšou a celý proces jeho podpory sa môže urýchliť, a tiež to pedagógovi alebo inému odborníkovi dáva viac času, ktorý môže efektívne venovať žiakovi, namiesto skúšania formou pokus – omyl.

Prítomnosť odborníkov a vzájomná kooperácia medzi nimi sa následne odrzkadlí na celkovom priebehu a kvalite **edukačného procesu** a podpory žiakov s ťažkým a viacnásobným postihnutím. Ovplyvní jeho metodickú, obsahovú aj organizačnú stránku.

Prítomnosť viacerých odborníkov automaticky obohacuje o ďalšie možnosti práce vo forme metód, prístupov a terapií pre týchto žiakov. Dochádza k realizácii myšlienok komplexnej podpory žiakov s ťažkým a viacnásobným postihnutím, kde sa im okrem špeciálnej edukácie dostáva aj logopedická intervencia, rehabilitácia alebo ďalšia terapeutická podpora. Ak tým nie je kompletný alebo absentuje jeho väčšia časť, edukačný proces týchto žiakov je automaticky ochudobnený o ďalšie významné aspekty podpory. A zaistená je teda len čiastková podpora žiakov s činnosťami, na ktoré má kompetencie špeciálny pedagóg. V tejto súvislosti tiež môžeme hovoriť o akomsi celku alebo ucelenej skladačke. Každý odborník podľa svojej profesie, poznatkov, skúseností vlastní časť tejto skladačky. A celok je možné utvoriť len zo všetkých častí. Jeden alebo dvaja odborníci na vytvorenie celku nestačia. Rehabilitačný pracovník ŠŽŠ 1: *„Vždy sme pracovali ako tím. Myslím si, že keď pracuje tím, každý člen tímu môže urobiť kúsok toho svojho. Len tak môžeme postaviť celú skladačku. A tak je to dobre, potom môžeme byť spokojní, pretože dieťa dostane to, čo má a sú aj výsledky.“* Vďaka tímovej spolupráci je možné efektívne skĺbiť terapiu, rehabilitáciu, intervenciu a vzdelávanie, čím sa v konečnom dôsledku dosiahne vyššia efektivita edukačného procesu, môžu sa implementovať nové metódy a prístupy, ktoré niektorým odborníkom neboli známe alebo len rozšíriť portfólio už zaužívaných metód. Edukačný proces týchto žiakov sa potom posúva na vyššiu úroveň. Ako uvádza špeciálny pedagóg ŠŽŠ 2: *„Od informácií a rád ostatných sa potom odvíja moja ďalšia príprava na prácu so žiakmi. Vieme lepšie pripraviť individuálny vzdelávací plán alebo prípravy pre konkrétneho žiaka. Deti majú možnosť chodiť na logopédiu, na masáže... Tiež môžeme chodiť do Snoezelenu.“* Liečebný pedagóg

ŠZŠ 1 dopĺňa: „V niektorých triedach sú teraz senzorické kútiky. Toto vzniklo z našej komunikácie s učiteľkami, keď videli, že v Snoezelene sa žiaci uvoľnia, sú pokojnejší a tešia sa.“ Špeciálny pedagóg ŠZŠ 1: „Napríklad o senzorickej integrácii som nemala žiadne informácie. Len fyzioterapeutka mi vysvetlila, akú úlohu zohráva vo vývine dieťaťa, čiže viem teraz uplatniť aj prvky senzorickej integrácie.“ Asistent ŠZŠ 1: „Snažíme sa posúvať si aj informácie zo školení a kurzov, ak sa jedná o techniky a prístupy k našim žiakom. Takto môžeme potom kombinovať a prenášať terapiu do vyučovania alebo niečo z rehabilitácie do vzdelávania.“ Logopéd ŠZŠ 2 „Nejaká spätná väzba a komunikácia byť musí. To nie je len o tom, že ja s deťmi niečo precvičím, ale musí sa to preniesť aj do vzdelávacieho procesu.“

Špeciálni pedagógovia okrem toho veľmi pozitívne hodnotia samotnú prítomnosť asistenta učiteľa v triede. Môžu sa tak intenzívnejšie venovať jednotlivým žiakom, pracovať s nimi individuálne a môžu ich mať v triede viacerých spoločne. Lepšiu individualizáciu práce a viac času pre žiakov im umožňuje aj fakt, že si niektorého z nich zoberie logopéd alebo rehabilitačný pracovník a pracuje s ním. U jedného špeciálneho pedagóga toto nie je možné a je nútený organizovať vyučovanie tak, aby mal jedného maximálne dvoch žiakov súčasne, čím v podstate musí skracovať aj rozsah školskej dochádzky.

Ak takýto tím chýba a špeciálny pedagóg musí všetko zaistiť sám alebo ak má k dispozícii len jedného ďalšieho človeka, odráža sa to tiež na priebehu a náplni edukačného procesu, prípadne na rozsahu školskej dochádzky žiakov alebo pri uplatňovaní metód práce. Špeciálny pedagóg ŠZŠ 3 je v situácii, kedy mu ostatní odborníci chýbajú a má k dispozícii len ďalšieho špeciálneho pedagóga, ktorý vie len čiastočne zaistiť pedagogickú a terapeutickú podporu vybraných žiakov. O prínose tímu na vzdelávací proces uvažuje takto: „Vedela by som si predstaviť jednu krásnu veľkú triedu, kde by boli všetci spolu aj s asistentkou. Medzitým by prišla terapeutka zobrať dieťa do Snoezelenu, ďalšie dieťa by bolo na rehabilitácii... Takto by sa aj rodičom uvoľnili štyri hodiny a deti by mohli byť v škole celý deň.“

Z pohľadu vedúcich pracovníkov škôl je dopad tímu a tímovej spolupráce na edukačný proces ako taký najmä v rovine informácií a poznatkov jednotlivých odborníkov, ktorý ho zastrešujú. Taktiež dopad spolupráce vnímajú v rovine žiaka s ťažkým a viacnásobným postihnutím a treťou rovinou je prínos pre rodinu tohoto žiaka. Pokiaľ je škola schopná zaistiť rôznorodých odborníkov a aj pedagogické a odborné činnosti, značne to uľahčuje situáciu žiakovi a jeho rodine. Žiakovi sa dostane komplexnej podpory a rodine sa uľahčí situácia tým,



že všetko, čo žiak potrebuje, dostane na jednom mieste, a to v škole. Pokiaľ toto škola zaistiť nedokáže, sú rodičia nútení hľadať možnosti inde a zaistiť logopedickú starostlivosť alebo rehabilitáciu po vlastnej línii, na čo rodičom nie vždy ostane energia a čas. Taktiež riaditeľ ŠZŠ 3, kde na edukačnom procese participuje najmä špeciálny pedagóg, pripúšťa možnosť, že ak by boli dostupní ďalší odborníci, najmä asistent, pozitívne by to ovplyvnilo priebeh edukačného procesu a najmä umožnilo niektorým žiakom byť v škole viac hodín.

Mierne odlišný a neutrálny názor zaujal len logopéd ŠZŠ 2, pre ktorého bolo náročné zhodnotiť dopad tímovej spolupráce na edukačný proces. Ako uvádza: „*Mne je ťažko posúdiť prínos ostatných . Ja robím tú svoju činnosť. Tá spolupráca je len čo sa týka diagnóz a nejakých väčších problémov. Inak si robím svoju činnosť.*“

### **Facilitátory a bariéry pre tímovú spoluprácu**

Každá tímová spolupráca má svoje limity a obmedzenia, ktoré môžu prameniť z podmienok pre prácu, ktoré má konkrétny odborník alebo z podmienok, ktoré utvára konkrétna škola.

Väčšina informantov, či už z radov odborníkov alebo z radov vedenia škôl, je spokojná s úrovňou spolupráce aj s fungovaním tímu a podmienok, ktoré pre prácu majú. Spokojnosť prejavili špeciálni pedagógovia ŠZŠ 1 a 2, asistenti, logopéd, rehabilitačný pracovník, liečebný pedagóg a riaditeľ ŠZŠ 1. Následne však takmer každý našiel nejakú **prekážku** alebo problém, ktorý bráni ešte lepšej tímovej spolupráci. Problémy, na ktoré narážajú, sa týkajú jednak samotnej spolupráce a týkajú sa aj samotného personálneho zabezpečenia alebo priestorového zabezpečenia. Ak nie je dostatočné personálne zabezpečenie, nemôže naplno fungovať ani spolupráca medzi odborníkmi, pretože nie je s kým spolupracovať. Za najmenej závažný problém možno na základe rozhovorov považovať nedostatok času. Takmer všetci odborníci sú spokojní s množstvom času, ktorý majú na výmenu a zdieľanie informácií. Dokážu sa vzájomne vyhľadať a odovzdať si potrebné informácie, podeliť sa o rady a dať potrebné usmernenia. Problém s nedostatkom času má len liečebný pedagóg, a to pre svoju kapacitnú vyťaženosť v ČŠPP. Ako vysvetľuje: „*Ani nie, nevidím prekážky. Ale bolo by fajn nájsť si viac času, aby sme mali ten čas, pretože mám ešte v poradni množstvo klientov a je pre mňa ťažšie sa stretnúť a dohodnúť.*“ Ďalší, ale závažnejší problém, je v personálnom zabezpečení a vnímaní dostatku odborníkov. Informanti sa vyjadrovali o nedostatku asistentov, absencii logopéda, absencii fyzioterapeuta. Chýbajúci fyzioterapeut je prekážkou pre riaditeľa ŠZŠ 3 a rovnako aj rehabilitačný pracovník ŠZŠ 1

vníma to, že ich na škole nie je dostatok. Riaditeľ ŠZŠ 3: „*Určite by bolo vhodné, ak by škola mohla zamestnať rehabilitačného pracovníka nielen v rámci centra špeciálnopedagogického poradenstva, nakoľko tu deti vzdelávame, určite by bolo potrebné, aby takýto rehabilitačný pracovník bol deťom k dispozícii priamo.*“ Podobne sa vyjadril aj špeciálny pedagóg ŠZŠ 3, ktorý ale absenciu fyzioterapeuta dáva do súvislosti s priestorovým zabezpečením. Je toho názoru, že ak by bol na škole priestor, kde by sa mohlo zriadiť CŠPP, financie by sa podľa neho našli. Absencia logopéda je problém najmä pre liečebného pedagóga, ktorý to vníma zo strany rodičov. „*Určite je prekážka, keď tu logopéd teraz nie je... Vnímajú to aj rodičia niektorých žiakov, ktorým sa teraz nedostáva komplexná starostlivosť a pýtajú sa po ďalších možnostiach.*“ Špeciálny pedagóg a asistent vnímajú problém aj s nedostatkom pedagogických asistentov. Ako prekážku to vníma dokonca špeciálny pedagóg, ktorý asistenta prideleného má a má ho stále k dispozícii. Aj pri nízkom počte žiakov v triede dochádza k situáciám, kedy by bol potrebný ešte jeden človek, aby sa riešením problémových situácií (správanie žiakov, hygiena žiakov) nebrzdil samotný výchovno-vzdelávací proces. Tiež je pomerne náročné zapojiť do niektorých činností všetkých žiakov. Špeciálny pedagóg ŠZŠ 2: „*Ak majú čas v škole plnohodnotne využiť a majú sa niečo naučiť, potreboval by každý svojho asistenta.*“ Asistent ŠZŠ 1: „*Nie všetky dni sú ideálne. Niekedy žiaci potrebujú ešte vyššiu mieru starostlivosti a pomoci. Potom nám veľa času zaberie riešenie týchto problémov a na vzdelávanie nezostáva čas.*“

Polovica informantov vníma ako prekážku v tímovej spolupráci rodiča a jeho prístup k vzdelávaniu svojho dieťaťa alebo prístup k školskej dochádzke ako takej. Problémy s prístupom rodičov majú špeciálni pedagógovia, rehabilitačný pracovník aj logopédi. Túto problematiku vníma aj jeden z riaditeľov. Sme toho názoru, že ide o pomerne citlivý problém, pretože samotná situácia, v ktorej sa ocitli, a to starostlivosť o dieťa s ťažkým a viacnásobným postihnutím, stojí množstvo energie a záujem o školskú dochádzku a výsledky svojho dieťaťa ide do ústrania a nezostáva na to dostatok síl. Podobného názoru sú aj jednotliví odborníci, ktorí sa k téme rodičov vyjadrovali. Síce uvádzali ťažkosti so spoluprácou, malý záujem o edukáciu svojho dieťaťa, slabú spoluprácu, plnenie pokynov špeciálneho pedagóga alebo iného odborníka, neprímerané očakávania rodiča, rezignácia... Toto všetko sa odzrkadlí aj v prístupe rodiča ku školskej dochádzke svojho dieťaťa. Nastávajú potom situácie, že rodič, pokiaľ uzná, že to nie je potrebné, dieťa do školy neprivezie. Nie je však možné paušalizovať a generalizovať tento problém na

všetkých a sú si toho vedomí aj informanti, ktorí ocenili snahu a úsilie niektorých rodičov. Zároveň tiež vyjadrili snahu porozumieť situácii rodičov a pripisovali to tiež nedostatku energie alebo rezignácii. Rehabilitačný pracovník ŠZŠ 1: „Pre mňa je prekážka to, ak rodičom niečo poviem alebo odporučím, oni to jednoducho ignorujú. Ja potom stojím a nemám výsledok, pretože s dieťaťom nemôžem cvičiť určité veci alebo nemôžem cvičiť určitým spôsobom. Tým pádom sa nemôžem posunúť ďalej a nenapreduje ani dieťa.“ Špeciálny pedagóg ŠZŠ 1: „Možno taká nedôslednosť rodičov. Chvilu vydržia to tempo a plnia pokyny a potom sa stane, že z toho vypadnú a už to nefunguje tak, ako by malo.“ Špeciálny pedagóg ŠZŠ 2: „Rodič je veľmi dôležitý člen tímu, bez neho to jednoducho nejde a nemôže fungovať. Ak nespolupracuje, okamžite sa to na žiakovi odzrkadlí.“ Logopéd ŠZŠ 4: „Ako prekážku vnímam skôr zo strany rodičov. Sú tam príliš veľké očakávania alebo príliš nízke, totálny nezujem alebo taká rezignácia od rodičov, respektíve neprijatie diagnózy.... Na strane rodiča vidím najväčšie rezervy... Rodič sa v prvom rade snaží zabezpečiť, aby dieťa bolo zdravé po fyzickej stránke a tu treba dať klobúk dolu, čo všetko musí zvládať. Máme na škole aj viacero dvojčiat, a tu sa ani nečudujem, že nemajú energiu ani chuť niečo riešiť. Logopéd ŠZŠ 4 ešte vysvetľuje: „Niektorí rodičia dieťa nechcú dať do školy, aj keď dieťa by trebárs bolo schopné byť v škole každý deň. Radšej prehovori lekára, lekár napíše, že dieťa nie je schopné a dá odporúčenie dvakrát do týždňa na dve hodiny.“ Podobne vníma prístup niektorých rodičov aj riaditeľ ŠZŠ 1: „Áno, nájdú sa aj rodičia, ktorí takto pristupujú k školskej dochádzke. A sú aj rodičia, ktorí napríklad, keď príde do školy divadlo a my im chceme sprostredkovať aj iný zážitok, tak oni vtedy jednoducho dieťa do školy neprivedú, lebo si myslia, že ich dieťa z toho aj tak nič nebude mať. Aj canisterapiu, ak by sme mali mimo budovy školy, tak ani vtedy by dieťa do školy nepriniesli“

Na základe rozhovorov s riaditeľmi škôl sa ukazuje ešte jedna prekážka tímovej spolupráce. Ak má byť tímová spolupráca komplexná, mal by byť do nej zahrnutý aj lekár. Určité problémy s postojom lekárov sa objavujú ešte aj v súčasnosti. Zaujímavosťou je, že tento problém nevníma ani jeden z odborníkov, ale skôr vedenie škôl. Je to nedôvera lekárov detí s ťažkým a viacnásobným postihnutím voči školám, ich slabá informovanosť o možnostiach podpory týchto žiakov, o špeciálnopedagogických aspektoch práce s nimi. Riaditeľ ŠZŠ 1: „Stáva sa, že sú lekári nedôverčiví a stavajú sa nad ostatných odborníkov a sú nad nimi nadradení. My sa musíme snažiť získať si ich dôveru našou trpezlivou prácou a prístupom... Postupne vnímajú potrebu

aj špeciálnopedagogického prístupu, ale presvedčiť ich o našej dôležitosti môže trvať roky.“ Mierne negatívny postoj lekárov voči vzdelávaniu žiakov s ťažkým a viacnásobným postihnutím vníma aj riaditeľ ŠZŠ 3: „*Niekedy je to doslova boj s lekármi, keď sa jedná o zaradenie žiaka do školy. A keď už musí, lebo tak káže zákon, tak dá odporúčanie na dve hodiny týždenne.*“ Riaditeľ ŠZŠ 2 hovoril aj o nejasnej legislatíve, čo sa týka zabezpečenia vzdelávania týchto žiakov a aj v súvislosti s úlohou lekárov. Ako uvádza: „*Možno legislatíva. Nejasné legislatívne zabezpečenie celého procesu, lebo mantinely sú nastavené skôr v teoretickej rovine a prax ukazuje, že tie potreby sú diametrálne odlišné ako sú reálne možnosti školy konať v tomto smere. Je to celé zle nastavené.*“ K úlohe lekára pri odporúčaní rozsahu vzdelávania týchto žiakov vyjadril takýto názor: „*Toto legislatívne riešenie je zlým riešením. Pretože lekár nemá ani tušenia o špeciálnopedagogických potrebách dieťaťa, hoci dokonale pozná jeho zdravotný stav a medicínske potreby, ale čo sa týka učenia alebo jeho špeciálnopedagogických potrieb, je to laik.*“

Uvedené problémy, na ktoré narážajú jednotliví odborníci alebo aj vedenie školy, môžeme zároveň chápať aj ako **príležitosť** na zlepšenie situácie a posúvanie spolupráce smerom dopredu. O možnostiach zlepšenia spolupráce môžeme hovoriť v rovine personálneho zabezpečenia – doplnenia stavu odborníkov, v rovine informačnej a tiež v rovine priestorovej a v neposlednom rade v rovine pomoci pre rodičov žiakov.

Polovica informantov z radov odborníkov aj zástupcovia vedenia škôl sa zhodli na tom, že zlepšeniu fungovania tímu by pomohlo ďalšie personálne zabezpečenie alebo získanie odborníkov, ktorí momentálne z rôznych dôvodov k dispozícii nie sú. Veľmi nápomocné by bolo získanie rehabilitačného pracovníka a získanie alebo rozšírenie radov asistentov učiteľa. Uvítali by ho špeciálny pedagóg ŠZŠ 3 a aj riaditeľ ŠZŠ 3. Ten, pokiaľ by mal priestorové podmienky na zriadenie CŠPP, by mohol potom rehabilitačného pracovníka zamestnať. Ten by privítal rozšírenie tímu aj o pedagogického asistenta učiteľa. „*Veľmi by pomohlo aj získanie asistenta učiteľa, aj napriek tomu, že v triede funguje individuálna forma vyučovania. Určite by pomohol vo vzdelávaní, a tak by v triede mohlo byť viac žiakov a niektorí by mohli byť v škole viac hodín.*“ Ďalší asistent v triede by bol pomocou aj pre špeciálneho pedagóga ŠZŠ 1 a ŠZŠ 2. Mohol by tak lepšie zapájať žiakov do rôznych aktivít. Špeciálny pedagóg ŠZŠ 3 by okrem rehabilitačného pracovníka potreboval aj ďalších odborníkov: logopéda a ďalšieho odborníka, ktorý sa špecializuje na vybrané formy terapie. Tu je pre neho dôležité nielen rozšírenie možností pre žiakov

a komplexnejšiu starostlivosť, ale aj vzájomná výmena informácií a poznatkov. „Hlavne, ak by bol fyzioterapeut, možno logopéd. Dobré by bolo, ak by bol niekto, kto sa vyzná v terapiách: muzikoterapia, arteterapia... A venoval by sa výhradne tomu a potom poradil v rámci vyučovania predmetov... Ja sa nebránim ďalším názorom... Tak by sme to vedeli dať dokopy a vytvoriť akýsi balík.“ Podobne aj podľa názoru liečebného pedagóga by fungovaniu tímu prospelo vyriešenie situácie s chýbajúcim logopédom. Zlepšenie tímovej spolupráce by podľa logopéda ŠZŠ 4 pomohlo, ak by mal možnosť konzultácií alebo spolupráce s psychiatrom. „Pomohlo by nejaké usmernenie, ani nie tak psychologické, ako skôr psychiatrické, lebo sú ďalšie diagnózy a tie diagnózy sú nabalené, že už ani psychológ nevystačí svojimi metódami. Ak by raz za čas prišiel do školy a povedal, na čo si dať pozor, aký vplyv majú lieky, ako k žiakom pristupovať.“

Aby tím fungoval, musí sa na spolupráci aktívne podieľať aj rodič a nielen byť prítomný a odovzdávať potrebné informácie. Tímovej spolupráci by podľa niektorých respondentov pomohlo zlepšenie starostlivosti alebo určitá forma pomoci rodičom alebo odľahčenie. Sme toho názoru, že ak rodič dostane potrebnú formu pomoci a najmä dôjde k odľahčeniu jeho záťaže, bude ochotnejší aj vyššej aktivite a spolupráci. Význam pomoci pre rodičov si uvedomuje najmä asistent a logopéd. Asistent ŠZŠ 2: „Bolo by fajn, najmä pre rodičov, ak by sa žiakom mal kto venovať aj v popoludňajších hodinách.“ Logopéd ŠZŠ 4: „Aby systém bol nastavený tak, že by sa aj rodičom poskytovalo viacej pomoci. Ak by bol priestor alebo centrá, kde by popoludní mohli tí rodičia prísť a stretávať sa, ak by bola možnosť starostlivosti aj v popoludňajších hodinách.“

Podobne aj u zástupcov vedenia škôl je vnímanie niektorých možností na zlepšenie podobné, ale nachádzajú aj príležitosti, ktorým možno samotní odborníci neprikladajú taký význam, alebo ich nevnímajú. Potreba ďalších odborníkov je dôležitá pre riaditeľa ŠZŠ 1 aj ŠZŠ 3, najmä čo sa týka získania rehabilitačného pracovníka a riešenie stavu logopédov. Okrem toho riaditeľ ŠZŠ 1 by považoval za potrebné mať v škole aj špeciálnych pedagógov ostatných špecializácií, čo je žiaduce najmä pri žiakoch s viacnásobným postihnutím. „Pomohlo by, ak by sme mali viac logopédov, prípadne špeciálnych pedagógov iných špecializácií: tyflopédia, surdopédia, somatopédia...“ Tiež by bolo potrebné, aby došlo k zlepšeniu informovanosti a zvýšeniu poznatkov z ostatných disciplín, najmä čo sa týka špeciálnopedagogickej problematiky. Je to nevyhnutné, aby daný odborník, či už ide o lekára, klinického psychológa

alebo klinického logopéda, mal aj tieto poznatky. Túto potrebu vníma riaditeľ ŠZŠ 2, rovnako je názoru, že by malo dochádzať k vyššej interdisciplinárnej spolupráci lekárov s ostatnými odborníkmi aj pri odporúčaníach o rozsahu školskej dochádzky u žiakov s ťažkým postihnutím. „... musí sa nájsť spoločná cesta a spoločné riešenie... Tu by skôr bola primeraná funkcia poradná, konzultačná, ale určite nie rozhodujúca. Tu je premisa školského zákona nastavená dobre, ale realizácia je zlá. Pretože lekár by mal mať podklady nielen čo sa týka oblasti somatickej, ale mal by si vyžiadať správu zo psychologického vyšetrenia alebo špeciálnopedagogického vyšetrenia, ale to sa nestáva nikdy.“ Ďalej k problematike potreby interdisciplinárnych poznatkov dopĺňa: „Škola, ale aj rodič samotný, často naráža na to, že príde k nejakému odborníkovi, ktorý je špecialista vo svojej oblasti, ale čo sa týka práce s deťmi a žiakmi s viacnásobným postihnutím, tak toto jednoducho nemá zvládnuť... Hlavne, aby vedel aj o tej pedagogickej práci a aby aj do toho vedel vstúpiť.“

## 5 Diskusia a závery

Výskumné šetrenie bolo zamerané na zistenie úrovne personálneho zabezpečenia a interdisciplinárneho prístupu v edukačnom procese žiakov s ťažkým a viacnásobným postihnutím z pohľadu jednotlivých odborníkov. Bolo realizované prostredníctvom pološtruktúrovaných rozhovorov s 12 informantmi: špeciálnymi pedagógmi, asistentmi učiteľa, rehabilitačným pracovníkom, logopédmi, liečebným pedagógom a riaditeľmi škôl. Položili sme si hlavnú výskumnú otázku: Aké je personálne zabezpečenie a miera interdisciplinárneho prístupu v edukačnom procese žiakov s ťažkým a viacnásobným postihnutím z pohľadu jednotlivých odborníkov? Z tejto otázky vznikli vedľajšie výskumné otázky, na ktoré sa na základe analýzy rozhovorov pokúsime dať odpoveď.

### **Vedľajšie výskumné otázky zneli:**

VO 1: Aké je personálne zabezpečenie edukačného procesu žiakov s ťažkým a viacnásobným postihnutím?

VO 2: Aké je zastúpenie jednotlivých pedagogických/odborných činností (vyučovanie, terapie, rehabilitácia, sebaobslužné/hygienické úkony)?

VO 3: Aká je spolupráca a spôsoby komunikácie jednotlivých odborníkov?

VO 4: Aký je prínos spolupráce jednotlivých odborníkov podieľajúcich sa na edukácii žiakov s ťažkým a viacnásobným postihnutím?

VO 5: Ktoré faktory posilňujú/zabraňujú lepšej tímovej spolupráci?

VO 6: Ako tímová spolupráca a účasť rôznych odborníkov ovplyvňuje vyučovací proces (organizačná a metodická stránka vyučovania)?

### 5.1 Vyhodnotenie výskumných otázok

#### **VO 1: Aké je personálne zabezpečenie edukačného procesu žiakov s ťažkým a viacnásobným postihnutím?**

Z výskumného šetrenia vyplynulo, že personálne zabezpečenie nie je na dostačujúcej úrovni. Len jedna zo škôl má k dispozícii kompletný tím: špeciálnych pedagógov, asistentov, logopéda, rehabilitačného pracovníka, liečebného pedagóga, psychológa, pomocný zdravotnícky personál (aj keď len vo forme dobrovoľníckej služby). Títo sa aj reálne podieľajú na edukácii žiakov s ťažkým a viacnásobným postihnutím. Aj keď chýbala logopedická starostlivosť, išlo o dočasnú situáciu. Inak má škola zaistené aj tieto podmienky.

Určitý podiel liečebného pedagóga na podpore žiakov s ťažkým postihnutím je dokonca nad rámec povinného personálneho zabezpečenia vyplývajúceho zo štátneho vzdelávacieho programu pre žiakov s mentálnym postihnutím ISCED I. V ostatných školách personálne zabezpečenie nebolo úplné, ani neodráža požiadavky štátneho vzdelávacieho programu. Na ďalšej škole chýbal rehabilitačný pracovník, a zdravotník, hoci ho škola mala, nezaistoval starostlivosť o žiakov s ťažkým a viacnásobným postihnutím. Z rehabilitačných metód mali žiaci pokryté len masáže, ktoré zabezpečovala externá inštitúcia. Rehabilitácia v plnom rozsahu zabezpečená nebola. Najmenej odborníkov mala k dispozícii tretia škola, kde chýbal rehabilitačný pracovník, pomocný zdravotnícky personál. Na edukácii žiakov sa podieľal len špeciálny pedagóg, a ďalší špeciálny pedagóg zaistoval podporné pedagogické a terapeutické činnosti. To však nespĺňa požiadavku ani multidisciplinárneho tímu. Ostatných odborníkov buď škola nemala, alebo sa ani nepodieľali na edukácii týchto žiakov (viď logopéd). Pokiaľ nie je k dispozícii multidisciplinárny tím, nie je možné poskytnúť žiakom ani komplexnú starostlivosť, ktorú si vyžadujú. Osobitný problém je so získaním rehabilitačného pracovníka, hoci je uvádzaný ako povinné personálne zabezpečenie, školám sú kladené rôzne prekážky na jeho získanie, čo považujeme za vážny problém. Príčinou je nejednotná interpretácia legislatívy, napríklad aj v závislosti od regiónu. Kým v jednom kraji pokiaľ škola nemá v organizačných zložkách ČŠPP, nemôže mať rehabilitačného pracovníka, v inom regióne nestačí ani táto splnená podmienka a škola rehabilitačného pracovníka stále nemôže získať. Sú kladené iné prekážky v oblasti kompetencií, ktoré majú školské zariadenia, a vo forme starostlivosti, ktorú môžu poskytovať. Za vážny problém považujeme aj fakt, ak sa žiaci vynímajú z logopedickej starostlivosti kvôli závažnosti svojho postihnutia a absencii verbálneho prejavu. Logopéd má veľké opodstatnenie aj u týchto žiakov a môže sa podieľať na rozvoji elementárnych komunikačných schopností, stimulácii oromotoriky, atď...

Medzi odborníkmi nechýba psychológ, jeho úloha je však diskutabilná. Nespochybnujeme jeho význam a potrebu pri podpore žiakov s ťažkým postihnutím, aj keď sa na nej nemusí podieľať priamo. Výskumné šetrenie však ukázalo, že jeho podieľanie sa na podpore edukačného procesu je minimálne. Aj jeho úloha poradcu pre pedagógov alebo ostatných odborníkov je využívaná vo veľmi malej miere. Jeho rady a usmernenia využíva len jeden špeciálny pedagóg a logopéd, a aj to len v prípade výskytu problémovej situácie. Potenciálny význam a úlohu psychológa vidíme nielen v jeho diagnostickej činnosti, ale aj



v intenzívnejšej konzultačnej činnosti pre ostatných odborníkov a hlavne pre rodičov žiakov.

## **VO 2: Aké je zastúpenie jednotlivých pedagogických/odborných činností (vyučovanie, terapie, rehabilitácia, sebaobslužné/hygienické úkony)?**

Zastúpenie jednotlivých činností je výrazne ovplyvnené personálnym obsadením jednotlivých škôl. Tiež závisí od toho, či odborník, ktorý sa škole pôsobí, sa aj podieľa na podpore žiakov s ťažkým a viacnásobným postihnutím. Len jedna zo škôl má vytvorené podmienky na to, aby do vzdelávacieho procesu mohla zaradiť všetky druhy činností: edukáciu, logopedickú intervenciu, rehabilitáciu, terapeutickú podporu a tiež zaistenie sebaobslužných a hygienických potrieb žiakov. V ostatných školách nie sú vytvorené podmienky na zaradenie všetkých činností. V jednej škole chýba rehabilitácia, hoci potreba by bola. Tento problém čiastočne rieši poskytovanie masáží pre žiakov. Tiež chýba terapeutická podpora a aplikácia terapeutických metód. Využívané sú len prvky terapie špeciálnym pedagógom. Na jednej škole vzhľadom na personálne obsadenie chýba rehabilitácia aj logopedická intervencia, rovnako tak hygienické a sebaobslužné úkony sú zaistené v domácom prostredí žiaka, keďže v škole trávi krátky čas. Edukačný proces týchto žiakov potom pozostáva z pedagogických metód a vybraných pedagogických podporných prístupov, ktoré môže vykonávať špeciálny pedagóg.

Výraznú prevahu majú pedagogické metódy a ďalšie podporné prístupy ako Snoezelen, metódy alternatívnej a augmentatívnej komunikácie či využívanie prvkov terapií (muzikoterapia). Menej je využívaná senzorická integrácia, bazálna stimulácia, orofaciálna regulačná terapia a rôzne rehabilitačné metódy. Niektoré metódy sú využívané len odborníkmi jednej disciplíny, keďže na ich vykonávanie sú potrebné určité kompetencie (orofaciálna regulačná terapia – logopéd, Bobath NDT – rehabilitačný pracovník, arteterapia – liečebný pedagóg...). Iné metódy sú realizované naprieč disciplínami, to znamená, že ich súčasne využívajú rôzni odborníci a dochádza teda k ich prekryvaniu. Treba však podotknúť, že každý z nich využíva dané prístupy inak, aj v závislosti od svojich kompetencií, prípadne získaného vzdelania vo využívaní danej metódy. K takémuto prelínaniu dochádza najmä pri uplatňovaní metód alternatívnej a augmentatívnej komunikácie, na ktorých pracujú ako logopédi, tak špeciálni pedagógovia. Rovnako je to aj so Snoezelenom alebo senzorickou integráciou, ktorú využívajú špeciálni pedagógovia, liečebný pedagóg a rehabilitačný pracovník. Tu ale dochádza k určitým rozdielom v spôsobe ich využitia aj podľa toho, kto tie metódy

uplatňuje. Senzorickú integráciu využíva rehabilitačný pracovník ako súčasť inej metódy (Bobath NDT), špeciálny pedagóg využíva len jej prvky. Špeciálny pedagóg, ktorý vykonáva podporné pedagogické a terapeutické činnosti, ju využíva skôr ako pedagogický prístup. Podobne je to aj so Snoezelenom, špeciálni pedagógovia ho využívajú ako voľnočasovú a relaxačnú aktivitu, liečebný pedagóg pôsobí cielene a využíva ho ako terapiu, tak isto aj špeciálny pedagóg vykonávajúci podporné pedagogické a terapeutické činnosti ho využíva cielene v rámci pedagogického podporného opatrenia.

Pozitívne zistenie je, že ak sú žiakom zaraďované ďalšie podporné prístupy, terapie, rehabilitácia, logopedická intervencia, deje sa to v pravidelných intervaloch a je snaha, aby sa k nim žiaci dostali aspoň raz do týždňa na 20 – 45 minút. Aj keď by bola určite vhodná intenzívnejšia podpora, naráža však na časové a kapacitné možnosti jednotlivých odborníkov.

### **VO 3: Aká je spolupráca a spôsoby komunikácie jednotlivých odborníkov?**

Z výskumného šetrenia vyplynulo, že jednotliví odborníci síce pracujú nezávisle, ale dochádza medzi nimi k vzájomnej interakcii, komunikácii a vzájomnému zdieľaniu informácií. Na druhej strane absentujú tímové stretnutia. Môžeme konštatovať, že nedokážeme jednoznačne určiť, aké tímy z hľadiska spolupráce na školách pôsobia. Na jednej škole nie je splnená ani požiadavka multiodborového tímu. Ostatné dva tímy sa v niektorých charakteristikách blížia multidisciplinárneho tímu a v iných charakteristikách sa zas blížia k interdisciplinárnemu tímu. Môžeme povedať, že v jednej oblasti môžeme vidieť prvky transdisciplinárneho prístupu a to vo vnímaní postavenia rodiča aj keď na základe jednostranných informácií od informantov.

K najintenzívnejšej komunikácii dochádza medzi špeciálnymi pedagógmi a ich asistentmi, ktorá prebieha na dennej báze. Je to logickým vyústením a samozrejmosťou potrebnou pre ich efektívne fungovanie v triede. Menej častá, ale pravidelná spolupráca prebieha medzi špeciálnymi pedagógmi a logopédom alebo rehabilitačným pracovníkom. Tá sa deje pravidelne. V ešte menšej miere dochádza ku komunikácii medzi liečebným pedagógom a ostatnými odborníkmi, medzi logopédom a psychológom, a medzi špeciálnym pedagógom a psychológom – tá sa neuskutočňuje v pravidelných intervaloch, ale sa vzájomne vyhľadávajú, pokiaľ treba poskytnúť informácie, získať informácie alebo sa poradiť.

K stretnutiam, kde by sa zišli všetci členovia tímu nedochádza. Preferovaná je komunikácia a spolupráca dvojíc, prípadne trojíc. Najčastejšie dochádza k spolupráci vo dvojici, kedy sa stretávajú dvaja členovia tímu. K tomu

najčastejšie dochádza pri preberaní a odovzdávaní žiaka. Už vtedy dochádza k výmene informácií a zisťovaniu stavu žiaka alebo k výmene informácií o priebehu a úspešnosti intervencie, terapie, rehabilitácie. Túto formu spolupráce považujeme za významnú najmä kvôli samotnému žiakovi a potrebe prispôbiť prácu s ním jeho aktuálnemu stavu alebo prípadným zmenám, ktoré u neho nastali. Bez týchto informácií by podpora ďalšieho odborníka nemusela byť tak adresná alebo úspešná.

Okrem výmeny základných informácií o stave dieťaťa dochádza aj k ďalšej komunikácii a spolupráci. Jednotliví odborníci sa v prípade potreby vzájomne vyhľadávajú a stretnú, pokiaľ potrebujú poradiť alebo posunúť si ďalšie informácie. Dochádza aj k vzájomnej pomoci a usmerňovaniu, najmä v situáciách, kde si jeden odborník pri riešení situácie nevystačí s poznatkami, ktorými disponuje a potrebuje prekročiť hranice svojej disciplíny a uplatniť poznatky a pohľad inej disciplíny. Niektorí odborníci majú možnosť požiadať druhého o prítomnosť v triede za účelom pozorovania a prípadného usmernenia alebo byť prítomní priamo na intervencii alebo terapii, čo tiež posilňuje zdieľanie a najmä transfer poznatkov. Vzájomné usmernenie a prenášanie poznatkov a snaha o ich uplatnenie v rámci edukácie alebo rehabilitácie je ďalším pozitívom v tímovej spolupráci.

Školy majú možnosť využiť aj spoluprácu s lekárom, čo sa ale deje v malej miere. Len jedna zo škôl priamo spolupracuje s pedopsychiatrom. U ostatných je možnosť nepriamej spolupráce alebo získania sprostredkovaných informácií od rodičov žiakov. Zistili sme tiež, že v jednom prípade dochádza aj k spolupráci so sociálnym pracovníkom pri vzdelávaní žiakov z marginalizovanej komunity, čo je pozitívne zistenie.

Z výskumného šetrenia tiež vyplynulo osobitné postavenie špeciálneho pedagóga v tíme, ktorý potrebuje komunikovať so všetkými ostatnými členmi tímu vo vyššej miere a má najviac informácií o žiakovi, priebehu a výsledkoch edukácie. Môžeme mu pripísať úlohu koordinátora.

Pre jednotlivých odborníkov je veľmi dôležitým partnerom rodič žiaka. Je považovaný za rovnocennú súčasť tímu. Výskumné šetrenie zistilo rôznorodý pohľad na mieru zapojenia a spolupráce rodičov. Rodič ako nositeľ hodnotných informácií o svojom dieťati je veľmi aktívny v informovaní pedagógov o zdravotnom stave, jeho zmenách, prípade správach z lekárskeho vyšetrení. Jeho aktívna spolupráca a záujem o priebeh a pokrok v edukácii svojho dieťaťa už nie je hodnotená tak pozitívne. Časť rodičov je aktívna, snaží sa plniť pokyny, dokonca vyhľadáva radu odborníkov v škole, ale väčšia časť rodičov

nejaví aktívny záujem o výsledky a školskú prácu, čo sa u niektorých odráža aj na postoji ku školskej dochádzke ako takej. Takéto konanie rodičov môže byť podmienené rôznymi faktormi: najmä rezignácia, príliš veľká záťaž v starostlivosti o dieťa, neprimerané očakávania.

Problém rodičov by z časti mohlo vyriešiť odľahčenie od starostlivosti a zaistenie aj popoludňajšej starostlivosti a podpory dieťaťa, prípadne aj práca so samotnými rodičmi, aby si boli plne vedomí významu školskej edukácie. Toto sa deje vo včasnej intervencii, ale len čo dieťa dosiahne školský vek, už rodič ustupuje do úzadia, ale to neznamená, že pomoc nepotrebuje. Myslíme si, že nemálo rodín v súčasnosti školopovinných detí s ťažkým a viacnásobným postihnutím nebolo zachytených v ranom veku a nedostalo sa im včasnej intervencie (modelu, zameraného na rodinu, ktorý sa u nás presadzuje len v posledných rokoch), čiže im mohla chýbať takáto forma pozitívnej podpory. Domnievame sa, že aj takáto forma podpory môže čiastočne ovplyvniť mieru ďalšej spolupráce a angažovanosti rodiča na edukačnom procese a jeho pokrokoch. Je to však otázka, ktorú by bolo potrebné hlbšie preskúmať.

#### **VO 4: Aký je prínos tímovej spolupráce jednotlivých odborníkov podieľajúcich sa na edukácii žiakov s ťažkým a viacnásobným postihnutím?**

Interdisciplinárny prístup má svoje pozitívne efekty na žiaka aj na ostatných odborníkov alebo členov tímu, ktorí sa na jeho vzdelávaní a podpore podieľajú. Vďaka tímovej spolupráci a aktívnej participácii jednotlivých odborníkov má žiak možnosť dostať sa ku komplexnej podpore v rámci vzdelávacej inštitúcie, ktorú navštevuje. Ak je dostupný multidisciplinárny tím, žiak okrem edukácie profituje aj z logopedickej intervencie, rehabilitácie, prípadne z terapeuticko-podpornej. Dostane sa k metódam, ku ktorým (ak by mal k dispozícii len špeciálneho pedagóga) by sa inak nedostal, a má možnosť využívať ich v pravidelných intervaloch. Musel by si to zaistiť rodič po vlastnej línii, čo sa nie vždy deje. Ak má žiak komplexnú podporu takéhoto tímu, môže byť naplno využitý a maximalizovaný jeho potenciál a umožní sa tak jeho ďalší rozvoj a napredovanie. Dochádza k najmä k zintenzívneniu a posilneniu podpory v oblasti rozvoja motoriky a v oblasti komunikačných zručností. Vzájomná spolupráca a informovanosť a vedomosť o práci druhých sa premietajú do jednotného prístupu k žiakovi, komplexného náhľadu na jeho osobnosť a prispieva k čo najlepšej adresnosti edukácie, intervencie, rehabilitácie, terapie.

Zo spolupráce profitujú aj samotní členovia tímu. Hlavným prínosom pre nich sú informácie a možnosť ich medzi sebou zdieľať. Každý má svoje

vedomosti a kompetencie dané disciplínou, ktorej sa venuje, a každý prispieva svojou časťou do zloženia kompletného celku. Ak sú k dispozícii odborníci iných disciplín, je to príležitosť pre získanie iného pohľadu, získanie iných poznatkov, čo ocenili informanti bez ohľadu na profesiu. Poznanie pohľadu inej disciplíny a čerpanie poznatkov z nich je dôležité na prenos do vzdelávacieho procesu, intervencie, rehabilitácie, terapie. Dôležité je, že sa informanti týmto spôsobom snažia konať. Nielen prijímajú vedomosti iných, ale snažia sa ich v rámci svojich kompetencií implementovať do činností, ktoré vykonávajú. Využívanie poznatkov rehabilitačného pracovníka na efektívnu realizáciu hodín zdravotnej telesnej výchovy, vplyv aktuálneho stavu žiaka na vzdelávanie, motorické hľadisko pri tvorbe a výbere systému AAK..., využitie poznatkov logopéda na ďalšiu prácu počas vyučovania v predmete RKS a nadviazanie na túto prácu. Jednotliví členovia tímu sú si vzájomne potrební, čo sa preukázalo aj vo výskumnom šetrení. Špeciálny pedagóg potrebuje logopéda, rehabilitačného pracovníka, liečebného pedagóga, možno psychológa a naopak rehabilitačný pracovník potrebuje poznatky špeciálneho pedagóga, rovnako tak logopéd potrebuje poznatky špeciálneho pedagóga alebo psychológa pri realizácii intervencie a tak isto liečebný pedagóg na efektívnu realizáciu terapeutickej podpory potrebuje poznatky rehabilitačného pracovníka, logopéda, psychológa. Významným faktorom je aj to, že sa všetci členovia tímu vzájomne rešpektujú, sú si vedomí dôležitosti ostatných pre efektívnu podporu žiaka a považujú sa za rovnocenných partnerov.

### **VO 5: Ktoré faktory posilňujú/zabraňujú lepšej tímovej spolupráci?**

Tímová spolupráca ako taká je na dobrej úrovni - ak berieme do úvahy komunikáciu medzi jednotlivými odborníkmi (tí, ktorí sú zamestnancami škôl), vzájomné sprostredkovanie informácií, delenie sa o poznatky a skúsenosti, vzájomné usmerňovanie a rady, schopnosť stretnúť sa a konzultovať potrebné záležitosti. Toto hodnotili informanti pozitívne a prejavovali spokojnosť s aktuálnym stavom. Dobrej tímovej spolupráci sú ale kladené iné prekážky, ktoré jednotliví odborníci vnímajú. Ide najmä o personálne zabezpečenie a samotnú prítomnosť niektorých odborníkov. Ak niektorý z nich chýba alebo ak chýbajú viacerí, logickým vyústením je, že spolupráca nebude fungovať, pretože nie je s kým spolupracovať. Ako problematické sa javí najmä chýbanie logopéda a absencia rehabilitačného pracovníka, prípadne chýbajúci asistent učiteľa. Ako závažnejší problém vidíme aj fakt, ak daný odborník na škole je, ale starostlivosť žiakom s ťažkým a viacnásobným postihnutím neposkytuje. Pretože čím je postihnutie závažnejšie, tým viac odborníkov je potrebných

a tým intenzívnejšia starostlivosť by sa žiadala. Ďalší problém, ktorý brzdí spoluprácu, vnímajú informanti u rodičov žiakov s ťažkým a viacnásobným postihnutím. Považujú ich za dôležitých a rovnocenných partnerov, ale ich aktivita, plnenie pokynov, prípadne záujem a mieru spolupráce hodnotia ako nedostatočnú. Takýto prístup potom spomaľuje prácu odborníkov a zároveň sa prejaví aj na žiakovi, ktorý nenapreduje tak, ako by mohol. Nízka angažovanosť a záujem rodičov je odrazom ich rezignácie, preťaženia starostlivosťou o svoje dieťa, neprimeraných očakávaní... Odráža aj ich prístup k školskej dochádzke ako takej, ktorú potom môžu vnímať ako niečo, čo musia urobiť, aby rešpektovali zákon. Tímovú spoluprácu sťažuje aj prístup lekárov a ich informovanosť o špeciálnopedagogických aspektoch podpory dieťaťa s ťažkým a viacnásobným postihnutím, čo môže negatívne ovplyvniť vnímanie úlohy školy a potreby komplexnej podpory. Problémom je aj nejasná legislatíva, jej požiadavky a reálne požiadavky praxe a možnosti, ktoré škola v tejto oblasti má, čo sa týka personálneho zabezpečenia. Ako najmenej závažný problém sa ukázal nedostatok času na stretnutie a konzultovanie s ostatnými odborníkmi, s čím má problém minimum informantov.

Tieto problémy je možné riešiť získaním jednotlivých odborníkov, ktorí sa budú môcť podieľať na edukačnom procese a zároveň budú pre špeciálneho pedagóga a ostatných partnerom a súčasťou tímu. Východiskom je napríklad zriadenie centra špeciálnopedagogického poradenstva, ktoré potom umožní získať niektorých odborníkov a zastreší ich činnosť. Rovnako posilnenie alebo rozšírenie počtu asistentov by bolo vítanou pomocou najmä pre špeciálnych pedagógov. Toto však skôr pomôže riešiť priebeh samotného edukačného procesu ako tímovú spoluprácu. Lepšiemu interdisciplinárnemu prístupu by pomohlo aj získanie iného odborného personálu, ktorý sa špecializuje na niektorú z terapií. Bol by prínosom nielen pre edukačný proces, ale aj pre samotných odborníkov, ktorí by dokázali čerpať z jeho poznatkov a ešte lepšie prepojiť vzdelávanie a terapeutické prvky alebo terapiu v plnom rozsahu. Veľmi dôležitým zistením je potreba doplnenia poznatkov z iných disciplín. Týka sa to najmä odborníkov, ktorí pôsobia v oblasti zdravotníctva a prichádzajú do kontaktu s deťmi s ťažkým a viacnásobným postihnutím. Žiadala by sa ich lepšia informovanosť a poznatky o ich špeciálnych výchovno-vzdelávacích potrebách, o prístupoch k týmto deťom. Nielen ich poznanie z hľadiska medicínskeho. Pomohlo by to aj k zlepšeniu spolupráce so samotnými školami a zvýšeniu vzájomnej dôvery a chápaniu významu a dôležitosti pedagogických a odborných zamestnancov, ktorí sa dokážu

nemalou mierou pričiniť o rozvoj a napredovanie týchto žiakov. Niektorí informanti priestor na zlepšenie spolupráce vidia v možnosti poskytnúť nejakú formu podpory rodičom alebo ich odľahčenie od celodennej starostlivosti tým, že by bola poskytnutá dlhšia aj popoludňajšia starostlivosť, či už v škole samotnej alebo v inej inštitúcii. Pomohlo by sa nielen samotným žiakom, ale aj ich rodičom. Aby sa mali kde stretávať a vymieňať si potrebné informácie medzi sebou. Sme názoru, že ak by boli rodičia menej zaťažení a unavení starostlivosťou o svoje dieťa, mohlo by to pozitívne ovplyvniť aj ich vlastnú aktivitu, iniciatívu a záujem o priebeh, proces a výsledky edukačného procesu.

Potreba lepšieho personálneho zabezpečenia je intenzívnejšie vnímaná tam, kde nie je takýto interdisciplinárny tím ako na školách, kde sa takýto tím nachádza, aj keď nie v kompletnom zložení.

## **VO 6: Ako tímová spolupráca a účasť rôznych odborníkov ovplyvňuje vyučovací proces (organizačná a metodická stránka vyučovania)?**

Možno jednoznačne povedať, že množstvo odborníkov a ich vzájomná spolupráca sa odráža na kvalite výchovno-vzdelávacieho procesu žiakov s ťažkým a viacnásobným postihnutím a má naň pozitívny dopad. Už len samotná prítomnosť jednotlivých odborníkov (asistent učiteľa, logopéd, rehabilitačný pracovník, liečebný pedagóg) a ich podieľanie sa na podpore týchto žiakov rozširuje možnosti a dáva priestor na uplatnenie komplexnej podpory, ktorú si vyžadujú. Prítomnosť asistenta učiteľa v danej triede umožňuje lepšie organizovať prácu špeciálneho pedagóga, viac individualizovať prácu so žiakom a naplniť požiadavku individuálneho prístupu k nemu. Získava sa viac času na prácu s jednotlivými žiakmi a tiež sa zjednodušuje ich zapojenie do aktivít v triede alebo možnosť realizovať aj iné organizačné formy vyučovania ako sú napríklad vychádzky. Tiež sme zistili určitú súvislosť medzi prítomnosťou asistenta učiteľa a formou vzdelávania žiakov. Tam, kde je asistent učiteľa prítomný sa väčšina žiakov vzdeláva dennou formou (vzdelávanie každý deň po 4 hodiny). Len malá časť žiakov (vždy jeden alebo dvaja v triede) bola vzdelávaná individuálne alebo oslobodená od povinnosti dochádzať do školy. V triedach, kde asistent učiteľa nebol k dispozícii sa naopak každý žiak vzdelával individuálnou formou (rozsah školskej dochádzky mal každý upravený inak).

Práca ostatných odborníkov (asistenta, logopéda, rehabilitačného pracovníka aj liečebného pedagóga) otvorila žiakom ďalšie možnosti podpory a stimulácie a sprístupnila sa im širšia škála podporných metód, a tiež umožňuje pravidelné intervencie či už logopedickú intervenciu, rehabilitáciu alebo terapiu.

Priamo zo spolupráce odborníkov vzišla implementácia nových metód do vzdelávacieho procesu alebo došlo k rozšíreniu uplatnenia už zaužívaných metód. Ako príklad môžeme uviesť aplikáciu prvkov senzorickej integrácie, ktoré sa do vzdelávania implementovali vďaka spolupráci špeciálneho pedagóga a rehabilitačného pracovníka alebo rozšírenie uplatnenia koncepcie Snoezelen na základe spolupráce špeciálneho a liečebného pedagóga. Vďaka tímovej spolupráci sa špeciálnym pedagógom lepšie darí skĺbiť alebo prenášať prvky terapie alebo rehabilitácie do vzdelávacieho procesu. Významný faktor je aj transfer poznatkov najmä logopéda, rehabilitačného pracovníka a ďalších odborníkov a ich priame uplatnenie vo vzdelávacom procese, možnosť nadviazať na prácu iného odborníka a celkovo zefektívniť proces vzdelávania a podpory žiakov s ťažkým a viacnásobným postihnutím. Pokiaľ chýba podpora ostatných odborníkov, špeciálny pedagóg zostáva sám a na ňom stojí celá ťarcha vzdelávania týchto žiakov. Má oklieštené možnosti práce, u žiakov nie je uplatnená tak široká škála metód a musí sa opierať hlavne o pedagogické metódy alebo niektoré iné podporné metódy, na ktoré má vedomosti a kompetencie.

## **5.2 Odporúčania pre teóriu, prax a ďalší výskum**

Z výskumného šetrenia vzišlo niekoľko problémov, ktorým by mala byť venovaná pozornosť a mali by sa hľadať východiská na ich riešenie. Sformulované sú odporúčania, kde by mala iniciatíva vzišť zo strany zástupcov vedenia škôl a niektoré námety, ktoré je potrebné riešiť na vyšších miestach ako medzi samotnými pedagogickými a odbornými zamestnancami.

Posilniť záujem a iniciatívu rodičov o aktívnu spoluprácu pri výchove a vzdelávaní svojich detí. Časť rodičov sa síce snaží a je aktívna smerom k výchove a vzdelávaniu a prejavuje záujem o priebeh a pokroky, ale u časti rodičov tento záujem absentuje.

Zlepšiť informovanosť lekárov o význame edukácie žiakov s ťažkým a viacnásobným postihnutím, o ich špeciálnych výchovno-vzdelávacích potrebách a o možnostiach ich ďalšej podpory. Pri odporúčaní formy a rozsahu školskej dochádzky odporúčame vychádzať aj z poznatkov iných odborníkov (špeciálneho pedagóga, psychológa), nielen zo zdravotného záznamu žiaka.

Zaistiť potrebných odborníkov (rehabilitačný pracovník, logopéd, asistent), pokiaľ nie sú na škole prítomní.



Ujasnenie a zjednotenie legislatívy, aby nedochádzalo k rozporom v povinnom personálnom zabezpečení a reálnym možnostiam škôl toto povinné personálne zabezpečenie mať. Napríklad štátny vzdelávací program a reálne možnosti školy mať všetkých odborníkov. Legislatíva by sa mala aj ujasniť, aby nedochádzalo k rôznym interpretáciám a pokynom pre vedenie škôl. Ako príklad uvádzame odlišné podmienky na zamestnanie rehabilitačného pracovníka, ktoré sme uviedli vo výskumnom šetrení.

Zapojiť aj ďalší odborný personál, ktorý sa špecializuje na rôzne formy terapií a má k nim príslušné vzdelanie a kompetencie.

Viac zapájať logopédov, aby sa aktívne podieľali na edukácii a podpore aj žiakov s ťažkým a viacnásobným postihnutím. Logopedická intervencia má opodstatnenie aj u tejto skupiny, či už prostredníctvom budovania elementárnych foriem komunikácie, alebo aspoň základnej stimulácie v oblasti oromotoriky.

Posilniť interdisciplinárne poznatky u jednotlivých odborníkov.

Posilnenie úlohy psychológa ako poradcu a konzultanta. Jeho úlohu vidíme nielen v poradnej funkcii jednotlivým odborníkom, ale aj pre rodičov žiakov.

Uskutočnené výskumné šetrenie poskytlo náhľad do problematiky personálneho zabezpečenia a interdisciplinárneho prístupu vo vzdelávaní žiakov s ťažkým a viacnásobným postihnutím. Do úvahy boli brané pohľady jednotlivých odborníkov, ktorí sa priamo podieľajú na vzdelávaní a podpore týchto žiakov. Z dôvodu použitého kvalitatívneho designu nie je možné výsledky generalizovať a platia len pre daných informantov a školy. Aby sme dosiahli ešte hlbší a komplexnejší náhľad na túto problematiku, bolo by vhodné ďalší výskum rozšíriť a doplniť.

Navrhujeme nasledujúce odporúčania:

Rozšíriť výskumnú vzorku o ďalšie špeciálne základné školy, aby sme hľadali ďalšie zhody, prípadne odlišnosti. Bolo by vhodné zapojiť špeciálne základné školy z iných krajov ako tých, ktoré boli zastúpené v našom výskumnom šetrení. Mohli by sme zistiť, či sú rovnaké alebo odlišné podmienky pre personálne zabezpečenie ako podmienky pre interdisciplinárnu spoluprácu.

Zistiť pohľad rodiča ako rovnocenného partnera a člena tímu, vnímanie vlastného postavenia, miera jeho informovanosti o priebehu podpory svojho dieťaťa, vnímanie ostatných odborníkov, potenciálne zistenie determinantov,

ktoré ovplyvňujú jeho záujem a angažovanosť v edukačnom procese svojho dieťaťa.

Bližšie preskúmať reálnu úlohu a význam psychológa v rámci edukácie a podpory žiakov s ťažkým a viacnásobným postihnutím a jeho postavenie v rámci interdisciplinárneho tímu, jeho potreby. Zisťované by to malo byť z jeho pohľadu. Vychádzame z faktu, že psychológ patrí k povinnému personálnemu zabezpečeniu aj vo vzdelávaní žiakov s ťažkým alebo hlbokým mentálnym postihnutím a viacnásobným postihnutím. Aj keď, ako bolo zistené z výskumného šetrenia, jeho podiel na edukácii a podpore je minimálny, a jeho pomoc využívajú len dvaja informanti.

## ZÁVER

Predkladaná vedecká monografia sa zameriava na jednotlivé prístupy v rámci komplexnej podpory a edukácie detí a žiakov s viacnásobným postihnutím. Sumarizuje aktuálny stav poznania v rámci využívania jednotlivých špeciálnopedagogických, intervenčných, terapeutických, rehabilitačných prístupov a ďalších nemetodických aspektov komplexnej podpory a edukácie detí a žiakov s viacnásobným postihnutím. Analyzuje jeden z determinantov komplexnej podpory, ktorým je interdisciplinárny prístup a spolupráce.

V prvej kapitole bola venovaná pozornosť vymedzeniu základnej terminológie v vzťahov týkajúcich sa osôb s viacnásobným postihnutím, ťažkým a viacnásobným postihnutím a tiež vybraných skupinám diagnóz, ktoré podmieňujú vznik viacnásobného postihnutia rleznej závažnosti.

Druhá kapitola bola zameraná na prezentovanie aktuálneho stavu poznania v aplikácie rôznych prístupov v podpore a edukácii detí a žiakov s viacnásobným postihnutím. Poskytuje prehľad jednotlivých programov a prístupov s ohľadom na jednotlivé oblasti fungovania, vrátane liečebnej rehabilitácie.

Tretia kapitola bola zameraná na ostatné aspekty podpory, ktoré ovplyvňujú a podmieňujú celkovú kvalitu podpory a edukácie týchto detí a žiakov. Pozornosť bola venovaná organizačnej stránke edukačného procesu, personálnemu zabezpečeniu a interdisciplinárnej spolupráci a tiež materiálnemu zabezpečeniu.

Súčasťou monografie bol výskumný projekt, ktorý bol realizovaný kvalitatívnou výskumnou stratégiou a bol zameraný na úroveň personálneho zabezpečenia a interdisciplinárneho prístupu v edukačnom procese žiakov s ťažkým a viacnásobným postihnutím z pohľadu jednotlivých odborníkov. Bolo realizované prostredníctvom pološtruktúrovaných rozhovorov s jednotlivými odborníkmi, ktorí boli na škole k dispozícii a podieľali sa na edukačnom procese. Išlo o špeciálnych pedagógov, asistentov, logopédov, rehabilitačného pracovníka, liečebného pedagóga a zástupcov vedenia škôl. Zameriavali sme sa na zastúpenie jednotlivých pedagogických situácií (pedagogických a odborných činností), metód a rôznych pedagogických a odborných činností v edukácii aj z pohľadu jednotlivých odborníkov.

Zisťovali sme spôsoby spolupráce a komunikácie medzi jednotlivými odborníkmi a ich hodnotenie spolupráce s rodičom, ktorý by mal byť považovaný za člena tímu. Ďalej sme skúmali dopady tímovej spolupráce a personálneho zabezpečenia pre žiaka a jeho progres, pre odborníkov samotných a tiež dopad na edukačný proces ako taký: jeho obsahovú, organizačnú a metodickú stránku. Zisťovali sme aj prekážky a príležitosti pre tímovú spoluprácu. Zistili sme, že zastúpenie jednotlivých pedagogických situácií sa odvíja práve od prítomnosti a priameho zapojenia jednotlivých odborníkov. Ak odborníci chýbajú nemôže byť zaistené napríklad rehabilitácia, intervencia alebo využívanie niektorých metód. Ukázalo sa, že v jednom prípade to výrazne ovplyvňuje aj rozsah školskej dochádzky žiakov a dĺžku ich pobytu v škole. Využíva sa široká škála metód, niektoré sú predmetom činnosti jedného odborníka a niektoré sa prelínajú a prekrývajú, ak ich využívajú viacerí odborníci. Tu sa môže líšiť spôsob a prístup v ich využívaní. Pozitívne hodnotíme vzájomnú spoluprácu a komunikáciu medzi jednotlivými členmi tímu a snahu sprostredkovať si informácie promptne a vzájomne sa usmerňovať a obohacovať. Pretože každý má iné odborné poznatky a kompetencie a môže ostatným byť nápomocný pri zefektívnení práce so žiakom. Pozitívne je vnímaný rodič z hľadiska jeho postavenia, je vnímaný ako rovnocenný partner. Problematicky však môže byť vnímaná jeho iniciatíva, aktivita a záujem o výsledky žiaka, ktorá je hodnotená ako nie dostatočná. To je jeden z problémov, ktoré odborníci vidia v tímovej spolupráci. Ako problematické je vnímané skôr personálne zaistenie a prítomnosť jednotlivých odborníkov (najmä fyzioterapeuta) na škole, než ako nedostatok času alebo nedostatočná komunikácia. Ďalšie problémy sú vnímané v oblasti legislatívy a prístupu lekárov. Ako príležitosti pre zlepšenie sú vnímané: zaistenie odborníkov, pomoc rodičom, čo by mohlo pozitívne ovplyvniť ich prístup alebo zlepšenie poznatkov z iných disciplín. Tímová spolupráca je hodnotená veľmi pozitívne vo všetkých troch oblastiach. Profituje z nej žiak, ktorému je poskytnutá komplexná podpora, má prístup k rôznym metódam práce, môže sa lepšie rozvíjať. Odborníci si cenia najmä informácie, poznatky ostatných, vzájomnú pomoc a získanie poznatkov z iných disciplín. Tímová spolupráca pozitívne ovplyvňuje aj samotný edukačný proces, keď sa môžu implementovať nové metódy práce alebo rozšíriť ich využívanie, dochádza k zefektívneniu práce, lepšej individualizácii a ostáva viac času pre jednotlivých žiakov. Taktiež dochádza k skĺbeniu edukácie a terapie, edukácie a rehabilitácie alebo edukácie a intervencie.

## 6 RESUME

The presented scientific monograph focuses on individual approaches within the complex support and education of children and pupils with multiple disabilities. It summarizes the current state of knowledge in the use of individual special educational, intervention, therapeutic, rehabilitation approaches and other non-methodical aspects of complex support and education of children and students with multiple disabilities. It analyzes one of the determinants of complex support, which is an interdisciplinary approach and cooperation.

In the first chapter, attention was paid to the definition of the basic terminology in relations related to persons with multiple disabilities, severe and multiple disabilities, and also to selected groups of diagnoses that condition the emergence of multiple disabilities of varying severity.

The second chapter was focused on presenting the current state of knowledge in the application of various approaches in the support and education of children and pupils with multiple disabilities. It provides an overview of individual programs and approaches with regard to individual areas of functioning, including medical rehabilitation.

The third chapter was focused on other aspects of support that influence and condition the overall quality of support and education of these children and pupils. Attention was paid to the organizational side of the educational process, personnel provision and interdisciplinary cooperation, as well as material provision.

Part of the monograph was a research project that was implemented with a qualitative research strategy and was focused on the level of staffing and interdisciplinary approach in the educational process of students with severe and multiple disabilities from the point of view of individual experts. It was carried out through semi-structured interviews with the experts who were available at the school and participated in the educational process. These were special educators, teaching assistants, speech therapists, physical therapists, remedial educator and representatives of school management. We focused on the representation of individual educational situations (pedagogical and professional activities), methods and various pedagogical and professional activities in education from the point of view of individual experts. We investigated the ways of cooperation and communication between individual experts and their

assessment of cooperation with the parent, who should be considered a member of the team. Furthermore, we examined the impact of team cooperation and staffing for the student and his progress, for the experts themselves, and also the impact on the educational process as such: its content, organizational and methodological aspects. We also investigated obstacles and opportunities for teamwork. We found that the representation of individual educational situations depends precisely on the presence and direct involvement of individual experts. If there are no experts, rehabilitation, intervention or the use of certain methods cannot be ensured, for example. It turned out that in one case it also significantly affects the extent of school attendance of pupils and the length of their stay at school. A wide variety of methods are used, some are the subject of a single expert and some overlap if used by several experts. Here, the method and approach to their use may differ. We positively evaluate the mutual cooperation and communication between individual team members and the effort to convey information promptly and guide and enrich each other. Because everyone has different professional knowledge and competences and can be helpful to others in making work with students more efficient. The parent is perceived positively in terms of his status, he is perceived as an equal partner. However, his initiative, activity and interest in the student's results can be perceived as problematic, which is assessed as not sufficient. This is one of the problems that experts see in teamwork. Staffing and the presence of individual experts (especially a physiotherapist) at the school are perceived as problematic rather than a lack of time or insufficient communication. Other problems are perceived in the field of legislation and the approach of doctors. Opportunities for improvement are perceived as: securing experts, helping parents, which could positively influence their approach or improve knowledge from other disciplines. Team cooperation is evaluated very positively in all three areas. The student benefits from it, who is provided with comprehensive support, has access to various work methods, and can develop better. Experts especially value information, the knowledge of others, mutual help and the acquisition of knowledge from other disciplines. Team cooperation also positively affects the educational process itself, when new work methods can be implemented or their use expanded, work becomes more efficient, individualization is better, and more time remains for individual students. There is also a combination of education and therapy, education and rehabilitation or education and intervention.

## REFERENCIE

- ADAMUS, P., FRANIOK, P., KALEJA, M., ZEZULKOVÁ, E. *Vzdělávací strategie v edukaci vybraných skupin žáků se speciálními vzdělávacími potřebami*. Ostrava: Ostravská univerzita, 2015. 131 s. ISBN 978-80-7464798-7.
- AIRD, R. *The Education and Care of Children with Severe, Profound and Multiple Learning Difficulties*. New York: Routledge, 2012. 132 p. ISBN 1-85346-708-1.
- American association of intellectual and developmental disabilities. *Definition of intellectual disability*. [online]. [citované dňa: 12-10-2014]. Dostupné na www: [http://www.aidd.org/content\\_100.cfm?navID=21](http://www.aidd.org/content_100.cfm?navID=21)
- American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. 5th. Edition. Arlington, VA: American Psychiatric Association, 2013. 947 p. ISBN 978-0-89042-554-1.
- AYRES, J. *Sensory integration and the child. Understanding hidden sensory challenges*. 25th Anniversary Edition. Los Angeles, California: Western Psychological Services, 2005. 211 p. ISBN 978-0-87424-437-3.
- BARTOŇOVÁ, M. VÍTKOVÁ, M. et al. *Intervence v inkluzivní edukaci dětí, žáků a studentů se zdravotním postižením a jejich pracovní uplatnění*. Brno: Masarykova univerzita, 2013. 364 s. ISBN 978-80-210-6515-4.
- BAZALOVÁ, B. *Poruchy autistického spektra: teorie, výzkum, zahraniční zkušenosti*. 1. vyd. Brno: Masarykova univerzita, 2011, 247 s. ISBN 978-80-210-5781-4.
- BAZALOVÁ, B. *Poruchy autistického spektra: v kontextu české psychopedie*. 1. vyd. Brno: Masarykova univerzita, 2012, 278 s. ISBN 978-80-210-5930-6.
- BAZALOVÁ, B. *Dítě s mentálním postižením a podpora jeho vývoje*. Praha: Portál, 2014. 183 s. ISBN 978-80-262-0693-4.
- BECHSTEIN, M. *Sensorische Integration*. [online]. 2010. [citované dňa: 23-05-2016] Dostupné na www: [http://www.mbechstein.de/moto/index\\_frameset\\_motopaedie.htm](http://www.mbechstein.de/moto/index_frameset_motopaedie.htm)

- BENDOVÁ, P., JEŘÁBKOVÁ, K. RŮŽIČKOVÁ, V. *Kompenzační pomůcky pro osoby se specifickými potřebami*. Olomouc: Univerzita Palackého, 2006. 104 s. ISBN 80-244-1436-8.
- BENDOVÁ, P., ZIKL, P. *Dítě s mentálním postižením ve škole*. Praha: Grada, 2011. 140 s. ISBN 978-80-247-3854-3.
- BERGEEEST, H., BOENISCH, J., DAUT, V. *Körperbehindertenpädagogik*. 4. Aufl. Bad Heilbrunn: Klinkhardt, 2011. 368 S. ISBN 978-3-8252-3478-2.
- BERNASCONI, T., BÖING, U. *Pädagogik bei schwerer und mehrfacher Behinderung*. Stuttgart: Kohlhammer, 2015. 289 S. ISBN 978-3-17-023436-9.
- BOGDASHINA, O. *Sensory perceptual issues in autism and Asperger syndrome: different sensory experiences, different perceptual worlds*. London: Jessica Kingsley, 2003, 217 p. ISBN 1-84310-166-1.
- BORCHARDT, K., BORCHARDT, D., KOHLER, J., KRADOLFER, F. *Sensorische Verarbeitungsstörung. Theorie und Therapie der Sensorischen Integration*. Idstein: Schulz-Kirchner Verlag, 2005. 455 S. ISBN 978-3-8248-0435-1.
- BUNDY, A. C., LANE, S. J., MURRAY, E. A. *Sensorische Integrationstherapie – Theorie und Praxis*. 3. Aufl. Heidelberg: Springer, 2007. 536 S. ISBN 978-3-540-33063-9.
- CANNELLA-MALONE, H. et al. *Using the Picture Exchange Communication System to Increase the Social Communication of Two Individuals with Severe Developmental Disabilities*. In *Journal of Developmental & Physical Disabilities*. Springer, vol. 22, no. 2, 2010. p. 149-163. ISSN 1056-263X.
- CARTWRIGHT, C., WIND-COWIE, S. *Profound Multiple Learning Difficulties*. London: Continuum International Publishing, 2005. 115 p. ISBN 0-8264-7836-0.
- CASTILLO-MORALES, R. *Orofaciální regulační terapie: metoda reflexní terapie pro oblast úst a obličeje*. Praha: Portál, 2006. 183 s. ISBN 80-7367-105-0.
- Center for Disease Control and Prevention. [online] [citované dňa:20-09-2020] Dostupné na www: <https://www.cdc.gov/ncbddd/autism/data.html>



- CONNOLLY, B. H., MONTGOMERY, P. C. ed. *Therapeutic Exercise in Developmental Disabilities*. 3rd. edition. New Jersey: SLACK Incorporated, 2005. 547 p. ISBN 978-1556426247.
- DAMMEYER, J. *Mental and behavioral disorders among people with congenital deafblindness*. In *Research in Developmental Disabilities*. London : Elsevier, Vol. 32, no. 2. 2011. p. 571-575. ISSN 0891-4222.
- DAMMEYER, J. *Development and characteristics of children with Usher syndrome and CHARGE syndrome*. In *International Journal of Pediatric Otorhinolaryngology*. London: Elsevier, Vol. 76, no. 9, 2012. p. 1292-1296. ISSN 0165-5876.
- DAMMEYER, J. *Symptoms of autism among children with congenital deafblindness*. In *Journal of Autism and Developmental Disorders*. New York: Springer, vol. 44, no. 5, 2014. p. 1095-1102. ISSN: 1573-3432.
- DAN, B. et al. *Cerebral Palsy : Science and Clinical Practice*. London: Mac Keith Press, 2014. 692 p. ISBN 9781909962385.
- EMMONS, P. G., ANDERSSON, L. M. *Understanding Sensory Dysfunction Learning, Development and Sensory Dysfunction in Autism Spectrum Disorders, ADHD, Learning Disabilities and Bipolar Disorder*. London: Jessica Kingsley Publishers, 2005. 175 p. ISBN 978-1-84310-806-1.
- Európsky dohovor o ľudských právach*. [online]. 2010. [citované dňa: 22-03-2013] Dostupné na www:  
[http://www.echr.coe.int/NR/rdonlyres/5989ED6B-D455-48DE-A143-4F7491582C98/0/Convention\\_SLK.pdf](http://www.echr.coe.int/NR/rdonlyres/5989ED6B-D455-48DE-A143-4F7491582C98/0/Convention_SLK.pdf)
- FILATOVÁ, R., JANKŮ, K. *Snoezelen*. Ostrava: Kleinwächter, 2010. 111 s. ISBN 978-80-260-0115-7.
- FIRTH, G., BERRY, R., IRVINE, C. *Understanding Intensive Interaction : Context and Concepts for Professionals and Families*. London: Jessica Kingsley Publishers, 2010. 240 p. ISBN 9780857003591.
- FORNEFELD, B. (Hg.) *Menschen mit komplexer Behinderung. Selbstverständnis und Aufgaben der Behindertenpädagogik*. München: Ernst Reinhardt verlag, 2008. 211 S. ISBN 978-3-497-01984-7.

- FOWLER, S. *Multisensory Rooms and Environments. Controlled Sensory Experiences for People with Profound and Multiple Disabilities*. London: Jessica Kingsley Publishers, 2008. 256 p. ISBN 978-1-84310-462-9.
- FRANIOK, P. *Vzdělávání osob s mentálním postižením: (inkluzivní vzdělávání s přihlédnutím k žákům s mentálním postižením)*. 3. dopl. vyd. Ostrava: Ostravská univerzita v Ostravě, Pedagogická fakulta, 2008. 142 s. ISBN 9788073686222.
- FRANKI, I. et al. *The evidence-base for conceptual approaches and additional therapies targeting lower limb function in children with cerebral palsy: a systematic review using the ICF as a framework*. In *Journal of rehabilitation Medicine*. Foundation for Rehabilitation Information, Vol. 44, no. 5. p. 396 - 405. ISSN 1651-2081.
- FRIEDLOVÁ, K. *Bazální stimulace v základní ošetrovatelské péči*. Praha: Grada, 2007. ISBN 978-80-247-1314-4.
- FRÖHLICH, A., HEINEN, N., LAMERS, W. (Hrsg.) *Schwere Behinderung in Praxis und Theorie – ein Blick zurück und nach vorn. Texte zur Körper- und Mehrfachbehinderntenpädagogik*. Düsseldorf : Verlag Selbstbestimmtes Leben, 2001. 336 S. ISBN 978-3-910095-50-X.
- FRÖHLICH, A. *Basale Stimulation – das Konzept*. 1. Aufl. Düsseldorf: Verlag Selbstbestimmtes Leben, 2003. 320 S. ISBN 3910095313.
- FRÖHLICH, A. HEINEN, N., KLAUSS, T., LAMERS, W. (Hgg.). *Schwere und mehrfache Behinderung – Interdisziplinär*. Oberhausen: ATHENA Verlag, 2011. 391 S. ISBN 978-3-89896-338-1.
- GOGOVÁ, T., HARČARÍKOVÁ, T., KRAJČI, P., NÉMETH, O. *Pedagogika telesne postihnutých, chorých a zdravotne oslabených raného a predškolského veku*. Bratislava: IRIS, 2013. 190 s. ISBN 978-80-89238-82-8.
- GOGOVÁ, T., KASTELOVÁ, A. PREČUCHOVÁ-ŠTEFANOVIČOVÁ, A., ŠULOVSKÁ, M., VANČOVÁ, A. *Pedagogika mentálne a viacnásobne postihnutých raného a predškolského veku*. Bratislava: IRIS, 2013. 244 s. 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. 610 p. ISBN 0205444210.
- HANÁK, P. a kol. *Zkušenosti z aplikace nových metod práce při vzdělávání žáků se speciálními vzdělávacími potřebami*. Brno: COPRINT, 2011. 131 s. ISBN 9788025400228
- HARČARÍKOVÁ, T. *Pedagogika telesne postihnutých*. Bratislava: IRIS, 2011. 187 s. ISBN 978-8089238-57-6.
- HAUPT, U. *Wie Lernen Beginnt. Grundfragen der Entwicklung und Förderung schwer behinderter Kinder*. Stuttgart: Kohlhammer, 2006. 229 S. ISBN 978-3-17-019313-0..
- HEWETT, D. *Do Touch: Physical contact and people who have severe, profound and multiple learning difficulties*. In Support for Learning. London:Wiley, vol. 22, no. 3, 2007. p. 116-123. ISSN 1467-9604.
- HINCHCLIFFE, A. *Children with cerebral palsy. A manual for therapists, parents and community workers*. London: SAGE, 2007. 257 p. ISBN 978-0-7619-3560-5.
- HOEVENAARS-VAN DEN BOOM, M. A. et al. *Differentiating characteristics of deafblindness and autism in people with congenital deafblindness and profound intellectual disability*. In Journal of Intellectual Disability Research. Wiley Interscience, Vol. 53, no. 6, p. 548-558. ISSN: 09642633.
- HORÁKOVÁ, R. *Sluchové postižení: úvod do surdopedie*. Vyd. 1. Praha: Portál, 2012, 159 s. ISBN 978-80-262-0084-0.
- HRČOVÁ, J. *Raná intervencia u dieťaťa s mentálnym a viacnásobným postihnutím*. Diplomová práca. Brno : Masarykova univerzita, 2012. 97 s.
- HRČOVÁ, J. *Senzorická integrácia ako jedna z alternatívnych intervencií u detí s poruchou autistického spektra*. In Sociální služby. roč. 16, č. 4. 2014. s. 16-19. ISSN 1803-7348.
- HREBEŇÁROVÁ, L. *Vybrané aspekty edukácie žiakov s ťažkým a hlbokým mentálnym postihnutím*. Prešov: Prešovská univerzita, 2013. 219 s. ISBN 978-80-555-0956.

- HREBEŇÁROVÁ, L., PINČÁKOVÁ, M. eds. *Praktické skúsenosti s aplikáciou nových metód a postupov v edukácii žiakov s mentálnym postihnutím*. Prešov : Prohu, 2012. 137 s. ISBN 978-80-89535-09-5.
- HULSEGG, J., VERHEUL, A. *Snoezelen – eine andere Welt*. 6. Auflage. Marburg/Lahn: Lebenshilfe-Verlag, 1997. 195 S. ISBN 3-88617-091-8.
- Charta základných práv Európskej únie*. [online]. 2000. [citované dňa: 22-03-2013] Dostupné na www: <http://eurlex.europa.eu/sk/treaties/dat/32007X1214/hm/C2007303SK.01000101.htm>
- IMRAY, P., HINCHLIFFE, V. *Curricula for Teaching Children and Young People with Severe or Profound Multiple Learning Difficulties: Practical strategies for educational professionals*. New York: Routledge, 2014. 286 p. ISBN 978-315-88329-8.
- International Classification of Functioning, Disability and Health* [online] 2001. [citované dňa 01-10-2015]. dostupné na www: [http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/42417/1/9241545445\\_eng.pdf](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/42417/1/9241545445_eng.pdf)
- ISAKSEN, J. et al. *Review article: Autism Spectrum Disorders – Are they really epidemic?* In *European Journal of Paediatric Neurology*. London: Elsevier, vol. 17, no. 4, 2013. p. 327-333. ISSN 1090-3798.
- JANKOVSKÝ, J. *Ucelená rehabilitace dětí s telesným a kombinovaným postihnutím: somatopedická a psychologická hľadiska*. 2. vyd. Praha: Triton, 2006. 173 s. ISBN 80-7254-730-5.
- JANZ F. *Interprofessionelle Kooperation in Klassenteams von Schülerinnen und Schülern mit schweren und mehrfachen Behinderungen. Eine Empirische Untersuchung in Baden-Württemberg*. Dissertation. Heidelberg: Pädagogische Hochschule, 2006. 388 S.
- JANOVCOVÁ, Z. *Alternativní a augmentativní komunikace*. Brno: Masarykova univerzita, 2010. 52 s. ISBN 978-80-210-5186-7.
- JONES, C. J. *Evaluation and Programming for Students with Deafblindness and Severe Disabilities*. Springfield : Charles C. Thomas Publisher, 2002. 265 p. ISBN 0-398-07216-7.
- JONES, M. C. et al. *Behavioral and Psychosocial Outcomes of a 16-Week Rebound Therapy-Based Exercise Program for People with Profound*

*Intellectual Disabilities*. In *Journal of Policy and Practice in Intellectual Disabilities*. Wiley, vol. 4, no. 2, 2007. p. 111-119. ISSN 1741-1122.

KARÁSKOVÁ, V. DLUZEWSKA-MARTYNIENEC, W. *Pohybový program Veroniky Sherborne*. [online]. 2012. [citované dňa: 30-07-2016]. Dostupné na www:

[http://www.ftk.upol.cz/katedry/apa/esf\\_2\\_2\\_0/index\\_metodmat.html](http://www.ftk.upol.cz/katedry/apa/esf_2_2_0/index_metodmat.html)

KELLETT, M. *Jacob's journey: developing sociability and communication in a young boy with severe and complex learning difficulties using the Intensive Interaction teaching approach*. In *Journal of Research in Special Educational Needs*. Wiley, vol. 3, no. 1, 2003. p. 1-16. ISSN 1471-3802.

KLAUSS, T., LAMERS, W. (Hrsg.) *Alle Kinder alles lehren – Grundlagen der Pädagogik für Menschen mit schwerer und mehrfacher Behinderung*. Heidelberg: Universitätsverlag Winter, 2003. 342 S. ISBN 3-8253-8307-5.

KLAUSS, T., LAMERS, W., JANZ, F. *Die Teilhabe von Kindern mit schwerer und mehrfacher Behinderung an der schulischen Bildung – eine empirische Erhebung*. [online]. 2005. [citované dňa 03-06-2014]. Dostupné na www: <http://archiv.ub.uni-heidelberg.de/volltextserver/6790/>

KMEŤ, M. *Tímová spolupráca pri deťoch so špeciálnymi edukačnými potrebami a súčasná škola*. In HELLER, D., PROCHÁZKOVÁ, J., SOBOTKOVÁ, I. (ed.). *Psychologické dny 2004: Svět žen a svět mužů: polarita a vzájemné obohacování*. [citované dňa 01-06-2014]. Dostupné na www: <http://cmps.ecn.cz/pd/2004/texty/text28.html>

KOCIOVÁ, K. a kol. *Základy fyzioterapie*. Martin: Osveta, 2013. 238 s. ISBN 9788080633899.

*Koncepcia výchovy a vzdelávania detí so zdravotným postihnutím*. [online]. 2013. [citované dňa: 24-03-2013]. Dostupné na www: <http://www.minedu.sk/data/att/937.pdf>

KOVÁČOVÁ, B., VALACHOVÁ, D. eds. *Expresivita v (art)terapii II*. Ružomberok : verbum, 2019. 160 s. ISBN 978-80-561-0690-7

KOZELKOVÁ, M. *Poruchy vyšších zrakových funkcií detí s detskou mozgovou obrnou*. Trnava: Filozofická fakulta TU, 178 s. ISBN 978-83-7490-657-9.

KRAUS, J. *Dětská mozgová obrna*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2005. 344 s. ISBN 8024710188.

- LACEY, P., AHSDOWN, R., JONES, P. LAWSON, H., PIPE, M. *The Routledge Companion to Severe, Profound and Multiple Learning Difficulties*. New York: Routledge, 2015. 456 p. ISBN 978-1-315-71791-3.
- LANCIONI, G. E. et al. *PECS and VOCAs to enable students with developmental disabilities to make requests: An overview of the literature*. In *Research in developmental disabilities*. London: Elsevier, vol. 28, no. 5, 2007. p. 468-488. ISSN 0891-4222.
- LANCIONI, G. E.. et al. *Three persons with multiple disabilities accessing environmental stimuli and asking for social contact through microswitch and VOCA technology*. In *Journal of Intellectual Disability Research*. London : Wiley, vol. 32, no. 4, 2008. p. 327-336. ISSN 1365-2788.
- LAUBENSTEIN; D., LAMERS; W., HEINEN, N. (Hrsg.) *Basale Stimulation kritisch – konstruktiv*. Düsseldorf: Verlag selbstbestimmtes leben, 2007. 303 S. ISBN 3-910095-67-4.
- LELGEMANN, R. *Körperbehindertenpädagogik. Didaktik und Unterricht*. Stuttgart: Kohlhammer, 2010. 284 S. ISBN 978-3-17-021212-1.
- LEYENDECKER, CH. *Motorische Behinderungen: Grundlagen, Zusammenhänge und Förderungsmöglichkeiten*. Stuttgart: Kohlhammer, 2005. 264 S. ISBN 3-17-017274-3.
- LIPPERTOVÁ-GRÜNEROVÁ, M. *Neurorehabilitace*. Praha: Galén, 2005. 350 s. ISBN 80-7262-317-6.
- LORM. *Definice hluchoslepoty*. [online]. 2015. [citované dňa 01-10-2015]. Dostupné na www: <http://www.lorm.cz/pro-hluchoslepe/definice-hluchoslepoty/>
- LUKAČ, I. *Lekárske, pedagogické, sociálne a duchovné aspekty hluchoslepoty. Medical, pedagogical, social, and spiritual aspects of deaf-blindness*. Liptovský Mikuláš: TRANOSCIUS, 2013. 222 s. ISBN 978-80-7140-415-6.
- LUDÍKOVÁ, L. *Kombinované vady*. 1. vyd. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2005. 140 s. ISBN 8024411547.
- MALL, W. *Basale Kommunikation – Kommunikation ohne Voraussetzungen*. [online]. 2000. [citované dňa 01-04-2013]. Dostupné na www: <http://www.winfried-mall.de/pdf/bhp.pdf>

- MALL, W. *Basale Kommunikation – Sich begegnen ohne Voraussetzungen*. [online]. 2001. [citované dňa 01-04-2013]. Dostupné na www: <http://www.winfried-mall.de/pdf/begegnen.pdf>
- MALL, W. *Erleben im Austausch zu sein - Basale Kommunikation als Kommunikation ohne Voraussetzungen*. [online]. 2003. [citované dňa 01-04-2013]. Dostupné na www: [http://www.winfried-mall.de/pdf/erleben\\_austausch.pdf](http://www.winfried-mall.de/pdf/erleben_austausch.pdf)
- MATSON J. L. (ed.). *Social and behavioral skills in children*. New York: Springer, 2009. 346 p. ISBN 978-1441902337.
- MATSON, J. L. eds. *Handbook of Treatments for Autism Spectrum Disorder*. Springer, 2017. 494 p. ISBN 978-3-319-61738-1
- MATSON, J. L., STURMEY, P. (eds..) *International Handbook of Autism and Pervasive Developmental Disorders*. New Yourk: Springer, 2011. 555 p. ISBN 978-1-4419-8065-6.
- MECHLING, L. C. *Comparison of the Effects of Three Approaches on the Frequency of Stimulus Activations via a Single Switch by Students With Profound Intellectual Disabilities*. In *The Journal of Special Education*. London: Sage Publications, vol. 40, no. 2, 2006. p. 94-102. ISSN 1538-4764.
- MELLSTROM, B. P. et al. *Interaction of Behavioral State and Microswitch Use in Individuals With Profound Multiple Impairments*. In *Journal of Developmental and Physical Disabilities*. London: Springer, vol. 17, no. 1, 2005. p. 35-53 ISSN 1573-3580.
- MERTENS, K. *Snoezelen – eine Einführung in die Praxis*. Dortmund: Verlag modernes Lernen, 2003. 142 S. ISBN 3-8080-0518-1.
- MERTENS, K. *Snoezelen Anwendungsfelder in der Praxis*. Dortmund: Verlag modernes Lernen, 2005. 288 S. ISBN 3-8080-0577-7.
- MESMERE, B. S. ed. *New Autism Research Developments*. New Yourk: Nova Science Publishers, 2007. 243 p. ISBN 978-1-60692-523-2.
- MOHR, L. *Schwerste Behinderung und theologische Anthropologie*. Oberhausen: Athena Verlag, 2011. 400 S. ISBN 978-3-89896-428-9.

- MUNDE, V., et al. *Observing and Influencing Alertness in Individuals With Profound Intellectual and Multiple Disabilities in Multisensory Environments*. In *Journal of Cognitive Education and Psychology*. London : Springer, vol. 11, no. 1, 2012. p. 5-19. ISSN 1945-8959.
- MÜLLER, O. (ed.) *Terapie ve speciální pedagogice*. 2., přeprac. vyd. Praha: Grada, 2014. ISBN 978-80-247-4172-7
- NAKKEN, H; VLASKAMP, C. *A Need for a Taxonomy for Profound Intellectual and Multiple Disabilities*. In *Journal of Policy & Practice in Intellectual Disabilities*. London : Wiley, .vol. 4, no. 2, 2007. p. 83-87. ISSN 1741-1122.
- NIEHOFF, D. *Basale Stimulation und Kommunikation*. Troisdorf: Bildungsverlag EINS, 2007. 152 S. ISBN 978-3-427-04863-3.
- NILSSON, L. et al. *Driving to Learn in a Powered Wheelchair: The Process of Learning Joystick Use in People With Profound Cognitive Disabilities*. In *American Journal of Occupational Therapy*. The American Occupational Therapy Association, vol. 65, no. 6, 2011. p. 652-660. ISSN 0272-9490.
- NOVÁKOVÁ, J. *Biodromální vývoj jedinců s poruchami autistického spektra v kontextu podpory a vzdělávání*. 1. vyd. Brno: Masarykova univerzita, 2013. 286 s. ISBN 978-80-210-6661-8.
- OMONSKY, C. Schüler mit schwerer und mehrfacher Behinderung im inklusiven Unterricht. München : Ernst Reinhardt Verlag. 2017. 64 S. ISBN 9783497026791.
- OPATŘILOVÁ, D. *Metody práce u jedinců s těžkým postižením a více vadami*. 1. vyd. Brno: Masarykova univerzita v Brně, 2005. 146 s. ISBN 80-210-3819-5
- OPATŘILOVÁ, D. (ed.). *Pedagogicko-psychologické poradenství a intervence v raném a předškolním věku u dětí se speciálními vzdělávacími potřebami*. 1. vyd. Brno: Masarykova univerzita, 2006. 292 s. ISBN 80-210-3977-9.
- OPATŘILOVÁ, D. *Analýza současného stavu inkluzivního vzdělávání v České republice u jedinců s tělesným postižením v předškolním a základním vzdělávání*. 1. vyd. Brno: Masarykova univerzita, 2009. 322 s. ISBN 978-80-210-5030-3.



- OPATŘILOVÁ, D. *Pedagogická intervence v raném a předškolním věku u jedinců s dětskou mozkovou obrnou*. 2. přeprac. a rozš. vyd. Brno: Masarykova univerzita, 2010. 150 s. ISBN 9788021052666.
- OPATŘILOVÁ, D. *Edukace osob s těžkým postižením a soubežným postižením více vadami*. Brno: Masarykova univerzita, 2013. 186 s. ISBN 978-80-210-6221-4.
- OPATŘILOVÁ, D., ZÁMEČNÍKOVÁ, D. *Možnosti speciálně pedagogické podpory u osob s hybným postižením*. Brno: Masarykova univerzita, 2008. 180 s. ISBN 978-80-210-4575-0.
- OPATŘILOVÁ, D., NOVÁKOVÁ, Z. *Raná podpora a intervence u dětí se zdravotním postižením: Early support and intervention for children with disabilities*. 1. vyd. Brno: Masarykova univerzita, 2012. 321 s. ISBN 978-80-210-5880-4.
- ORIEŠČIKOVÁ, H. *Pedagogika mentálně postihnutých*. Ružomberok: Verbum, 2012. 156 s. ISBN 978-80-8084-866-8.
- ORIEŠČIKOVÁ, H. *What will be the next, special educational system?* Milano: EDUCatt - Ente per il diritto allo studio universitario dell'Università Cattolica, 2015. 234 p.. ISBN 978-88-6780-767-3
- ORIEŠČIKOVÁ, H., HRČOVÁ, J. *Snoezelen*. 1. vyd. Ružomberok: Verbum, 2010. 88 s. ISBN 978-8084-639-8.
- OŠLEJŠKOVÁ, H., VÍTKOVÁ, M. *Východiska, podmínky a strategie ve vzdělávání žáků s těžkým postižením na základní škole speciální*. 1. vyd. Brno: Masarykova univerzita, 2013. 310 s. ISBN 978-80-210-6673-1.
- PAGLIANO, P. *Using a Multisensory Environment*. London: David Fulton Publishers, 2001. 128 p. ISBN 1-85346-716-2.
- PAGLIANO, P. *The multisensory handbook. A guide for children and adults with sensory learning disabilities*. New York: Routledge, 2012. 162 p. ISBN 978-0-415-59754-8.
- PAVLŮ, D. *Speciální fyzioterapeutické koncepty a metody*. 2. vyd. Brno: CERM, 2003. 239 s. ISBN 80-7204-312-9.

- PAWLYN, J., CARNABY, S. (eds.) *Profound Intellectual and Multiple Disabilities. Nursing Complex needs*. Oxford: Wiley-Blackwell, 2009. 376 p. ISBN 978-1405151702.
- Petit o.s. *Komunikátory*. [online]. 2013. [citované dňa: 20-01-2013] Dostupné na www: [http://www.petit-os.cz/komunikatory.php#Go\\_Talk\\_32\\_plus](http://www.petit-os.cz/komunikatory.php#Go_Talk_32_plus)
- PHILLIPS, K. J. et al. *Teaching individuals with profound multiple disabilities to Access preferred stimuli with multiple microswitches*. In *Journal of Research in Developmental Disabilities*. London: Elsevier, vol. 32, no. 6, 2011. p. 2352-2361. ISSN 0891-4222.
- PIPEKOVÁ, J. VÍTKOVÁ, M. et al. *Od inkluze ve školním prostředí k sociální inkluzi a participaci ve společnosti*. Brno: Masarykova Univerzita, 2014. 455 s. ISBN 978-80-210-7530-6.
- POPPE, P. et al. *Frequency and severity of challenging behaviour in people with profound intellectual and multiple disabilities*. In *Research in Developmental Disabilities*. London: Elsevier, vol. 31, no. 6, 2010. p. 1269-1275. ISSN 0891-4222.
- REICHLE, J. *Evaluating Assistive Technology in the Education of Persons with Severe Disabilities*. In *Journal of Behavioral Education*. New York: Springer, vol. 20, no. 1, 2011. p. 77-85. ISSN 1053-0819.
- RIVARD, M. *Indicators of Intellectual Disabilities in Young Children with Autism Spectrum Disorders*. In *Journal of Autism and Developmental Disorders*. New York: Springer, vol. 45, no. 1, 2015. p. 127-137 ISSN 15733432
- ŘÍČAN, P., KREJČÍŘOVÁ, D. a kol. *Dětská klinická psychologie*. 4., přeprac. a dopl. vyd. Praha: Grada, 2006. 603 s. ISBN 80-247-1049-8.
- SALTLOVÁ, J., LIMBROCK, J. G. *Koncept Castillo Moralese® v teorii a praxi*. In *Rehabilitace a Fyzikální Lékařství*. roč. 21, č. 4, 2014. s. 239-246. ISSN: 1211-2658.
- SAMUEL, J. et al. *An evaluation of Intensive Interaction in community living settings for adults with profound intellectual disabilities*. In *Journal of Intellectual Disabilities*. London: Sage Publications, vol. 12, no. 2, 2008. p. 111-126. ISSN 1744-6295.

- SARIMSKI, K. Handbuch interdisziplinäre Frühförderung. München : Ernst Reinhardt Verlag, 2017. 459 S. ISBN 978-3-497-02691-3.
- SAYOUD SOLÁROVÁ, K. VRUBEL, M. a kol. *Facilitatory a bariéry v inkluzivním vzdělávání*. Brno: Masarykova univerzita, 2013. 294 s. ISBN 978-80-210-6674-8.
- SCHAAF, R. C. et al. Occupational therapy and sensory integration for children with autism: a feasibility, safety, acceptability and fidelity study. 2012 Department of Occupational Therapy Faculty Papers. Paper 13. Dostupné na www: <http://jdc.jefferson.edu/otfp/13> citované dňa: 12.02.2018.
- SCHAAF, R. C., MAILLOUX, Z. Clinician's Guide for Implementing Ayres Sensory Integration®: Promoting Participation for Children With Autism. American Occupational Therapy Association, 2015. 209 p. ISBN 978-1569003657.
- SCHAAF, R. C., MILLER, L. J. *Occupational therapy using a sensory integration approach for children with developmental disabilities*. In: Journal of Mental Retardation and Developmental Disabilities Research Reviews. Wiley, vol. 11, no. 2, 2005. p. 143-148. ISSN 1940-5529.
- SCHWANECKE, F. *Snoezelen : Möglichkeiten und Grenzen in verschiedenen Anwendungsbereichen*. Marburg: Lebenshilfe-Verlag, 2004. 160 S. ISBN 3886173100.
- SIMACEK, J. et al. Aided AAC for people with severe to profound and multiple disabilities: A systematic review of interventions and treatment intensity. In Advances in Neurodevelopmental Disorders. Vol. 2, no. 1, 2018. p. 100–115.
- SLOWIK, J. *Speciální pedagogika*. Praha: Grada, 2007. 160 s. ISBN 978-80-247-1733-3.
- SMITH MYLES, B. et al. *Asperger Syndrome and Sensory Issues. Practical Solutions for Making Sense of the World*. Kansas: Autism Asperger Publishing Co., 2005. 129 p. ISBN 0-9672514-7-8.
- SMITH ROLEY, S., BLANCHE, E. I., SCHAAF, R. C. *Sensorische Integration. Grundlagen und Therapie bei Entwicklungsstörungen*. Springer: Berlin, 2004. 486 S. ISBN 978-3-540-00093-3.

- Snoezelen*. [online]. 2012. [citované dňa: 13-08-2015] Dostupné na [www: http://www.isna-mse.org/isna-mse/Snoezelen.html](http://www.isna-mse.org/isna-mse/Snoezelen.html)
- Staatsinstitut für Schulqualität und Bildungsforschung. *Unterricht und Förderung von Schülern mit schwerer und mehrfacher Behinderung*. München: Ernst Reinhardt Verlag, 2010. 192 S. ISBN 978-3-497-02168-0.
- STANKOWSKI, A. *Vision dans l'éducation des élèves handicapés mentaux*. Fribourg: S.É.C.T., 2013. 348 p. ISBN 978-2-9700892-6-1
- Svetová zdravotnícka organizácia. *Disability and Health*. [online]. 2015. [citované dňa 01-02-2016] Dostupné na [www: http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs352/en/](http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs352/en/)
- ŠAROUNOVÁ, J. a kol. *Metody alternativní a augmentativní komunikace*. Praha: Portál, 2014. 150 s. ISBN 978-80-262-0716-0.
- ŠVARCOVÁ, I. *Mentální retardace: vzdělávání, výchova, sociální péče*. Vyd. 3., přeprac. Praha: Portál, 2006. 198 s. ISBN 80-7367-060-7.
- THOROVÁ, K. *Poruchy autistického spektra: dětský autismus, atypický autismus, Aspergerův syndrom, dezintegrační porucha*. Vyd. 2. Praha: Portál, 2012, 453 s. ISBN 978-80-262-0215-8.
- VALENTA, M. *Psychopedie: teoretické základy a metodika*. 4., vyd. Praha: Parta, 2009. 366 s. ISBN 978-80-7320-137-1.
- VALENTA, M. a kol. *Přehled speciální pedagogiky: rámcové kompendium oboru*. Vyd. 1. Praha: Portál, 2014, 269 s. ISBN 978-80-262-0602-6.
- VANČOVÁ, A. *Pedagogika viacnásobne postihnutých*. Bratislava: Kinezis Klub Tatry, 2010. 193 s. ISBN 9788097022815.
- VANČOVÁ, A. a kol. *Základy integratívnej (inkluzívnej) špeciálnej pedagogiky*. Bratislava: Iris, 2010. 567 s. ISBN 978-80-89238-37-8.
- van der PUTTEN, A. et al. *Children with profound intellectual and multiple disabilities: the effects of functional movement activities*. In *Clinical Rehabilitation*. Sage Publications, vol. 19, no. 6, 2005. p. 613-620. ISSN 0269-2155.
- VAŠEK, Š., VANČOVÁ, A., HATOS, G. a kol. *Pedagogika viacnásobne postihnutých*. Bratislava: Sapientia, 1999. 289 s. ISBN 80-967180-4-5.

- VAŠEK, Š. *Základy speciální pedagogiky*. Bratislava: Sapiaientia, 2006. 217 s. ISBN 978-80-89229-02-6
- VAŠEK, Š. *Základy speciální pedagogiky*. Bratislava: Sapiaientia, 2008. 226 s. ISBN 978-80-89229-11-6.
- VÁGNEROVÁ, M. *Psychopatologie pro pomáhající profese*. Praha: Portál, 2008. 870 s. ISBN 978-80-7367-414-4.
- VERHEUL, A. *Snoezelen - Materials homemade*. Ede, 2007. 226 p.
- VÍTEK, J., VÍTKOVÁ, M. *Teorie a praxe v edukaci, intervenci, terapii a psychosociální podpoře jedinců se zdravotním postižením se zaměřením na neurologická onemocnění*. 1. vyd. Brno: Paido, 2010, 250 s. ISBN 978-80-7315-210-9.
- VÍTKOVÁ, M. *Podpora vzdělávání dětí a žáků s těžkým zdravotním postižením*. Praha: Institut pedagogicko-psychologického poradenství ČR, 2001. 34 s.
- VÍTKOVÁ, M. (ed.). *Integrativní speciální pedagogika*. Brno: Paido, 2004. 463 s. ISBN 8073150719.
- VÍTKOVÁ, M. *Somatopedické aspekty*. 2., rozš. a přeprac. vyd. Brno: Paido, 2006. 302 s. ISBN 80-7315-134-0.
- VÍTKOVÁ, M., KOPEČNÝ, P. *Strategies in the education of students with severe disabilities extending into young adulthood*. 1st edition. Brno: Masaryk University, 2014, 192 p. ISBN 978-80-210-7194-0.
- VLASKAMP, C., CUPPEN-FONTEINE, H. *Reliability of assessing the sensory perception of children with profound intellectual and multiple disabilities: a case study*. In *Child: Care, Health & Development*. Wiley, vol. 33, no. 5, 2007. p. 547-551. ISSN 03051862.
- VOLKMAR, F. R. et al. *Handbook of Autism and Pervasive Developmental Disorders*. Hoboken, New Jersey: Wiley, 2005. 703 p. ISBN: 97804711716969.
- WARE, J. *Creating a Responsive Environment For People With Profound and Multiple Learning Difficulties*. London: David Fulton, 2003. 136 p. ISBN 1-85346-734-0.
- WESTLING, D. L., FOX, L. *Teaching students with severe disabilities*. Upper Saddle River, NJ: Pearson, 2004. 570 p. ISBN 0-13-110553-1.

ZÁMEČNÍKOVÁ, D., VÍTKOVÁ, M. *Současné trendy v inkluzivním vzdělávání se zaměřením na žáky se speciálními vzdělávacími potřebami v ČR a v zahraničí - teorie, výzkum, praxe*. Brno: Masarykova univerzita, 2015. 367 s. ISBN 978-80-210-8098-0.

ZIGAHN, T. *Kanada - Ein Beispiel für schulische Inklusion: Möglichkeiten und Probleme der Verwirklichung*. Hamburg: Diplomica Verlag, 2014. 100 S. ISBN: 9783842894402.

ZIKL, P. *Děti s tělesným a kombinovaným postižením ve škole*. Praha: Grada, 2011. 112. s. ISBN 978-80-247-3856-7.

### **Legislatívne dokumenty:**

Zákon 245/2008 o výchove a vzdelávaní a o zmene a doplnení niektorých zákonov (Školský zákon).

Vyhláška č. 322/2008 Z. z., o špeciálnych školách.

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

### **Vzdelávacie programy:**

Štátny vzdelávací program pre žiakov s mentálnym postihnutím ISCED 1 – primárne vzdelávanie

ISBN 978-80-561-0806-2



9 788056 108062