

Terapeutické koncepty pomoci vo včasnej intervencii

Miriam Slaná

Barbora Kováčová

Katarína Molnárová Letovancová

Michaela Hromková

Jana Hrčová

Trnava 2020

Terapeutické koncepty pomoci vo včasnej intervencii

Miriam Slaná
Barbora Kováčová
Katarína Molnárová Letovancová
Michaela Hromková
Jana Hrčová

Trnava 2020

Publikácia vznikla ako parciálny výstup projektu
KEGA č. 013KU-4/2019: E-learningové vzdelávacie moduly
k problematike včasnej starostlivosti o rodinu s deťmi
s rizikovým vývinom

© doc. PhDr. Miriam Slaná, PhD.
© doc. PaedDr. Barbora Kováčová, PhD.
© Mgr. Katarína Molnárová Letovancová, PhD.
© Mgr. Michaela Hromková, PhD.
© PaedDr. Jana Hrčová, PhD.
© vydavateľstvo Fakulta zdravotníctva a sociálnej práce Trnavskej univerzity v Trnave

Recenzenti

Prof. PaedDr. Anna HUDECOVÁ, PhD.
Prof. MUDr. Jaroslav SLANÝ, CSc.

ISBN 978-80-568-0267-0
DOI 10.31262/978-80-568-0267-0/2020

OBSAH

ÚVOD	7
1 EVALUÁCIA VČASNEJ INTERVENCIE	9
1.1 Evaluácia a jej význam	9
1.2 Typy evaluácie.....	11
1.3 Plán evaluácie	15
1.4 Typy evaluácie vo včasnej intervencii.....	19
1.4.1 Evaluácia založená na cieľoch.....	20
1.4.2 Evaluácia založená na štandardoch	21
1.4.3 Evaluácia založená na výsledkoch	23
1.4.4 Participatívna evaluácia.....	26
1.4.5 Analýza nákladov a prínosov	27
<i>Zoznam použitých bibliografických odkazov.....</i>	<i>31</i>
2 VOJTOVA METÓDA AKO TERAPEUTICKÝ PRÍSTUP PRI PRÁCI S DIEŤAŤOM S RIZIKOVÝM VÝVINOM.....	34
2.1 Charakteristika Vojtovej metódy ako terapeutickej techniky ..	36
2.2 Diagnostika v rámci Vojtovej metódy a terapia	39
2.3 Cieľové skupiny Vojtovej metódy a jej rozličné aspekty	62
<i>Zoznam použitých bibliografických odkazov.....</i>	<i>66</i>
3 BOBATH KONCEPT AKO TERAPEUTICKÝ PRÍSTUP PRI PRÁCI S DIEŤAŤOM S RIZIKOVÝM VÝVINOM.....	69
3.1 Vývoj Bobath konceptu	73
3.2 Využitie Bobath konceptu pri detskej mozgovej obrne	79
<i>Zoznam použitých bibliografických odkazov.....</i>	<i>90</i>

4 MULTISENZORICKÉ PROSTREDIE (SNOEZELLEN) VO VČASNEJ INTERVENCII..... 93

4.1 Historicko-teoretická rovina multisenzorického prostredia (Snoezelen)	93
4.2 Koncepčná rovina multisenzorického prostredia (Snoezelen)	101
4.3 Praxeologická rovina multisenzorického prostredia (Snoezelen)	109
<i>Zoznam použitých bibliografických odkazov.....</i>	<i>117</i>

5 RANÁ ERGOTERAPIA VO VČASNEJ INTERVENCII ZAMERANÁ NA DIEŤA S RIZIKOVÝM VÝVINOM..... 119

5.1 Historicko-teoretická rovina ranej ergoterapie	119
5.2 Koncepčná rovina ranej ergoterapie	123
5.2.1 Cílené zamestnávania v ranej ergoterapii	124
5.2.2 Nástroje ranej ergoterapie.....	132
5.3 Praxeologická rovina ranej ergoterapie (kazuistika).....	141
<i>Zoznam použitých bibliografických odkazov.....</i>	<i>146</i>

ZÁVER.....	149
O AUTOROCH.....	150

ÚVOD

Predložená vysokoškolská učebnica je ďalšou v poradí z edície publikácií venovaných téme včasnej intervencie, publikovaných ako súčasť grantovej úlohy KEGA Projektu č. 013KU-4/2019 E-learningové vzdelávacie moduly k problematike včasnej starostlivosti o rodinu s dieťaťom s rizikovým vývinom.

Učebnica je rozdelená do piatich kapitol. Tematicky samostatne je uvedená prvá kapitola, ktorá sa zaoberá evaluáciou včasnej intervencie. V nej je čitateľom predstavený všeobecný koncept evaluácie aplikovateľný na viaceré sociálne služby alebo programy, a zároveň aj vybrané typy evaluácie, ktoré sa vo včasnej intervencii používajú.

V ďalších štyroch kapitolách sú popísané terapeutické koncepty používané pri práci s dieťaťom s rizikovým vývinom. Prvou je Vojtova metóda, alebo inak nazývaná aj metóda reflexnej lokomócie. Ide o súbor cvičebných techník a tiež terapeutický systém, ktorý sa používa na liečbu pohybových porúch, najmä svalového napätia a svalovej koordinácie.

Druhým je Bobath koncept, ktorý môže byť komplementárny k Vojtovej metóde. Bobath koncept je tiež určený pre deti s narušeným psychomotorickým vývinom, ale využíva sa aj u detí s poruchou autistického spektra alebo epilepsie. Bobath koncept nie je iba terapeutický koncept zložený z techník, ale ide v podstate o prístup, v rámci ktorého je dieťa vnímané v celej jeho komplexnosti.

Tretím terapeutickým prístupom je Snoezelen, využitie multisenzorického prostredia. Ide o multifunkčnú metódu, ktorá využíva sluchové, zrakové, čuchové podnety s cieľom navodiť u dieťaťa príjemné pocity. Okrem relaxácie je možné túto metódu použiť aj na rozvíjanie jednotlivých zručností a perцепčných, motorických, kognitívnych, komunikačných a sociálnych schopností dieťaťa.

Štvrtým terapeutickým prístupom je raná ergoterapia, ktorej cieľom je napomôcť dieťaťu, aby dosiahlo počas terapeuticky orientovaných zamestnávaní čo najvyššiu mieru samostatnosti.

Všetky uvedené terapeutické prístupy sú súčasťou systému ucelenej rehabilitácie a majú napomôcť k zlepšeniu funkčného stavu dieťaťa a celkovo k maximálnej možnej miere samostatnosti dieťaťa a jeho sociálnej inklúzii.

Predložená vysokoškolská učebnica je určená študentom špeciálnej pedagogiky, liečebnej pedagogiky, predškolskej pedagogiky, sociálnej práce ale aj profesionálom a tým, ktorí sa môžu vo svojej profesii stretnúť s deťmi s rizikovým vývinom.

Miriam Slaná, Barbora Kováčová

1 EVALUÁCIA VČASNEJ INTERVENCIE

V predmetnej kapitole sa venujeme procesu hodnotenia včasnej intervencie. Keďže ide o službu určenú na podporu deťom so zdravotným postihnutím a ich rodinám, sú namieste otázky profesionálov: Poskytujeme tejto rodine správnu formu intervencie? Reagujeme na potreby konkrétnej rodiny? Pomohli sme rodinám ako celku dosiahnuť lepšiu kvalitu života? Dosiahli sme čo sme chceli? Aby mohli byť uvedené otázky zodpovedané korektne, musíme mať správne nastavený proces evaluácie. Jeho jednotlivé kroky majú svoju logickú postupnosť a jasne definovaný význam. Postupnosť krokov sa v zásade nemení, ale jednotlivé fázy môžu byť odlišné v závislosti od typu evaluácie. Vo včasnej intervencii je možné použiť viaceré typy evaluácie. Závisí to od toho čo je jej cieľom, kto ju vykonáva a kto je jej objednávateľom. Procesu evaluácie a jednotlivým typom sa venujeme v našom texte.

1.1 Evaluácia a jej význam

Žijeme v dobe, v ktorej sa zvyšuje tlak na merateľnosť výkonov. Dennodenne sme konfrontovaní s tzv. racionalizáciou, účelnosťou, efektívnosťou takmer vo všetkých oblastiach nášho života. Meriame výkon, spokojnosť, aktivitu, snahu, šťastie a pod. Pre obhajovanie kvality často používame kvantitatívne ukazovatele. Vytvárame sofistikované systémy, pomocou ktorých hodnotíme naše pracovné výkony, aby sme obhájili svoju užitočnosť a potrebnosť. Na základe hodnotenia sa rozhodujeme: preferujeme, podporujeme, dotujeme aktivity a programy. Hodnotenie sa stáva čoraz významnejšou

súčasťou nášho súkromného a pracovného života. Aj v oblasti vzdelávania, sociálnych služieb a zdravotníctva význam hodnotenia neustále rastie a často má prvky manažérizmu, ktorý je blízky skôr ekonomickým sféram. Pracovníci v týchto oblastiach musia vo svojej práci odpovedať na otázky čo robia, prečo a ako efektívne. Hodnotenie síce vyvoláva skôr negatívne pocity, spojené s kontrolou, nárokmi na perfektný a bezchybný výkon, ale v konečnom dôsledku je hodnotenie súčasťou práce odborníkov z pomáhajúcich profesií. Ak je vnímané ako rutinná činnosť, potom môže pomôcť identifikovať silné a slabé stránky a usmerňuje naše činnosti k neustálemu zlepšovaniu.

Evaluácia¹ je proces hodnotenia, ktorý má určiť efektivitu určitého programu alebo intervencie. Efektivitou programu máme na mysli jeho výsledok, dopad, účinkov, prínos. Malíková (2003, In Poluncová, 2011, s. 11) definuje evaluáciu ako „*proces vyhodnotenia výsledkov, ktoré boli dosiahnuté v záujme naplnenia stanoveného cieľa*“. Pre hodnotenie využívame celú škálu nástrojov ako napr. dotazníky, nahrávky, dokumenty, tzv. rapid testy hodnotenia, rozhovory, pozorovania a pod.

Proces evaluácie má svoje logické príčiny a ciele. Pomáha nám zistiť:

- do akej miery sú naše aktivity potrebné
- ako fungujú a napredujú ich jednotlivé kroky
- či nami vybrané aktivity splnili alebo postupne naplňujú stanovené ciele

¹ V literatúre môžeme nájsť zámenu pojmov evaluácia a evaluačný výskum. Sú však aj autori (Clarke, 1999), pre ktorých majú tieto pojmy rôzne funkcie. Evaluácia smeruje priamo k posúdeniu programu alebo intervencie, teda zisťuje či program funguje. Evaluačný výskum je zameraný na kauzalitu javov medzi intervenčnými aktivitami a výstupmi, jeho hlavným cieľom je zistiť ako program funguje.

Všetky tieto kroky smerujú k zabezpečeniu maximálnej kvality a neustáleho zlepšovania poskytovaných programov a služieb (J. Levická, K. Levická, Slaná, Hromková, 2013).

Okrem toho je evaluácia zdrojom ďalších užitočných informácií. Môže prispieť k rozšíreniu informácií a vedomostí o programoch a intervenciách. Rovnako pomáha odhaliť aké služby alebo kombinácie služieb sú najefektívnejšie. Na základe nich sa vytvárajú intervenčné stratégie, ktoré zohľadňujú efektivitu vynaložených nákladov za poskytované služby.

1.2 Typy evaluácie

Hodnotenie (evaluácia) úspešnosti včasnej intervencie má svoje korene v dvoch základných typoch hodnotenia, a to vo formálnom a sumatívnom hodnotení.

Prvé, **formálne hodnotenie** (formatívne - hodnotenie aktivít v priebehu so snahou priebežne ich meniť na základe odporúčaní evaluácie), sa zameriava najmä na to, aby sa v realizačných fázach hodnoteného programu dokumentovala účinnosť jednotlivých činností, terapií alebo intervencií, a tým sa poskytovali zamestnancom informácie ako zmeniť alebo zlepšiť program (Tyler, Gagné, Scriven, 1967). Formálne hodnotenie je teda priebežné, prebieha počas programu a získané informácie sa potom používajú na zlepšenie programu včasnej intervencie a jeho zosúladenie s pôvodne navrhnutým modelom.

Naproti tomu druhé, **sumatívne hodnotenie**, sa zvyčajne vykonáva na konci obdobia realizácie včasnej intervencie. Účelom súhrnného hodnotenia je zistiť, či intervencia v skutočnosti dosiahla svoje ciele. Odpovedá na položené otázky ako napr. či poskytla to, čo poskytnúť mala, alebo či boli dosiahnuté ďalšie nezamýšľané ciele.

Ďalšie delenie evaluácie vychádza z toho, kto evaluáciu vykonáva. Ak ide o **internú evaluáciu**, vykonávajú ju samotní pracovníci programu alebo inštitúcie. **Externú evaluáciu** vykonávajú externí konzultanti, ktorí sa zameriavajú napr. na vhodnosť programu, výber jednotlivých metód a techník podľa typu postihnutia dieťaťa a pod. (Kováčová, 2015). V situácii, keď spolupracujú pracovníci programu s externými konzultantmi, hovoríme o **spoločnej evaluácii**.

Ondrušek (2009) dopĺňa rozdelenie evaluácie o ďalšie tri typy: o kontextovú evaluáciu, implementačnú evaluáciu a evaluáciu dosahu. V **kontextovej evaluácii** ide o hodnotenie vhodnosti zvolených cieľov a predpokladov voči celkovému dlhodobému zámeru. Zaujíma nás, či vzhľadom na definované zámery boli ciele stanovené reálne, či výber, poradie, dôraz, aký sa kladie na jednotlivé ciele, odrážal celkový zámer. Sledujeme tiež, či predpoklady, z ktorých vychádzame pri zostavení koncepcie alebo celkovej stratégie a postupnosti krokov, boli dobre analyzované a či zodpovedajú tomu, čo sa má projektom dosiahnuť. V **implementačnej evaluácii** si kladieme otázky o vhodnosti zvolených metód a postupov uskutočnenia programu voči cieľom. Boli metódy na dosiahnutie určených cieľov najvhodnejšie? Boli primerane prepracované? Boli naplánované aktivity postavené tak, že nimi možno účinne a ekonomicky naplniť ciele? V **evaluácii dosahu** ide o hodnotenie dlhodobých dôsledkov, ktoré boli dosiahnuté vďaka projektu, pričom tieto dôsledky vzťahujeme k pôvodným zámerom a cieľom. Zisťujeme napr. nakoľko sa podarilo splniť tie ciele a zámery, ktoré boli nastolené na začiatku.

Stále však ostáva otázka – hodnotíme skôr kvantifikovateľný výsledok (output) programu alebo viac jeho ťažšie merateľný kvalitatívny dôsledok (outcome). Alebo, ak hovoríme, že sa uskutočnila zmena, na akej úrovni ju hodnotíme a čo je pre nás jej ukazovateľom. **Výsledkami** (outputs) sa v evaluačnej terminológii spravidla označuje porovnanie kvantifikovateľných ukazovateľov

voči plánovaným aktivitám v programe. Ako **dôsledky/výstupy** (outcomes) sa zvyknú označovať ukazovatele, ktoré hovoria o tom, či a do akej miery sa dosiahli dlhodobé vopred plánované ciele programu. Ide o posúdenie plnenia cieľov. V evaluácii nás vždy zaujímajú aktivity, ktoré mali viesť k zmene, ako i dôsledky v porovnaní s plánovanými cieľmi. Dôsledky sú však na celkové posúdenie dôležitejšie než len posúdenie výsledkov.

Smutek (2009) píše o evaluácii procesu a evaluácii dopadu. Evaluácia procesu je primárne zameraná na rozsah, v akom bola určitá politika alebo program či intervencia implementovaná podľa svojich dopredu avizovaných osnôv alebo zámerov. Zahŕňa periodické hodnotenie fungovania programu, s cieľom nájsť a identifikovať odchýlky od pôvodných cieľov, plánov a procedúr. Tento formát často zahŕňa napríklad audity finančných transakcií programu, účtovacieho systému a presnosti záznamov. Evaluácia procesu nám môže pomôcť odpovedať na otázku prečo boli alebo neboli ciele programu splnené, prípadne akým spôsobom mali byť pôvodne definované resp. predefinované. Pre evaluáciu dopadu je rozhodujúce zistiť mieru, do akej program alebo intervencia priniesol zmenu. Neodpovedá ale na otázku prečo? Napr. prečo bol program neúspešný? Prečo intervencia zlyhala?

Evaluáciu možno ďalej deliť na základe triediacich hľadísk. Napríklad podľa časového hľadiska (Poluncová, 2011) sa rozlišuje na **ex – ante hodnotenie**, pri ktorom je dôležité zozbierať potrebné informácie a vykonať analýzu, ktorá pomôže zadefinovať zámery a ciele ako aj analyzovať dopady, relevantnosť, stabilitu a efektívnosť nových programov. Počas implementácie dlhotrvajúceho projektu sú vhodné pravidelné priebežné hodnotenia približne raz za 4 roky. **Priebežné hodnotenie** predstavuje špecifický typ hodnotenia, alebo tiež **ad - hoc hodnotenie**, ktoré je možné realizovať na požiadanie vlastníka určitého projektu. **Ex - post hodnotenie** sa vykonáva po

ukončení programu a znamená hĺbkovú analýzu programu so zameraním na základné kritéria hodnotenia, ktorými sú efektívnosť, účinnosť, udržateľnosť, dopady programu.

Pre samotný proces evaluácie je dôležité už od začiatku poznať účel evaluácie. Na základe toho je potrebné formulovať otázky:

- *Kto je objednávateľ evaluácie, t.j. pre koho je evaluácia vykonávaná?*
- *Čo konkrétne chce vedieť?* (Na uvedené otázky uvádzame príklad v tabuľke 1)
- *Čo bude cieľom evaluácie? Ako budú výsledky využité?*

Odpovede na tieto otázky sú kľúčové pre tvorbu celého evaluačného procesu. I keď sa plán evaluácie môže rôzniť, hlavným cieľom je lepšie pochopiť aktivity, ktoré vykonávame a zistiť či reflektujú potreby a priority klientov.

V prípade včasnej intervencie evaluácia býva vykonávaná najmä na základe požiadania:

- pracovníkov tímu včasnej intervencie,
- organizácií, resp. subjektov zodpovedných za tvorbu a riadenie tímov včasnej intervencie,
- tvorcov zákonov a finančných podporovateľov
- vedeckej komunity, ktorá evaluáciu môže aj sama vykonávať.

Tabuľka 1

Porovnanie evaluácie z pohľadu rôznych objednávateľov

Tímy včasnej intervencie (psychológovia, pedagógovia, sociálni pracovníci a pod.)	Subjekty zodpovedné za tvorbu a riadenie tímov včasnej intervencie	Tvorcovia zákonov a finanční podporovatelia (zriaďovatelia)	Vedecká komunita (výskumníci akademici)
--	---	--	--

<i>Boli stanovené ciele dosiahnuté?</i>	<i>Máme správy ktoré sú pravidelné a podrobné?</i>	<i>Sú výsledky užitočné pre naše rozhodovanie?</i>	<i>Akým spôsobom prebiehal proces evaluácie?</i>
<i>Boli naše stratégie adekvátne ?</i>	<i>Sú výsledky intervencie vyhodnotené správne?</i>	<i>Pomáhajú nám adresnejšie rozdeľovať zdroje a prostriedky?</i>	<i>Aké sú výstupy a výsledky evaluácie?</i>
<i>Splnili partneri zapojení do intervencie stanovené úlohy?</i>	<i>Pomôžu nám výsledky k lepším rozhodnutiam zodpovedajúci realite?</i>	<i>Vieme vyhodnotiť náklady a prínosy?</i>	<i>Aká je reliabilita a validita výsledkov?</i>

Zdroj: vlastné spracovanie

1.3 Plán evaluácie

Pri plánovaní evaluácie je pre nás kľúčové vedieť, za akým účelom evaluáciu vykonávame a ako budú výsledky využité. Evaluácia je dôležitá pre hodnotenie spokojnosti klientov s poskytovanými službami (Royse et al. 2000). Rovnako je nápomocná pre obhájenie aktivít samotných poskytovateľov služby. Veľkou oblasťou, v ktorej sa bez evaluácie nezaobídeme sú podpora a financovanie služieb a programov. V súčasnej dobe sú neodmysliteľnou súčasťou žiadostí o granty aj tzv. evaluačné schémy, ktoré majú dokumentovať akým spôsobom splnil projekt úlohy a ciele, ktoré boli na začiatku definované. V závislosti od cieľov evaluácie sa vytvárajú evaluačné plány, ktoré obsahujú nasledovné kroky:

1. Popis programu.

Každý evaluačný proces by mal začínať popisom programu, ktorý budeme hodnotiť. Je to prvá a kľúčová úloha v evaluačnom procese. Podrobný popis programu, so zameraním na jeho ciele, ktoré má

program plniť, alebo potreby, ktoré má naplňovať, nám pomôže odpovedať na otázky či funguje alebo nefunguje, respektíve či naplňuje alebo nenaplňuje ciele alebo potreby. Pri podrobnom popise programu môžu byť okrem manažmentu, nápomocní pracovníci, ktorí tvoria personál organizácie a ich klienti (napr. rodičia detí so zdravotným postihnutím). Súčasťou popisu programu sú:

- filozofia organizácie,
- používané stratégie, intervencie a metódy,
- prostredie, v ktorom program prebieha
- klienti, pre ktorých je určený
- zloženie personálu a jeho zapojenie do programu
- financovanie a výdavky

2. Definovanie cieľov programu.

V prípade cieľov programu rozlišujeme medzi hlavnými cieľmi a čiastkovými cieľmi. Hlavné ciele sú často širšie definované. V skutočnosti môže ísť aj o jeden cieľ. Vo včasnej intervencii môže byť cieľom „posilniť rodiny v rozhodovacom procese“, „zlepšiť kvalitu života rodín“, „skvalitniť interakciu rodič-dieťa“. Vyhodnotiť takto definovaný cieľ by bolo veľmi náročné. Z tohto dôvodu je dôležité v ďalšom kroku definovať čiastkové ciele. Ide o konkrétnejšie ciele, ktoré sa vzťahujú k aktivitám programu. Akonáhle sú čiastkové ciele jasne definované, je dôležité v procese operacionalizácie vytvoriť indikátory a príslušné kritériá, ktoré budú fungovať ako štandardy, podľa ktorých sa tieto ciele budú hodnotiť. Pre tento účel je dobré vytvoriť viac alebo menej štruktúrovaný systém otázok, ktoré budú slúžiť pre zber dát.

3. Príprava plánu evaluácie programu.

Je základom zberu dát. Ide vlastne o proces jednotlivých krokov, ktorými získavame informácie o programe. Mal by obsahovať:

- popis výberu stratégie pre zber dát – najčastejšie kvalitatívnej alebo kvantitatívnej (hlbkové interview, štruktúrovaný rozhovor, dotazník a pod.);
- spôsob, akým bude vybraná vzorka pre hodnotenie (všetci klienti, klienti vybraní náhodným výberom, zámerným výberom);
- spôsob, akým budú informácie získavané (analýza dokumentov, osobné rozhovory, mailom, telefonicky, fokusovými skupinami, dotazníkmi, pozorovaním a pod.);
- finálny dotazník alebo otázky do interview (resp. fokusovú skupinu), prípadne náčrt procesu pozorovania.

4. Implementácia evalučného plánu.

Po príprave procesu zberu dát nasleduje jeho realizácia. Postupy zberu dát majú byť profesionálne, korektné a pravdivé.

5. Analýza dát.

Analyzujeme dáta, ktoré sme získali buď kvalitatívnym alebo kvantitatívnym zberom.

6. Sumarizácia analyzovaných dát a záver.

Po analýze dát je veľmi dôležité vypracovať záver, ktorý zdôrazní najvýznamnejšie zistenia. Tieto sa odprezentujú organizácii, pre ktorú bola evaluácia vykonaná. V rámci prezentovaných záverov sa kladie dôraz na zistenia, ktoré sú využiteľné pre prax, pričom je dôležité zdôrazniť aj potenciálne možnosti zlepšenia a ďalšie využiteľné zdroje, ktoré by sa mali hľadať.

7. Spätná väzba.

Spätná väzba k zisteniam s cieľom vykonať zmeny a vylepšiť program je posledným krokom evaluačného procesu. Pracovníci spolu s hodnotiteľmi by ako súčasť spätnej väzby mali vypracovať návrhy na zlepšenie poskytovaných programov (služieb), ktoré vyhovujú potrebám odberateľov (Smith, 1990, Weiss, 1997).

Obrázok 1

Kroky evaluačného procesu



Zdroj: vlastný, spracované podľa Smith (1990)

Podmienkou úspešnej evaluácie je splnenie nasledovných kritérií:

- Ciele evaluácie by mali byť definované jasne a zrozumiteľne. Vzhľadom na vágne alebo navzájom protichodné ciele môže byť veľmi ťažké identifikovať ukazovatele a ich príslušné hodnotiace kritériá, ktoré umožňujú posúdiť, či program mal pozitívny vplyv alebo či bol implementovaný.
- Evaluátori, účastníci programu a rodiny zapojené do evaluácie, by sa mali navzájom dohodnúť na spoločných indikátoroch.

V opačnom prípade môže po zverejnení výsledkov evaluácie, dojsť ku konfliktu medzi jednotlivými aktérmi.

- Ciele by mali byť stanovené merateľným spôsobom.
- Správa o programe, ktorý je hodnotený (napr. včasná intervencia) by mala obsahovať čo najúplnejší a najjasnejší opis povahy a vývoja celého procesu.

Informácie získané počas evaluácie môžu slúžiť v rozhodovacích procesoch ak:

- sú poskytované hodnotiteľovi programu za účelom varovania, že sa niečo nedarí, napr. cieľové skupiny intervencie nedostávajú službu v očakávanej kvalite alebo rozsahu. V takomto prípade je možná priebežná korekcia skôr ako situácia ešte zhorší;
- samotné evaluačné zistenia môžu poskytnúť návody ako zlepšiť pôvodný program. Ide najmä o prípady kedy je poskytovaných viacero služieb a na základe porovnania vieme zistiť čo klientom najviac pomáha;
- ďalším benefitom evaluácie je v tom , že môže priniesť nový náhľad na známy problém.
- evaluácia môže byť zdrojom mobilizácie podpory pre program Weissová (1988 in Clarke, 1999).

1.4 Typy evaluácie vo včasnej intervencii

Včasná intervencia je sociálna služba, ktorej cieľom je zvyšovať kvalitu života dieťaťa so zdravotným postihnutím a jeho rodiny. Ak chceme zistiť akým spôsobom napĺňa včasná intervencia tento cieľ, je dôležité nastaviť správny spôsob hodnotenia. Pri hodnotení včasnej intervencie je výber správneho evaluačného procesu spravidla postavený na týchto troch dôvodoch prečo je evaluácia potrebná:

- potreba profesionálov vedieť či služby, ktoré poskytujú sú pre rodiny tie najsprávnejšie, teda či skutočne prinášajú želané účinky, napríklad reagujú na rodinné záujmy, priority a túžby;
- právo rodín vedieť ktoré programy najlepšie vyhovujú ich deťom;
- potreba zákonodarcov vedieť aký je reálny vzťah medzi vzniknutými nákladmi a dosiahnutými výsledkami, s cieľom naplánovať a čo najlepšie využiť zistené odpovede

Zo štúdií viacerých zahraničných autorov (Tyler, Gagné, Scriven, 1967; Chen, 2000, 2005; Rossi, Freeman, Lipsey, 1999) poznáme niekoľko typov evaluácie. V texte uvádzame tie, ktoré sú pre prax včasnej intervencie z nášho pohľadu najdôležitejšie: evaluácia založená na cieľoch, evaluácia založená na štandardoch, evaluácia založená na výstupoch, participatívna- na klienta orientovaná – evaluácia, evaluácia nákladov a výnosov.

1.4.1 Evaluácia založená na cieľoch

Evaluácia založená na cieľoch (tzv. goal – based evaluation) je spôsob hodnotenia, ktorý je užitočný v prípade, ak má program alebo projekt včasnej intervencie vopred stanovené ciele a úlohy. Kľúčovou pre použitie tohto typu hodnotenia je podmienka, že ciele programu musia byť explicitné, zrozumiteľné, merateľné a musia byť výsledkom spoločného konsenzu všetkých zainteresovaných strán. Metódami hodnotenia v prípade tohto typu evaluácie sú dotazníky, rozhovory, pozorovanie, analýzy dokumentov či sekundárna analýza dát (McNamara, 2010; Stecher, Davis, 1987). Tento spôsob hodnotenia sa môže použiť nielen pre hodnotenie hlavných cieľov programu (sumatívna evaluácia), ale aj pri hodnotení čiastkových cieľov (formatívna evaluácia). Určitým obmedzením je fakt, že nám tento proces neumožňuje identifikovať nezamýšľané ciele.

Pre evaluáciu založenú cieľoch sú dôležité štyri základné pojmy: implementácia, efektivita, vplyv, udržateľnosť (Tabuľka 2).

Tabuľka 2

Evaluácia založená na cieľoch

Čo môžeme merať v rámci evaluácie založenej na cieľoch?	
Spôsob implementácie	<i>Je program realizovaný podľa vopred navrhnutého plánu?</i>
Efektivita	<i>Sú kľúčové súčasti programu včasnej intervencie účinné? Ako by mali byť zlepšené?</i>
Vplyv programu	<i>Je možné porovnanie detí zapojených do včasnej intervencie a detí nezapojených do programu?</i>
Udržateľnosť	<i>Bude alebo je nejaký program súčasťou bežnej prevádzky?</i>

Zdroj: vlastné spracovanie

1.4.2 Evaluácia založená na štandardoch

Tento typ evaluácie predpokladá existenciu nejakého súboru štandardov, ktoré by mali definovať spôsoby ako majú programy včasnej intervencie fungovať. Ide o kritériá resp. normy požadované a vypracované pre programy včasnej intervencie. Tieto kritériá slúžia ako určitý štandard – predpoklad pre porovnanie s tým aký je skutočný stav poskytovania služby (Pre-K Now, 2010).

Základné kritériá (typy štandardov) ilustruje tabuľka 6. Hodnotenie založené na štandardoch je dobrou voľbou pre programy/služby včasnej intervencie. Je to jednoduchý, ľahko pochopiteľný spôsob hodnotenia pre tých, ktorí sú priamo zapojení do programu, alebo sú aj mimo programu včasnej intervencie, a zároveň je vhodný pre programy vo všetkých ich fázach (Groark, Eidelman, Maude et al., 2011).

Tabuľka 3

Kritériá evaluácie založenej na štandardoch

Aké sú základné kritériá evaluácie založenej na štandardoch?	
Profesijné štandardy	<i>Kvalifikačná štruktúra, kompetencie a poverenia, ktorými by mali disponovať poskytovatelia služieb a pedagógovia v programe VI. Podľa nich sa navrhujú študijné programy a profily absolventov.</i>
Štandardy vzdelávania dieťaťa	<i>Čo by malo dieťa vedieť ako výsledok zapojenia do programu VI.</i>
V tomto prípade možno ďalej rozlišovať:	
Obsahové štandardy	<i>Čo by malo dieťa zvládnuť v konkrétnom vývinovom období, prípadne v konkrétnej vzdelávacej oblasti.</i>
Vzdelávacie štandardy	<i>Čo by sa malo vyučovať v školách.</i>
Výkonnostné štandardy	<i>Akými kompetenciami by malo dieťa disponovať v období jednotlivých rokov, ktoré sú vyhodnocované pomocou pozorovaní, popisu dokumentácie a pod.</i>

Zdroj: spracovanie vlastné, upravené podľa Pre – K Now (2010)

Evaluácia založená na štandardoch je efektívna vtedy ak sú vybrané normy zosúladené s obsahom programu, vrátane cieľovej skupiny, ktorej je služba určená a ktorá je hodnotená kľúčovými zainteresovanými stranami. Napríklad vzdelávacie štandardy definujú očakávania týkajúce sa vzdelávania a rozvoja malých detí. Opisujú očakávané vedomosti, zručnosti a dispozície dieťaťa, ale môžu sa týkať aj oblastí ako je fyzická, sociálna a emocionálna pohoda, rozvoj reči. Sú taktiež určené na pochopenie toho čo by učitelia, rodičia a komunita mali vedieť aby mohli pomôcť deťom učiť sa.

1.4.3 Evaluácia založená na výsledkoch

Tento typ hodnotenia je zameraný na vymedzenie (definovanie), skúmanie, popis zmien, ktoré sa vyskytujú ako výsledok programu, ktorý bol implementovaný. Obvykle sa osloví jeden človek, prípadne skupina, ktorá program absolvovala pre poskytnutie spätnej väzby. Skúma sa aký mal program efekt na cieľovú skupinu. Zisťuje sa, či očakávané výsledky sú v zhode s konečnými výsledkami. Výsledky sú definované v pojmoch zmena v správaní, schopnosti, vedomosti, zručnosti či postoje. Sú výsledkom zapojenia do programu alebo využitia služieb. Výsledky, ktoré je treba brať do úvahy sú:

- Výsledky s okamžitým efektom
- Výsledky strednodobé
- Výsledky s dlhodobým efektom

Pri hodnotení založenom na výsledkoch sa aplikuje tzv. logický model. Vychádza z predpokladu, že ak má byť dosiahnutý účinok (včasnej intervencie), existujú podporné podmienky vo forme zdrojov, vstupov, aktivít a výstupov (Corso, Maude, 2011).

Pri navrhovaní programov môže byť tento model použitý na vypracovanie programovej stratégie a môže prispieť k rozvoju programu. Logický model môže byť špecifický alebo široko koncipovaný, v závislosti od toho či popisuje konkrétny program, službu, organizáciu, politický zámer a pod. Príkladom evaluácie založenej na výsledkoch v kontexte tohto prístupu môže byť samotná služba včasnej intervencie, tak ako je u nás definovaná (bližšie Tabuľka 4).

Tabuľka 4

Model evaluácie založenej na výsledkoch na príklade služby včasnej intervencie

Zložky evaluácie	Popis	Príklad	Vo včasnej intervencii
VSTUPY	Zdroje, ktoré investujeme do programu/služby	Personál Financovanie Čas	tím včasnej intervencie, rodičia, dobrovoľníci, ďalší profesionáli
AKTIVITY	Aktivity, ktoré vykonávame ako súčasť programu	Činnosti Rozhodnutia Odpovede Intervencie	špecializované poradenstvo, sociálna rehabilitácia, stimulácia komplexného vývinu dieťaťa, Preventívne činnosti, fyzioterapeutická starostlivosť
VÝSTUPY	Produkty a činnosti, ktoré sú výsledkom aktivít. Spravidla nimi môžeme aktivitu kvantifikovať.	Udalosti Služby Produkty	deti a rodiny, ktorým je služba poskytovaná, rodičovské svojpomocné skupiny, tranzitné služby na podporu inkluzie detí do školského prostredia
VÝSLEDKY	Očakávané zmeny, ktoré vyplývajú z programu. Výsledky sa pohybujú od	Vedomosti Zručnosti Hodnoty Postoje Status	Krátkodobé: u dieťaťa zlepšenie v zručnosti, hybnosti, komunikácii

	krátkodobých až po dlhodobé a sú spojené so zmenami v znalostiach, informovanosti, správaní a zručnostiach.		Strednodobé: pozitívne sociálne kontakty s inými deťmi, vstup do inkluzívneho vzdelávania Dlhodobé: samostatnosť v samoobslužných činnostiach
--	---	--	--

Zdroj: vlastné spracovanie

Pri evaluácii založenej na výsledkoch je pozornosť venovaná nielen dieťaťu, ale jeho rodine. V prípade dieťaťa sú výsledkami úspešnej intervencie zlepšenia nielen kognitívnych funkcií, ale aj:

- pozitívne sociálne kontakty, medzi ktoré patrí aj pobyt s ostatnými deťmi a vzťahy k dospelým,
- schopnosti nadobúdať a využívať nové poznatky a kompetencie, ktoré zahŕňajú zdôvodňovanie, riešenie problémov a základné pojmy gramotnosti a matematiky v závislosti od postihnutia,
- schopnosti primerane reagovať a uspokojovať svoje potreby, ktoré zahŕňajú obliekanie a dodržiavanie zdravotných a bezpečnostných predpisov (Hebbeler, 2005).

Výsledky vo vzťahu k rodine môžu byť zamerané na:

- schopnosti podporovať rozvoj dieťaťa,
- pozitívny pohľad rodičov na vývoj dieťaťa a jeho budúcnosť,
- budovanie a upevňovanie sebavedomia rodičov, pokiaľ ide o ich výchovné schopnosti a kapacity plniť aj vzdelávacie povinnosti,
- schopnosti vedieť sa rozhodnúť pre správny výber služieb a zdrojov vhodných pre rodinu a dieťa,

- schopnosti účinne obhajovať služby a podporu potrebnú pre dieťa a rodinu.

Pri hodnotení (evaluácii) je potrebné vziať do úvahy spoločenské, kultúrne a fyzikálne kontexty prostredia, v ktorom sa rodina ako klient včasnej intervencie nachádza (Ballard In Mitchell, Brown, 1991). Kľúčové je pochopiť na začiatku intervencie aké výsledky rodiny očakávajú, t. j. aké sú očakávania vo vzťahu k dieťaťu, k samotným rodičom a k službám, a zároveň ich zosúladať s odborníkmi.

1.4.4 Participatívna evaluácia

Participatívna evaluácia hodnotí do akej miery program včasnej intervencie napĺňa potreby odberateľa služby, teda dieťaťa a jeho rodiny (Tyler, Gagné, Scriven, 1967; Vedung, 2000). Umožňuje priamo iniciovať, kontrolovať a prijímať nápravné opatrenia. V rámci tohto programu sú klienti a personál zapojení do plánovania a následne do vyhodnocovania projektu. Sami za seba definujú ukazovatele úspešnej intervencie, ktoré môžu zahŕňať zlepšenie zdravotného stavu, zvýšenie samostatnosti, schopnosti využívať zdroje a pod. Pre zber dát sa využívajú najmä workshopy, ale aj techniky rozhovoru, pozorovania a dotazníky. Pri participatívnej evaluácii nie je kladený dôraz na „vedeckú objektivitu“, ktorá vyžaduje odstup hodnotiteľov od ostatných účastníkov a využíva jednotné a zložité postupy. Skôr sa využíva sebahodnotenie a jednoduché metódy prispôbené miestnej kultúre. Zistené výsledky je možné okamžite zdieľať prostredníctvom spoločnej účasti na procesoch hodnotenia. Profesionálni hodnotitelia, pracovníci organizácie, príjemcovia alebo účastníci programu, prípadne ďalší členovia komunity sa stávajú kolegami v snahe zlepšiť kvalitu života dieťaťa a jeho rodiny.

Silnou stránkou participatívnej evaluácie je, že integruje hodnotenie priamo do práce s klientom (intervencie), čo podporuje rozvoj služby. Klienti služieb môžu priamo vyjadriť to, ako vnímajú programy resp. služby včasnej intervencie, ktorých sú odberateľmi, a tým posilňovať ich kvalitu a (Fitzpatrick, Sanders, Worthen, 2004). Sami môžu byť zapojení do výberu metód, navrhovania nástrojov či zberu a spracovania dát.

Participatívna evaluácia má v skutočnosti dve fázy. Jedna zahŕňa hľadanie a školenie zainteresovaných strán, aby konali ako hodnotitelia účastníkov. Druhá fáza, z ktorej niektoré sa môžu uskutočniť pred prvou fázou alebo počas nej, zahŕňa plánovanie a vykonávanie procesu a jeho hodnotenie a zahŕňa šesť krokov:

- Pomenovanie a vymedzenie problému alebo cieľa, ktorý sa bude riešiť
- Vypracovanie teórie (procesu alebo modelu) praxe na dosiahnutie úspechu,
- Rozhodovanie o tom, aké otázky by mali byť kladené a akým spôsobom sa budú získavať informácie, ktoré potrebujeme,
- Zhromažďovanie informácií,
- Analýza zhromaždených informácií,
- Použitie informácií z evaluácie na potvrdenie toho, čo fungovalo alebo na úpravu a zlepšenie tých procesov, ktoré si to vyžadujú.

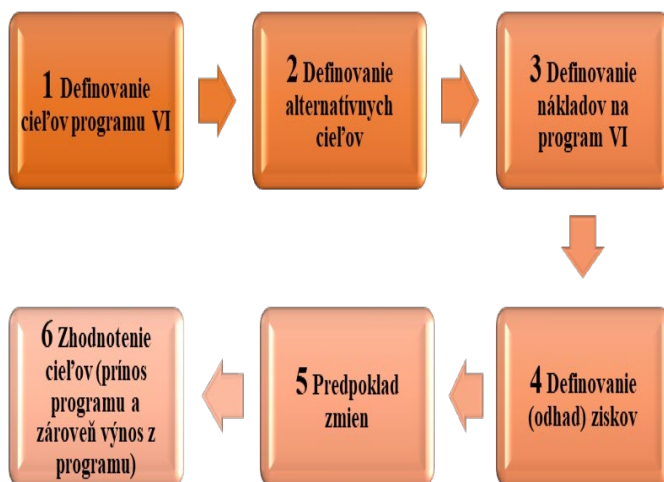
1.4.5 Analýza nákladov a prínosov

Ide o hodnotenie, ktoré sa môže vykonávať nielen na konci, ale už aj v priebehu programu. V podstate sa porovnávajú vložené náklady a zisky, ktoré programy prinášajú. Takáto forma je časovo veľmi náročná. Veľakrát ide o longitudinálne štúdie. Niekedy je ich cieľom porovnanie rozličných programov včasnej intervencie (ktorý z nich je z hľadiska vkladu a zisku vhodnejší). Tento typ evaluácie sa využíva tiež ako argument na podporu ďalšieho financovania

programov resp. služieb včasnej intervencie. Analýza nákladov a prínosov sa bežne uskutočňuje pomocou šiestich krokov (Gupta, 2001): definovanie cieľov, definovanie alternatívnych cieľov, vyčíslenie nákladov, odhad ziskov, predpokladané zmeny a zhodnotenie prínosu.

Obrázok 2

Šesť krokov analýzy nákladov a prínosov



Zdroj: vlastný, spracované podľa Gupta (2011)

Evaluácia v oblasti včasnej intervencie sa však nezameriava len na hodnotenie samotného programu (služby) včasnej intervencie, ale aj na hodnotenie progresu, ktorý dosahujú klienti tejto služby. V tomto prípade sa zameriava na tri základné typy hodnotenia (McConnell, 2000):

- *Hodnotenie progresu a rastu* jednotlivých skupín klientov, ktorý sa zúčastňujú programu včasnej intervencie.

- *Hodnotenie environmentálnych podmienok* a charakteristík, ktoré ovplyvňujú vývoj detí v rannom veku.
- *Hodnotenie miery integrácie*, ktoré predstavuje prepojenie hodnotiacich a intervenčných postupov.

V texte uvedené evaluácie a použité evaluačné nástroje by mali byť využité tak aby odpovedali na základnú otázku: Splnila včasná intervencia to čo sa od nej očakávalo? Odpoveď na ňu poskytujú všetci, ktorých sa včasná intervencia týka: rodina, poskytovatelia služieb, dieťa, komunita. Poskytovatelia služieb a odborníci tvoriaci tím včasnej intervencie získavajú prostredníctvom evaluácie informácie o vhodnosti jednotlivých terapeutických a intervenčných postupov a metód.

Ako sme už uviedli, v súčasnosti je prax včasnej intervencie založená na prístupe orientovanom na rodinu. Preto je úlohou procesu evaluácie zistiť či včasná intervencia splnila ciele, ktoré sú obsiahnuté (vlastné) na rodinu orientovanému prístupu. Dôležité je aby boli zodpovedané otázky vzťahujúce sa k službe včasnej intervencie a zároveň akým spôsobom sa zmenil život rodín. V prvom prípade je cieľom zistiť či:

- *Považuje rodina včasnú intervenciu za vhodnú pre to, aby sa zmenil život (ich) dieťaťa?*
- *Považuje rodina včasnú intervenciu za vhodnú pre to, aby sa zmenil život celej rodiny?*
- *Rodina má pozitívny pohľad na profesionálov a systém služieb?*

Ďalší okruh otázok sa týka rodinného života:

- *Pomohla včasná intervencia rodinám pomáhať dieťaťu rásť, vzdelávať sa rozvíjať?*
- *Zvýšila včasná intervencia schopnosti rodín spolupracovať s profesionálmi a obhajovať služby?*

- *Pomohla včasná intervencia rodinám pri budovaní silného podporného systému?*
- *Pomohla včasná intervencia zlepšiť pozitívny pohľad na budúcnosť?*
- *Zvýšila včasná intervencia kvalitu života rodiny?*

Záver

Otázka efektívnosti služieb postupne silnie a nikdy nezanikne. Je určitým vyjadrením zodpovednosti tých, ktorí službu poskytujú. Poskytovatelia služieb by mali byť zodpovední spoločnosti, komunite, agentúram, a v neposlednom rade klientom ako odberateľom služieb. Evaluácia ako taká môže zohrať v poskytovaní služieb veľkú úlohu, ale aj nie. Záleží na zmysle a cieľoch evaluácie. Pokiaľ je jej cieľom skvalitnenie a zlepšenie služieb stáva sa z nej inštitucionalizovaná aktivita. Vo veľa prípadoch môže mať charakter „nutného zla“, teda ide o formálny proces. Vo včasnej intervencii môže byť objednávateľom evaluácie štát, zriaďovateľ, samotný poskytovateľ evaluácie a pod. V závislosti od objednávateľa sa môže meniť cieľ a aj proces evaluácie. Napriek tomu však potreby odberateľov a spokojnosť s poskytovanou službou by mala byť kľúčovou pre posudzovanie úspešnosti včasnej intervencie.

Otázky na preskúšanie:

1. *Charakterizujte evaluáciu a uveďte hlavné ciele evaluačných procesov.*
2. *Čo je to evaluačný program?*
3. *Vysvetlite význam evaluácie vo včasnej intervencii.*
4. *Porovnajte jednotlivé typy evaluácie vo včasnej intervencii aplikovateľné na Slovensku.*

Zoznam použitých bibliografických odkazov

- CORSO, R. M., MAUDE, S. P. NAEYC Professional Development Division - Final Evaluation Report. Summative report developed for the National Association for the Education of Young Children (NAEYC). In: GROARK, C., EIDELMAN, S., MAUDE, S. et al. *Early Childhood Intervention. Shaping the Future of Children with Special Needs and their Families*. California, Santa Barbara: Praeger, 2011, 876 p. ISBN 978-0-313-37794-5.
- CHEN, H. T. *Practical program evaluation. Assessing and improving planning and implementation and effectiveness*. Thousand Oaks, CA: Sage Publications; 2005.
- CHEN, H. T. The conceptual framework of the theory-driven perspective. In *Evaluation and program planning Vol. 12, Issue 4, 1989, pp. 391-396*.
- CLARKE, A. *Evaluation Research*. London: Sage Publications, 2009.
- FITZPATRICK, J. L., SANDERS, J., WORTHEN, B. R. *Program evaluation: Alternative approaches and practical guidelines (3rd ed.)*. Boston: Allyn & Bacon, 2004. ISBN 978-0321077066.
- GROARK, C., EIDELMAN, S., MAUDE, S. et al. *Early Childhood Intervention. Shaping the Future of Children with Special Needs and their Families*. California, Santa Barbara: Praeger, 2011, 876 p. ISBN 978-0-313-37794-5.
- GUPTA, D. K. *Analyzing public policy: Concepts, tools, and techniques*. Washington, DC: CQ Press, 2001. 386 p. ISBN 978-1568025551.
- KOVÁČOVÁ, B. *Liečebná pedagogika II. Tvorba a evaluácia programu v liečebnej pedagogike*. Bratislava: Univerzita Komenského v Bratislave, 2015. 72 s. ISBN 978-80-223-3779-3.
- LEVICKÁ, J., LEVICKÁ, K., SLANÁ, M., HRONKOVÁ, M. Sociálne služby, vývoj, súčasný stav a možnosti merania ich kvality. Trnava: Typi Universitatis Tyrnaviensis, 2013. 101 s. ISBN 978-80-8082-738-0.
- McCONNELL, S. R. Assessment in Early Intervention and Early Childhood Special Education Building on the Past to Project Into Our Future. In: *Journal of Early Childhood Special Education. Vol. 20, No. 1 (2000), pp. 43-48*.
- McNAMARA, C. Basic guide to program evaluation. [online]. [cit. 2017-08-12]. Dostupné na internete:

- <http://managementhelp.org/evaluation/fnl_eval.htm>.
- MITCHELL, D. M., BROWN, R. I. *Early Intervention Studies for Young Children with Special Needs*. Boston: Springer-Science+Business Media, B.V., 1991. 339 p. ISBN 978-0-412-31530-5.
- ONDRUŠEK, D. Hodnotenie tréningových programov. In Zoom-m: Zaoštroené na mladých, 2009, č. 4, s. 4-6.
- POLUNCOVÁ, K. *Ekonomická efektívnosť programu aktívnej politiky zamestnanosti*. Dizertačná práca. Brno: Masarykova univerzita, Ekonomicko - správni fakulta, 2011, 111 s., Vedúci dizertačnej práce: Prof. PhDr. Tomáš Sirovátka, CSc.
- PRE-K NOW *Meeting standards*. Dostupné na: <http://www.preknow.org/educators/resource/meetingstandards.cfm>
- ROSSI, P. H., FREEMAN, H. E., LIPSEY, M. W. *Evaluation: A systematic approach* (6th ed.). Thousand Oaks, CA: Sage Publications, 1999. 189 s. ISBN 0-7619-0893-5.
- ROSSI, P. H., FREEMAN, H. E., WRIGHT, S.R. *Evaluation: A systematic approach* (1st ed.) Beverly Hills, CA: Sage Publications, ISBN 978-08039-1179-6
- ROYSE, D., THYER, B. A., PADGETT, D.K., LOGAN, T.K. *Program Evaluation: A systematic Approach*. New York: Wadsworth, 2000.
- SLANÁ, M. HRONKOVÁ, M., MOLNÁROVÁ LETOVANCOVÁ, K. *Včasná intervencia: vývoj, súčasný stav a teoretické východiská*. 1. vyd. Trnava: Trnavská univerzita v Trnave, 2017. 198 s. ISBN 978-80-568-0084-3.
- SMITH, M.J. *Program Evaluation in the Human Services*. New York: Springer 1990.
- SCRIVEN, M. The methodology of evaluation. In R. E. Stake (Ed.): *Curriculum evaluation. (American Educational Research Association Monograph on Evaluation)* Chicago: Rand McNally. 1967.
- SMITH, M. J. *Program evaluation*. In: Roberts, A.R. , Greene, G. J. Social worker' s desk reference. London: Oxford University Press, 2002. ISBN 0-19- 514211-X.
- SMUTEK, M. *Evaluace sociálních programů*. Rigorózní práce. Fakulta sociálních studií. Masarykova univerzita Brno, 2009.
- STECHER, B. M., DAVIS, W. A. *How to Focus an Evaluation (CSE Program Evaluation Kit)*. Newbury Park, CA: Sage Publications, 1987. 96 p. ISBN 978-0803931275.
- TYLER, W. R., GAGNÉ, M. R., SCRIVEN, M. *Perspectives of curriculum evaluation:*

*American Educational
Research Association
Monograph Series on
Evaluation.* Chicago: Rand
McNally, 1967.

VEDUNG, E. *Public policy and
program evaluation.* New
Brunswick, NJ: Transaction
Publishers, 2000. 360 p. ISBN
978-0765806871.

WEINBACH, R. W. *Evaluating
Social Work Services and
Programs.* Boston: Pearson,
2005 ISBN 13-978-0-19-
530806.

WEISS, C. H. *Evaluation.* New
York Prentice Hall, 1997.

*Predmetná kapitola je
parciálnym výstupom projektu
KEGA 013KU-4/2019 E-
learningové vzdelávacie modely
k problematike včasnej
starostlivosti o rodinu s dieťaťom
s rizikovým vývinom.*

2 VOJTOVA METÓDA AKO TERAPEUTICKÝ PRÍSTUP PRI PRÁCI S DIEŤAŤOM S RIZIKOVÝM VÝVINOM

Ďalšia kapitola tejto vysokoškolskej učebnice poskytuje prehľad o Vojtovej metóde, ktorá sa zásluhou jej objaviteľa, uznávaného neurológa Václava Vojtu, rozvinula v Českej republike a v Nemecku a využíva sa v mnohých krajinách sveta. Profesor Vojta definoval dva základné vzorce pohybu, ktoré sa dodnes využívajú v jeho terapii. Jedná sa o tzv. reflexné plazenie a reflexné otáčanie. Pri umiestnení do správnej základnej polohy a stimuláciou spúšťačových zón sa vyvolá správny pohybový vzorec. Základná poloha pri oboch vzorcoch je charakteristická tým, že je vyvíjaný tlak na kožné receptory dôležitých oblastí a spúšťačové zóny sú označované ako miesta, ktoré slúžia pri správnom pohybe či už ako opora alebo ako odraz. Primárnym účelom tejto metódy je teda pôsobiť na reflexné body v tele dieťaťa prípadne dospelého človeka a napraviť poškodené pohybové – motorické vzorce. Táto metóda sa využíva pri rozličných ochoreniach prípadne zdravotných postihnutiach, najmä pri detskej mozgovej obrne, rázštepoch chrbtice, skoliózach, vrodených pohybových vadách či poúrazových stavoch. Účinnosť tejto metódy je veľmi vysoká a patrí medzi najviac používané terapeutické techniky.

Prof. MUDr. Václav Vojta (*12.7.1917, +12.9.2000) pochádzal z Českej republiky. Bol detským lekárom so špecializáciou detská neurológia. Svoje univerzitné štúdium medicíny začal v roku 1938, avšak kvôli okupácii Československa nemeckými vojskami ho dokončil až v roku 1947. Pracoval ako lekár v praxi a zároveň ako

univerzitný lektor na Univerzite Karlovej v Prahe. V roku 1968 emigroval do Nemecka, kde pokračoval vo svojej praxi detského neurológa a zároveň sa intenzívne venoval výskumu na Ortopedickej univerzitnej klinike v Kolíne a v Detskom centre v Mníchove (Vojta, Peters, 2010). Významným počinom bolo aj založenie Vojtovej spoločnosti v roku 1984, ktorá poskytovala vzdelávanie a tréningy nielen na domácej, ale aj na medzinárodnej úrovni. Vo svojej praxi sa intenzívne venoval okrem detskej neurológie aj vývojovej kineziológii. Prínosom prof. MUDr. Václava Vojtu bolo, že pri liečbe predovšetkým detí a mládeže s vrodenými, prípadne vývojovými chybami dokázal, že včasná diagnostika a včasná terapia (najmä v prvých týždňoch života dieťaťa) majú rozhodujúci vplyv na vývoj pohyblivosti detí. Rozvoju svojej metódy venoval celý svoj život a získal množstvo ocenení a vyznamenaní. Medzi jeho najvýznamnejšie publikované práce preložené do viacerých jazykov patria „Vojtův princip“ (1992) a „Mozkové hybné poruchy v kojeneckém věku“ (1993).

Vojtova metóda, alebo inak nazývaná aj metóda reflexnej lokomócie, je súbor cvičebných techník a tiež terapeutický systém, ktorý sa používa na liečbu pohybových porúch. Táto metóda bola zostavená prof. MUDr. Václavom Vojtom na prelome 50. a 60. rokov v Českej republike. Prof. Vojta objavil a detailne popísal tento princíp reflexnej lokomócie a teda pohyb tela vpred vďaka svojej práci s deťmi s detskou mozgovou obrnou. Za pomoci presne definovaných podnetov sa mu podarilo vyvolať u detí nevedomé motorické reakcie trupu a končatín smerujúce k pohybu tela vpred.

Výrazný rozvoj tejto liečebnej metódy nastal na prelome 70. a 80. rokov v nemeckom Mníchove, kde profesor Vojta pôsobil tak v nemocničnom ako aj akademickom/ univerzitnom prostredí. V českom a slovenskom prostredí sa táto metóda začala používať

začiatkom 90. rokov a našla tak svojich priaznivcov ako aj svojich odporcov (Vařeka, 2000).

Základným princípom Vojtovej metódy je fakt, že v centrálnom nervovom systéme človeka sú geneticky zakódované vrodené pohybové vzory/ vzorce. Teória Vojtovej metódy vychádza z princípu neurofyziológie a biomechaniky, ktoré sú integrované do konceptu vývojovej kineziológie (Kovačičová, 2000; Vařeka, 2000; Lim, Kim, 2013). Vývojová kineziológia je veda, ktorá sa zaoberá motorickým vývojom dieťaťa a dáva terapeutovi návod resp. pravidlá k tomu, aby dokázal rozpoznať ideálnu hybnosť dieťaťa. Znalosť a využívanie tejto vedy je prínosné tak pre rehabilitáciu pohybových porúch detí, ale tiež pre rehabilitáciu dospelých (Kovačičová, 2000). Vojtov princíp by sme jednoduchšie mohli vysvetliť na nasledujúcej schéme – všetky jej súčasti totiž Vojtovmu princípu dávajú základ (Orth, 2009; Orth, 2012):

2.1 Charakteristika Vojtovej metódy ako therapeutickej techniky

Na spoznanie therapeutickej techniky Vojtova metóda je nevyhnutné popísať si termín vývojová kineziológia a ďalšie pojmy, ktoré sa s ním viažu. Vývojová kineziológia je veda, ktorá sa zaoberá skúmaním pohybu človeka v priebehu jednotlivých vývojových etáp (Vojta, Peters, 2010). Uvádza tiež presné pravidlá k rozpoznaní ideálneho pohybu v jednotlivých vývojových fázach detí. Vývojová kineziológia poskytuje presné „architektonické“ vyjadrenie každého motorického vývojového stupňa a zaoberá sa kineziologickým obsahom každého pohybového vývojového vzoru, ktorý je charakteristický pre určitý vek dieťaťa. Na základe poznania motorických vzorov je potom možné zistiť ako vznikajú tzv. svalové súhry a ako spolu súvisia. Preto potom odborníci dokážu

s presnosťou vyjadriť, na akom vývojovom stupni (motorickom) sa dieťa nachádza (Lim, Kim, 2013).

Avšak vývojová kineziológia je dôležitá nielen v oblasti pediatrie, ale využíva sa aj v oblasti rehabilitácie dospelých, kde napr. na základe držania osového orgánu (hlavy, trupu či panvy) dospelého človeka a jeho pohybu je odborník schopný presne určiť z ktorého vývojového obdobia si preniesol určité pohybové nedostatky, ktoré sa môžu prejaviť na zlom držaní tela, problémoch z chrbticou, hornými či dolnými končatinami (Kovačičová, 2000; Vojta, Peters, 2010).

Podľa Vařeku (2000) a Trojana, Drugu a Pfeiffera (1990) je možné pohyby rozdeliť do troch kategórií:

- pohyb, ktorý slúži na zaistenie základných životných funkcií (kam môžeme zaradiť napr. dýchanie, vylučovanie, príjem potravy, rozmnožovanie a schopnosť termoregulácie),
- pohyb, ktorý slúži na zaistenie kontaktu s okolím (kam môžeme zaradiť napr. komunikáciu),
- pohyb, ktorý slúži na zaujatie určitej pozície, udržanie určitej pozície a tiež presun z jedného miesta na iné (ktorý môžeme označiť pojmom lokomócia).

Vo všeobecnosti je známe, že vývojová kineziológia považuje za najdôležitejšie obdobie vývoja pohybu prvých 18 mesiacov života dieťaťa. Tento vývoj však začína už skôr – počas vnútro maternicového (intrauterinného) vývoja. Dieťa sa rodí s určitými genetickými danosťami, ktoré súvisia s jeho postojom (postúrou) a pohybom (lokomóciou) a ktoré postupne začína využívať (Kovačičová, 2000; Orth, 2009):

- predovšetkým pre uspokojovanie svojich základných životných potrieb, pričom sa jedná sa napr. o sanie potravy či vylučovanie,

- v súvislosti s nadväzovaním kontaktov s okolím (úsmev najskôr na matku a potom na iných ľudí, rozličné typy plaču v súvislosti s aktuálnou potrebou a pod.).

Vojta však tvrdil, že dieťa sa rodí aj so zložitejšími pohybovými programami, ktoré v priebehu svojho vývoja postupne zapája do svojej motoriky. Priaznivci Vojtovej metódy práve z tohto dôvodu tvrdia, že vhodnou aferentnou stimuláciou (pozn. autorky: smerujúcou od periférie k centru cestou vzruchu dostredivými nervovými dráhami) je možné dosiahnuť u dieťaťa pohyb, ktorý by inak samo zvládlo až v neskoršom vývojovom období (Trojan, Druga, Pfeiffer, 1990; Kolář, 1999; Vařeka, 2000). Na to, aby sme pochopili systém reflexnej lokomócie prof. Vojtu, je potrebné pochopiť zmeny v kineziologickom myslení a v porozumení funkčným súvislostiam. Vojtova metóda je vhodná tak pre motoricky ohrozené deti ako aj pre už motoricky zasiahnuté (postihnuté) deti. Vojtova terapia je cieleňá a dokáže účinne aktivizovať zasiahnutú motoriku na úrovni centrálnej nervovej sústavy. Je potrebné však spomenúť, že okrem zamerania sa na neurologický vývoj, je potrebné sledovať aj psychický vývoj dieťaťa, sledovanie úrovne jeho poznávacích schopností (zmyslové vnímanie, spracovanie vnímaných informácií) a tiež vývoj medzilidskej komunikácie, emočný vývoj a reakcie dieťaťa na vonkajšie prostredie a rozličné podnety (Sobotková, Dittrichová, 2003).

Vojtov lokomočný princíp má tri zložky (Vojta, 1993; Kolář, 1999; Vařeka, 2000):

- posturálna aktivita (automatická schopnosť aktívne zaujať vzpriamenú polohu – pozn. autorky: je spojená s tzv. vertikalizáciou),
- posturálna reaktivita – schopnosť aktívne udržať vzpriamenú polohu tým, že organizmus reaguje na vonkajšie a vnútorné zmeny,

- svalový tonus – reflexné udržiavané napätie svalu, ktoré je základom pre akúkoľvek motoriku.

Každá lokomócia je riadená automaticky a vychádza z polohy (postúry) tela. Ak je lokomócia u človeka v poriadku, je vykonávaná kríženým pohybom. Môžeme tiež povedať, že lokomócia je prostriedok komunikácie nášho tela, ktorý funguje absolútne automaticky. Ako hovoril prof. Vojta – lokomócia sa neučí, ale „zapína“. Každý pohyb sa v určitej polohe začína a v určitej polohe aj končí. Poloha sprevádza pohyb ako tieň (Vojta, 1993).

2.2 Diagnostika v rámci Vojtovej metódy a terapia

Diagnostika, ktorú vypracoval prof. Vojta, spočíva v stanovení štádia motorického vývoja dieťaťa a vo včasnom odhalení prípadných hybných porúch, ktoré je podľa tejto metódy možné už v ranom veku dieťaťa. Diagnostika má tri súčasti:

- posturálna aktivita – držanie tela dieťaťa v dvoch základných polohách, ktorými sú držanie chrbta a držanie sa na bruchu, v neskoršom veku v sede, v stoju a pri chôdzi,
- posturálna reaktivita – reakcie dieťaťa v určitej postúre, ktoré sa hodnotia siedmymi polohovými testami,
- primitívna reflexiológia – vyšetrovanie reflexov dieťaťa, predovšetkým tzv. primitívnych reflexov.

Pre vysvetlenie potrebnosti Vojtovej metódy je nevyhnutné popísať si v krátkosti ako funguje resp. ako sa vytvára a fixuje pohyb u detí. Pre raný vek dieťaťa je charakteristické, že plasticita centrálnnej nervovej sústavy (CNS) je najväčšia (Vojta, 1993). V okamihu ako sa dieťa začína kontaktovať s okolím a jeho motorika nie je v poriadku, automaticky začína používať náhradné motorické prejavy, ktoré sú častokrát natoľko viditeľné, že ich rozpozná aj laik.

Ak dieťa tieto náhradné motorické prejavy používa a začne sa na ne fixovať, nástup normálnej „zdravej“ motoriky nie je možný. V súčasnosti je možné tieto prejavy zistiť a rozanalyzovať už v šiestom týždni veku dieťaťa. Čím neskôr sa odhalia poruchy hybnosti a čím dlhšie dieťa používa náhradné motorické prejavy, tým zložitejšia je ich terapia a náprava/ liečba (Vojta, 1993; Moholjic, 2011; Vacek, 2017).

Lekári, fyzioterapeuti a ďalší odborníci, ktorí prichádzajú do kontaktu s deťmi s poškodením motoriky, musia mať veľmi dobrú orientáciu vo vývojovej kineziológii, aby dokázali pochopiť polohové testy, primitívnu reflexiológiu, stanoviť správnu diagnózu a následne zvolili správnu terapiu a liečbu pohybového postihnutia (Vojta, 1993; Kovačičová, 2000).

Analýza pohybu resp. posturálna aktivita

Pri vývoji dieťaťa a posúdení jeho stavu v oblasti spontánnej motoriky je nevyhnutné analyzovať jeho pohyb. Pod pojmom spontánna motorika rozumieme súbor spontánnych pohybov dieťaťa. Vojta (1993) tieto pohyby označil pojmom pohyby z vlastného podnetu. U dieťaťa sa posudzuje držanie tela, ktoré mu umožňuje pohyb. Pohyb hlavy a končatín sa posudzuje v súvislosti s tým ako dieťa drží trup. Skúmaním práve všetkých spomínaných súčastí odborníci dokážu veľmi precízne a rýchlo rozpoznať buď chýbajúce prípadne nedostatočné pohybové vzorce (Orth, 2009; Orth, 2012).

Polohové reakcie resp. posturálna reaktivita

Pojem polohová reakcia sa pôvodne označoval ako polohové reflexy. Jedná sa o odpoveď tela na zmenu polohy. Polohové reakcie podľa Vojtu (1993) a Orth (2009) je možné charakterizovať ako kľúč k vrodeným pohybovým programom. Polohové reakcie resp. skúšky, ktoré objavil Vojta, predstavujú súbor štandardizovaných nástrojov, ktoré sa používajú pri neurologickom vyšetrení dieťaťa. Tieto skúšky

pomerne presne a rýchlo sprostredkujú obraz o vývojovom štádiu dieťaťa. Spolu ich je podľa Vojtu sedem (Vojta, 1993, Kovačičová, 2000):

- **Vojtova skúška**

Princíp Vojtovej skúšky spočíva v zodvihnutí dieťaťa z polohy na bruchu a v jeho rýchlom otočení z vertikálnej polohy do polohy horizontálnej. Dieťa je vždy chrbtom otočené k vyšetrujúcemu odborníkovi. Je to provokačný manéver, ktorého cieľom je zistiť či je u dieťaťa prítomný tzv. Moorov reflex (pozn. autorky: prejavuje sa už v maternicovom vývine a po narodení je úlohou tohto reflexu privolať matku dieťaťa ak sa v okolí vyskytne nejaký stimul. Moorov reflex sa prejaví spontánnym rozhodnutím rúk a nôh, krikom, plačom a následne schúlením až pokým sa dieťa opäť neocitne „v bezpečí“). Tento reflex by mal u zdravého dieťaťa vymiznúť spontánne zhruba v štvrtom mesiaci života. Ak nevymizne, ale naopak pretrváva, pre odborníka to môže byť signál pre určitú motorickú poruchu.

Obrázok 4

Vojtova skúška – v prvom až desiatom týždni po narodení dieťaťa kedy je ešte prítomný Moorov reflex



Zdroj: www.vojta.com (2020)

- **Trakčná skúška**

Pri tejto skúške sa hodnotí to, akým spôsobom dieťa drží hlavu. Provokačný manéver spočíva v tom, že dieťa sa zodvihne za ruky z polohy na chrbte za distálnu (pozn. autorky: vzdialenejšiu časť ruky od trupu) časť predlaktia zhruba o 45° od podložky. Touto skúškou je možné hodnotiť reakcie celého tela dieťaťa. Ťah robí skúsený odborník tak, že uchopí ruky dieťaťa medzi svoj tretí a štvrtý prst (tam je stisk najsilnejší) a zároveň vloží buď palec alebo ukazovák do dlane dieťaťa (dbá sa na úchopový reflex dieťaťa). Cieľom tejto skúšky je postupom veku dieťaťa zistiť či sa hlava dostáva do jednej línie s trupom (v prvých týždňoch života voľne visí smerom dolu k podložke a postupne ju dieťa začína držať a priťahovať k trupu. Nohy dieťa spočiatku krčovito drží spolu a priťahuje k telu, ale postupne ich uvoľňuje, necháva vystreté a jeho ťažisko sa v tom okamihu presúva na zadok).

Obrázok 5

Trakčná skúška – od siedmeho týždňa do ukončeného šiesteho mesiaca po narodení dieťaťa, kedy už má úchopový reflex ale nohy ešte priťahuje k telu



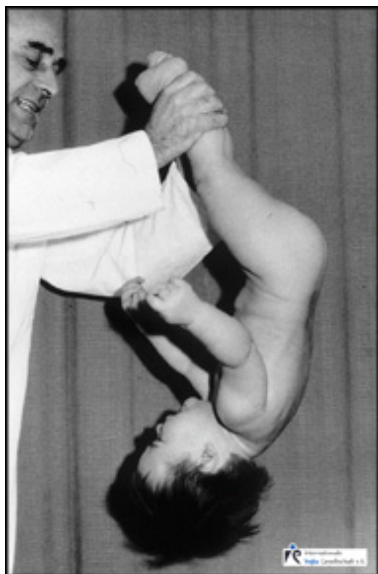
Zdroj: www.vojta.com (2020)

- **Peiper Isbert skúška**

Pri tejto skúške sa hodnotí reakcia horných končatín a celkovo osového orgánu. Dieťa je zdvihnuté za nohy hlavou smerom dolu. Odborník, ktorý vykonáva túto skúšku zdvíha dieťa tak, že uchopí stehná a v priebehu prvých zhruba piatich mesiacov po narodení zdvíha dieťa z polohy na chrbte, po piatom mesiaci z polohy na bruchu. Princípom je zistiť, či je prítomný Moorov reflex (rozpaženie horných končatín), ktorý sa postupne počas rastu dieťaťa mení na upaženie a postupné priťahovanie hrudníka smerom k vyšetrujúcemu odborníkovi.

Obrázok 6

Peiper Isbert skúška – dieťa vo veku zhruba deväť mesiacov, kedy sa snaží pritiahnuť



Zdroj: www.vojta.com (2020)

- **Collisovej horizontálna skúška**

Pri tejto skúške sa dieťa zdvihne za ruku a nohu (na rovnakej strane tela) a hodnotí sa reakcia protiľahlých končatín. Dieťa sa zdvíha vždy z polohy na chrbte a tiež je otočené chrbtom k odborníkovi, ktorý túto skúšku vykonáva. Postupom veku sa dieťa snaží akoby chytiť podložky najskôr rukou a potom aj nohou (keď už sa vertikalizuje) (Vojta, 1993).

Obrázok 7

Collisovej horizontálna skúška – dieťa vo veku od ôsmeho do desiateho mesiaca sa snaží „prichytiť“ podložky



Zdroj: www.vojta.com (2020)

- **Collisovej vertikálnej skúšky**

Pri tejto skúške sa dieťa zodvihne z polohy na chrbte za jednu nohu (obvykle za koleno) dolu hlavou (pomerne náhle avšak bez šklbnutia) do vertikálnej (zvislej) polohy a hodnotí sa jeho voľne visiaca končatina (Vojta, 1993).

Obrázok 8

Collisovej vertikálnej skúšky – dieťa vo veku od siedmeho mesiaca udržiava flexiu (ohyb) v bedrovom kĺbe



Zdroj: www.vojta.com (2020)

- **Landauova skúška**

Pri tejto skúške je dieťa uchopené odborníkom tak, že z polohy na bruchu odborník podloží svoju dlaň pod brucho dieťaťa a v horizontálnej polohe ho nadvihne. Hodnotí sa reakcia všetkých končatín a natiahnutie osového orgánu. Postupným vývojom veku by dieťa malo zapájať hlavu a krk (držať ich napnuté) a voľne flexovať všetky končatiny (Vojta, 1993).

Obrázok 9

Landauova skúška – dieťa vo veku zhruba šiestich mesiacov už drží hlavu a krk v osovom predĺžení chrbta a voľne flexuje končatiny



Zdroj: www.vojta.com (2020)

- **Axilárny vis**

Pri tejto skúške odborník uchopí dieťa za brucho oboma rukami chrbtom k sebe a vo vertikálnej polohe, pričom nesmie palcami tlačiť na jeho dolný trapézový sval (pretože by vyvolal extenziu dolných končatín). Hodnotí sa reakcia dolných končatín. Dieťa najskôr nohy flexuje, postupne ich priťahuje k sebe, avšak neskôr nohy dostáva do tzv. dorzálnej flexie – odťahuje ich a pripravuje sa na chôzu (Vojta, 1993).

Obrázok 10

Axilárny vis – dieťa vo veku kedy sa už pripravuje na chôdzu dáva nohy do tzv. dorzálnej flexie



Zdroj: www.vojta.com (2020)

V priebehu prvého roka života dieťaťa sú polohové skúšky podľa Vojtu veľmi osvedčenou metódou na to, aby sa vytvorila predstava o pohybových programoch, ktorými disponuje dieťa. Tieto testy sa používajú pri neurologických vyšetreniach dieťaťa a vypovedajú o tom, aká je koordinácia CNS dieťaťa a tiež aká je jeho dosiahnutá úroveň vývoja. Sú štandardnou pomôckou pri screeningových testoch dieťaťa v detskom resp. kojeneckom veku. Vojta (1993) a Orth (2009) píšú, že ak má dieťa normálne vyvinuté pohybové vzorce a CNS vhodne reaguje na podnety, dieťa sa bude pravdepodobne normálne senzomotoricky vyvíjať. Ak však odborníci spozorujú čo i len najmenšiu odchýlku od normy, môže sa jednať o centrálnu koordinačnú poruchu a abnormálny vývoj dieťaťa, ktorý má štyri stupne (Orth, 2009):

- najľahší stupeň koordinačnej poruchy popisuje jednu ať tri abnormálne polohové reakcie,
- ľahký stupeň koordinačnej poruchy popisuje štyri až päť abnormálnych polohových reakcií,
- stredne ťažký stupeň koordinačnej poruchy šesť až sedem abnormálnych polohových reakcií,
- ťažký stupeň koordinačnej poruchy sedem reakcií s veľmi závažnou poruchou živého tkaniva.

Primitívna reflexiológia

Reflex je funkčnou jednotkou nerovovej sústavy. Pojem primitívna reflexiológia je v podstate vyšetrenie reflexov a patrí k vývojovej diagnostike dieťaťa. Primitívne reflexy sú odpovede na podnety, ktoré sú vysielané centrálnej nervovej sústave (Kovačičová, 2000; Orth, 2009) Ak je centrálna nerovová sústava dieťaťa oslabená, oslabené resp. spomalené sú aj reflexy dieťaťa (Kraus et al, 2005). Za negatívny/ nesprávny/ oslabený vývoj dieťaťa možno z odborného hľadiska považovať taký vývoj, kedy reflexy, ktoré by u dieťaťa mali byť prítomné v prvých štyroch až šiestich týždňoch života, sa objavia až v druhom resp. treťom trimenone (Vojta, 1993).

Medzi reflexy, ktoré sa u detí podrobujú vyšetreniu patria nasledovné (Kovačičová, 2000):

- **Moorov reflex** – nazývaný tiež aj objímací reflex, kedy dieťa leží na chrbte na podložke a po trhnutí touto podložkou dieťa roztvorí horné končatiny (akoby chcelo objasť) a prsty sa mu roztvoria. Tento reflex sa vyskytuje zhruba do štvrtého niekedy až šiesteho mesiaca života dieťaťa,
- **Sací reflex** – prstami sa dieťaťu dráždia pery a ono začne sasť. Tento reflex sa vyskytuje zhruba do štvrtého mesiaca života dieťaťa,
- **Rooting reflex** – tzv. hľadací reflex, kedy dieťa otáča hlavu do strany, ktorú mu na tvári, zvlášť v okolí pier, dráždime,
- **Babkinov reflex** – dieťa leží na chrbte na podložke, oboma rukami mu uchopíme ruky (dlane) a ono otvorí ústa. Tento reflex sa vyskytuje do štvrtého mesiaca života dieťaťa,
- **Galantov reflex** – dieťa leží na bruchu na podložke. Prstom mu prejdeme po niektorej časti chrbta (pravej alebo ľavej) a dieťa otočí hlavu na danú stranu. Tento reflex sa vyskytuje do tretieho u niektorých detí až piateho mesiaca života,
- **Úchopový reflex** – dieťaťu vložíme do dlane prst a dieťa ho pevne zovrie (podobne je to aj s nohami dieťaťa). Tento reflex sa vyskytuje do piateho mesiaca života dieťaťa, po tomto období už dieťa zoviera predmety v ruke úmyselne,
- **Akusticko-faciálny reflex** – dieťa mrká pri určitom zvukovom podnete (napr. pri tieskaní). Vyskytuje sa do desiateho dňa života dieťaťa,
- **Reflex skríženej extenzie** – dieťa leží chrbtom na podložke a jedna noha sa mu zohýba v kolene. Druhá noha sa podvedome vystiera. Tento reflex sa vyskytuje do šiesteho týždňa života dieťaťa,
- **Chôdzový automatizmus** – dieťa chytíme do zvislej (vertikálnej) polohy pod pazuchami a postavíme ho akoby na päty. Reflexne

začne napodobňovať chôdzu. Tento reflex sa vyskytuje so štvrtého mesiaca života dieťaťa.

Primitívna reflexiológia skúma/ hodnotí reflexy vždy v súvislosti s polohovými skúškami. Je potrebné vidieť reaktivitu CNS v rôznych fázach vývoja dieťaťa, aby mohli odborníci stanoviť či je vývoj dieťaťa normálny alebo abnormálny.

Polohové testy slúžia na to, aby odborníci dokázali posúdiť mechanizmus držania tela dieťaťa a jeho pohybov a vznikajú veľmi reflexne po rýchlej zmene polohy tela. Na to, aby ich odborníci dokázali vhodne klinicky využiť, je nevyhnutné aby:

- motorické odpovede na zmenu polohy tela boli viditeľné,
- odrážali reakcie CNS v rozličných fázach života dieťaťa,
- bolo možné odlíšiť normálnu reakciu CNS od abnormálnej.

Posturálny vývojový vek sa určuje pred zisťovaním/ zistením kalendárneho veku. Ak existuje zhoda v oboch prípadoch teda v pohyblivosti a jej popise podľa kalendárneho veku, dieťa a jeho celkový motorický vývoj je možné považovať za normálny (podobne je to aj v prípade posudzovania mentálneho stavu dieťaťa). Ak teda dieťa reaguje napr. v druhom trimenone v oblasti posturálnej v súlade s aktuálnym vekom, dosahuje tieto schopnosti (Vojta, 1993):

- radiálny úchop (pozn. autorky: úchop predmetov rukou, otvorenie a zatvorenie dlane) – toto je možné pozorovať napr. v Collisovej horizontálnej skúške,
- symetrické zaprenie sa o lakte (prípadne o jeden lakeť s tým, že sa naťahuje po predmet) v polohe na brucho,
- postupne vyhasína úchopový reflex a ruka (už nielen lakeť) dieťaťa sa dokáže zaprieť o podložku,
- koordinované otáčanie sa z chrbta na brucho a naopak - toto je možné pozorovať vo Vojtovej skúške,

- vyskytuje sa tzv. optiko-faciálny reflex (pozn. autorky: ak dieťa reflexne mrká na určitý predmet v jeho blízkosti) – toto je možné pozorovať v Peiper Isbert skúške.

Terapia

Vojta (1993) tvrdil, že reflexná lokomócia sa aktivuje z troch základných polôh – na chrbte, na bruchu a na boku. K tomu, aby sa aktivovali pohybové modely, sa používa desať zón, ktoré sa nachádzajú na rozličných miestach trupu, na horných a dolných končatinách. Dôležité pri terapii je kombinovať zóny a striedať tlak a ťah na ne a tým sa aktivizuje tzv. reflexné otáčanie a reflexné plazenie (Khan, Helsper, Yang, Grzegorzeg, 2016). Dôležité je tiež to, v akom uhle sa nachádzajú končatiny, pretože terapeut kladie odpor vznikajúcemu čiastočnému pohybu určitého pohybového modelu. Pri tomto odpore vyvinie svalstvo väčšie napätie a zosilní sa svalová aktivita. Vojta (1993) pomerne podrobne popísal priebeh celej reflexnej lokomócie a podľa neho existuje viac ako tridsať variácií aktivačných zón na bruchu, chrbte a boku kedy ich rozličným prispôsobeným dráždením (tlakom, odporom a pod.) je možné prispôbiť terapiu individuálne každému pacientovi podľa jeho diagnózy a potrieb.

Táto liečebná metóda teda zahŕňa tri modely resp. terapeutické systémy, ktorými sú polohy tela na vyvolanie reakcie stimuláciou príslušných bodov:

- model, ktorý sa aktivuje v polohe na bruchu a ktorý sa nazýva reflexné plazenie,
- model aktivovaný z polohy na chrbte a ktorý sa nazýva reflexné otáčanie,
- model aktivovaný z polohy na oboch kolenách a ktorý sa nazýva prvá pozícia.

Cez všetky tieto terapeutické modely (od reflexného plazenia, cez reflexné otáčanie, tzv. prvú pozíciu a tzv. aktivačných zón) vyvoláva terapeut u liečeného tzv. svalovú súhru. Svalová súhra je charakteristická tým, že je identická so svalovou súhrou, ktorú pozorujeme u detí počas ich motorického vývoja vo veku do jedného roka. Jej cieľom nie je naučiť pacienta otáčať sa prípadne plaziť, ale vyvolať u neho resp. obnoviť v ňom vrodené svalové vzorce, ktoré mu umožňujú kvalitný postoj a chôdzu (tzv. sociálnu bipedálnu lokomóciu) (Lim, Kim, 2013).

Je potrebné však povedať, že všetky tieto modely sú umelé a v motorickom vývoji detí sa nevyskytujú. V terapii a celkovo vo Vojtovej metóde majú nezastupiteľné miesto, nie je totiž možné ich (vzájomne) nahradiť. Tieto modely odborníci považujú za základné stavebné kamene pre tzv. bipedálnu (pozn. autorky: dvojnohú, obojnohú) lokomóciu (vzpriamenie a pohyb vpred) a sú geneticky naprogramované v CNS každého človeka, aktivované nezávisle na vôli/ vedomí človeka. Prostredníctvom východiskovej polohy a kombináciou aktivačných zón sa na spinálnej úrovni prebúdzajú motorické generátory, ktoré podliehajú vyšším tzv. etážnym vplyvom dokonca až na najvyššej úrovni – v mozgovej kôre. Prebudený motorický generátor sa v prípade potreby „zapne“ resp. použije. Prichádza tak v konečnom dôsledku k vertikálnemu držaniu tela a sociálnej bipedálnej lokomócií a vďaka tomu je potom možné rozvinúť ďalšie nadstavbové motorické funkcie, ktoré sa vytvárajú v procese učenia a ktorými sú napr. reč, písanie, športové úkony a pod. (Kolář, 1999; 2009). Na tomto mieste si dovoľíme zdôrazniť, že terapia Vojtovou metódou je vhodná nielen pre deti, ale aj pre dospelých ľudí, predovšetkým po úrazoch hlavy, poraneniach svalov, periférnych nervov prípadne celkovo pri poškodení CNS.

Cieľom Vojtovej metódy (Vojta, 1993) je prostredníctvom aferentnej signalizácie (pozn. autorky: smerujúcou od periférie k centru cestou

vzruchu dostredivými nervovými dráhami) vstúpiť do základného geneticky daného motorického programu. Následne je v CNS informácia spracovaná a uložená a postupne integrovaná do tzv. aferentnej cesty. Prostredníctvom polohových testov a vyšetrenia reflexov sa dá zistiť aká je kvalita aferencie, ktorá sa pri terapii vytvorila. Aferencia dráždením proprioreceptorov (pozn. autorky: zmyslový receptor, ktorý vníma pohyb a polohu celého tela, sú vo svaloch, v šľachách či kĺbových puzdrách) je pri Vojtovej terapii najvýhodnejšia, avšak sám Vojta tvrdil, že je potrebné dráždiť aj exteroceptory (pozn. autorky: zmyslové receptory, ktoré prijímajú podmiety z vonkajšieho prostredia, napr. kožné receptory citlivé na zmenu teploty, na tlak, bolesť a pod. či receptory zmyslových orgánov teda očí, uší a pod.) a tiež interoreceptory (pozn. autorky: receptory vo vnútornom prostredí organizmu, ktoré informujú organizmus o zmenách vo vnútri tela, napr. hladine kyslíka v krvi, viscerosenzitívnych podráždeniach, pH a pod.) (Vařeka, 2000) a to tlakom na ne. Spomínaný autor tiež hovorí, že aferencia z oblasti osového orgánu je pri tomto type terapie rozhodujúca. Je nevyhnutné, aby Vojtovu terapiu realizovali skúsení a predovšetkým školení odborníci (v súčasnosti najmä neurológovia či fyzioterapeuti), pretože nevhodná a nie správne realizovaná terapia je zdrojom nežiaducej aferencie a jej vplyvom môže nastať podporenie pohybovej poruchy namiesto jej odstránenia prípadne eliminácie.

Vojta tvrdil, že prvá porucha pohybu/ pohyblivosti u dieťaťa môže nastať už vo veku šiestich týždňoch (z pohľadu ontogenézy dieťaťa), postupne ak sa zanedbá, môže prerásť do seriózneho problému a dieťa si spontánne vytvorí a fixuje náhradný (a teda nesprávny) model pohybu. Preto je skutočne nevyhnutné zachytiť poruchu včas a aplikovať terapiu v skutočne ranom veku dieťaťa (Kolář, 2009; Orth, 2009). Pre aplikáciu tejto therapeutickej metódy je nevyhnutné, aby boli spoje medzi nervami a svalmi neporušené prípadne

porušené len čiastočne. Potom je možné pomocou podnetov pôsobiť na periférny a centrálny nervový systém (Orth, 2009; Vacek, 2017).

Ako sme spomínali v úvode podkapitoly (Terapia), Vojtova liečebná metóda zahŕňa tri modely resp. terapeutické systémy, ktorými sú polohy tela na vyvolanie reakcie stimuláciou príslušných bodov. Konkrétne si na nasledujúcich riadkoch rozoberieme polohu tela na bruchu a na chrbte dieťaťa.

Dieťa má tri body, prostredníctvom ktorých si rozvíja motorické funkcie. Jedná sa o chrbát, brucho a boky (Vojta, 1993; Vojta, Peters, 2010; Skaličková – Kováčiková, 2017). Ak novorodenec/ dieťa leží na bruchu, jeho pohyby sú pomerne pokojné, pretože má veľkú stabilitu. Počas prvých troch mesiacov svojho života sa dieťa z tejto pozície zdvíha na lakte. Ak novorodenec leží na chrbte, môže sa zdať, že jeho pohyby sú neusporiadané, pretože mu v tejto polohe chýba regulácia jeho držania. Postupne počas prvých dvanástich mesiacov života dieťaťa sa svaly, svalové úpony, kosti a šľachy stávajú silnejšími a dieťa ich dokáže pohybmi precvičovať a fixovať. Zhruba v období prvého roka života dieťa dokáže z polohy na bruchu či na chrbte vstať, otáčať sa, loziť a tiež urobiť prvé kroky.

V nasledujúcej tabuľke uvádzame prehľad ontogenézy (pozn. autorky: vývin alebo vývoj) dieťaťa počas prvých dvanástich mesiacov života a to konkrétne, ak sa jedná o polohu tela na bruchu, na chrbte a jeho vertikalizáciu.

Tabuľka 4

Ontogenéza dieťaťa

	Poloha na BRUCHU	Poloha na CHRBTĚ
	1. trimenon	
Novorodenec	- schúlená poloha (pokrčené kolená, vystreté lakte) - hlava je položená nižšie ako kolená	- táto poloha je asymetrická, nekoordinovaná - horné a dolné

		končatiny sú pokrčené - hlava otočená k jednej strane
4. týždeň	- panva aj lakte sa dostávajú nižšie k podložke (dieťa sa opiera o brucho) - očný kontakt už udržiava zhruba 50% detí	- ramená a panva sa zabávajú viac do podložky - 50% detí sa kontaktuje s okolím
6. týždeň	- dieťa zdvíha hlavu nad podložku - 75% detí udržiava očný kontakt	- motoricky začína vyjadrovať kontakt - postupne povoľuje pästičky
8. týždeň	- predlaktia a hlava sú v strednom postavení - takmer 10% detí udržiava očný kontakt	- dieťa vyjadruje mimiku - dokáže sa nohami zaprieť o podložku - dokáže spojiť horné končatiny
3. mesiac	- hlava rotuje v rozsahu 30° na každú stranu - otvára pästičky - dolné končatiny sú voľne v extenzii (pozn. autorky: vyrovnanie)	- dieťa leží symetricky v osi s rozloženým ťažiskom - zdvíha všetky končatiny v pravom uhle - prezerá si ruky - hlavu otáča v 30° uhle na každú stranu
	2. trimenon	
4,5 mesiac	- opora o jeden lakeť (voľná ruka dokáže sa dokáže naťahovať po hračku) - uchopenie hračky	- dieťa sa začína otáčať - manipuluje s hračkou pričom si ju očami prezerá - dotýka sa vlastného tela zhruba po bedrá
5. mesiac	- postupné vzpriamovanie sa na horné končatiny, dieťa sa opiera o dlane - zdvíha hlavu a imituje polohu plávania (akoby sa húpalo na pupčeku)	- otáča sa na brucho pričom pohyb vedie hlava - chytá si celé telo, má kontakt aj s dolnými končatinami
6. mesiac	- opora o úplne rozvinuté	- otáča sa na obe strany

	dlane - úchop hračky od palca - hrudníkové dýchanie	do polohy na lakte - chytá si dolné končatiny a dáva si ich do úst - dozrieva orofaciálna oblasť (motorika úst a tváre) - začína žuť a „rozprávať“
	3. trimenon (spojenie vývoja z polohy na chrbte a z polohy na bruchu)	
7. mesiac	- v polohe na chrbte si dieťa dokáže cmúľať prsty na nohách - poloha na štyroch končatinách	
7,5 mesiac	- dieťa sa dokáže túliť - ťahá len hornou končatinou bez toho, že by zapájalo dolné končatiny - vzpriamovanie chrbta - pinzetový úchop	
8. mesiac	- samostatný sed - počiatky kvadrupedálnej chôdze (pozn. autorky: chodza okolo nábytku) - vertikalizácia trupu pri prekážke	
	4. trimenon	
9. mesiac	- vertikalizácia nakročením do vzpriameného stoja - kvadrupedálna chodza popri nábytku	
10. – 12. mesiac	- voľný pohyb v priestore - prvý krok do voľného priestoru - samostatný stoj	

*Zdroj: vlastný, spracované podľa Orth (2009); Kiedroňová (2010);
Vojta, Peters (2010)*

Reflexné plazenie

Jedná sa o pohybový proces, ktorý riadi polohu tela, vzpriamovanie tela proti gravitácii a tiež krokové pohyby všetkých štyroch končatín. Reflexné plazenie teda poskytuje základný model pohybu vpred pričom základnou polohou je poloha na bruchu a hlava položená na podložke a otočená smerom do boku.

Reflexné plazenie prebieha podľa Vojtu (1993), Haladovej (1997), Trojana, Drugu, Pfeifferra a Votavu (2005); Koláča (2009) či Vaceka (2017) v tzv. skríženom vzore kedy sa naraz pohybuje vždy opačná končatina (pozn. autorky: napr. pravá ruka a ľavá noha a naopak ľavá ruka a pravá noha). Telo je na bruchu a opiera sa o nohu a opačnú ruku a postupne prichádza k vyvolaniu svalovej aktivity, pretože terapeut kladie odpor hlave a otáča ju na opačnú stranu. Hlava tak zostáva v predĺžení chrbta/ chrbtice a nastáva zosilnenie svalovej aktivity celého tela. Toto predstavuje vhodné podmienky pre vzpriamovanie tela.

Obrázok 11

Reflexné plazenie – základná poloha na bruchu



Zdroj: Koláč (2009)

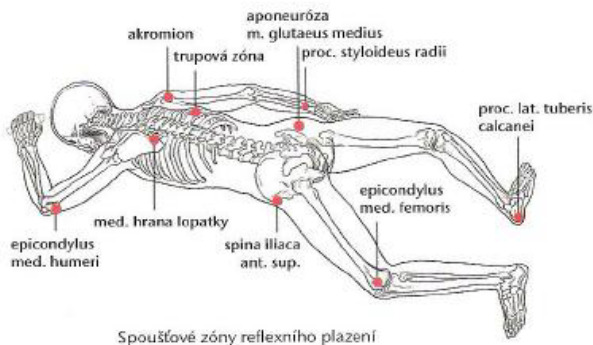
Pri reflexnom plazení popísal Vojta (1993) viacero tzv. spúšťačových zón, ktorých dráždením sú vyvolané pohyby a ktorých cieľom je (Vojta, 1993; Haladová, 1997; Trojan, Druga, Pfeiffer, Votava, 2005):

- aktivácia svalových vzpriamovacích mechanizmov, ktoré predpokladom pre správny úchop, oporu, vertikalizáciu, chôdzu,
- aktivácia všetkých štyroch končatín,

- aktivácia brušného svalstva a tiež dýchacieho svalstva,
- aktivácia tvárových častí (prehltnacieho reflexu či pohybov očí).

Obrázok 12

Spúšťačové zóny pri reflexnom plazení



Zdroj: Kolář (2009)

Reflexné otáčanie

Reflexné otáčanie je pohybový vzorec, ktorý začína v polohe na chrbte, pokračuje cez polohu na boku až k tzv. štvornožkovaniu (lezeniu na všetkých štyroch končatinách). Končí postavením sa a chôdzou. Veľmi dôležité je to, ako dieťa drží trup, pretože na základe toho potom dokáže pohybovať končatinami a hlavou (Vojta, 1993; Haladová, 1997; Trojan, Druga, Pfeiffer, Votava, 2005; Kovačičová, 2000; Orth, 2009).

Dieťa, ktoré má zdravý vývoj, sa začne samostatne otáčať zhruba vo veku šiestich mesiacov. Od troch mesiacov začne koordinovane používať svoje ruky a vymiznú mu niektoré primitívne (primárne) reflexy. Vojta (1993) hovorí, že ak sa dieťa otáča iným ako bežným spôsobom, je možné spoznať to voľným okom.

Reflexné otáčanie má dve fázy:

V **prvej fáze** sa stimulujú špeciálne spúšťačové zóny v hrudníku, konkrétne v priestore medzi rebrami a telo sa otáča z polohy na chrbte do polohy na boku. Napriamuje sa chrbtica, horné končatiny sa pripravujú na opernú funkciu a dolné končatiny sa nadvihnú nad podložku. Aktivizuje sa brušné svalstvo. Oči sa pohybujú do strany, prehĺbuje sa dýchanie, aktivizuje sa prehĺtanie. Terapeut kladie odpor proti otáčaniu hlavy (Haladová, 1997; Kolář, 2009).

Obrázok 13

Reflexné otáčanie – základná poloha na chrbte



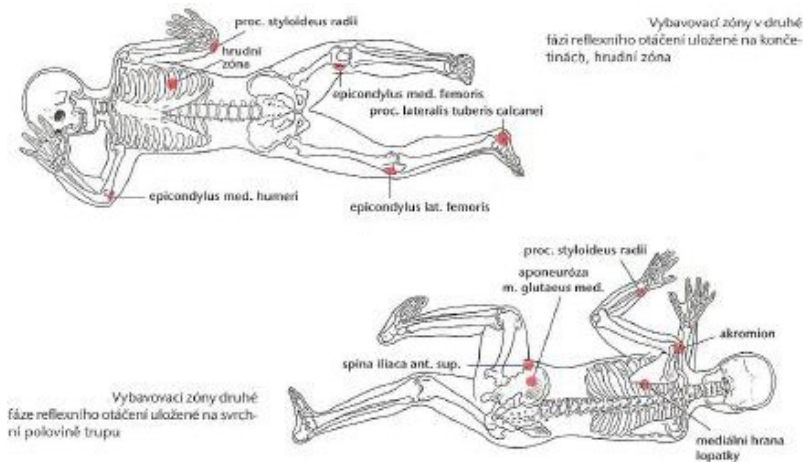
Poloha na zádech jako výchozí poloha otáčivého děje v první fázi reflexního otáčení. Hrudní zóna jako vybavitel otáčivého děje leží v oblasti mezižebních prostor kolem 6. žebra

Zdroj: Kolář (2009)

V **druhej fáze** pokračuje proces otáčania cez ďalšie spúšťačové zóny a aktivizuje sa svalstvo trupu (Kolář, 2009; Orth, 2009). Celý proces otáčania sa končí ležením po štyroch. Pri tomto pohybe sa napriamuje chrbtica, hlava sa drží v smere proti gravitácii. Odborníci odporúčajú opakovať tento pohyb niekoľkokrát za deň, aby sa začalo jeho spontánne fixovanie.

Obrázok 14

Spúšťáčové zóny pri reflexnom plazení



Zdroj: Kolář (2009)

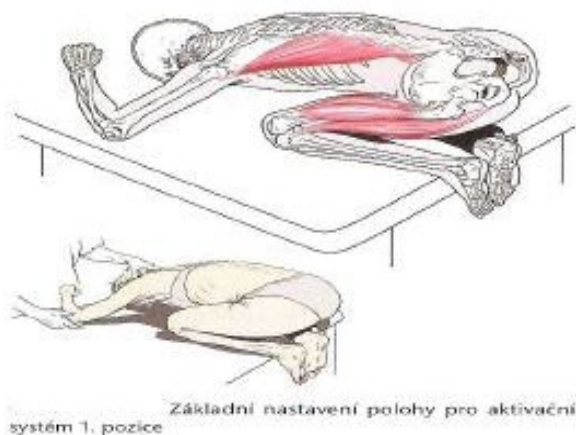
Prvá pozícia

Prvá pozícia je veľmi dôležitá pre vertikalizáciu dieťaťa. Cieľom tejto pozície je vyvolať u pacienta takú svalovú reakciu, ktorá mu zodvihne hrudník smerom hore. Pacient sedí v špeciálnej polohe, kedy má hlavu opretú o stôl a zároveň vyrotovanú do jednej strany. Ruky má mierne predpažené a ohnuté v lakt'och (abdukcia ramenného kĺbu a flexia lakt'a), nohy má pod telom avšak stehná a kolená mierne vyčnievajú spod hrudníka, aby boli odľahčené bedrové kĺby a chodidlá pretŕčajú cez stôl (Kovačičová, 2000; Trojan, Druga, Pfeiffer, Votava, 2005; Orth, 2009).

Spúšťáčové zóny sú úplne rovnaké ako pri reflexnom plazení. Týmto pohybom sa zodvihne hrudník, napriamí sa chrbtica, hlava rotuje, aktivizuje sa svalstvo panvového dna, brušné svalstvo, aktivizujú sa dolné končatiny a pripraví sa na vykročenie (Kolář, 2009).

Obrázok 15

Prvá pozícia



Zdroj: Kolář (2009)

Intenzita cvičenia Vojtovej metódy je veľmi individuálna. Zounková (2005) a Kanda, Pidcock, Hayakawa, Yamori a Shikata (2004) hovoria, že sa odvíja od veku a telesnej konštitúcie jedinca, pričom čím je dieťa menšie, tým kratšie má aplikácia tejto metódy trvať a postupne vekom sa zvyšuje dĺžka cvičenia a naopak jeho intenzita sa postupne znižuje. Ako príklad uvádza Zounková (2005) cvičenie Vojtovej metódy podľa veku (Tabuľka 2).

Tabuľka 5

Cvičenie Vojtovej metódy podľa veku dieťaťa – príklad

Vek dieťaťa	Dĺžka cvičenia	Intenzita cvičenia
Novorodenec	5 min	4 – 6 krát za deň
Batoľa	20 min	2 – 3 krát za deň
Potrebné je však precízne prevedenie cviku!		
Dieťa školského veku	Pokojne až 40 min	1 – 2 krát denne
Po cvičení sa odporúča, aby dieťa bdelo – ostalo pri vedomí, pretože cvičením sa mení mozgová aktivita!		

Zdroj: vlastný, spracované podľa Zouňková (2005) a doplnené o Vojta, Peters (2010); Zouňková, Šafářová (2010)

2.3 Cieľové skupiny Vojtovej metódy a jej rozličné aspekty

Ako sme spomínali v texte vyššie, medzi cieľové skupiny, pre ktoré je vhodná Vojtova metóda, patria jednoznačne deti a to od najmenšieho veku (resp. od narodenia), teda Vojtovu metódu môžeme považovať za včasnú intervenciu. Úspešná býva táto terapia aj vtedy, ak sa aplikuje u dospelých ľudí, najmä pri poúrazových stavoch. V nasledujúcej tabuľke uvádzame ochorenia u detí a dospelých, pri ktorých je vhodné využívať liečbu Vojtovou metódou (Vojta, 1993; Kovačičová, 2000; Orth, 2009; Orth, 2012).

Tabuľka 6

Ochorenia, pri ktorých sa využíva Vojtova metóda

Ochorenia	
DETI	DOSPELÝCH
Detská mozgová obrna (DMO)	Cievna mozgová príhoda
Tortikolis (fixované asymetrické držanie hlavy)	Periférna paréza (zníženie príp. strata aktívnej hybnosti)

Paréza brachiálneho plexu (obrba hornej končatiny)	Bolesti chrbtice
Rázštep chrbtice	Skolióza
Konská noha (Pes equinovarus)	Periartritída (bolestivé rameno)
Skolióza chrbtice	Stavy po úrazoch miechy
Centrálna porucha koordinácie	Iné neurologické ochorenia
Ortopedické vady hrudníka	
Iné neurologické ochorenia	

Zdroj: vlastný, spracované podľa Vojta (1993); Kovačičová (2000); Orth (2009); Marešová et al. (2011); Máček (2017)

Zároveň považujeme za potrebné vymenovať oblasti v tele človeka, pre ktoré je použitie Vojtovej metódy viac ako vhodné (Tabuľka 7).

Tabuľka 7

Oblasti v tele človeka, ktoré Vojtova metóda výrazne ovplyvní

Oblasti v tele človeka, ktoré Vojtova metóda výrazne ovplyvní	
Kostra a kostrové svalstvo	Chrbtica sa napriamuje, rotuje a je ohybná
	Voľný pohyb hlavy
	Eliminácia zlého držania resp. otáčania kĺbov
	Zlepšená funkčnosť horných aj dolných končatín (hrubá aj jemná motorika)
Dýchacie ústrojenstvo	Rozšírenie hrudného koša
	Prehĺbenie a ustálenie dýchania
Vegetatívny nerovný systém	Lepšie prekrvenie kože
	Lepší spánok
	Zlepšená funkcia vnútorných orgánov (najmä čriev a močového mechúra)
Tvárová oblasť	Sací, prehltací a žuvací reflex
	Zlepšenie pohybov očí nezávisle na pohyboch hlavy
	Zvýši sa sila hlasu
	Reč je zrozumiteľnejšia
Vnímanie	Zlepšenie rovnovážnych reakcií
	Lepšia orientácia v priestore
	Vnímanie podnetov a predmetov (ostroť, tuposť, studené, teplé)
	Lepšie vnímanie vlastného tela

Psychika	Stereognózia – hmatové vnímanie
	Lepšia schopnosť sústredenia
	Jedinec je vyrovnanejší, spokojnejší
	Zlepšená emočná záťaž

Zdroj: vlastný, spracované podľa Orth (2009)

Vojtova metóda sa nepoužíva ak má dieťa alebo dospelý zvýšenú telesnú teplotu (okolo 38,5°), ak je dieťa očkované „živou“ očkovacou látkou (napr. proti osýpkam, mumpsu a pod.), ak má metastázy prípadne nádorové ochorenia, ak je krátko po operácii, alebo ak má silné epileptické záchvaty v počiatočnej fáze, vrodenú lámavosť kostí, silné odvápnenie kostí či rozsiahle srdcové vady (Kovačičová, 2000; Orth, 2009).

Sociálne a psychologické aspekty Vojtovej metódy

Vojtova terapia je náročná nielen pre jej dĺžku a intenzitu, ale aj pre veľkú psychickú záťaž najmä pre dospelých – rodičov detí, ktorým je táto terapia aplikovaná. Deti pri nej totiž plačú a kričia a často si nielen rodičia, ale aj nezainteresovaní (napr. rodinní príslušníci, priatelia) myslia, že dieťaťu je týmto spôsobom ubližované, resp. že ho tento typ terapie bolí. Je to však mylná predstava. Spúšťačom plaču a kriku dieťaťa je fakt, že dieťa má naučené neprávne pohybové vzorce a že zrazu začína spoznávať svoje telo inak. Nekoordinované pohyby postupne vplyvom terapie nahrádzajú koordinované a tie sú pre dieťa nepoznané. Orth (2009 a 2012) a Vojta (1993) tvrdia, že dieťa si na terapiu privykne. Dokonca od dvoch rokov dieťa už pri cvičení Vojtovej metódy neplače (Orth, 2009). Čím väčšie je poškodenie dieťaťa – závažnejšie zdravotné postihnutie – tým väčší tlak je potrebné vyvíjať na reflexné body a tým úspešnejšia môže byť Vojtova metóda (Trojan, Druga, Votava, 2005).

Často terapeuti odporúčajú rodičom vyhľadať odbornú pomoc napr. u psychológov, psychoterapeutov či v svojpomocných skupinách

najmä pre to, aby rodičia dokázali zvládať emócie (Vágnerová, Strnadová, Krejčová, 2009), ktoré sa pri tejto terapii často vyskytnú. Nevyhnutné je, aby odborníci podporovali sebadôveru rodičov.

Zároveň je nevyhnutné, aby rodičia (a celá rodina dieťaťa či dospelého, ktorým je aplikovaná Vojtova metóda) mala dôveru k terapeutovi/ odborníkovi, ktorý ju vykonáva. Orth (2009) uvádza šesť dôležitých predpokladov pre úspešnosť terapie:

- úprimnosť – pravda o diagnóze dieťaťa je pre rodičov často veľmi zraňujúca, ale zároveň veľmi oslobodzujúca,
- spoľahlivosť – dôležité je spoľahnúť sa na skúsených odborníkov, ktorí sú školení na realizáciu Vojtovej metódy,
- dôvera – obojstranná – rodičia musia dôverovať odborníkovi, že svoju prácu vykonáva najlepšie ako vie a zároveň odborník musí dôverovať rodičom napr. keď ich učí ako precvičovať dieťa v domácom prostredí,
- úcta k ostatným,
- prevzatie zodpovednosti – tak na strane odborníka ako aj na strane rodičov,
- akceptovanie rozdielnosti – každá diagnóza je iná ale každá má inú prognózu. To čo je úspešné u jedného dieťaťa, nemusí platiť u iného dieťaťa.

Pomáha aj fakt, že rodičia na dieťaťati pozorujú výsledky a jeho posun vpred. Terapia a liečba Vojtovou metódou môže trvať v niektorých prípadoch mesiace no v iných prípadoch aj celé roky.

Záver

Dôležitá je teda vysoká spoluúčasť rodičov dieťaťa pri terapii. Odborníci vykonávajúci terapiu často naučia rodičov spôsob, akým môžu precvičovať dieťa aj v domácom prostredí. Nevyhnutná je preto dobrá komunikácia medzi terapeutom a rodičmi (prípadne

inými osobami, ktoré aplikujú terapiu), ale aj edukácia o tejto metóde. Mnohí rodičia detí so zdravotným postihnutím pociťujú potrebu lepšej komunikácie medzi odborníkom a nimi samými, najmä za účelom porozumenia diagnóze dieťaťa a prognóze ochorenia (Slaná, Hromková, Molnárová Letovancová, 2017). Veľmi potrebný je pevný vzťah medzi dieťaťom a jeho rodičmi, ktorí ho budú precvičovať a tiež ich postoj k precvičovaniu. Rodičia, podľa Orth (2009) najčastejšie matky, ktoré cvičia s deťmi, musia často intenzívne bojovať s nepochopením okolia práve kvôli tomu, že Vojtova metóda vyzerá ako ubližovanie dieťaťu. Je preto dôležité, aby rodičia boli presvedčení o dôležitosti tejto metódy a o jej finálnom úspechu. Ich pozitívny prístup totiž ovplyvňuje aj precvičované dieťa. Zároveň mnohí odborníci odporúčajú rodičom, aby dieťa za absolvovanie terapie odmenili (Orth, 2009). Faktom zostáva, že akékoľvek zdravotné postihnutie prípadne ochorenie, ktoré má dieťa, zasiahne celú jeho rodinu (Opatřilová, 2006) a aj sociálne okolie a vyžaduje si zvýšenú pozornosť a samozrejme adekvátnu terapiu a liečbu.

Otázky na preskúšanie

1. *Ktoré oblasti v tele človeka je možné výrazne ovplyvniť Vojtovou metódou?*
2. *Ktoré reflexy sú u detí podrobované vyšetreniu v rámci Vojtovej metódy?*
3. *Aký je význam Vojtovej metódy pre deti, ktoré sa narodia s určitým typom vývojovej poruchy?*

Zoznam použitých bibliografických odkazov

Internationale Vojta Gesellschaft, (online), dostupné na www.vojta.com, (citované 28.1.2020).

HALADOVÁ, E. et al. *Léčebná tělesná výchova – cvičení*. Brno: Institut pro další vzdělávání pracovníku ve

- zdravotnictví, 1997, 135s. ISBN 80-7013-236-1.
- KANDA, T., PIDCOCK, K., HAYAKAWA, Y., YAMORI, Y., SHIKATA, Y. Motor outcome differences between two groups of children with spastic diplegia who received different intensities of early onset physiotherapy followed for 5 years. In: *Brain & Development*, roč. 26, č. 2, (2004), s. 118–126. ISSN 0387-7604.
- KIEDROŇOVÁ, E. *Rozvíjej se děťátko: moderní poznatky o významu správné stimulace kojence v souladu s jeho psychomotorickou vyspělostí*. 1. vyd. Praha: Grada. 2010, ISBN 978-80-247-3744-7.
- KHAN, M.H., HELSPER, J., YANG, C., GRZEGORZEK, M. *An Automatic Vision – based Monitoring System for Accurate Vojta Therapy*. Tokyo: ICIS, 2016, ISBN 978 – 5090 – 0806 – 3.
- KOLÁŘ, P. The Sensomotor Nature of Postural Functions. Its Fundamental Role in Rehabilitation on the Motor System. In: *The Journal of Orthopaedic Medicine*, (1999), Vol. 21, No. 2, s. 40 – 45.
- KOVAČIČOVÁ, V. Co je to Vojtova metoda I.část. In: *Sestra*, (2000), ročník 10, c. 2, s. 14. ISSN 1210-0404.
- LIM, H., KIM, T. Effects of Vojta Therapy on Gait of Children with Spastic Diplegia. In: *Journal of Physical Therapy Science*. (2013), Vol. 25, no. 12, s. 1605–1608.
- MÁČEK, M. et al. *Léčebná rehabilitace v pediatrii*. Praha: Raabe, 2017. ISBN 978-80-7496-313-1.
- MAREŠOVÁ, E., JOUDOV, E., SEVERA, S. *Dětská mozková obrna: Možnosti a hranice včasné diagnostiky a terapie*. Praha: Galen, 2011, ISBN 978-80-7262-780-6.
- MEHOLIJC, A. Cerebral disorders of movement and habilitation by Vojta method. In: *Original paper*. (2011), č. 19, s. 32-36.
- OPATŘILOVÁ, D. *Pedagogicko-psychologické poradenství a intervence v raném a předškolním věku u dětí se speciálními vzdělávacími potřebami*. 1. vyd. Brno: Masarykova univerzita v Brně, Pedagogická fakulta, 2006, 292 s. ISBN 80-210-3977-9.
- ORTH, H. *Dítě ve Vojtově terapii: Příručka pro praxi*. 1. vyd. České Budějovice: Kopp. 2009, ISBN 978-80-7232-378-4.
- ORTH, H. *Dítě ve Vojtově terapii: příručka pro praxi*. 2., upr. vyd. České Budějovice: Kopp. 2012, ISBN 978-80-7232-431-6.
- SKALIČKOVÁ-KOVÁČIKOVÁ, V. *Diagnostika a fyzioterapie*

- hybných poruch dle Vojty.* Olomouc: RL-CORPUS, 2017, ISBN 978-80-270-2292-2.
- SLANÁ, M., HROMKOVÁ, M., MOLNÁROVÁ LETOVANCOVÁ, K. *Včasná intervencia. Vývoj, súčasný stav a teoretické východiská.* Trnava: Trnavská univerzita v Trnave, 2017, 199 s. ISBN 978 – 80 – 56800 – 84 – 3.
- SOBOTKOVÁ, D., DITTRICHOVÁ, J. *Narodilo se s problémy a co bude dál? 1. vyd.* Praha: Grada, 2003, ISBN 80-247-0398-X.
- TROJAN, S., DRUGA, S., PFEIFFER, J. *Centrální mechanismy řízení motoriky.* Praha: Avicenum, 1990.
- TROJAN, S., DRUGA, R., PFEIFFER, J., VOTAVA, J. *Fyziologie a léčebná rehabilitace motoriky člověka.* Praha: Grada, 2005, 240 s. ISBN 80-247-1296-2.
- VACEK, J. Vojtova reflexní lokomoce. In: *Neurologie pro praxi*, (2017), vol. 18, no. 4, s. 283 – 284.
- VÁGNEROVÁ, M., STRNADOVÁ, I., KREJČOVÁ, L. *Náročné mateřství. 1. vyd.* Praha: Karolinum, 2009, 333 s. ISBN 978-80-246-1616-2.
- VÁŘEKA, I. Vojtova reflexní lokomoce a vývojová kineziologie. In: *Rehabilitácia*, (2000), Vol. 33, No. 4, s. 196 – 200.
- VOJTA, V. *Mozkové a hybné poruchy v kojeneckém věku: včasná diagnóza a terapie. 1. vyd.* Praha: Grada, 1993, ISBN 80-85-424-98-3.
- VOJTA, V., PETERS, A. *Vojtův princip. 3. vyd.* Praha: Grada, 2010, ISBN 978-80-247-2710-3.
- ZOUNKOVÁ, I. Fyzioterapie ve vývojové neurologii. In: *Vox pediatrice*. (2005), roč. 5, č. 10, s. 27-28.
- ZOUNKOVÁ, I., ŠAFAŘOVÁ, M. Vojtův princip: reflexní lokomoce. In: Kolář, P. et al. *Rehabilitace v klinické praxi.* První vydání. Praha: Galén, 2009, s. 265 - 272. ISBN 978-80-7262-657-1.
- Predmetná kapitola je parciálnym výstupom projektu KEGA 013KU-4/2019 E-learningové vzdelávacie modely k problematike včasnej starostlivosti o rodinu s dieťaťom s rizikovým vývinom.*

3 BOBATH KONCEPT AKO TERAPEUTICKÝ PRÍSTUP PRI PRÁCI S DIEŤAŤOM S RIZIKOVÝM VÝVINOM

Podkapitola približuje jednu z významných metód pohybovej terapie – Bobath koncept. Základom Bobath konceptu je neurovývojová terapia manželov Bobathových, ktorí sa zaslúžili o jej vytvorenie a rozšírenie do celého sveta. Jedná sa o medzinárodne používaný terapeutický koncept určený pacientom s poškodením centrálnej nervovej sústavy rôzneho veku a etiológie. Ide o holistický prístup k pacientovi, v rámci ktorého sú vypracované stratégie pre deti od najútlejšieho veku až po dospelých pacientov. Bobath koncept je založený na dôkladnom individuálnom vyšetrení pacienta, na tímovej interdisciplinárnej spolupráci, s dôrazom na blízku spoluprácu s rodinou. Najdôležitejším pojmom konceptu je pojem handling, ktorý poukazuje na komplexný 24 hodinový koncept prepájajúci dennú starostlivosť, hru a podiel na spoločných každodenných aktivitách s terapiou. K dosiahnutiu konkrétnej funkčnej činnosti sa používajú terapeutické techniky ako inhibícia, facilitácia a stimulácia.

V prospech integrácie a inklúzie detí so zdravotným postihnutím sa vyvinulo množstvo rehabilitačných prístupov a metód tvoriacich ucelený systém rehabilitácie, ktorý efektívne prepája liečebné, pedagogické, sociálne a pracovné prostriedky. Liečebná rehabilitácia je významnou súčasťou starostlivosti o deti s postihnutím, ktorej cieľom je zlepšiť schopnosti dieťaťa, dosiahnuť čo najlepší funkčný stav a udržať zdravie v zmysle lokomócie, kognitívneho vývoja, sociálnej integrácie, a nezávislosti. V rámci liečebnej rehabilitácie je významným liečebným prostriedkom pohybová individuálna terapia,

ktorá sa zameriava najmä na osoby s poruchou centrálného nervového systému, s poruchou motoriky, na základe primárnej alebo sekundárnej príčiny (Jankovský, 2006). Do tejto skupiny patria najmä deti s detskou mozgovou obrnou (ďalej DMO), pre ktoré je pohybová terapia jednou z najdôležitejších prostriedkov liečby a tým aj zvyšovania kvality ich života. Jej primárnou úlohou je liečba porúch hybnosti. Cieľom je naučiť dieťa s postihnutím vykonávať normálny alebo norme čo najbližší pohyb, ktorý je síce geneticky daný, ale vzhľadom k chorobným príčinám ho nie je možné vykonať. Nevyhnutné je včasné zahájenie liečebnej rehabilitácie. Optimálne v čase kedy ešte nie je definitívne potvrdená diagnóza, ale je možné pozorovať odchýlky od fyziologického vývoja, nakoľko neskoré zahájenie rehabilitácie môže znamenať fixáciu vývojovo starých motorických vzorov, prostredníctvom ktorých sa dieťa pohybuje (Klobucká, 2018).

V súčasnosti hovoríme o dvoch najčastejšie využívaných metódach pohybovej terapie a to Vojtovej metóde a Bobathovej liečebnej metóde nazývanej aj Bobath koncept alebo Koncept manželov Bobathových. Nie len Vojtova reflexná metóda a Bobath koncept, ale aj ďalšie využívané rehabilitačné metódy sú založené na skúsenosti, že každý náročný pohyb vychádza z jednoduchého reflexného pohybu. Ich cieľom je potláčanie mimovoľných, reflexných a abnormálnych pohybov, prevencia vývoja deformít a podpora normálnych funkcií (Klobucká, 2018). V slovenských podmienkach sa vo všeobecnosti Vojtova reflexná metóda zahajuje v dobe, kedy ešte nie je možné s dieťaťom nadviazať spoluprácu, najmä do 12 mesiaca veku dieťaťa. Vo vyššom veku sa terapia zväčša mení a využívajú sa iné metódy kam zaradíme aj Bobath koncept, ktorý sa v posledných rokoch teší väčšej obľube.

Základom Bobath konceptu je neurovývojová terapia manželov Bobathových, ktorí sa zaslúžili o jej vytvorenie a rozšírenie do

celého sveta. Jedná sa teda o medzinárodne používaný terapeutický koncept určený pacientom s poškodením centrálnej nervovej sústavy rôzneho veku a etiológie (NDT Bobath, 2020), ktorý terapeutom pôsobiacim v oblasti neurologickej rehabilitácie ponúka rámec pre ich klinické zásahy (Raine, 2006). V súčasnosti sa najčastejšie používa pri liečbe detí s detskou mozgovou obrnou a zároveň slúži aj ako terapeutický prístup pri liečbe iných neurologických problémov a poškodeniach centrálnej nervovej sústavy v dospelom veku. Pri dospelých pacientoch je to najmä liečba stavu po mozgovej príhode.

Podľa slov Chmelovej (2005, s. 207) *Bobath koncept nie je metódou, neponúka terapeutovi sadu cvikov, ale ide skôr o filozofiu, ktorá nazerá na pacienta ako na celok. Jedná sa o problémovo koncipovaný prístup („problem solving approach“), ktorý učí terapeuta, ako nazeráť na problémy pacienta, ako ich analyzovať a účinne riešiť, pričom terapeutické techniky (inhibičné, facilitačné, stimulačné) sú iba nástrojmi v jeho rukách k dosiahnutiu funkčného cieľa.*

Vo svete býva tento koncept často označovaný pojmom neurovývojová terapia, pretože vychádza z najnovších neurofyziologických poznatkov o vývoji motoriky dieťaťa. Ide o **holistický prístup k pacientovi**, v rámci ktorého sú vypracované stratégie pre deti od najútlejšieho veku až po dospelých pacientov. Každého pacienta chápe ako celok. To znamená, že v rámci bobath konceptu terapeut nerieši čiastkové problémy, ale vníma pacienta v celej jeho komplexnosti (postura, pohyb, orofaciálna oblasť, hygienické návyky, sebaobslužnosť, denná činnosť atď.) (Gúth, 2018).

Tento koncept je založený na dôkladnom **individuálnom vyšetrení pacienta** v rámci konkrétnej funkcie, individuálneho plánovania a aplikácie terapie (Chmelová, 2005). Počas vyšetrenia sa zisťuje,

ktoré problémy sa najviac podieľajú na neschopnosti pacienta vykonať konkrétnu funkciu a teda či sa jedná o deficit senzomotorický, kognitívny alebo percepčný. Hovoríme o dôkladnom klinickom posúdení na základe ktorého sa až následne navrhuje terapia špecificky pre konkrétného pacienta, so zohľadňovaním jeho individuálnych potrieb. Rámcom pre Bobath koncept je medzinárodná klasifikácia ICF vydaná Svetovou zdravotníckou organizáciou WHO (KNL, 2020). ICF v plnom znení International Classification of Functioning, Disability and Health je medzinárodnou klasifikáciou funkčnosti, postihnutia a zdravia. Služi kvalitnejšiemu posudzovaniu funkčných schopností a ich zmene nielen pri zdravotnom postihnutí, ale aj v zdraví. Napomáha zlepšeniu posudkovej činnosti pri klasifikovaní dopadov zdravotného postihnutia, pri určovaní miery funkčnej poruchy, pri možnosti posudzovania ďalšieho pracovného uplatnenia, čo významne vplyva na začleňovanie osôb so zdravotným postihnutím do aktívneho spoločenského života (Orgonášová, Palát, 2004).

Bobath koncept sa samozrejme neustále vyvíja. Reaguje priebežne na výsledky výskumov v oblasti neurovedy a neurorehabilitácie, ktoré aplikuje do svojej praxe pri nezmenenom základe prístupu. Napriek vývoju, ktorým aj samotný koncept prešiel, hlavným cieľom terapie je dosiahnutie čo najvyššej možnej funkčnej úrovne aktivít pacienta a jeho participácie v rodine i v spoločnosti. Tento prístup vyžaduje **tímovú prácu** pri riešení všetkých problémov pacienta a **spoluprácu s rodinou**. Veľký dôraz sa kladie na výcvik rodičov a osôb starajúcich sa o pacienta.

Môžeme teda povedať, že filozofiou celého konceptu je prelínajúci sa proces vyšetrovania a terapie a zároveň spolupráca medzi pacientom, interdisciplinárnym tímom, jeho rodinou prípadne osobami poskytujúcimi starostlivosť s cieľom zabezpečenia náležitej starostlivosti počas celého dňa. Hovoríme o 24 hodinovej terapii

(Marešová a kol., 2011). K tejto skutočnosti sa vzťahuje najdôležitejší pojem celého bobath konceptu a to pojem **handling**, ktorému sa bližšie venuje záver podkapitoly 3.2.

V súčasnosti je tento terapeutický koncept celosvetovo najpoužívanejším spôsobom terapie a je vykonávaný bobath terapeutmi, ktorí sú združovaní v medzinárodnej asociácii inštruktorov IBITA (Chmelová, 2005; KNL, 2020). Slovenských bobath terapeutov združuje Slovenská asociácia detských bobath terapeutov. Jej cieľom je pomocou bobath konceptu podporovať všestranný rozvoj detí (NDT Bobath, 2020).

3.1 Vývoj Bobath konceptu

Bobath koncept vytvorili manželia Berta a Karel Bobathovi v 50-tych rokoch 20. storočia. Spoločne navrhli na vtedajšiu dobu revolučný prístup, ktorý sa im, aj vďaka založeniu Bobath centra v Londýne v roku 1951, podarilo rozšíriť do celého sveta výškolením množstva bobath terapeutov (NDT Bobath, 2020).

Karel Bobath pochádzal z Nemecka. Narodil sa v Berlíne v roku 1906, kde vyštudoval medicínu. Berta Ottilie Busse sa narodila taktiež v Berlíne v roku 1907. Svoje prvé poznatky o pohybe, cvičení a relaxácii získala vďaka gymnastike, ktorej sa venovala. V roku 1938, tesne pred druhou svetovou vojnou, obaja emigrovali do Londýna kde Berta Bobath vyštudovala fyzioterapiu a Karel Bobath sa stal neuropsychiatrom. Jeho prvé pracovné príležitosti boli spojené s prácou na pediatrii, kde svoju pozornosť neskôr zamerl na deti s detskou mozgovou obrnou. V roku 1943 oslovili Bertu Bobath so žiadosťou liečiť slávneho maliara, ktorý prekonal mozgovú príhodu, nakoľko nebol spokojný s konvenčnou liečbou (Schleichkorn, 1992). V tomto období bola konvenčná rehabilitácia

postavená na silných ortopedických základoch. Rehabilitácia bola zameraná najmä na kompenzáciu, nie na snahu podporiť opätovné obnovenie funkcie postihnutej oblasti. Bolo to spôsobené názorom, ktorý prevládal začiatkom dvadsiateho storočia a to, že žiadnym prístupom nie je možné u ľudí s poškodením centrálnej nervovej sústavy zlepšiť ovládanie ich pohybových schopností. Niektoré prístupy preto odporúčali aspoň posilniť funkcie, ktoré ostali neporušené. Dokonca sa objavovali názory o zbytočnosti akýchkoľvek fyzioterapeutických metód a zásahov (Raine, 2009; Bílková, 2020).

Napriek prevládajúcim názorom Berta Bobath prišla s revolučným prístupom, keď svoju liečbu zamerala práve na postihnutú stranu tela. Pri svojich terapeutických zásahoch vychádzala zo znalosti ľudského pohybu a relaxácie a prišla na to, že pri špecifickom zaobchádzaní s postihnutou oblasťou je svalové napätie meniteľné a existuje potenciál na obnovenie pohybu a funkčného používania práve postihnutej strany tela. Pri práci so spomínaným pacientom s hemiplégiou spozorovala, že sa jeho spasticita v niektorých polohách a pri určitých pohyboch končatín znižuje, zatiaľ čo pri iných zvyšuje. Zaujalo ju to natoľko, že počas svojej praxe pokračovala v ďalšom skúmaní týchto prvotných pozorovaní a použitých techník a snažila sa ich rozvinúť do zásad novej liečby. Vyvinula postup posudzovania, ktorý sa vzdŕal od vtedajšej konvenčnej liečby. Bol jedinečný a veľmi dôležitý pre rozvoj fyzioterapeutickej profesie. Karel Bobath na tomto objave spolupracoval. Študoval dostupné poznatky z neurofyziológie a použil ich na poskytnutie racionálneho vysvetlenie ich klinického úspechu (Raine, 2009).

Zaujímavosťou bolo, že poznatky z neurofyziológie, ktoré mal Karel Bobath k dispozícii, vychádzali z pokusov na zvieratách. (Bobath, 1970). Tie preukázali, že pretnutie centrálného nervového systému

v rôznej výške vytvára odlišnú distribúciu svalového napätia a tým i posturálnych reflexov (Pfeiffer, 2007). Taktiež sa danými pokusmi zistilo, že poškodenia centrálnej nervovej sústavy spôsobujú stratu inhibičnej kontroly (spomalenie procesov, útlm činnosti). Z toho dôvodu považovala Berta Bobath inhibíciu za dôležitú pri úprave správneho pohybu a jej skoré klinické zásahy preukázali, že abnormálny svalový tonus je možné ovplyvňovať terapeutickým pôsobením (Bobath 1970; Bobath 1978). V roku 1990 Berta Bobath opísala, že hlavným problémom pozorovaným u jej pacientov bola abnormálna koordinácia pohybových vzorcov spojená s abnormálnym svalovým tonusom a že sila a aktivita jednotlivých svalov mala druhotný význam (Bobath, 1990). V liečbe pripisovala veľký význam vlastnej aktivite pacienta, ktorú považovala za najlepšiu inhibíciu (Mayston, 1992). Liečbu zamerala na normalizáciu svalového tonusu a uľahčenie automatického a dobrovoľného pohybu prostredníctvom špecifického zaobchádzania. Berta Bobath považovala za dôležité, aby liečba nebola štruktúrovaným súborom cvičení, ktoré by sa mali predpisovať všetkým pacientom, ale širokou škálou techník, ktoré by sa dali flexibilne prispôbovať meniacim sa potrebám jednotlivca (Schleichkorn, 1992).

Manželia Bobathoví teda navrhli nový terapeutický koncept, nový prístup pri liečbe dospelých pacientov s poškodením centrálneho nervového systému, ktorý bol založený na uzdravení a nie na kompenzácií. Vplyvom ich jedinečného prístupu sa výrazne mení rehabilitácia pacientov po mozgovej príhode, pretože lekári prešli od používania jednoduchých kompenzačných stratégií pri práci s nezasiahnutou stranou tela k stratégiám, ktorými sa snažili dosiahnuť obnovenie motorických funkcií a teda uzdravenie práve na postihnutej strane. Ich prínos do klinickej praxe bol nepopierateľný. Ich revolučné myšlienky a objavy preukázali, že pri poškodení centrálnej nervovej sústavy existuje možnosť zlepšenia stavu

postihnutej oblasti. Vytvorili tak prístup, vďaka ktorému bolo možné výraznejšie zvyšovanie kvality života pacientov s poškodením centrálnej nervovej sústavy. Rehabilitácia po mozgovej príhode zostáva v praxi Bobath konceptu aj v súčasnosti dominantným zameraním (Graham et al., 2009).

Založením Bobath centra v Londýne v roku 1951 sa zaslúžili o rozvoj a aplikáciu svojho konceptu terapie aj pre prácu s pacientami s neurologickými poruchami hybnosti. Terapeuticky pracovali teda nie len s pacientami po mozgovej príhode, ale, ako sme spomínali, veľká časť ich odbornej pozornosti smerovala k deťom s detskou mozgovou obrnou. Svoj terapeutický koncept počas svojej profesionálnej činnosti neustále zdokonaľovali. Kládli dôraz na to, že ich koncept je konceptom a nie metodikou, pretože je dôležité ho neustále dopĺňať a modifikovať vzhľadom na výsledky nových neurologických výskumov (Pavlů, 2003). Podľa Bertý Bobath ich koncept poskytuje všetkým terapeutom spoločný základ, na ktorom môžu stavať liečbu a terapeutické zásahy pri zachovaní individuálneho štýlu jednotlivých terapeutov, ktorí vždy pracujú odlišne ovplyvnení svojimi osobnými skúsenosťami a praxou. Karel Bobath považoval Bobath koncept za nedokončený, no dúfal, že bude v nasledujúcich rokoch ďalej rásť aj rozvíjať sa (Scheichkorn, 1992; Raine, 2006). Tak sa aj stalo. Po ich smrti sa Bobath koncept vďaka novým poznatkom v oblasti neurovedy a klinickej praxe neustále vyvíja, tak v teoretickej rovine ako aj v oblasti jeho praktickej aplikácie (Raine, 2007; Gjelsvik, 2008). Pre tento cieľ manželia Bobathoví ešte v roku 1984 založili medzinárodnú organizáciu IBITAH (International Bobath Instructors and Tutors Association Adult Hemiplegy) (IBITA, 2007), ktorá má udržiavať celosvetové štandardy vo výučbe a ďalšom vývoji Bobath konceptu. Ďalšou takouto organizáciou je EBTA (European Bobath Tutors Association). Tá v Berlíne v roku 2004 definovala Bobath koncept nasledovne:

„NDT Bobath koncept ponúka perspektívny interdisciplinárny prístup so zameraním na riešenie problému k diagnostike, liečbe a manažmentu jednotlivca s obmedzenou schopnosťou plnohodnotne sa zúčastňovať na každodennom živote kvôli narušeniu motorických, senzorických, perцепčných a kognitívnych funkcií vyplývajúceho z poruchy CNS.“ (NDT Bobath, 2020)

Súčasný koncept Bobath predstavuje prístup zameraný na riešenie problémov pri posudzovaní a liečbe jedincov s poruchami funkcie, pohybu a posturálnej kontroly, v dôsledku lézie centrálného nervového systému (CNS) a môže sa uplatniť u jednotlivcov všetkých vekových skupín a všetkých stupňov fyzického a funkčného postihnutia (Raine, 2006; IBITA, 2007).

Súčasná náplň konceptu sa mierne líši od tej pôvodnej, vzhľadom k novým výsledkom neurofyziologicalkých výskumov aj samotných organizácii EBTA a IBITA, ktoré koncept neustále dopĺňajú a obmieňajú. V pôvodnej podobe konceptu bol útlm patologických reflexov a spastického statického držania segmentov terapeuticky riešený v tzv. tlmivých polohách na rozdiel od súčasnosti, kedy sa postupuje viac dynamicky prostredníctvom provokovania tlmivých pohybových vzorcov. Pri vlastnej terapeutickej práci vychádza koncept z tzv. kľúčových bodov kontroly (key points), z ktorých je možné pohyby dieťaťa účinne ovplyvňovať. V súčasnosti je väčšia pozornosť venovaná porozumeniu organizácie motoriky ako systému, na ktorom spolupracujú neuronová činnosť, biomechanika a fyzikálne zákony, porozumenie variabilite vo vývoji jedinca, významu sociálnej integrácie, individuálnej motivácie a učeniu dieťaťa (Pavlů, 2003).

V Slovenských podmienkach je Bobath koncept jedným z kľúčových pri terapii detí so zdravotným postihnutím, najmä s detskou

mozgovou obrnou. Okrem DMO je indikáciou pre uplatnenie Bobath konceptu aj:

- Predčasné narodenie
- Nerovnomerný (asimetrický) motorický vývoj
- Centrálna koordinačná porucha
- Paréza plexus brachialis
- Perézy periferných nervov
- Pes equinovarus
- Vývojová dysplázia BK
- Meningomyelokéla
- Poúrazové a pooperačné stavy
- Skoliózy
- Svalové ochorenie (myopatie) (Bérešová, 2016, s. 35)

Bérešová (2016, s. 36) popisuje aj kontraindikácie, za ktoré považujú:

- Febrilné stavy
- Po očkovaní
- V akútnej fáze po operácii
- Akútne zápalové procesy
- Akútne traumy
- Nevyškolený alebo nesprávne vyškolený terapeut.

Bobathova metóda je nielen spôsob rehabilitácie, ale aj spôsob určitého celkového prístupu k dieťaťu s poruchou motorického vývoja, u ktorého je identifikované zmenené svalové napätie, následkom čoho sval nie je schopný urobiť normálny pohyb. Ako sme už naznačili, **Bobath koncept vo svojej podstate nie je súborom cvikov, ale ide o celodenný proces, kedy sa pomocou vlastnej aktivity dieťaťa a využitia rôznych techník a pomôcok dosahuje správne prevedenie pohybu.** Cvičenie sa vždy prispôsobuje špecifickým potrebám konkrétneho dieťaťa

v konkrétnej situácii. Individuálny prístup je pri Bobath koncepte kľúčovým predpokladom. Dôležitú úlohu taktiež zohráva detailné hĺbkové vyšetrenie funkcie a jej poruchy a následná terapia so špecifickými technikami ako **inhibícia, facilitácia a stimulácia**. Do terapie podľa Bobath konceptu sú aktívne zapojení aj rodičia nakoľko je nevyhnutné, aby si osvojili správne spôsoby manipulácie a interakcie s dieťaťom aj v domácom prostredí počas 24 hodín. Týmto prístupom si Bobath koncept dáva za cieľ dosiahnuť maximálny fyziologický motorický prejav dieťaťa.

3.2 Využitie Bobath konceptu pri detskej mozgovej obrne

Manželia Bobathovi považovali detskú mozgovú obrnu za neprogresívne ochorenie, ktoré vzniklo na základe poškodenia nezrelého detského mozgu. Ten naďalej prechádza ďalším vývojom, čo so sebou nesie viacero rôznych príznakov. Ide najmä o porušený vývoj dieťaťa v jednom alebo vo viacerých vývojových aspektoch, o porušený svalový tonus a koordináciu pohybov (Šándorová, 2017). Porucha posturálneho svalového tonusu a koordinácie pohybov, ako hlavný prejav poškodenia centrálnej nervovej sústavy u DMO, ovplyvňuje podľa Chmelovej (2005) rečový, sociálny, emocionálny, kognitívny a percepčný vývoj dieťaťa.

Práve podľa posturálneho svalového tonusu vytvorili manželia Bobathovi aj klasifikáciu detskej mozgovej obrny, ktorá má byť pomôckou uľahčujúcou komunikáciu medzi terapeutmi a uľahčujúcou výber vhodných liečebných techník (Šándorová, 2017). Základom tejto klasifikácie je kvalita posturálneho svalového tonusu a jeho distribúcia. Detská mozgová obrna je podľa tejto klasifikácie členená na štyri hlavné skupiny s niekoľkými podskupinami:

1. Spastická forma

- ľahká,
- stredná,
- ťažká

2. Hypotonická forma

3. Atetotidná forma

- čistá atetóza
- choreoatetóza,
- atetóza s dynamickými spazmami,
- atetóza so spasticitou

4. Ataktická forma

- s alebo bez spasticity
- s atetózou
- bez atetózy (Chmelová, 2005, s. 215).

Detská mozgová obrna je spôsobená rôznymi, často nie úplne zistenými patologickými zásahmi do centrálného nervového systému niekedy ešte v dobe vnútromaternicového alebo postnatálneho vývinu. Je to obdobie veľmi rýchleho motorického vývoja, ktorý je porušený. Rôzne typy detskej mozgovej obrny majú teda nasledujúce spoločné znaky:

- Abnormálny svalový tonus
- Nedokonalá pohybová koordinácia
- Porucha rovnováhy v stoji a pri chôdzi. (Pfeiffer, 2007, s. 255-256)

V rámci Bobath konceptu je veľmi dôležité vedieť aká je úloha tonusu a jeho ovplyvňovanie. Normálny tonus navodzuje normálny pohybový vzor, čo pre dieťa znamená prežitie normálnej senzomotorickej skúsenosti. **Porucha tonusu** znamená poruchu nastavenia východiskovej polohy, čo znamená poruchu vytvorenia daného pohybového vzoru v danom čase vývoja (Gúth, 2018).

Chmelová (2005) upozorňuje, že vývoj dieťaťa s DMO sa odohráva na báze abnormálneho posturálneho resp. svalového tonusu a s nedostatkom rôznorodých pohybových vzorov. To znamená, že dieťa s detskou mozgovou obrnou nemôže prežiť normálny pohyb, získava iba **patologickú senzomotorickú skúsenosť** a vo svojom vývoji potom používa a zároveň logicky posilňuje iba svoje abnormálne pohybové vzorce. Aj z toho dôvodu manželia Bobathovi zdôrazňovali pri deťoch význam včasného stanovenia diagnózy. Dieťa má po narodení preformované mozgové dráhy a ešte „prázdne“ telá neurónov bez dôležitých informácií, ktoré sa zhodnocujú až vývojom. Pokiaľ sa motorické odpovede budú vytvárať chybné, ich oprava bude veľmi ťažká (Pfeiffer, 2007). Cieľom terapie je preto poskytnúť dieťaťu viac pohybových možností a umožniť mu vykonať rôznorodé odpovede na konkrétne situácie. To je možné len prostredníctvom analýzy všetkých prítomných patologických pohybových vzorov ako aj určenia chýbajúcich vzorov, ktoré je potrebné následne terapiou rozvíjať alebo dosiahnuť pre zlepšenie konkrétnej funkcie (Chmelová, 2005). Z toho dôvodu je v rámci Bobath konceptu veľký význam kladený na vyšetrenie. Marešová (2011) upozorňuje, že jedným z hlavných terapeutických momentov konceptu je schopnosť terapeuta sledovať a analyzovať funkčné zručnosti dieťaťa. Terapeut musí:

- klásť dôraz na kvalitu uskutočnenia pohybu,
- všímať si aktivity, ktoré je dieťa schopné vykonať s pomocou,
- všímať si aktivity, ktoré dieťa nedokáže spraviť vôbec,
- klásť si otázku, ako je daná funkcia vykonávaná a prečo niektoré aktivity dieťa nie je schopné vykonať,
- všímať si kompenzačné stratégie pri vykonávaní aktivity (v praxi ide o prispôsobovanie polohy k pohybu, prenášaní váhy tela, rotácii tela, k časovému a priestorovému rozloženiu pohybu a k dávkovaniu používanej sily),

- všímať si aj pridružené problémy – zrakové, sluchové, funkcie ruky, problémy s príjmom a spracovaním potravy – a ako tieto súvisia s posturálnym tonusom a prítomnými koordinačnými vzormi.

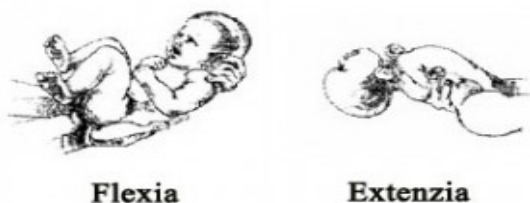
Z uvedeného vyplýva, že úspešnosť terapie je podmienená dôkladnou analýzou. Vďaka nej je potom terapeut schopný špecifikovať hlavný problém a stanoviť konkrétny cieľ a spôsob jeho dosiahnutia (Chmelová, 2005).

Manželia Bobathovi sa domnievali, že poruchy prítomné pri DMO (porucha svalového tonusu, porucha koordinácie pohybov a pod.) vznikajú uvoľnením alebo nedokonalým tlmením vývojovo nižších tonických labyrintových reflexov, ktoré ovplyvňujú hybnosť dieťaťa tým, že znemožňujú uplatnenie vyšších posturálnych reflexov (nastupujú počas ďalšieho vývoja mozgu, spojenia do vyšších mozgových centier zosilnievajú, postupne preberajú kontrolu nad funkciami primitívnych reflexov) vzpriamovacích a rovnovážnych, ktoré sú nevyhnutné pre voľnú hybnosť či motorickú zručnosť (Pfeiffer, 2007).

Tonický labyrintový reflex sa pravdepodobne objavuje približne v 30. týždni po počatí a pri samotnom pôrode. Po počatí sa prejavuje vo flexii (poloha plodu v maternici) a pri samotnom pôrode v extenzii. Po pôrode napomáha dieťaťu reagovať na gravitáciu. Je zodpovedný za ovplyvňovanie vývinu svalového tonusu pri pohyboch hlavy dopredu a dozadu a pomáha udržiavať rovnováhu v týchto zmenených polohách a pomáha dieťaťu postupne sa zdvíhať zo zeme hore.

Obrázok 3

Prejavy tonického labyrintového reflexu vo flexii a extenzii



Zdroj: Avare (2020)

Vývojovo nižšie tonické reflexy sa postupne potláčajú dozrievaním iných systémov. Daný proces by mal byť plne ukončený najneskôr v 3,5. roku života dieťaťa. Pretrvávajúce tonické reflexy u staršieho dieťaťa významne ovplyvňujú svalový tonus a zasahujú do vývinu rovnovážnych reakcií a reakcií upravujúcich polohu hlavy. Ak primitívne reflexy pretrvávajú, môže to taktiež ovplyvniť zmyslové vnímanie a spôsobovať zvýšenú alebo zníženú citlivosť dieťaťa v niektorých oblastiach, pretože reakcie upravujúce svalový tonus, rovnovážne reakcie a polohu hlavy sú základom aj koordinácie a kontroly očných pohybov.

Posturálne reflexy a teda vývojovo vyššie reflexy, sú zodpovedné za postúru čiže za všetky motorické schopnosti človeka, ktorých cieľom je udržanie polohy tela (Gúth a kol., 2004). Pomáhajú s udržiavaním rovnováhy, s držaním tela a so schopnosťou pohybovať sa v prostredí, v ktorom na človeka pôsobí gravitácia, ktorú je potrebné prekonať a dosiahnuť vzpriamený pohyb. Posturálne reflexy sú viditeľné na tom, ako sa dieťa postupne učí ovládať svoje telo, zdvíhať a udržať hlavičku, neskôr sa zdvihnúť zo zeme na ruky a kolená, postupne až do vzpriamenej polohy. V prípade, že sa posturálne reflexy, dôsledkom napríklad poškodenia centrálnnej nervovej sústavy, nevyvinú dostatočne a pretrvávajú primitívne reflexy, môžu sa u dieťaťa vyskytovať ťažkosti v kontrole pohybov,

čo následne ovplyvňuje rovnováhu, jemnú motoriku, celkový motorický vývin, ale aj učenie vo vyššom veku (Avare, 2020).

Ak vychádzame z predpokladu manželov Bobathových, že pri detskej mozgovej obrne sú problémom práve pretrvávajúce nižšie riadiace mechanizmy motoriky a súčasne utlmené vyššie mechanizmy riadenia pohybu, podstatou Bobath konceptu v samotnej terapii je:

- Inhibícia tonických, vývojovo nižších reflexov
- Facilitácia vyšších posturálnych a rovnovážnych reflexov (Pffeifer, 2007; Pavlů, 2003).

Gúth (2018) píše o troch cieľoch liečby v rámci terapeutického pôsobenia a to:

- Optimalizácia abnormálneho svalového tonusu
- Inhibícia primitívnych reflexných vzorov manifestovaných v pacientovom motorickom správaní
- Facilitácia jednotlivých fáz pohybu podľa vývojového radu motoriky, postupný prechod z nižších do vyšších pohybových polôh.

Autor (ibidem) upozorňuje, že všetky tri zložky na seba nadväzujú a prelínajú sa, čo znamená, že keď facilitujeme jednu zložku, druhú zároveň inhibujeme.

Vyššie spomenutí autori teda predznačili najdôležitejšie terapeutické techniky, ktoré sa v rámci terapie aplikujú v rôznej kombinácii. V súčasnosti sú terapeutickými technikami Bobath konceptu **inhibícia, facilitácia a stimulácia**, ktoré sa využívajú k dosiahnutiu konkrétnej funkčnej činnosti (Chmelová, 2005; Marešová, 2011, Bérešová, 2016).

Inhibícia je v rámci terapie dosahovaná reflexívnymi inhibičnými polohami, ktorými sa znižuje svalové napätie. Zníženie svalového

napätia je prechodné a spočiatku trvá len krátko avšak postupne sa terapeutickými zásahmi predlžuje (Pfeiffer, 2007; Marešová, 2011).

Facilitácia nastupuje v čase, kedy je svalové napätie znížené. Označujeme ňou vyprovokovanie pohybu relaxovaného dieťaťa s relatívne normalizovaným tonusom. Facilitácia pozostáva z troch základných zložiek, a to zo stabilizácie polohy, vzpriamovacích reakcií; z vyprovokovania rovnovážnych reakcií v dosiahnutej polohe; s prechodom z jednej polohy do druhej vo vývojovom rade motoriky t. j. obranné reakcie proti pádu (Marešová, 2011; Gúth, 2018).

Manželia Bobathoví zistili, že pokiaľ terapeut uvedie končatiny dieťaťa s DMO do opačnej pozície ako zaujíma pod vplyvom tonických reflexov dochádza uňho po chvíli k inhibícii týchto reflexov. Vďaka tomu je potom dieťa schopné previesť pohyb správne buď samo spontánne alebo s pomocou. Takáto fáza relatívnej relaxácie netrvá dlho. Vzápätí po nej opäť nastupuje zvýšený svalový tonus, ktorý môže byť väčší ako pred relaxáciou. Pokračovanie v cvičení však dopomáha k predlžovaniu fázy relaxácie a skracovaniu fázy zvýšeného svalového napätia. Manželia Bobathoví taktiež predpokladali, že vo chvíli, kedy dochádza k relaxácii a dieťa môže pohyb previesť končatinami relatívne správne alebo lepšie, facilitujú vyššie reflexné mechanizmy, ktoré sú potencionálne v organizme prítomné, ale nemôžu sa doposiaľ uplatniť (Pfeiffer, 2007).

Inhibícia a facilitácia boli manželmi Bobathovými považované za dve strany jednej mince (Chmelová, 2005). Ide o dve neoddeliteľné položky, ktoré sa musia vykonávať súčasne pričom facilitácia napomáha k aktívnym motorickým odpovediam zatiaľ čo inhibícia pôsobí na abnormálne pohybové a posturálne vzory (Hromadková, 2002). Terapeut pritom k inhibícii a facilitácii používa tzv. **klúčové body kontroly**. Ide o určité časti tela ako hlava, horné končatiny,

panva, dolné končatiny a podobne. Práve cez tieto body môže terapeut najľahšie a najúčinnnejšie redukovať spasticitu a súčasne facilitovať správny pohyb u dieťaťa s DMO (Chmelová, 2005). Celý tento proces je kontrolovaný a riadený samotným terapeutom. Ten riadi a kontroluje motorický výstup a stimuláciou sa snaží ovplyvniť svalový tonus a regulovať súhrn medzi agonistami, antagonistami a synergistami, teda medzi typmi svalov, ktoré sú v rámci vzájomnej spolupráce zodpovedné za zabezpečenie presnosti pohybu (agonista je sval vykonávajúci pohyb v určitom smere, antagonist je sval vykonávajúci opačný pohyb ako agonista a synergista je sval, ktorý sa zúčastňuje rovnakého pohybu ako agonista tzv. pomocný sval) (Červenková, 2006; Bérešová, 2016). Normalizácia svalového tonusu a inhibícia primitívnych reflexných vzorcov sa v terapii realizuje, *aby sa mohla previesť jednotlivá fáza pohybového komplexu vo vývojovej rade hybnosti (napr. z polohy na štyroch do polohy kľačmo). Zážitok správnej fázy pohybu si opakovaním postupne prekliesni cestu k vyšším nervovým cestám* (Gúth, 2018, s. 197)

Stimulácia je jednou zo základných aktivít využívaných v rámci rozvíjania a podpory detí s organickým poškodením mozgu. Ide o súbor aktivít, ktorých cieľom je podnecovať a podporovať žiaduce vývinové zmeny a pokroky v procese učenia a rozvíjania osobnosti dieťaťa a to predovšetkým pôsobením na oblasť motoriky, senzoriky a komunikácie. Stimulačné aktivity zvyšujú počet funkčných spojení medzi neurónmi nakoľko podstatou stimulácie je cieleňé pôsobenie na receptory a analyzátory a podnecovanie aferentnej impulzácie, ktorá sa deje vďaka činnosti analyzátorov po aferentných (senzorických) dostredivých nervoch dopravujúcich signály z receptorov do miechy a mozgu. Toto pôsobenie na receptory a analyzátory a podnecovanie aferentnej impulzácie provokuje dieťa k prejavom a výkonom na základe reflexnej činnosti a tým k aktívnemu učeniu. Využíva sa pritom neurálna a synaptická plasticita

(tvárnosť, schopnosť prispôbiť sa) CNS. Pri špeciálnej stimulácii sa vychádza z predpokladu, že aj ťažko postihnuté dieťa s poškodením CNS má mať možnosť samostatne aktívne preskúmať prostredie a tak na podklade spomenutých dejov súvisiacich s procesmi učenia napokon získavať isté skúsenosti, rozvíjať schopnosti a osvojovať si poznatky a zručnosti (Vančová, Smolianinov, 2014).

Stimuláciu, ako jednu zo základných terapeutických techník Bobath konceptu, terapeut realizuje prostredníctvom stimulačných techník ako:

- **Prenesenie váhy** – držanie tela dieťaťa v rôznych polohách, ktorého cieľom je vyvolanie automatického prispôsobenia trupu a končatín na zmenu polohy
- **Placing a holding** – schopnosť dieťaťa zadržať pohyb v akomkoľvek stupni, automaticky alebo voľne. Placing je samovoľná automatická adaptácia svalov na zmenu postúry realizovanú terapeutom a holding je schopnosť kontroly a udržanie sa v zmenenej polohe.
- **Tapping** – využitie hladkania, klepania, potriasania v oblasti trupu, končatín a orofaciálnej oblasti s cieľom zvýšiť svalový tonus (Chmelová, 2005; Bérešová, 2016).

Ako doplnok k inhibícii, facilitácii a stimulácii sa v terapii používajú vhodné kompenzačné pomôcky. V terapii sa používajú napríklad valce, lavičky, klíny, lopty, pohyblivé plochy atď. a pri každodennej činnosti špeciálne sedačky, vertikalizačné stojany, špeciálne topánky, vložky, končatinové a trupové ortézy a podobne. Pri ich výbere a aplikácii do terapie musí byť terapeut veľmi opatrný. Všetky pomôcky vyberá cielene a vníma reakcie dieťaťa na ne. Berta Bobath upozorňovala na jedno pravidlo, ktorým sa musí každý terapeut riadiť a to – *Daj dieťaťu toľko opory, koľko je nevyhnutné, ale iba toľko, koľko je potrebné.* Ak terapeut poskytne aj s použitím kompenzačných pomôcok dieťaťu viac opory ako je potrebné môže

ho pripraviť o možnosť vlastnej skúsenosti práce proti gravitácii. Na strane dieťaťa to môže vyvolať pasivitu. Tým pádom pomôcka neplní svoju základnú úlohu, ktorou je aktivizovať dieťa a uľahčiť mu realizáciu konkrétnej funkčnej zručnosti (Marešová, 2011). Celá terapia sa realizuje v rámci handlingu.

Samotná terapia je realizovaná formou tzv. **handlingu**, ktorý sa vykonáva v priebehu celého dňa (Béřešová, 2016; Gúth, 2018). To znamená, že Bobath koncept nie je ohraničeným rehabilitačným cvičením, ale ide o komplexný celodenný prístup, ktorý by mal byť vlastný aj rodičom a opatrovateľom dieťaťa, aby sa pôsobením na dieťa v zmysle princípov Bobath konceptu podporil správny vývoj dieťaťa aj v rámci bežných denných činností. Česká asociácia detských Bobath terapeutov (ČADBT, 2020) popisuje **handling ako nevyhnutnú pomôcku, ktorou je potrebné riadiť sa v priebehu všetkých denných aktivít, aby dieťa mohlo vykonať pohyb kvalitne a samostatne. Z toho dôvodu je Bobath koncept označovaný aj ako 24 hodinový koncept, ktorý prepája dennú starostlivosť, hru a podiel na spoločných každodenných aktivitách s terapiou.**

Handling je v podstate spôsob manipulácie s dieťaťom pri každodennej starostlivosti, pri obliekaní, nosení dieťaťa, pri dvíhaní a pokladaní dieťaťa na podložku, pri kŕmení a podobne (Béřešová, 2016). Ide o súbor manuálnych techník, pri ktorých terapeut analyzuje reakcie dieťaťa na zvolený pohyb a transportuje jeho voľnú aktivitu do novej pohybovej zručnosti. Všetky techniky terapeut cielene zameriava nato, aby dieťaťu uľahčili realizáciu pohybu (Marešová, 2011).

Terapeut však nevedie pohyby dieťaťa pasívne. Svojim cieľeným handlingom a zároveň okamžitou analýzou všetkých reakcií dieťaťa na handling sa snaží dosiahnuť to, aby bolo dieťa schopné prevziať aktívnu kontrolu nad svojim pohybom a tým mohlo získať čo najsprávnejšiu senzomotorickú skúsenosť v rámci konkrétnej

funkčnej situácie. Počas handlingu svoju pomoc a podporu terapeut cielene a systematicky oddaľuje, aby umožnil dieťaťu kontrolovať svoj pohyb bez pomoci (Chmelová, 2005). Marešová (2011) dodáva, že terapeut neučí pohybom, ale robí všetko preto, aby dieťa mohlo vykonať pohyb samo a čo najsprávnejšie. Celý proces teda smeruje k samostatnému pohybu dieťaťa.

Záver

Tak ako manželia Berta a Karel Bobathovi dúfali, Bobath koncept je nielenže stále využívanou rehabilitačnou metódou, ale zároveň sa vďaka novým poznatkom v oblasti neurovedy a klinickej praxe neustále vyvíja a zdokonaľuje. Nejde len o spôsob rehabilitácie, ale ide o spôsob určitého celkového individuálneho prístupu k dieťaťu s poruchou motorického vývoja zohľadňujúceho jeho špecifické potreby. Bobath koncept je celodenný proces, kedy sa pomocou vlastnej aktivity dieťaťa a využitia rôznych techník a pomôcok dosahuje správne, čo najviac norme sa približujúce, prevedenie pohybu.

Otázky na preskúšanie

1. *Kto a v akom období sa zaslúžil o vytvorenie Bobath konceptu?*
2. *Čo predstavuje pojem handling?*
3. *Čo je cieľom Bobath konceptu vo vzťahu k deťom s DMO?*
4. *Aké terapeutické techniky sa používajú pri zlepšovaní funkčnej činnosti pacienta v rámci Bobath konceptu?*
5. *Aké stimulačné techniky sa využívajú v rámci Bobath konceptu?*

Zoznam použitých bibliografických odkazov

- AVARE. Primitívne a posturálne reflexy. [online]. 2020 [citované 2020-03-02]. Dostupné na internete: <https://www.avare.sk/primitivn-e-a-posturalne-reflexy-2/>.
- BÉREŠOVÁ, A. Bobath koncept. In: HAGOVSÁ, M. a kol. *Praktická kinezioterapia*. Košice: Univerzita Pavla Jozefa Šafárika v Košiciach, 2016. 492 s. ISBN 978-80-8152-391-5.
- BÍLKOVÁ, I. *Bobath koncept*. [online]. 2020 [citované 2020-03-02]. Dostupné na internete: <https://www.fyzioklinika.cz/clanky-o-zdravi/bobath-koncept>.
- BOBATH, B. *Adult Hemiplegia: Evaluation and Treatment*. Oxford: Heinemann, 1970.
- BOBATH, B. *Adult Hemiplegia: Evaluation and Treatment*, 2nd edn. Oxford: Butterworth-Heinemann, 1978.
- BOBATH, B. *Adult Hemiplegia: Evaluation and Treatment*, 3rd edn. Oxford: Butterworth-Heinemann, 1990.
- ČADBT – Česká Asosiace Dětských Bobath Terapeutů. Bobath koncept NDT. [online]. 2020 [citované 2020-03-02]. Dostupné na internete: <https://www.cadbt.cz/bobath-koncept-ndt/>.
- ČERVENKOVÁ, D. Baby Bobath – neurovývojová terapie u kojenců. In: *Sestra*, č. 12 (2006), s. 47. ISSN 1210-0404.
- ČERVENKOVÁ, D. Seznámení s Bobath konceptem. In: *Sestra*, č. 12 (2006), s. 46. ISSN 1210-0404.
- GJELSVIK, B.E. *The Bobath Concept in Adult Neurology*. Germany: Georg Thieme Verlag, 2008.
- GRAHAM, V. J., et al. The Bobath Concept in Contemporary Clinical Practice. In: *Topic in stroke rehabilitation*, vol. 16, no. 1 (2009), p. 57-68.
- GÚTH, A. a kol. *Liečebné metódy v rehabilitácii*. Bratislava: LIEČREH, 2018. ISBN 978-80-88932-43-7.
- HRMÁDKOVÁ, J. *Fyzioterapie*. Jinočany: HaH, 2002. 428 s. ISBN 80-86022-45-5.
- CHMELOVÁ, I. Bobath koncept a DMO. In: KRAUS, J. *Dětská mozková obrna*. Praha: Grada Publishing, 2005. 344 s. ISBN 80-247-1018-8.
- IBITA. *Theoretical assumptions and clinical practice*. [online]. 2007 [citované 2020-03-12]. Dostupné na internete: <http://www.ibita.org/>.
- JANKOVSKÝ, J. *Ucelená rehabilitace dětí s tělesným a kombinovaným postižením. Somatopedická a psychologická hlediska*.

- Praha: Triton, 2006. 176 s. ISBN 80-7254-730-5.
- KLOBUCKÁ, S. *Vybrané kapitoly z pediatrickej neuropsychiatrie*. Bratislava: Herba, 2018. 200 s. ISBN 978-80-8963-183-4.
- KRAJSKÁ NEMOCNICE LIBEREC. *Výšetření a terapie osob s poruchou centrálního nervového systému – Bobath koncept*. [online]. [citované 2020-03-20]. Dostupné na internete: <https://www.nemlib.cz/projekty-eu/bobath-koncept/>.
- MAREŠOVÁ, E., JOUDOVÁ, P., SEVERA, S. *Dětská mozková obrna. Možnosti hranice včasné diagnostiky a terapie*. Praha: Galen, 2011. 156 s. ISBN 978-80-7262-780-6.
- MAYSTON, M. J. Therapeutic concepts. The Bobath Concept – evolution and application. In: H. FORSSBERG, H., HIRSCHFELD, H. *Movement Disorders in Children*. International Sven Jerring Symposium, Stockholm, August 1991: Proceedings vol. 36, pp. 1–6. ISBN: 978-3-8055-5556-2.
- NDT Bobath - Slovenská asociácia bobath terapeutov. *Neurodevelopment treatment - Bobath koncept*. [online]. [citované 2020-03-12]. Dostupné na internete: <https://www.ndtbobath.sk/index.php/ndt-bobath>.
- ORGONÁŠOVÁ, M., PALÁT, M. MKF (Medzinárodná klasifikácia funkčnej schopnosti, dizability a zdravia), príručka. Bratislava, 2004, s. 41.
- PAVLŮ, D. *Speciální fyzioterapeutické koncepty a metody I. Koncepty a metody spočívající převážně na neurofyzilogické bázi*. Brno: CERM, 2003. 239 s. ISBN 80-7204-312-9
- PFEIFFER, J. *Neurologie v rehabilitaci. Pro studium a praxi*. České Budějovice: Protisk, 2007. 351 s. ISBN 978-80-247-1135-5.
- RAINE, S. Defining the Bobath Concept using the Delphi technique. In: *Physiotherapy Research International*, vol. 11, no. 1 (2006), p. 4-13.
- RAINE, S. Current theoretical assumptions of the Bobath Concept as determined by the members of BBTA. In: *Physiotherapy Theory and Practice*, vol. 23, no. 3 (2007), p. 137–152.
- RAINE, S., MEADOWS, L., LYNCH-ELLERINGTON, M. *Bobath concept. Theory and Clinical Practice in Neurological Rehabilitations*. UK: Wiley-Blackwell, 2009. 232 p. ISBN: 978-1-405-17041-3.
- SCHLEICHKORN, J. *The Bobaths: A Biography of Berta and Karel Bobath*. Tuscon:

- Neuro-Developmental
Treatment Association, 1992.
221 p. ISBN 9780884504931.
- ŠÁNDOROVÁ, Z. *Raná péče
v referenčním poli speciální
pedagogiky a sociálních služeb.*
Pardubice: Univerzita
Pardubice, 2017. 177 s. ISBN
978-80-7560-054-7.
- VANČOVÁ, A.,
SMOLIANINOV, A. *Program
Ruka-mozog. Neuro-psycho-
edukačné intervencie,
rehabilitácia a rozvíjanie detí
s organickým poškodením
mozgu.* Bratislava:
Pedagogická fakulta Univerzity
Komenského v Bratislave vo
vydavateľstve IRIS, 2014. 40 s.
ISBN 978-80-89726-04-2.

*Predmetná kapitola je
parciálnym výstupom projektu
KEGA 013KU-4/2019 E-
learningové vzdelávacie modely
k problematike včasnej
starostlivosti o rodinu s dieťaťom
s rizikovým vývinom.*

4 MULTISENZORICKÉ PROSTREDIE (SNOEZELLEN) VO VČASNEJ INTERVENCII

Predmetná kapitola sa zameriava na snoezelen, ako na jedinečný prístup k deťom s rôznymi špecifickými potrebami. Zároveň je jedným z výstupov, ktorý v našich podmienkach ako píše Kováčová (2019) saturuje potreby praxe z oblasti terapeutických konceptov pomoci vo včasnej pomoci rodinám s dieťaťom s rizikovým alebo potenciálnym rizikovým vývinom.

Snoezelen je prostredím, v ktorom sa uplatňuje a jedinečný aj svojou filozofiou rešpektovania človeka, požadovaním nárokov na schopnosti a výkony. Realizuje sa v špecificky upravenom príjemnom prostredí s rôznorodými zmyslovými podnetmi, ako sú svetlá, zvuky, vône, textúry, príjemné miesta na sedenie a ležanie.

Prax aj výskumy ukazujú, že je efektívnym prostriedkom podpory detí s rizikovým vývinom, oneskoreným vývinom a rôznym zdravotným znevýhodnením raného a predškolského veku. Je nielen nástrojom podpory učenia tejto skupiny detí, ale aj nástrojom podpory rodiny ako systému: v rámci budovania vzťahu s dieťaťom, zníženia stresu a záťaže rodiny (por. Slaná et al., 2017). Je variabilným prostredím s možnosťou uplatnenia širokej škály senzorických aktivít.

4.1 Historicko-teoretická rovina multisenzorického prostredia (Snoezelen)

V roku 1966 dvaja americkí psychológovia informovali o možnosti podpory rozvoja, zlepšenia komunikácie a správania osôb s mentálnym postihnutím, oneskoreným vývinom a autizmom. Vytvorili miesto nazývané „zmyslová kaviareň“ (*sensory cafeteria*),

kde sa podporovalo vizuálne, sluchové, čuchové, hmatové a vnímanie vlastného tela (Mertens, 2003).

V sedemdesiatych rokoch boli inštitúcie pre osoby s mentálnym postihnutím v Holandsku čoraz viac konfrontované s problémom ľudí s ťažkým mentálnym postihnutím. Tento problém vznikol z dôvodu absencie aktivít, ktoré by boli vhodné pre ľudí s ťažkým mentálnym postihnutím. Činnosti, ktoré sa používali pre ľudí s ľahkým mentálnym postihnutím, nemali význam pre ľudí s ťažkým / hlbokým mentálnym postihnutím (Verheul, 2003).

Prvý projekt a pomenovanie Snoezelen vznikol v roku 1974 v inštitúcii Haarendael. Hlavnou myšlienkou nových aktivít nebolo fyzické úsilie, ale relaxácia a možnosť zážitku. Účelom bolo dať týmto ľuďom šancu zažiť blahobyť nielen pasívnym prijatím, ale aj vlastnou činnosťou. Tento cieľ sa mal dosiahnuť zmyslovými stimulmi. Vďaka svetlu, hudbe, pachom a rôznym témam bola vytvorená magická atmosféra. To spôsobilo dostupnosť stimulu pre každý zmysel (Mertens, 2005).

V tejto myšlienke pokračovala inštitúcia Piusoord a robila ďalšie úpravy. Pod názvom Snoezelen ich predstavili na seminári v roku 1979. Tu sa zúčastnili aj pracovníci z De Hartenberg a zistili, že na tom istom nápade predtým pracovali. Prijali meno Snoezelen a túto metódu použili prvýkrát v roku 1978 pod vedením Jan Hulsegge a Ad Verheul. Postavili veľký stan, v ktorom boli nainštalované rôzne predmety, ktoré stimulovali všetky zmysly. Tento projekt mal experimentálnu podobu a bol praktizovaný týmto spôsobom niekoľko rokov (Verheul, 2005)

Ad Verheul má hlavný podiel na rozvoji a popularizácii Snoezelenu po celom svete. Je autorom prvej knihy o Snoezelene (Snoezelen - iný svet). Aj keď nie je autorom koncepcie, považuje sa za otca

Snoezelenu. Neskôr sa Snoezelen stal populárnym v mnohých západoeurópskych krajinách, kde sa hľadali nové perspektívy pre ľudí s ťažkým zdravotným postihnutím (Schwanecke, 2004). Snoezelen sa stal médiom medzi normalizáciou a integráciou. Postupne sa začal uplatňovať aj u iných cieľových skupín a u ľudí s rôznymi poruchami, chronickým ochorením, paliatívnej starostlivosti. Začiatkom 21. storočia vznikla organizácia združujúca odborníkov z celého sveta ISNA – International Snoezelen Association – medzinárodná asociácia Snoezelen. Jej zámerom bolo zdieľanie skúsenosti, vzdelávanie odborníkov a vedecké podloženie Snoezelenu. V roku 2012 došlo k istej transformácii a a rozkolu, na základe čoho vznikla ISNA-mse, ktorá funguje v súčasnosti.

Snoezelen je špecifický tím, 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, Hrčová, 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 a príslušníci pomáhajúcich profesií. 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

pojmem 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.“²

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 spätnej 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 rôznym druhom a stupňom postihnutia 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

² Dostupné na: www.isna-mse.org

ohľadom na špecifiká zmyslového vnímania jednotlivcov s postihnutím alebo rizikovým vývinom (Hrčová, in Oriechiková, 2015). Podobne píše aj Švarcová (2006), že zmyslových zážitkov nemá byť veľa, ale majú byť o to intenzívnejšie.

U dieťaťa s rizikovým vývinom 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; Hulsege, 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 Mertens (2005) pocit pohody a cítiť sa dobre.

V súvislosti s vyššie uvedeným možno pri aplikácii Snoezelenu zvoliť jeden zo 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, pozná špecifiká dieťaťa, s ktorým v multisenzorickej miestnosti pracuje, pozná vplyv jednotlivých podnetov a komponentov na dieťa, 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 prirovnávať k mobilnému Snoezelenu.

O uvedené delenie sa opierajú aj Filatová a Janků (2011). Pagliano vo svojej najnovšej práci (2012) pridáva ešte ďalšie prostredia ako čuchový, chuťový a interoceptívny priestor (prostredie zamerané na stimuláciu interoceptorov, teda vestibulárneho aparátu a propiocepce). 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 pre niektoré cieľové skupiny detí sú 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; Hřčová,

in Oriechčiková, 2015; Oriechčiková, Hrchová, 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 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 deti meniť farbu vlákien alebo valca. Ovládanie je jednoduché a nevyžaduje veľké úsilie zo strany dieťaťa. Okrem toho možno do miestností inštalovať interaktívne pomôcky a interaktívne panely, ktoré reagujú na dotyk (napríklad stlačenie tlačidla) zasvetením 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, vône, vibrácie alebo aktivovať ventilátor a nechať na seba pôsobiť prúd vzduchu (Hrchová, in Oriechčiková, 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).

Taktiež na zhrnutie možno konštatovať, že Snoezelen má v sebe zahrnuté 3 základné požiadavky:

- **Pocit pohody a uvoľnenia** – je základnou požiadavkou. V multisenzorickom prostredí Snoezelen je nevyhnutné za

pomoci jednotlivých komponentov a vlastného nastavenia vytvoriť príjemnú, pozitívne ladenú a uvoľňujúcu atmosféru.

- **Štruktúrované a usporiadané prostredie** – priestor je usporiadaná a zariadený ak, aby poskytovať multisenzorické skúsenosti. Môže byť ladený spôsobom, že bude možné osloviť všetky zmyslové systémy alebo môže byť vybavený tak, že bude kladený dôraz na oslovenie len niektorých zmyslových systémov. Ako príklad môžeme uviesť miestnosť, v ktorej dominujú sluchové a vibračné podnety.
- **Možnosť kontroly podnetov** – prostredie je vytvorené tak, že sprevádzajúcej osobe umožňuje kontrolovať prichádzajúce podnety z hľadiska ich množstva aj z hľadiska ich intenzity. Sprevádzajúca osoba môže regulovať napríklad osvetlenie, rýchlosť projekcie, množstvo zapnutých komponentov a. i. Rovnako je výhodou, ak aj samotné dieťa má možnosť kontroly niektorých podnetov, ako napríklad výber farby, zapísanie/vypínanie vybraných komponentov, vyvolanie vizuálneho efektu, vibrácie ...

4.2 Koncepcná rovina multisenzorického prostredia (Snoezelen)

Vychádzajúc z vyššie uvedených historických teoretických východísk, je multisenzorické prostredie (Snoezelen) vhodným prostriedkom na využitie v rámci včasnej intervencie. Ak by sme spojili jeden zo základných východísk včasnej intervencie, ktorým je neuroplasticita³ a charakter multisenzorického prostredia, ktorý

³ Neuroplasticita je pomerne komplexný proces, ktorý vychádza z faktu, že funkcie mozgu nie sú „uzamknuté“, ale je možné spôsobovať v mozgu zmeny vďaka prichádzajúcim podnetom. Ak jedna časť mozgu nie je používaná alebo nefunguje, zmenší sa a (alebo iná časť mozgu preberá jej funkciu (Pagliano, 2012).

spočíva v dávkovaní istého množstva a intenzity zmyslových podnetov, máme k dispozícii prístup a prostredie s vysokým potenciálom práve pre deti s rizikovým vývinom alebo rôznym druhom a stupňom zdravotného znevýhodnenia raného a predškolského veku.

Farby Lucká (2019) poukazuje na výskumy potvrdzujúce prítomnosť porúch senzorického spracovania už v ranom období vývinu dieťaťa a potrebu multisenzorických prístupov (medzi ktoré radíme aj Snoezelen) na zmierňovanie prejavov a dopadov týchto porúch. Ako príklad uvádza súvislosť v podpore vizuálneho spracovania prostredníctvom zreteľných obrazov z projekcie a svetla z bublinkového valca. Multisenzorické prostredie (Snoezelen) sa vďaka svojmu charakteru, štruktúre a variabilite zmyslových podnetov stáva optimálnym prostredím pre učenie už od raného veku (porov. Tannenbaum, Eisenberg, 2013).

Vo včasnej intervencii má Snoezelen mnohostranné využitie a môže sledovať niekoľko cieľov. Mertens (2003) formulovala niekoľko cieľov Snoezelenu ako pedagogického podporného opatrenia:

- aktivácia a podpora procesov učenia
- rozšírenie skúseností o okolitom svete
- intenzívne prijímanie základných impulzov/podnetov
- koncentrácia podnetov v malom priestore
- integrácia do sociálnych štruktúr
- budovanie základných vzťahov (napríklad pomocou neverbálnej komunikácie)
- relaxácia

Všetky z týchto cieľov môžeme sledovať aj v rámci včasnej intervencie detí s rizikovým alebo oneskoreným vývinom alebo rôznym stupňom a druhom postihnutia.

Odhliadnuc od najdôležitejšieho cieľa, ktorým je získanie pocitu pohody a pozitívnej skúsenosti sa v prvom rade zameriame na reguláciu úrovne aktivity a bdlosti. Ak má byť dieťa pripravené k učeniu, nadväzovaniu kontaktu, musí byť primerane bdelé a pokojné. Multisenzorické prostredie Snoezelen umožňuje nastaviť podnety tak, aby sme dosiahli upokojenie dieťaťa s vyššou úrovňou aktivity a aktivizovali dieťa, ktoré má nízku bdlosť. Obidva procesy umožňuje biela miestnosť. Ešte vyšší efekt pri aktivizácii dieťaťa má tmavá miestnosť.

Jedným zo základných elementov učenia je učenie sa/pochopenie princípu kauzality (vzťah príčina – následok). Multisenzorické prostredie Snoezelen je ideálnym prostredím, aby si dieťa v ranom veku alebo dieťa s ťažkým postihnutím mohlo tento princíp osvojiť. Slúžia na to rôzne interaktívne pomôcky, ako sú ovládače umožňujúce kontrolu bublinkového valca, optických vlákien, prípadne iných pomôcok. Vďaka týmto ovládačom je možné, aby deti mohli aktívne a nezávisle zasiahnuť do usporiadania okolitého prostredia a vyvolať obľúbené alebo preferované stimuly. Okrem toho dieťa prichádza aj na fakt, že stlačením tlačidla vyvolá určitú zmenu. Učí sa, akú akciu je potrebnú vykonať a aký je jej následok. Tým, že podnet je príjemný, je dieťa viac motivované k tomu, aby ho vyvolalo. Dostávame sa aj k cieľenej motorickej aktivite dieťaťa a jej podpore.

V multisenzorickom prostredí (Snoezelen) sa dieťa učí používať jednotlivé zmysly. Umožňuje rozvíjať tie najelementárnejšie zmyslové schopnosti aj tie komplexnejšie, pretože v Snoezelene môžeme uviesť podnet vo veľmi jednoduchej podobe (napríklad bublinkový valec v žltej farbe) a aj komplexnejšie podnety (napríklad otáčajúca sa projekcia s určitým obsahom a zložitosťou obrazu). Podobne vieme diferencovať zložitost' podnetov aj v ostatných zmyslových systémoch. V rámci zraku sa zameriavame

na registráciu zrkového podnetu – schopnosť dieťaťa zachytiť tento podnet a zareagovať naň, zameranie pozornosti, fixáciu podnetu, sledovanie pohybujúceho sa objektu alebo na diskriminačné (rozlišovacie) schopnosti (napr. rozlišovanie farieb, tvarov, obrazov). Multisenzorické prostredie Snoezelen je vhodné aj na zrkovú stimuláciu. Je možné ju prevádzať v bielej miestnosti (v prípade kvalitného zatemnenia) a ešte efektívnejšie v tmavej miestnosti, kde sú zrkové podnety výraznejšie. Vhodné je miestnosť využívať aj u detí s centrálnym postihnutím zraku.

Podobné schopnosti vieme podporovať aj v rámci sluchového systému za využitia príslušných pomôcok. Sluchový kanál môžeme využiť aj v prípade, že chceme ovplyvniť úroveň bdlosti dieťaťa, či už na relaxáciu alebo jeho aktivizáciu. A to prostredníctvom vhodne zvolenej hudby.

V rámci čuchového a chuťového zmyslového systému sa zameriavame najmä na registráciu, lokalizáciu, či diferenciaciu vôní, prípadne chutí. Čuch a chuť sú vzájomne prepojené a preto je možné tieto podnety v multisenzorickom prostredí Snoezelen poskytovať súčasne. Už deti v predškolskom veku sú schopné vône diferencovať a preto stavíme aj na tejto stránke vnímania vôní. Vône nám poslúžia aj na budovanie asociácií. Asociácie sú však závislé na skúsenostiach a od množstva skúsenosti závisí aj množstvo asociácií, respektíve schopnosť nejakej si tvoriť. Čím je človek starší, tým viac asociácií má a potom môže byť vôňa použitá aj na vyvolanie konkrétnej asociácie alebo spomienky. Povzbudzujeme dieťa k tomu, aby chcelo skúmať rôznorodé vône.

V rámci hmatového systému sa u detí raného a predškolského veku zameriavame na všetky kvality podnetov (textúra, teplota, vibrácia, povrchové aj hĺbkové podnety). Rozvíjame u dieťaťa hlavne exploračné schopnosti a vedíme ho ku skúmaniu a dotýkaniu sa rôznych textúr a predmetov s rôznym povrchom rukami. Predmety

využívame aj na kontakt s inými časťami tela nie len rukami. Prispievame tak k rozvíjaniu povedomia o vlastnom tele a budovaniu telesnej schémy. Rovnako povzbudzujeme dieťa k tomu, aby sa nebálo dotýkať predmetov a tiež aby akceptovalo kontakt predmetu s telom. U niektorých detí je vhodné zavádzať aj difúznejšie štruktúry – najmä pre deti hyposenzitívne a deti ktoré tento typ podnetov strádaajú. Tiež sa zameriavame na schopnosti lokalizačné a diferenciacné. Teda rozlišovanie povrchov, či už veľmi rozdielných alebo podobných povrchov.

Nemenej dôležité sú aj ostatné základné podnety ako vestibulárny a propioceptívny systém. Multisenzorická miestnosť poskytuje aj tento typ podnetov a v tomto prípade sa zameriavame najmä na schopnosť tieto podnety tolerovať a tiež si ich samostatne zaobstaráť. Zvláštny význam to má u detí s obmedzenou pohyblivosťou, ktoré len s ťažkosťami alebo vôbec nedokážu meniť pozíciu svojho tela v priestore. V multisenzorickom prostredí môžeme tieto podnety poskytnúť napríklad prostredníctvom vodnej postele a učíme dieťa tolerovať nestabilný povrch a pasívny pohyb na takomto povrchu. Následne ho povzbudzujeme k tomu, aby posteľ sám uvádzalo do pohybu a tým si tieto stimuly samostatne zaobstaralo. V prípade propioceptívneho systému ide najmä o aktívny pohyb dieťaťa. Zameriavame sa na to, aby dieťa bolo motivované a chcelo vykonávať ciele pohyby, či už za čelom vyvolania niektorého preferovaného podnetu alebo za účelom presunutia sa k požadovanému podnetu alebo predmetu..

Z uvedeného vyplýva, že multisenzorické prostredie Snoezelen je vo včasnej intervencii vhodné aj ak prostriedok nasýtenia mozgu podnetmi, ktoré potrebuje alebo ktoré potrebuje v intenzívnejšej podobe. Týka sa to najmä detí, ktoré majú poruchy senzorického spracovania a sú hyposenzitívne alebo podnety aktívne strádaajú. Rovnako sa jedná aj o deti vystavené podnetovej deprivácii, či už

z dôvodu nedostatočnej starostlivosti alebo z dôvodu medicínskych komplikácií a dlhodobých hospitalizácií.

Zvlášť u najmenších detí a u detí s ťažkým viacnásobným postihnutím a u detí, ktoré majú problém skúšať a prijímať čokoľvek nové, je dôležité, aby sme im v multisenzorickom prostredí poskytli základné skúsenosti s okolitým svetom, prípadne tieto skúsenosti ďalej rozširovali. Čím viac je dieťa odkázané na pomoc druhej osoby v oblasti poskytovania stimulov, tým viac kľúčový tento zámer bude.

Multisenzorická stimulácia je fundamentom pre všetku komunikáciu (Pagliano, 2012). Keďže Snoezelen je plný rôznorodých zmyslových podnetov, uľahčuje budovanie skúseností, ktoré sú pre rozvoj komunikácie dôležité. Zároveň je Snoezelen sprevádzajúcim prístupom. To znamená, že dieťa neponechávame len v interakcii s objektmi, ale sme mu k dispozícii my sami. Sprevádzajúca osoba je významným partnerom pre potenciálnu interakciu a komunikáciu. Vo včasnej intervencii sa v rámci Snoezelenu zameriavame na budovanie každej komunikácie, nehľadáme správny spôsob, ktorým by dieťa malo komunikovať, ako napríklad používanie slov. Zameriavame sa na podporu všetkých aspektov komunikácie: verbálnej, preverbálnej, neverbálnej alebo alternatívnej a augmentatívnej. Vytvárame také prostredie, aby dieťa mohlo reagovať na podnety akýmkoľvek spôsobom (vokalizáciou, úsmevom, pohľadom, pohybom niektorej časti tela...). Vytvárame príležitosti na aktívnu komunikáciu zo strany dieťaťa, ako je žiadanie si spustenia/zapnutia pomôcky, opätovné vyžiadanie si pokračovania podnetu, zastavenie podnetu. Tiež dieťa vedieme k vyjadreniu voľby – výberu medzi dvomi podmetmi/pomôckami (preferovaná – neutrálna/nepreferovaná alebo neskôr z dvoch podobne preferovaných podnetov), vyjadreniu súhlasu/nesúhlasu s ponúkanými podnetmi. Je samozrejmé, že v tomto prípade rešpektujeme aj nesúhlas alebo odmietnutie zo strany dieťaťa).

U detí, ktoré používajú symbolické formy komunikácie, či už hovorenú reč alebo niektorý systém AAK sa v Snoezelene zameriavame aj na konverzáciu s dieťaťom. Veľmi vhodné sú na to, jednotlivé projekcie, bublinkový valec s rybičkami, vône alebo rôzne textúry. S komunikáciou je potom úzko spojená aj sociálna interakcia s partnerom alebo partnermi, či už ide o sprevádzajúcu osobu, rodiča, súrodenca alebo rovesníka. V Snoezelene sledujeme aj schopnosť dieťaťa prijať cudziu osobu ako partnera pre komunikáciu a interakciu, respektíve akceptovať aj prítomnosť iného dieťaťa, pokiaľ sa v miestnosti nachádza. Následne je dieťa sprevádzané v spôsoboch jednaní a konaní voči druhej osobe v miestnosti.

Mnoho detí s postihnutím raného a predškolského veku, najmä deti s ťažkým mentálnym postihnutím, deti s poruchami autistického spektra alebo deti v prvom roku života, môžu mať značné ťažkosti s reagovaním a orientáciou v bežnom prostredí. V bežnom prostredí je pre niektoré deti podnetov príliš mnoho alebo sú príliš intenzívne a nie sú schopní ich spracovať ani diferencovať a ako reakciu na túto situáciu sa radšej uzatvárajú so seba. Pre druhú skupinu detí podnety v bežnom prostredí nie sú dosť intenzívne na to, aby ich registrovali a vôbec na ne reagovali, čo má za následok pasivitu, apatiu a zdanlivý nezáujem o okolitý svet. Práve multisenzorické prostredie (Snoezelen) práve tým, že spája mnoho podnetov na malom priestore, umožňuje aj týmto deťom ľahšie reagovať na okolité prostredie a stimuly v ňom. Podnetov je síce mnoho, ale vhodným dávkovaním, kombináciou a vhodne zvolenou intenzitou pasívnym deťom rýchlejšie reagovať na stimuly a byť aktívnymi. Volíme intenzívnejšiu podobu podnetov alebo menej predvídateľné podnety pre dieťa. V prípade hypersenzitívnych detí, zas Multisenzorické prostredie (Snoezelen) umožňuje zvoliť malé množstvo podnetov a ostatné odstrániť alebo vypnúť alebo zvoliť jemnú intenzitu stimulácie.

Multisenzorické prostredie nemusí byť určené len na podporu a rozvoj dieťaťa, ale je to vhodný priestor aj pre prácu s celou rodinou. Stretnutia v multisenzorickej miestnosti môže byť účastný aj rodič, prípadne súrodenec dieťaťa (porov. Nasser et al., 2004). V multisenzorickom prostredí Snoezelen dieťa často reaguje inak, ako v bežnom prostredí. Je pokojnejšie, vykazuje viac zvedavosti, viac aktivity alebo pri jednotlivých podnetoch vydrží dlhší čas. To je pozitívnym signálom pre rodiča, ktorý môže svoje dieťa vnímať v inom svetle a vidieť skutočný potenciál dieťaťa. Význam multisenzorického prostredia Snoezelen pri práci s rodinou sa ukazuje aj v oblasti nadväzovania a prehľbovania vzťahu rodič-dieťa alebo jednotliví rodinní príslušníci navzájom. Snoezelen často krát tento proces uľahčuje a zrýchľuje. Pozitívne skúsenosti so Snoezelenom ako prostriedkom na budovanie vzťahov sa ukázali aj pri práci s rodinami, ktoré si osvojili dieťa do svojej starostlivosti.

Anezaki (2004) skúmal 10 matiek s deťmi s ťažkým telesným a mentálnym postihnutím vo veku 2 – 6 rokov. Matky s deťmi absolvovali v priemere 4,6 Snoezelen jednotiek a vyplnili dotazník, v ktorom mali zhodnotiť edukačné efekty Snoezelenu a postrehnuté zmeny v správaní. Výrazné zmeny neboli zistené. U štyroch detí však bol pozorovaný zvýšený záujem o prostredie, zlepšenie zrakovej fixácie, uvoľnenosť a schopnosť užívať si dané prostredie. U dvoch detí po prvotných negatívnych reakciách na prostredie (plač) došlo ku zmene a boli schopné prostredie ľahšie akceptovať a zaujímať sa o objekty. Snoezelen bol pozitívne vnímaný matkami detí a kladne ovplyvnil ich duševnú únavu. Viacero matiek reagovalo na Snoezelen jednotky pozitívne a chcelo aj s deťmi pokračovať v ďalších pobytoch v multisenzorickej miestnosti.

V našich podmienkach si Snoezelen našiel uplatnenie vo viacerých inštitúciách poskytujúcich službu včasnej intervencie, centrách včasnej intervencie. Spomenúť treba aj rehabilitačné centrá, ktoré

poskytujú intenzívnu rehabilitáciu deťom s postihnutím raného a predškolského veku, kde sa Snoezelen tiež stal prostriedkom terapie a tiež aj doplnkovým prostriedkom pri rehabilitácii. Tiež má funkciu aj ako kompenzačný prostriedok – protiváha voči náročnej fyzioterapii. Ukázal sa aj ako vhodný prostriedok motivácie k pohybu pre túto skupinu detí, čo následne uľahčuje prácu fyzioterapeutovi.

4.3 Praxeologická rovina multisenzorického prostredia (Snoezelen)

Nižšie uvádzame príklady dvoch Snoezelen jednotiek, ktoré je možné aplikovať aj u detí raného alebo predškolského veku s rôznym druhom zdravotného znevýhodnenia. Prvá Snoezelen jednotka je tematicky orientovaná – zameraná na ovocie a snaží sa dieťaťu sprostredkovať jednoduché podnety súvisiace s vybranými druhmi ovocia. Navádza k exploračii a rovnako aj k relaxácii a získavaniu nových senzorických skúseností. Druhá Snoezelen jednotka je orientovaná najmä na exploračiu prostredia prostredníctvom zosilnených zrkových stimulov a je orientovaná na rozvíjanie základných zrkových funkcií. Časové trvanie a jej obsah je možné prispôbovať potrebám konkrétneho dieťaťa. Je možné skrátiť časové trvanie alebo jej náplň rozdeliť na dve Snoezelen jednotky alebo je možné vypustiť niektoré aktivity v prípade hypersenzitívneho dieťaťa.

Téma/názov jednotky: **citrusové plody**

Cieľová skupina: deti s mentálnym postihnutím, viacnásobným postihnutím, deti s poruchou autistického spektra⁴

⁴ Uvedená hodina je koncipovaná pre skupinu, ale je vhodná aj na individuálnu Snoezelen jednotku

Ciele:

- Pohoda, relaxácia
- Vnímanie vlastného tela
- Podpora zrakového, sluchového, čuchového, chuťového, taktilného a proprioceptívneho vnímania
- Tolerancia dotyku a materiálov
- Podpora pozornosti
- Imaginácia a fantázia

Tabuľka 8

Fáza/Čas	Obsah	Organizácia/pomôcky	Ciele
1.fáza Úvod 5 minút	Privítanie účastníkov – každý si nájde príjemné miesto na sedenie/ležanie . Spoločne počúvame pieseň	Bublinkový valec, optické vlákna, osvetlenie – žltá a oranžová farba Pieseň: Jeden pomaranč	Vzbudiť pozornosť, podporiť sluchové vnímanie
2.fáza Explorácia cca. 10 minút	Účastníci si sadnú do kruhu a prezerajú si jednotlivé obrázky a potom preskúmajú obsah košíka. Skúmajú a vzájomne porovnávajú jednotlivé ovocie: Farba, povrch, váha: Priradenie	Osvetlenie – ako vo fáze I. Hudba: Reinhard Horn – Snoezelen – Fáza I Zalaminované obrázky jednotlivých ovocí, zakrytý košík s citrusovými plodmi Dóza s pomarančovou kôrou a vysušeným rozkrojeným citrónom.	Podpora zrakového a hmatového vnímania – registrácia, diferenciacia podnetu, explorácia Intenzívnejšia koncentrácia a vnímanie hmatových stimulov Podpora tolerance neočakávaných situácií a

	ovocia k obrázku Hmatová hra – úlohou je rozpoznať a uhádnuť jednotlivé kusy ovocia podľa hmatu.		neznámych vecí (vlozenie ruky do zakrytého košíka), pochopenie vzťahu predmet – symbol.
3.fáza Ovoniavanie a ochutnávania – cca. 10 minút	Účastníci sedia v kruhu, pokúšajú sa identifikovať jednotlivé vône a priradiť ich k obrázku. Potom môžu ošúpať jednotlivé ovocia podľa svojej voľby a ochutnať, prípadne ochutnať produkty ako šťava alebo keksy.	Osvetlenie: ako predtým Musik: R. Horn – Snoezelen fáza II Vône: pomaranč, mandarínka, citrón, grapefruit Ovocie, pomarančová šťava, grepová šťava, citrónové keksy položené na zemi.	Podpora olfaktorického vnímania – registrácia, explorácia, diferenciácia. Chuťové vnímanie, proprioceptívne vnímanie – vnímanie sily a odporu – šúpanie pomaranča.

4.fáza Masáž 7 – 10 minút	Pomalý prechod do relaxácie. Účastníci vytvoria dvojice a vzájomne si budú masírovať ruky telovým mliekom s vôňou pomaranča.	Osvetlenie a hudba – ako pred tým. Pomaly prichádza do popredia tekutá projekcia farieb (cez space projektor).	Vnímanie tela – ruky a prsty, tolerancia a prijatie dotyku druhej osoby a konzistencie telového mlieka na vlastnom tele. Uvoľnenie.
5.fáza Relaxácia 10 – 12 minút	Účastníci si nájdu príjemné miesto na sedenie alebo ležanie a môžu sledovať projekciu alebo počúvať hudbu. Kto chce, môže zavrieť oči a vnímať len hudbu alebo môže sledovať obrazce a predstavovať si.	Hudba: Snoezelen fáza III Space projektor v popredí	Relaxácia, podpora imaginácie a fantázie

6.fáza Ukončenie jednotky – 5 – 7 minút	Vzájomné zdieľanie pocitov a skúseností z jednotky. Každý účastník si na záver odnesie malú sladkosť	Sladké prekvapenie	Zdieľanie zážitkov a pocitov, verbalizácia, popis.
--	--	--------------------	--

Zdroj: vlastné spracovanie

Možné adaptácie jednotky:

- Možno redukovat' počet ovocí – len jeden alebo dva plody – napr: pomaranč (grapefruit, citrón, mandarinka). Ide o zjednodušenie vnímania a redukcii množstva podnetov, možnosť výber ovocí, ktoré sú voči sebe kontrastné, čo sa týka farby alebo chuti.
- U detí s taktílnou defenzivitou možno masáž telovým mliekom nahradiť masážou jednotlivými kusmi ovocia na chrbte alebo ju úplne vyradiť
- Len explorácia jednotlivých vôní u detí, ktoré nie sú schopné diferencovať vône alebo ich identifikovať, u detí s ťažkým a viacnásobným postihnutím použiť vône ako prostriedok na podporu otáčania hlavy alebo dvíhania hlavy – registrácia podnetu, upútanie pozornosti

Téma/názov jednotky:

Hry so svetlom

Cieľová skupina:

deti s ťažkým mentálnym postihnutím, s viacnásobným postihnutím, s poruchami autistického spektra, so zrakovým postihnutím.

Ciele jednotky:

- stimulácia vizuálneho vnímania - fixácia a sledovanie
- upútanie pozornosti
- vzbudenie záujmu o životné prostredie
- pozorovanie zmien v najbližšom prostredí
- vnímanie vlastného tela

Forma:

1: 1 – individuálna jednotka

Vybavenie miestnosti/pomôcky:

vodná posteľ alebo iné miesto na príjemné sedenie alebo ležanie, UV svetlo, bodové svetlá rôznych farieb (červená, žltá) alebo reflektor s nastavením danej farby, zrkadlo, baterka, rôzne predmety, SNAP projektor alebo iný kotúčový projektor, farebný olejový kotúč (podľa vlastného výberu), deka, relaxačná hudba – M. Buntrock - Classic

Priebeh Snoezelen jednotky:

Fáza 1 (úvod) asi 5 - 7 minút:

Sprevádzajúca osoba pripravuje priestor na realizáciu vybraných aktivít. Malo by sa nastaviť svetlo a hudba. Ostatné nástroje by mali byť pripravené a dostupné kedykoľvek počas relácie. V ideálnom prípade by sa mala miestnosť pripraviť skôr, ako jednotlivец vstúpi do miestnosti, aby sa táto časť mohla preskočiť.

Fáza 2 (hlavná časť) približne 10 minút:

Sprevádzajúca osoba pomáha dieťaťu (podľa jeho potrieb) s presunom k zrkadlu. Zabezpečuje, aby bolo miesto bolo pohodlné na sedenie/ležanie. V prípade, že sa dieťa pohybuje samostatne a vyberá si iné miesto v miestnosti, ako pri zrkadle, sprevádzajúca osoba ho povzbudzuje a motivuje, aby chcelo prísť k zrkadlu. Sprevádzajúca osoba sa snaží upútať pozornosť dieťaťa na jeho

obraz v zrkadle (naším cieľom v tejto fáze nie je uvedenie si vlastného odrazu v zrkadle, ale povzbudenie dieťaťa, aby sledovalo obraz zrakom).

Použitie je žlté svetlo alebo jeho kombinácia s inou farbou svetla za účelom lepšieho osvetlenia v miestnosti a zabezpečuje dobrú viditeľnosť a pomáha udržať úroveň aktivity dieťaťa. V pozadí hrá relaxačná hudba. Hlasitosť volíme tak, aby hudba nepútala pozornosť dieťaťa a aby bola skôr dotvorením atmosféry v miestnosti.

Fáza 3 (hlavná časť) približne 15 minút:

Pozorovanie svetelného bodu - svetlo baterky je nasmerované do blízkosti dieťaťa a do jeho zorného poľa, aby sa mu umožnilo okamžite si všimnúť svetlo. Sprevádzajúca osoba pozoruje reakciu dieťaťa a snaží sa povzbudiť jeho záujem o nové veci. Po chvíli je baterka vypnutá a neskôr opäť zapnutá. Sprevádzajúca osoba pozoruje, či si dieťa všimne nejaké zmeny v prostredí. Sprevádzajúca osoba môže pokračovať a osvietiť ruky a nohy dieťaťa. Snaží sa upútať pozornosť dieťaťa, aby si všimlo a sledovalo svetlo. Povzbudzuje ho, aby sa rukou dotýkal svetla, aby preskúmal a bol aktívny. Sprevádzajúca osoba môže osvietiť jedno miesto alebo pomaly pohybovať s baterkou, aby podporila záujem a zvedavosť dieťaťa.

Osvietenie rôznych predmetov - malo by byť k dispozícii niekoľko malých predmetov (napr. loptičky, kocky, hračky alebo predmety, ktoré má dieťa rado). Tieto objekty sú umiestnené jeden po druhom pred jednotlivcom a sú osvetlené baterkou, aby ich jednotliviec mohol okamžite vidieť. Sprevádzajúca osoba podporuje dieťa, aby si ich všimlo a uchopilo ich. Tieto objekty môžu byť umiestnené aj mimo zorného poľa. Sprevádzajúca osoba povzbudzuje dieťa, aby pomocou svetla našlo objekt a vzbudil záujem dieťaťa o rôzne predmety.

Miestnosť je osvetlená iba UV svetlom, aby sa zabezpečilo, že svetlo z baterky je najjasnejším prvkom v miestnosti. Jednotlivec by mal mať dostatok času na spracovanie podnetov, na reakciu a preskúvanie predmetov, ako sa mu páči. Sprevádzajúca osoba môže dieťaťu dať baterku a nechať ju hrať sa so svetlom podľa svojho výberu a záujmu. Týmto spôsobom je podporovaná jeho spontánna aktivita.

Fáza 4 (relaxácia) približne 10 minút:

Dieťa odpočíva na vodnej posteli alebo inom zvolenom pohodlnom mieste. Je zakrytý prikrývkou. Jeho ruky sú priblížené k telu a prikrývka tesne prilieha k jeho telu. Dieťa sa tak môže cítiť bezpečnejšie. Môže lepšie cítiť a vnímať hranice vlastného tela. Sprevádzajúca osoba necháva dieťa voľne relaxovať na vodnej posteli.

Osvetlenie v miestnosti je zvolené tak, aby mohol mať upokojujúci vplyv na jednotlivca. K relaxácii použijeme tekutý olejový kotúč.

Fáza 5 (ukončenie jednotky) približne 5 minút:

Svetlo v miestnosti je zapnuté a hudba je znížená, aby indikovala koniec sedenia a pripravila dieťa na opustenie miestnosti.

Záver

Vo včasnej intervencii dieťaťa so znevýhodnením alebo ohrozením je Snoezelen jedným z možných intervenčných prístupov. Napomáha komplexnému rozvoju osobnosti dieťaťa a podporuje procesy učenia sa na základe zmyslových skúseností a vhodného dávkovania podnetov pre jednotlivé zmyslové systémy. Aplikuje sa nie len u samotných detí, ale je vhodným prostriedkom a prostredím aj pre prácu s rodinou v rámci budovania a prehľbovania vzťahu, relaxáciu alebo odľahčenie.

Otázky na preskúšanie

Aké sú východiská a princípy práce v multisenzorickom prostredí (Snoezelen)?

Aké sú možnosti uplatnenie Snoezelenu vo včasnej intervencii?

Akým spôsobom môže Snoezelen podporiť procesy učenia u dieťaťa s ohrozením alebo znevýhodnením raného a predškolského veku?

Aký je potenciál multisenzorického prostredia (Snoezelen) pre prácu s rodinou?

Zoznam použitých bibliografických odkazov

- ANEZAKI, H. *Snoezelen: its Effects on the Education for Infants with Severe Motor and Intellectual Disabilities*. [online] 2004. Dostupné na: <http://miuse.mieu.ac.jp:8080/handle/10076/2091> Citované dňa: 14-04-2010
- FABRY LUCKÁ, Z. *Evalvácia efektívnych faktorov multisenzorických prístupov liečebnej pedagogike*. Bratislava: Univerzita Komenského, 2019. 158 s. ISBN 978-80-223-4864-5.
- FILATOVÁ, R., JANKŮ, K. *Snoezelen*. Ostrava: Tiskárna Kleinwächter, 2011. 111 s. ISBN 978-80-2600115-7.
- 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.
- HRČOVÁ, J. To some aspects of education and support of pupils with severe and multiple disabilities. In ORIEŠČIKOVÁ, H. *What will be the next, special educational system?* Milano: EDUCatt - Ente per il diritto allo studio universitario dell'Università Cattolica, 2015. ISBN 978-88-6780-767-3. p. 103-117.
- HULSEGGE, J., VERHEUL, A. *Snoezelen – eine andere Welt*. 6. Auflage. Marburg/Lahn: Lebenshilfe-Verlag, 1997. 195 S. ISBN 3-88617-091-8.
- KOVÁČOVÁ, B. E-learningové vzdelávacie moduly k problematike včasnej starostlivosti o rodinu s dieťaťom s rizikovým vývinom. In: *Expresivita v (art)terapii II*. 1. vyd. Ružomberok (Slovensko): Katolícka univerzita v Ružomberku. VERBUM - vydavateľstvo KU, 2019. s. 89-99.
- 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.
- NASSER, K. et al. *Snoezelen: Children with Intellectual Disability and Working with the Whole Family*. In: The Scientific World JOURNAL. 2004. p. 500-506. ISSN 1537-744X.
- ORIEŠČIKOVÁ, H., HRČOVÁ, J. *Snoezelen*. Ružomberok: Verbum, 2010. 88 s. ISBN 978-8084-639-8.
- 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.
- PAGLIANO, P. *Using a multisensory environment*. London: David Fulton Publishers, 2001. 128 p.
- SCHWANECKE, F. *Snoezelen Möglichkeiten und Grenzen in verschiedenen Anwendungsbereichen*. Marburg: Lebenshilfe-Verlag, 160 S. ISBN 3-88617-310-0.
- SLANÁ, M., HROMKOVÁ, M., MOLNÁROVÁ LETOVANCOVÁ, K. *Včasná intervencia. Vývoj, súčasný stav a teoretické východiská*. Trnava: Trnavská univerzita v Trnave. 2017. 199 s.
- TANNENBAUM, R., EISENBERG, T. A group of toddlers in Snoezelen. [online] 2013. Dostupné na: <https://en.beitissie.org.il/kb/item/a-group-of-toddlers-in-snoezelen/> Citované dňa: 15-05-2020.
- VERHEUL, A. 25 Jahre Snoezelen – Entwicklung und aktueller Stand In MERTENS, K., VERHEUL, A. *Snoezelen viele Länder – viele Konzepte*. Berlin: ISNA, S. 19 – 51.
- VERHEUL, A. Snoezelen materials homemade. Ede, the Netherlands, 226 p.
- Predmetná kapitola je parciálnym výstupom projektu KEGA 013KU-4/2019 E-learningové vzdelávacie modely k problematike včasnej starostlivosti o rodinu s dieťaťom s rizikovým vývinom.*

5 RANÁ ERGOTERAPIA VO VČASNEJ INTERVENCIÍ ZAMERANÁ NA DIEŤA S RIZIKOVÝM VÝVINOM

Terapeutické koncepty pomoci sú orientované na pomoc rodine ako systému (por. Slaná et al., 2017). Zároveň text tejto kapitoly upriamuje pozornosť na ranú ergoterapiu ako na jednu z mnohých terapeutických prostriedkov, ktoré sa využíva pri pomoci rodine s dieťaťom s rizikovým, ale aj s potenciálnym rizikovým vývinom. Je potrebné upozorniť, že ergoterapia je niektorými odborníkmi považovaná nielen za terapeutický prístup, ale je zaraďovaná aj medzi expresívne terapie. Ranú ergoterapiu nie je možné spájať s tvorivou expresiou, aj z toho dôvodu je popisované v rámci terapeutických prístupov, ktoré sa približujú k fyzioterapeutických a liečebným metódam (por. Hromková, 2020; Molnárová Letovancová, 2020), zároveň sa dôraz dáva aj na prostredie (Hrčová, 2020), v ktorom sa realizujú.

5.1 Historicko-teoretická rovina ranej ergoterapie

Votava (2009) uvádza prvú a zároveň najstručnejšiu definíciu ergoterapie z roku 1910. Tá definuje ergoterapiu ako vedu o liečbe pomocou činnosti, ktoré tvorili a aj tvoria základný prostriedok ergoterapie. V minulosti bola ergoterapia zameraná viac výkon počas pracovnej činnosti ako na prežívanie, procesuálnu stránku, či kvalitu života ako je tomu v súčasnosti. Primárnym záujmom ergoterapie, v porovnaní s minulosťou podľa Towsenda et al. (1997), je umožniť jednotlivcovi vykonávať činnosti alebo zamestnanie, ktoré je možné považovať (či je považované) za užitočné alebo zmysluplné vo

vzťahu k pomáhajúcemu a zároveň mu zabezpečia zvýšenie kvality v prežívaní.

Jednoznačne je ergoterapia vnímaná ako liečba pomocou zmysluplných činností a podľa Jankovského (2001) predstavuje jeden z prostriedkov ucelenej liečebnej rehabilitácie. Táto skutočnosť platí nielen pre ergoterapiu, ale aj pre ranú ergoterapiu.

Možno tvrdiť, že model ergoterapie vychádzajúci z hry ako prirodzenej súčasti detstva s prepojením na ciele vytvárané (ponúkané) zamestnávanie, sa nazýva ranou ergoterapiou, alebo vývinovo orientovanou ergoterapiou s akcentom na raný a predškolský vek. Raná ergoterapia je jednoznačne vnímaná ako súčasť všeobecnej ergoterapie.

Okrem ranej ergoterapie je súčasťou všeobecne vnímanej ergoterapie podľa Kováčovej (2014) aj ergoterapia v školskom veku, ktorá sa zameriava na podporu úspešnosti v prostredí školy, s terapeutickým zámerom minimalizovať ťažkosti v procese učenia sa a integrovať stratégie podporujúce bytie klienta v rovesníckej skupine. Ďalšími súčasťami sú ergoterapia mladistvých, ergoterapia pre dospelých, ergoterapia pre seniorov, profesijné poradenstvo v ergoterapii a supervízia v ergoterapii.

Nemožno však zabudnúť popri podpore vývinu klienta, aj na spoluprácu a pomoc rodinám a tým, ktorí sa o dieťa starajú (v zhode s výskumnými zisteniami v súvislosti s ranou pomocou bližšie Tichá, 2008). Autorka (ibidem, s. 137-138) tvrdí, že „rodina a rodinné prostredie zohrávajú kľúčovú úlohu vo vývine dieťaťa, predmetom záujmu ranej starostlivosti je práve podpora vzťahu a vzájomných interakcií medzi rodičmi a dieťaťom s postihnutím. Efektivita služieb ranej starostlivosti je omnoho vyššia, ak je založená na rodinne

orientovanej filozofii.“ Práve táto hodnota rodinného prostredia je bazálnym predpokladom **transakčného vývinového modelu**.⁵

Zámerom ranej ergoterapie je napomôcť dieťaťu, aby dosiahlo počas terapeuticky orientovaných zamestnávaní čo najvyššiu mieru samostatnosti, príp. dosiahnuť ju s parciálnou pomocou dospelého (osobný asistent, dobrovoľník a i.). V súvislosti so samostatnosťou dieťaťa je potrebné zdôrazniť, že zdravé dieťa (počas raného vývinového obdobia) sa začína počas svojho vývinu zoznamovať a postupne samostatne vykonávať rutinné činnosti týkajúce sa sebaobsluhy (hygiena, obliekanie, jedlo) a preberať úlohy v rámci pomoci v domácnosti (upratovanie, drobné domáce práce). V prípade, že sa tak nestane a dieťa má ťažkosti s vývinovými úlohami je nevyhnutná pomoc odborníka s primárnym záujmom dosiahnuť, čo najvyššiu mieru v kompetencii byť samostatný. Kompetencie dieťaťa v oblasti sebaobsluhy a v oblasti pomoci druhým Hoskocová (2006) posudzuje ako praktickú samostatnosť, ktorá je aj neodmysliteľnou súčasťou popisu ergoterapie. Okrem praktickej samostatnosti (ibidem, s. 85-86) je spomínaná aj sociálna samostatnosť dieťaťa, ktorá je u väčšiny klientov so znevýhodnením málo rozvinutá. Základom je kompetencia dieťaťa vedieť sa presadiť v komunikácii s inými ľuďmi a zároveň by malo byť kompetentné kooperovať a kolaborovať. Dieťa sa taktiež učí vlastnými silami, príp. s pomocou druhých prekonávať strach, bariéry a pod. Dieťa sa

⁵ Transakčný vývinový model predstavuje základný konceptuálny rámec ranej starostlivosti. Prostredníctvom tohto modelu sa na vývin dieťaťa nazerá ako na výsledok dynamického a recipročného vzťahu medzi dieťaťom a jeho rodinným prostredím. Optimálne rodinné prostredie je vnímané voči potrebám dieťaťa, poskytuje mu láskyplnú a stabilnú starostlivosť a tým mu umožňuje získať osobnú pohodu. Rodičovský vnímaný prístup voči dieťaťu podporuje u dieťaťa vedomie toho, že jeho správanie má určitý efekt. Takéto vedomie je ďalej dôležitým motivačným činiteľom podporujúcim jeho interaktívne správanie sa k okoliu a v neposlednom rade jeho učenie (porov. Tichá, 2007).

postupne stáva psychicky odolným (rezilientným). V súvislosti s rezilienciou Paulík (2010) popisuje zvládanie záťaže v rôznych fázach vývinu človeka. Konkrétne prepojenie reziliencie s predškolským vekom možno nájsť u Hoskovcovej (2006), čo považuje tiež za súčasť ergoterapeutickej intervencie v ranom období dieťaťa.

Samotný výber zamestnávania/činnosti má byť ergoterapeutom (z)volený tak, aby dieťa zvládlo ponúknutú aktivitu, počas nej zažilo pocit úspechu a na základe toho malo záujem ďalej participovať a pokračovať v spolupráci počas terapie. Zvyčajne ide o individuálnu ergoterapiu počas ktorej sú ergoterapeutické zamestnávania orientované na ťažkosti v konkrétnych oblastiach života dieťaťa. Paralelne počas individuálnej ergoterapie sa stáva čle-nom skupiny (skupinová ergoterapia) s možnosťou byť aktívne prítomný a kongruentný, mať možnosť prežívať skupinovú dynamiku, spolupracovať počas krátkodobých a dlhodobých projektov, čím sú u každého z nich s prihliadnutím na osobitosti znevýhodnenia posilňované špecifické životné kompetencie.

Potreba včlenenia ranej ergoterapie do procesu pomáhania (napr. v rámci včasnej intervencie) je žiaduca v tom prípade, ak vznikla potreba podporiť vývin dieťaťa s ťažkosťami a/alebo so znevýhodnením cez zámerne orientované zamestnávanie (terapeutické zamestnávanie). Nie každá podpora je terapiou. V prípade, že zlyhávajú (zlyhali) všetky výchovné stratégie (rodič sa cíti bezmocný, individuálny prístup v materskej škole nepostačuje) a situácia si vyžaduje pomoc odborníka, vtedy už možno hovoriť o terapeutickom zámere, podpore, poradenstve, či samotnej terapii.

Terapeutický zámer je špecifický cieleným konaním na podporu konkrétnej schopnosti dieťaťa so znevýhodnením a s dôrazom na

zabezpečenie spolupráce s členmi rodiny. V pomoci sa zohľadňuje filozofický model, na základe ktorého ergoterapeut berie do úvahy, že rodina ako taká pozná svoje dieťa najlepšie, že každý z rodinných prístupov používaný v prospech dieťaťa je jedinečný a že prepojením prostredí rodiny a inštitúcie možno dosiahnuť optimálne výsledky ako súčasť rodinného a komunitného prostredia. Birzele (1965) tvrdí, že prepojením hry a aktívnej spolupráce s dieťaťom sa dosiahne takmer všetko, čo je po výchovnej stránke dôležité a zároveň zisťuje čo u dieťaťa absentuje. V ergoterapeutickej pomoci, poradenstve niekedy postačí posilniť rodičovské kompetencie vo výchove a terapia nie je potrebná, skôr je odborník v úlohe poradcu a konzultanta. V prípade, že sa „práca nedarí“ je reálne možné cieľovými zamestnávaniami – ranou ergoterapiou – dosiahnuť „iniciatívu, oduševnenú účasť na spoločnej činnosti, zamestnávaní, zladenie vlastného konania s konaním iného dieťaťa (ak ide o skupinovú ergoterapiu), prijať kritiku a aj kritiku vypovedať, súdržnosť a pod.“ (ibidem, s. 84-85).

5.2 Koncepčná rovina ranej ergoterapie

V aktuálnych ergoterapeuticky orientovaných publikáciách je zvyčajne ergoterapia pomenovávaná z hľadiska veku ako ergoterapia v detskom veku (porov. Krivošíková, 2011) alebo detská ergoterapia (Jankovský, 2001). Dokonca sa stretávame aj s pojmom ergoterapia v pediatrii (Kubínková & Křížová, 1997), ktorý je prepojený už s konkrétnou špecializáciou lekárskej pomoci detskému pacientovi. Pri komparovaní obsahových náplní vyššie uvedených pojmov môžeme konštatovať, že centrom záujmu a starostlivosti je dieťa od narodenia do šiestich rokov s akcentom na primerane volené terapeutické zamestnávania, ktoré prebiehajú v rámci možností ako sú: podpora, stimulácia, sprevádzanie, obnova, zlepšenie, kompenzácia, profylaxia, seberealizácia, participácia, socializácia a

limitmi v súvislosti s výskytom komplikácií a bariér toho ktorého dieťaťa so znevýhodnením.

5.2.1 Cílené zamestnávania v ranej ergoterapii

Raná ergoterapia poskytuje starostlivosť klientom od narodenia až po vstup do základnej školy. Má byť usmerňovaná tak, aby počas ergoterapeutického procesu prebiehalo funkčné vyhodnocovanie (evaluácia), na základe toho je využívaná primeraná motivácia s prepojením (integráciou) pracovných návykov do bežného režimu dňa. Tieto skutočnosti Pfeiffer so spolupracovníkmi (2014) považujú za základné kamene rehabilitačného procesu.

V ranej ergoterapii ergoterapeut podporuje využívanie cieľných zamestnávaní počas celého dňa, metodicky inštruuje rodičov a napomáha im v ranej stimulácii ich dieťaťa. Nižšie uvádzané zamestnávania sú súčasťou cieľných zamestnávaní rodičov s deťmi v domácom prostredí. Uvádzané aktivity stimulácie konkrétne pohyby uvádzame ako súčasť Tabuľky 8 (návrhové aktivity sú koncipované na základe kompetencií zdravých detí, ktoré je možné orientačne očakávať v konkrétnych vývinových obdobiach dieťaťa).

Tabuľka 8

Stimuláciu pohybu dieťaťa do troch rokov v cieľných zamestnávaniach

Vývinové obdobie dieťaťa	Návrhové zamestnávania – stimulácia pohybu s využitím cieľných zamestnávaní
2. – 3. mesiac	• Zavesenie predmetov rôznej čo sa týka zmyslovej kvality nad priestor dieťaťa (telesná schéma, koordinácia končatín, orientácia v priestore). • Vkládanie hrkálky do dlane (zovretie päste). • Pohladenie chrbta ruky (otvorenie chrbta ruky). • Vkládanie dieťaťa do náručia v rôznych polohách (stabilita tela a vzpriamovanie).

	Kolísanie, držanie dieťaťa na rôznych stranách tela – na ľavej a pravej ruke (telesná schéma, stabilita). Držanie dieťaťa s oporou o hrudník dospelého s otočením dieťaťa čelom aj chrbtom a pod. (telesná schéma, stabilita hlavy a tela).
4. – 5. mesiac	- Držanie dieťaťa pod pazuchami opieranie sa dolnými končatinami o podložku (posilňovanie dolných končatín, vzpieranie/opieranie/stavanie sa o podložku). - Držanie dieťaťa pod pazuchami sediace v náručí (upevňovanie držania hlavy a vzpriamovania) a nakláňanie do strán (stabilita tela). - Poloha na brušku s uložením predmetu k hre v blízkosti dieťaťa (priestorová orientácia, úchop, snaha o pohyb dolnými končatinami – vzpieranie sa o podložku). - Poloha dieťaťa na chrbte s využitím vkladania predmetov do rúk (úchop, orientácia v priestore, posilňovanie horných končatín) - Poloha dieťaťa na chrbte s možnosťou pritahovania dieťaťa do sedu (posilňovanie horných končatín a brušných svalov, koordinácia tela).
6. – 7. mesiac	- Vešanie predmetov do strán priestoru ohrádky (zmena polohy tela – otáčanie sa na bok, stabilita, uchopovanie predmetu, manipulácia s predmetom, koordinácia tela) - Poloha dieťaťa v sede, ktoré je opreté o hrudník dospelého (vnímanie priestoru z iného pohľadu, uchopovanie predmetu v inej polohe, manipulácia s predmetom, stabilita, koordinácia tela pri manipulovaní).
8. – 9. mesiac	- Poloha dieťaťa pri hre s predmetmi (poznávanie tretieho rozmeru – hĺbky, využívanie pomôcok na vkladanie, vyberanie, manipulovanie). - Poloha na štyroch končatinách (spevňovanie oporného systému, stabilita, bilaterálna integrácia, serialita).
10. – 12. mesiac	- Manipulácia s papierom – krčenie a trhanie papiera (koordinácia rúk, stabilita, úchop). - Manipulácia s predmetmi v rôznych posturálnych

	polohách (experimentovanie, koordinácia rúk).
12. – 15. mesiac	• Adaptabilita Konzumuje s použitím oboch rúk (synergický pohyb, stabilita, koordinácia oko-ruka-ústa). Čiastočne reguluje močenie, ovláda stolicu. Rozpozná, keď neudrží moč (dokáže poskytnúť informáciu – pocíkal som sa). • Experimentovanie v priestore / Poloha v stoji, kráčanie s oporou/bez opory (koordinácia tela, stabilita, bilaterálna integrácia, synergia pohybu). Poloha v stoji, kráčanie za jednu ruku (stabilita, osamostatnenie sa v pohybe a v priestore, vnímanie hraníc). Poloha v sede, manipulácia s predmetmi (istota a stabilita v pohybe, dokáže bezpečne spadnúť vpred aj vzad, koordinácia tela). • Práca s predmetom Dáva korálky do pohárika. Vezme peniaz veľkosti eura pravou/ľavou rukou. • Tvorba konštrukcií Postaví na seba dve kocky.
15. – 24. mesiac	• Adaptabilita V konzumácii snaha o samostatnosť (zje samé polievku a pyré, ale sa zašpiní). • Experimentovanie v priestore Poloha v stoji. Zvládne urobiť niekoľko krokov dozadu. a postaví sa bez opierania o zem. Vylezie na stoličku pre dospelých, vylezie a zlezie z postele, gauča. • Práca s predmetom Manipulácia s predmetom (hrnčekom) pri stolovaní prostredníctvom oboch rúk (koordinácia, stabilita v úchope). Listuje v knihe naraz 2-3 strany (manipulácia bez poškodenia) • Tvorba konštrukcií / Postaví vežu z 3 - 4 kubusov.
24. mesiac	• Adaptabilita Zvládne udržať moč, verbálne vyjadruje potrebu ísť na toaletu. • Experimentovanie v priestore

	Behá. Chodí po schodoch hore aj dole. Chodí z kopca aj do kopca. Padá obratne dopredu. • Práca s farbou a líniou Zobrazuje vertikálne čiary a kruhy. • Práca s predmetom Otvorí knihu, obracia jednotlivu stranu v knihe. Navlieka predmety s rôznymi perforovanými otvormi. • Tvorba konštrukcií Postaví vežu zo 6-7 kubusov. Zvládne ukladať viacero predmetov na seba. • Kreativita v tvorbe Používa plastelínu na jednoduché modelovanie. Zvládne vymodelovať podľa nápodoby.
30. mesiac	• Adaptabilita Udrží časti príbora. Konzumuje sám (alebo s parciálnou pomocou) prostredníctvom príbora. • Experimentovanie v priestore Skáče znožmo. • Práca s farbou a líniou Zvládne zobraziť horizontálne čiary. • Tvorba konštrukcií Postaví vežu z 8 kubusov.
36. mesiac	• Adaptabilita Konzumuje samé. Zvláda pri stolovaní pomôc iným. Obsluhuje pri stole. • Experimentovanie v priestore. Chodí samostatne/s pomocou po schodoch. Pri chôdzi po schodoch strieda ľavú a pravú nohu. • Práca s farbou a líniou Nakreslí kruh. Vyfarbuje so štetcom. • Tvorba konštrukcií Postaví vežu z 9 kubusov. • Kreativita v tvorbe Zvláda uberanie papiera nožnicami.

	Zvláda strihanie. Modeluje z plastelíny.
--	---

Zdroj: Kováčová (2014)

Uvádzané ergoterapeutické ciele sú koncipované v súlade s raným a predškolským vekom klienta. Na základe nich využíva odborník/ergoterapeut kompetencie o. i., zvládnuť difficulty dieťaťa s rizikovým vývinom v spolupráci s rodinou a podporiť samostatnosť a integritu v societe. V tabuľkovom zobrazení približujeme charakteristiku vybraných konceptov zameraných na ciele ranej ergoterapie (Tabuľka 9).

Tabuľka 9

Charakteristika vybraných konceptov zameraných na ciele ranej ergoterapie

Koncept	Charakteristika konceptu	Príklad dobrej praxe v ranej ergoterapii ⁶
Rovnováha v činnostiach	Rovnomerné rozloženie činností a úloh	Ide o striedanie zamestnávania tak, aby klient nepociťoval zvyšujúcu a neprimeranú sa záťaž pri jednotlivých zamestnávaniach. Príklad dobrej praxe: Vytváranie hmatového pexesa zo zvyšných kariet pexesa a vytváranie hracej plochy na hranie s pexesom (terapeutický cieľ: smerová orientácia, vizuomotorická koordinácia, rotácia zápästia, kognícia v oblasti poznávania farieb a materiálov). Vytváranie pexesa v rozličných variantoch, napr. s použitým rôznych typov vrchnákov a viečok z pohárov, fliaš a následné vkladanie papierových kariet do vnútra (stimulácia vnímania pohybov jednotlivých prstov, uchopovania predmetu, jemnej motoriky pri aktivite ruky a prstov cez činnosti ako zatváranie, otváranie, vkladanie a pod.), je ďalšou z možností ako obohatiť cielené zamestnávania.
Zdravie	Individuálny stav zdravotnej, sociálnej a duševnej (psychickej) pohody	Pri nachladnutí, či inom ochorení klienta s horúčkou, nie je vhodné realizovať terapiu (je to potrebné považovať za samozrejmosť, o ktorej sa nediskutuje). Tento fakt je potrebné zdôrazniť a zakomponovať ako súčasť pravidiel kontraktu medzi terapeutom a klientom. Aj nachladnutie môže spôsobiť, že inokedy obľúbená činnosť spôsobuje, že klient je nervózny, pasívny až apatický.

⁶ Položka Príklad dobrej praxe v ergoterapii je spracovaná ako ukážka, nie ako všeobecne platné univerzum.

Úspech	Dosiahnutie niečoho svojimi schopnosťami	Zvoliť také zamestnávanie, ktoré zaručuje dieťaťu byť úspešný, ide o proces nie o produkt. Príklad dobrej praxe: Ponúkať (aspoň v začiatkoch) také zamestnávania, ku ktorým klient inklinuje, napr. cez činnosť lepenia vytvárať veľké plochy konkrétneho obrazca a pod. Alebo dať na výber z vopred pripravených zamestnaní (samozrejme je potrebné zohľadňovať aj zdravotný stav a individuálne schopnosti dieťaťa).
Autonómia	Samostatnosť, individuálna voľba, samostatné rozhodnutie	Konkrétna činnosť ergoterapeuta a klienta na zamestnávaní má vychádzať z individuálnej voľby dieťaťa, závisí na jeho rozhodnutí. Príklad dobrej praxe: Zachovať terapeutický cieľ a vytvoriť napr. rôzne obmeny s využitím papiera, lepidla a techniky skladania.
Kompetencia	Schopnosť, spôsobilosť vykonávať činnosť	Ponúknuť také zamestnávanie, ktorými ergoterapeut ukáže klientovi, že napriek ochoreniu špecifickej časti tela je schopný vykonávať konkrétnu činnosť. Pre klienta to znamená dostatočnú trpezlivosť po zvládaní funkčného nácviku (postupnosť krokov počas terapie s následným fixovaním naučenej činnosti). Podporou počas nácviku môže byť použitie obrazových kariet/fotografií, ktoré uľahčia klientovi vykonať konkrétnu činnosť. Príklad dobrej praxe: Odporúčame využiť obrazové karty pri práci s klientmi s kognitívnym znevýhodnením.

Zdroj: Kováčová (2014)

Cielene sa ergoterapeut zameriava na efektívne fungovanie rodiny pri rehabilitácii.⁷ dieťaťa a podporuje vzájomnú interakciu so

⁷ Votava (2009, s. 27) definuje rehabilitáciu ako proces, v ktorom sa osoba po viacnásobnom absolvovaní vráti do plného zdravia. Existuje však

sociálnym prostredím (detským centrom, materskou školou, centrom voľného času, záujmovými útvarmi a pod.), ktoré je považované za prospešné pre rast a zrenie dieťaťa. Ďalšie koncepty zamerané na ciele sú uvádzané v nasledujúcom tabuľkovom spracovaní (Tabuľka 10).

Zámerné nie sú spracované všetky koncepty, nakoľko sa predpokladá, že ich rozpracovanie bude súčasťou seminárov, či semestrálnych prác študentov.

Tabuľka 10

Charakteristika ostatných konceptov zameraných na ciele ergoterapie

KONCEPT	Charakteristika konceptu
Zvládanie	Zamerané na problém alebo emóciu.
Podpora zdravia	Schopnosť vzájomných súvislostí medzi prvkami zdravia.
Nezávislosť	Schopnosť robiť činnosť bez pomoci.
Výkon zamestnávania	Schopnosť jedinca dokončiť úlohu, doplniť rolu.
Kvalita života	Subjektívne posúdenie vlastnej životnej situácie.
Prevencia	Predchádzanie nežiadúceho stavu.

Zdroj: Krivošíková (2011, s. 32)

Primárnou úlohou ranej ergoterapie s prihliadnutím na koncepty na ciele ergoterapie je akceptovanie autonómie dieťaťa, poznanie a poznávanie v súvislosti s komplexnou starostlivosťou predovšetkým z aspektu pedagogicky orientovanej ergoterapie.

pomerne početná skupina osôb so zdravotným znevýhodnením, kde návrat už nie je možný a zostávajú trvalé následky.

5.2.2 *Nástroje ranej ergoterapie*

Pre ranú ergoterapiu zostáva v centre konania hra ako forma prirodzenej detskej aktivity. Preto samotná integrácia hry ako súčasť terapeutických zamestnávaní v období raného i predškolského veku je žiaducou súčasťou výchovy (aj terapie) každého dieťaťa bez ohľadu na jeho zdravotný stav.

Nástroje (pomôcky)⁸ a materiál v ranej ergoterapii sú súčasťou zamestnávaní počas hry. Ide o hry s materiálmi a hry s rôznymi pomôckami, ktoré strácajú prvotný význam hračky (sú už pomôckami k podpore vývinu dieťaťa v cielené vytváraných zamestnávaniach). V tejto súvislosti Fröbela (Cipro, 1984) je možné považovať za „pioniera“ v súvislosti s popisom pomôcok ranej ergoterapie. Tvrdil, že predmety jednoduchších geometrických foriem sú vhodnými na stimuláciu kreativity dieťaťa. Bol tvorcom zaujímavého materiálu a jednoznačne ho zaradľoval ako súčasť cieleného zamestnávania. K materiálu priradil rôznofarebné lopty zavesené na nitiach, predmety v tvare gule, valca, kociek, potom to boli doštičky, paličky, krúžky ako časti stavebnice na skladanie rozličných obrazcov (ibidem, 1965, s. 120). Tie boli (a doteraz aj sporadicky sú) súčasťou činností, zamestnávaní v ranom veku, taktiež aj neodmysliteľnými pomôckami v (ergo)terapeutickom procese v ranej intervencii.

Zamestnávanie/Činnosť v ranej ergoterapii prebieha formou ponuky (pre dieťa v priestore miestnosti/herne), ktorá zohľadňuje samotný vývin, možnosti a aktuálne dispozície dieťaťa. Vývinová hodnota hry stúpa alebo klesá podľa toho, ako dieťa usilovne precvičuje novú

⁸ S dieťaťom do dvoch rokov sa zväčša využívajú trojdimenzionálne pomôcky v kombinácii s priebežným integrovaním zamestnávaní, napr. využitie prírodného materiálu (piesok, hlina, voda), neskôr už aj papier, plasty.

kompetenciu a ako sa k nej vracia za rozličných okolností, aby ňou obohatilo svoj repertoár doterajších akcií. Damborská & Štepánová (1990, s. 59) nadčasovo definujú hlavné predpoklady úspešnej hry dojsť, ku ktorým patria pocit bezpečia, taktika dospelého/ergoterapeuta a ponuka prostredia. Taktiež Thumair & Nagllová (2007) odporúčajú využívať vývinové štádiá hry, od funkcionálnych cez rolové až ku konštruktívnym hrám a k hrám s pravidlami ako súčasť podpory vývinových štádií dieťaťa.

Základné pomôcky využívané v ranej ergoterapii, ktoré sú súčasťou podpory zamestnávania, sú zvyčajne uchopované hornými končatinami menej dolnými končatinami. K uskutočňovaniu pohybov sú potrebné oporné body z ktorých pohyb vychádza. Počas zamestnávania je potrebné, aby časť trupu alebo aj končatín bola stabilizovaná, aby iné časti mohli vykonávať pohyb, pohybovú akciu, čiže zamestnávanie (Kubínková, Krížová, 1997, s. 20).

Zamestnávania sú vykonávané v základných, čiže posturálnych pozíciách, ako sú ľah, sed, stoj, prípadne v alternatívnych polohách, pri ktorých je možné vykonávať konkrétne zamestnávanie vzhľadom na špecifickosť znevýhodnenia dieťaťa. Jednotlivé polohy pre lepšie priblíženie bližšie charakterizujeme.

Poloha v ľahu je v ranej ergoterapii často využívaná, v začiatkoch u detí raného veku alebo u klientov s ťažším znevýhodnením, kedy je poloha v ľahu žiaducou. Z hľadiska fyzických (rýchlych a presných) pohybov je to poloha dosť obmedzená. V pokoji na lôžku atrofuje kostrové svalstvo, obmedzuje sa krvný obeh, dýchanie sa stáva povrchným, vyhasínajú mnohé reflexy vzťahujúce sa k trojrozmernej orientácii. Pre psychické prežívanie môže samotná poloha vyvolávať pocity choroby, ochorenia či aj samotnú bariéru. V tejto polohe sú vhodné manipulačné dosky, práca s izolovanými predmetmi (kubusy, stavebnice a pod.), neskôr vystrihovanie, skladanie, viazanie uzlov,

tvorba koláží bez použitia lepidla, nácvikové sebaobslúžné činnosti prostredníctvom didaktických nácvikových postáv (v ponuke sú rôzne typy ľudských i zvieracích postáv, na ktorých má dieťa možnosť nacvičovať zapínanie klasického/suchého zipsu, zapínanie gombíka, zaväzovanie šnúrok, zapínanie patentov, zaväzovanie opasku, vkladanie predmetov do vrečka a pod.).

Poloha v sede je základnou pracovnou pozíciou aj v ranej ergoterapii. Kubínková s Krížovou (1997, s. 20) tvrdia, že ako neexistuje ideálna pozícia pri sedení, tak neexistuje ideálna stolička. Je preto potrebné striedať pracovné plochy a stoličky podľa charakteru a druhu činnosti (práce). Najmä v predškolskom veku sú vhodné pracovné plochy s nastaviteľnou výškou a ergonomické stoličky. Z ergoterapeutického hľadiska by malo byť sedadlo stoličky dostatočne široké mierne naklonené dopredu, okraj stoličky zaoblený (zabráni tlačeniu na mäkké tkanivo pod kolenom), možnosť dať oporu pre predlaktie s nastaviteľnou výškou. Svalovú únavu znižuje striedanie polôh pri práci, občasné prerušenie činnosti a natiahnutie svalov a veľmi kvalitná pracovná stolička.

Práca v stoj je mimoriadne namáhavá vtedy, keď je spojená s anteflexiou (ohnutím dopredu) chrbtice. Ak je ešte navyše spojená s rotáciou trupu, dochádza k blokádám chrbtice. Stoj je náročný aj z hľadiska stability, lebo čím je ťažisko vyššie, tým sa pozícia dieťaťa stáva labilnejšou. Kubínková s Krížovou (1997, s. 20-22) popisujú polohu v stoj nasledovne: „Stojíme tak, že ťažisko ležiace približne v malej panve, je umiestnené nad základňou ohraničenou našimi nohami. Čím sú nohy viac rozkročené, tým je i základňa väčšia a stoj pevnejší“. Rozkročený stoj (postoj) používajú často osoby s poruchou rovnovážneho aparátu, alebo s rôznymi poruchami centrálného nervového systému. Tento typ postoja možno pozorovať pri nácviku chôdze v ranom veku dieťaťa. Z hľadiska stability je

možné polohu stoj bez rozkročenia považovať za náročnejšiu ako chôdzu.

Zamestnávania s pomôckami sú súčasťou experimentovania s časťami tela, aktivít s jednotlivými prstami, s rôznymi prvými predmetmi na hranie s využitím otáčania, šroubovania, stláčania, tlačenia, prekladania, vkladania, hrkania, posúvania, a to všetko v rôznych posturálnych pozíciách. Ich využitie v každodenných situáciách obohatí a stimuluje zároveň aj samotný vývin dieťaťa. Neskôr môžu pribudnúť hry s rôznymi predmetmi (auto, bábika, hrad), konštruovanie rôznych stavieb, útvarov, ukladanie na seba a/alebo vedľa seba jednofarebných/viacfarebných kubusov alebo iných geotvarov, modelovanie s rôznymi hmotami, hry s pieskom, hlinou, vodou, s variabilnou paletou prírodných materiálov.

Základom poradenstva v ranej ergoterapii je posilnenie rodičovských kompetencií vo výchove dieťaťa a pomôcky v ranej ergoterapii jednoznačne túto funkciu majú. V jednotlivých Tabuľkách 11, 12, 13 sú uvádzané len základné rozdelenia.

Tabuľka 11

Základné ergopomôcky na podporu vývinu dieťaťa do 1.roku

Pomôcka	Vývinové obdobie	Rozvíjanie dieťaťa v kontexte
Prvé hračky z rôznych materiálov (drevo, textil, plast)	3.-12. mes.	Poznávanie a experimentovanie. Jemná motorika. Vizuomotorická koordinácia oko-ruka.
Hrkály a iné manipulačno-zvukové hračky	4-8.mes.	Rozličné druhy a možnosti úchopu na viacerých miestach vzhľadom na tvar oválu, kruhu. Zvuková motivácia pri činnosti. Podpora jemnej motoriky. Poznávanie a posilnenie sociálnych

		vzťahov.
Aktivačno-manipulačné panely. Dosky s rôznymi rozvíjajúcimi prvkami	7.-9. mes.	Experimentovanie s rôznymi prvkami čo sa týka tvaru, farby, možnosti manipulácie. Pohybová koordinácia a cvičenie svalov jednotlivých prstov. Podpora pozornosti, vytrvalosti, samostatnosti a úspešnosti.
Tvary na vkladanie	10.-12. mes.	Pochopenie princípu analýza a syntézy. Rozvoj poznania. Posilnenie úchopu a pohybu svalov prstov, koordinácia oboch rúk.
Prvá stavebnica Kubusy a iné geotvary	9.-12. mes.	Rozvíjanie skladania, ukladania, posúvania a prenášania. Posilnenie úchopu. Koordinácia oboch rúk. Obratnosť prstov pri uchopovaní dielu kubusu, geotvaru, stavebnice. Podpora stability jednoduchšej stavby, útvarov.

Zdroj: Kováčová (2014)

V ranej ergoterapii sa využívajú hotové stimulačné a/alebo podporujúce predmety, ktoré svojou funkciou a terapeutickým potenciálom považujeme za ergoterapeutické pomôcky. Možno by sa zdalo, že ide o prelínanie s tera-piou hrou, ale samotné prepojenie hry → učenia (sa) → práce je typickým konštruktom pre procesuálnu stránku ranej ergoterapie (ale z nášho pohľadu vzájomné prieniky nie sú vylúčené, pozn.).

Tabuľka 12

Konkretizácia ergopomôcok na podporu vývinu dieťaťa do 3.roku

Pomôcka	Vývinové obdobie	Rozvíjanie dieťaťa v kontexte
Perforované rôzne geotvary	od 12. mes.	Poznávanie a experimentovanie. Jemná motorika.

		Koordinácia oboch rúk. Práca s tvarom a tkaninou. Pracovná samostatnosť.
Vkladacie kubusy (kocky, predmety) s vyznačenými útvarmi na vkladanie)	od 11. mes.	Posilňovanie úchopu. Pochopenie stratégie práce s vkladáním častí do základného kubusu. Návčik v správnom priradovaní, v elementárnom poznávaní farieb s priravnávaním. Podpora jemnej motoriky, poznávanie, posilnenie sociálnych vzťahov.
Prvá skrutka (Skrutka vo veľkosti detskej dlane, voľná časť skrutky, s možnosťou rotácie)	od 13. mes.	Experimentovanie so spôsobmi rotačného pohybu. Krútenie a manipulovanie s jednotlivými časťami pomôcky. Podpora koordinácie oboch rúk.
Zatĺkačky (kladivko, kolíky a doštička na zatĺkanie)	od 14. mes.	Koordinácia oboch rúk (diferencovanie pracovnej a manipulačnej funkcie rúk). Rozvoj manipulačných schopností.
Návčikové figúry a tvary (rôzne postavy a časti s možnosťou zapínania gombíka, zaväzovania, zapínania suchého zipsu, zapínania cvokov)	od 15.-16. mes.	Rozvoj koordinácie oboch rúk, podpora pracovnej samostatnosti a vytrvalosti. Stimulácia jemnej motoriky. Návčik a vykonávanie jednoduchých pracovných návykov, poznávanie súčastí odevu (gombík, zips, suchý zips, šnúčka). Podpora pozornosti a trpezlivosti

Zdroj: Kováčová (2014)

Materiál v ranej ergoterapii slúži na uskutočnenie určitého ergoterapeutického cieľa. Môže byť využívaný v spojitosti aj s uvedenými pomôckami (Tabuľka 13).

Tabuľka 13

Prepojenie pomôcok s materiálmi na podporu vývinu do 3.rokov

Materiál	Pomôcky	Vývinové obdobie	Rozvíjanie dieťaťa v kontexte
Piesok	Umožňujúce naberanie, prenášanie, presýpanie (lopatka, sitko, nádoby, vedierko),	od 13. mes.	Experimentovanie s prírodným materiálom. Rozvoj poznávania a možností experimentovať. Koordinácia oboch rúk. Podpora samostatného prejavu a pozornosti počas činnosti.
Voda (príp. ľad, sneh)	Umožňujúce naberanie, vylievanie, prelievanie (rôzne nádoby). Pohyblivosť vo vode (rôzne loďky, autá, zvieratá)	od 13. mes.	Podpora jemnej motoriky v súvislosti s presnosťou jemno-motorických pohybov ruky. Experimentovanie a overovanie vlastností materiálu. Vkladanie a „lovenie“ predmetov z vody. Zoznamovanie sa s vodou v rozličných skupenstvách.
Plastelína (iné modelovacie hmoty)	Umožňujúce krájanie, prekladanie, odštipovanie	od 12 mes.	Experimentovanie a základné poznávanie materiálu.

Papier	Umožňujúce označenie papiera, rozdeľovania na menšie kusy (trhaním)	od 12.mes.	Experimentovanie a základné poznávanie materiálu. Koordinácia oboch rúk pri úchope a manipulácii s predmetmi. Lepenie a strihanie (koncom 3. roku života dieťaťa).
Farby (prstové, vodové, temperové)	Rozvíjajúce pohyb jednotlivých prstov a dlaní	od 12. mes.	Experimentovanie a základné poznávanie materiálu.

Zdroj: Kováčová (2014)

K základným ergoterapeutickým úlohám, ktoré môže ergoterapeut ponúkať ako izolované aktivity patria: vytváranie prvkov rozličných veľkostí (rovnaký – rôzny); vytváranie tvaru z plôch rozličnej veľkosti, s ohraničením a bez ohraničenia; zoskupovanie prvkov sám– skupina– celok (vytváranie reálneho predmetu na ploche; udržanie predmetov na určitú vzdialenosť; stlačenie predmetu dostatočnou silou; rozvrhnutie plochy (rovnomerne, chaoticky, v rámci pásu alebo po obvode tvaru); zobrazovanie jednoduchých nečlenených predmetov v celku a pod.

Tabuľka 8

Zamestnávanie a základné techniky spracovania s modelovacou hmotou

	2-4 ročné dieťa	4-5 ročné dieťa	5-6 ročné dieťa
Miesenie	Oboznamovanie, tvárnosť materiálu. Experimentovanie s cestou, hmotou.	Väčšia presnosť a podobnosť s realitou v procese miesenia. Modelovanie	Spracovávanie väčšieho kusu hmoty. Vymiesenie požadovaného tvaru.

	Zvládnutie aktivity v rámci krčenia, trhania, miesenia.	tvary. Uhládzanie okraju a tvaru predmetu točením podložky.	Pečenie jednoduchých (na prípravu) koláčov.
Vaľkanie	Vytváranie rôznych útvarov vaľkaním s rukami.	Vytváranie rôznych útvarov vaľkaním s pomôckami. Ohýbanie a vyťahovanie okrajov predmetu.	Zoskupovanie útvarov získaných vaľkaním do konkrétnych schém. Objavovanie experimentálnych spôsobov vaľkania.
Stláčanie, vtlačanie	Spájanie a pritláčanie do tvarov podľa predlohy. Manipulácia s formičkou	Stláčanie viacerých kusov do celku. Manipulácia s formou.	Vytváranie reliéfu pridávaním alebo odoberaním hmoty Vytváranie rôznych povrchov prostredníctvom pomôcok.

Zdroj: Kováčová (2014)

Celý proces ergoterapie v ranom a predškolskom veku je koncipovaný tak, aby vzhľadom na vzniknutú potrebu boli dieťaťu i rodine ponúkané aktivizujúce a zámerne orientované činnosti, podporujúce aktivitu dieťaťa, napr. aj s použitím pomôcok, ktoré posilňujú výchovu dieťaťa a zároveň sú považované za podporné a stimulujúce.

5.3 Praxeologická rovina ranej ergoterapie (kazuistika)

Máme ambíciu predstaviť **ranú ergoterapiu** s akcentom na obdobie dieťaťa raného veku a na rodinu ako neodmysliteľnú súčasť ergoterapeutickej intervencie. **V ranej ergoterapii sa zdôrazňuje stimulácia dieťaťa, ktorá je realizovaná cez cielené ergoterapeutické konanie** (najskôr s využitím pomôcok, hračiek, neskôr v kombinácii s materiálom, ako je napríklad papier, listy zo stromov, prírodný materiál a pod.).

Mário sa narodil o 5. týždňov skôr. Začiatok svojho života pobudol v inkubátore. Niekoľko starostlivých rúk počas každého dňa sa staralo o jeho potreby. Primárne to bol personál z neonatologického oddelenia, pre ktorý bol zlatíčkom, drobným človečikom bojujúcim o svoj život. Boli to aj rodičia, ktorí spočiatku plakali, potom bojovali spolu s ním, povzbudzovali ho, spievali mu, láskali ho, nakoniec aj krmili ... a keď bol už „veľký“ opustil svoju prvú postieľku, ktorá bola pre neho záchranou a bezpečným útočiskom. Mário sa zaradil do skupiny rizikových novorodencov s potenciálnym rizikovým vývinom ...

Tento príbeh je jedným z mnohých, ktorý môžeme počuť v dnešnej dobe už kdekoľvek – na sociálnych sieťach, u susedov, v nemocnici, na ihrisku, ale bohužiaľ človek nemusí chodiť ďaleko. Príroda to zariadi tak, že sa v ktorejkoľvek rodine môže narodiť dieťaťko o čosi skôr. Dôvodov i príčin môže byť mnoho. So skorým príchodom na svet môžu byť (samozrejme aj nemusia) spojené konkrétne ťažkosti, problémy vo vývine. Potreba včlenenia ranej ergoterapie do procesu pomáhania (napr. v rámci ranej intervencie) je žiaduca v tom prípade, ak vznikla potreba podporiť vývin dieťaťa s ťažkosťami a/alebo so znevýhodnením cez zámerne orientované zamestnávanie (terapeutické zamestnávanie). **Je potrebné zdôrazniť, že nie každá podpora je terapiou.** V prípade, že zlyhávajú (zlyhali) všetky

výchovné stratégie (rodič sa cíti bezmocný, individuálny prístup v materskej škole nepostačuje) a situácia si vyžaduje pomoc odborníka, vtedy už možno hovoriť o terapeutickom zámere, podpore, poradenstve, či samotnej ergoterapii.

Nakoľko Mário zaostával vo vývine, bola rodičom odporučená ďalšie odborná starostlivosť. Rodičia absolvovali s Máriom odbornú diagnostiku, neskôr začali navštevovať odborníka, ktorý im pomáhal zvládnuť riziká a podporoval šance v jeho vývine. Celý ergoterapeutický proces, ktorý bol súčasťou pomoci rodine s Máriom. Primárne bolo tejto rodine odporúčané poradenstvo, v ktorom sa ergoterapeut snažil posilňovať rodičovské kompetencie vo výchove a pri výchove Mária. Predpokladalo sa, že terapia nebude potrebná a odborník vystupoval v úlohe poradcu a konzultanta. Práca sa nedarila, rodičia si neverili, boli zúfali, mali problém sa vzájomne podporovať (mama to prežívala plačom a otec trpel potichu). Ako podpora pre ich všetkých boli vytvorené ciele ergoterapeutické zamestnávania, ktorými sa spoločne snažili rodičia, terapeut a svojou prítomnosťou aj Mário, dosahovať malými krokmi progres vo vývine – oceňovala sa iniciatíva, podporovala sa účasť na spoločnej činnosti (zamestnávaní), zosúladilo sa vlastné konanie s konaním ich Mária (pozrite sa na neho, skúste vnímať čo „hovori“), prijať konštruktívnu kritiku, ktorá však bola nápomocnou a obohacujúcou,...

Bolo to ťažké obdobie – asi pre všetkých. Ergoterapeut vytvoril plán, verbalizoval podporu vo využívaní cieľných zamestnávaní počas celého dňa. Metodicky ich inštruoval a bol nápomocný v ranej stimulácii. Poskytol im „inšpiratívnu tabuľku“ (ako im vravieval, *toto je vaša barlička, nebojte sa jej, nikdy vás nesklame*), v ktorej mali možnosť inšpirovať sa konkrétnymi aktivitami. Treba pripomenúť, že aktivity (Tabuľka 8) sú popisované v kontexte vývinu zdravého dieťaťa. Takže je možné ich orientačne očakávať v konkrétnych vývinových obdobiach dieťaťa. Mário vo svojom

vývine primerane zvládal niektoré vývinové úlohy tak ako zdravé deti, niektoré však bolo potrebné stimulovať.

Centrom pozornosti v ergoterapii je rozvíjanie dieťaťa v rámci konania⁹ cez ponúkané zamestnávania, ktoré sú v procese ranej ergoterapie považované za základné prostriedky. Počas nich sú dieťaťu a rodine systémovo napĺňané potreby zamerané na zabezpečenie integrity, s využitím stimulácie prostredníctvom pomôcok a materiálov, s rozvíjaním samostatnosti s prihliadnutím na aktuálny zdravotný stav dieťaťa.

Do ergoterapeutického plánu Mária bola integrovaná hra ako súčasť terapeutických zamestnávaní. Prvotné zamestnávanie (činnosť) s Máriom bolo realizované v domácom prostredí. V prostredí, ktoré poznal, kde sa cítil bezpečne, v prítomnosti rodičov. Všetky zamestnávania, ktoré odrážali nácvik konkrétnej pracovnej úlohy ako úchop a pustenie kubusu, kotúľanie lopty, krčenie papiera boli ponúkané tak, aby zohľadňovali samotný vývin, možnosti a jeho aktuálne dispozície. Vývinová hodnota hry stúpala alebo klesala podľa toho, ako Mário usilovne precvičoval novú kompetenciu a ako ju využíval za rozličných okolností a obohacoval svoj repertoár doterajších akcií.

Z hľadiska ergoterapie boli s Máriom cielene realizované zamestnávania, ktoré konkrétne rozvíjali konkrétnu funkciu, schopnosť a nadobúdať tak kompetenciu v konkrétnej oblasti. Boli to konkrétne zamestnávania, ktoré sa využívajú v rámci ranej ergoterapie, napríklad:

- *Uchopovanie a prekladanie predmetov (rôzne veľkosti, rôzne tvary).*

⁹ Konanie ako také je súčasťou života každého človeka, sú to každodenné činnosti, ktoré človek vykonáva počas dňa.

- *Aktivácia pohybových úkonov prostredníctvom manipulačných panelov (otáčanie, stláčanie, krútenie, rotovanie, posúvanie, prenášanie, vkladanie a i.).*
- *Manipulácia s predmetmi v pene, v piesku, v suchom bazéne (spoznávanie ich hmatovou cestou bez vizuálnej podpory, potvrdzovanie uchopovania a stálosti úchopu, prekladanie v priestore a i.).*
- *Manipulácia s geotvarmi (uchopovanie, ukladanie, vytváranie jednoduchých stavieb a i.) v rozličných polohách (zohľadňuje sa vývinové obdobie a znevýhodnenie dieťaťa).*
- *Navliekanie perforovaných predmetov oblého alebo hranatého tvaru (rôzne veľkosti, rôzne tvary, navliekanie s predlohou, bez predlohy).*
- *Manipulácia s mozaikovým materiálom (návčik úchopu, udržanie materiálu, umiestnenie materiálu).*

Mário má už tri roky. Je stále zaradený do skupiny detí s rizikovým vývinom. S mnohými deťmi aj ich rodičmi sa poznajú. Spája ich spoločný cieľ – ich dieťa, pri ktorom sa naučili pokore a tešia sa s každého krôčiku vpred.

K ďalších ergoterapeutickým zamestnávaniam patrili:

- *Krčenie, vytrhávanie, prekladanie, strihanie a nalepovanie papiera (rôznych vlastností).*
- *Manipulácia s látkou/látkami (navíjanie priadze, pruhov látky na cievku, omotávanie predmetov voľne aj podľa inštrukcie).*
- *Manipulácia s prírodným materiálom (uchopovanie, ukladanie, lepenie do konkrétnych plôch a tvarov).*
- *Manipulácia so stavebnicami (zapájanie, spájanie, rozoberanie, vkladanie, posúvanie a i.).*
- *Manipulácia s predmetmi dennej potreby (funkčný návčik v ich používaní).*

- *Manipulácia s jednotlivými časťami oblečenia spojená s nácvikom obliekania (nácvik spoznávanie, identifikácia, priradenie, „obliekanie“ didaktických pomôcok, obliekanie samého seba s úplnou pomocou, parciálnou pomocou, samostatné obliekanie).*
- *Obtláčanie tvarov do rôznych povrchov.*
- *Manipulácia s hmotou, cestom (miesenie, stláčanie, prekladanie, valkanie, tvorba izolovaných foriem a tvarov, vytváranie konkrétnych scenérií a i.).*
- *Párové a skupinové zamestnávanie (podpora dieťaťa v procese začlenenia, nadväzovanie nových vzťahov, práca s pravidlami, akceptácia iného človeka počas spoločného zamestnávania a i.).*

Mário sa rozvíja sa a napreduje jemu vlastným tempom. Všetky cvičenia, ktoré realizuje s rodičmi sú konštruované tak, aby boli výchovné a poučné, zároveň boli terapeuticky orientované a riešili potrebu, či nedostatok v jeho vývine. Náročnosť každého ponúknutého zamestnávania musí zodpovedať aktuálnemu vývinovému stupňu každého dieťaťa (sú zohľadňované individuálne vlastnosti, fyzické možnosti a limity konkrétneho dieťaťa/detí), nie predstave ergoterapeuta, či rodiča v zmysle – „čo by som chcel(a), aby to moje dieťa už zvládalo.“

Záver

Koncept ranej ergoterapie od raného veku dieťaťa môže byť vnímaný ako primárny a dominantne preferovaný modul pomoci, alebo naopak vybrané zamestnávania sú v ranej ergoterapii využívané ako izolované, podporné ako súčasť rehabilitácie, a/alebo inej liečebnopedagogickej terapie. Počas ranej ergoterapeutickej pomoci je zdôrazňovaný prirodzený kontext dieťaťa. V praxi to znamená – orientáciu na rodinu, jej podporu v neľahkej situácii, vyrovňovanie sa s faktom možného znevýhodnenia dieťaťa

a zohľadňovanie individuálnych potrieb rodiny v snahe vytvoriť prijímajúcu a podpornú klímu.

Otázky na preskúšanie:

1. *Pokúste sa pojem ergoterapia spracovať tak, aby ste nepoužili žiadne písadlo (pero, ceruza) a ani farby (temperové, anilínové, vodové). Po skončení úlohy popíšte celý postup práce prostredníctvom jednoduchých piktogramov.*
2. *Vyberte si päť konceptov zameraných na ciele ergoterapie a charakterizujte ich na konkrétnych príkladoch.*
3. *Spracujte a odprezentujte životopis Fröbela a/alebo Montesoriovej. Zamerajte sa na tie miľníky v ich živote, ktoré sa týkajú pomoci deťom v ranom veku.*
4. *Vytvorte konkrétny príklad na manipulačnú aktivitu pre dieťa v ranom veku, ktorému bola odborným vyšetrením potvrdená dyspraxia.*
5. *Aké konkrétne šance a limity môže očakávať ergoterapeut pri práci s rodinou, ktorá sa síce zúčastňuje ergoterapeutických stretnutí, ale nácviť s dieťaťom podľa konkrétnych pokynov v domácom prostredí odmieta?*

Zoznam použitých bibliografických odkazov

BIRZELE, K. *Training der Arbeitswilligkeit*. Wien: Sociale Erziehung, 1956.

CIPRO, M. *Průvodce dějinami výchovy*. Praha: Panorama. 1984. 579 p.

HOSKOVCOVÁ, S. *Psychická odolnosť predškolského dieťaťa*. Praha: Grada. 160 p. 2006.

HRČOVÁ, J. Multisenzorické prostredie (snoezelen) vo včasnej intervencii. In: Slaná, M., Kováčová, B. (Eds.). *Terapeutické koncepty pomoci vo včasnej intervencii*. Trnava, 2020.

HROMKOVÁ, M. Vojtova metóda ako terapeutický prístup pri práci s dieťaťom s rizikovým vývinom. In: Slaná, M., Kováčová, B. (Eds.). *Terapeutické koncepty pomoci vo včasnej intervencii*. Trnava, 2020.

JANKOVSKÝ, J. *Ucelená rehabilitácia detí*. Praha: Triton, 158 p. 2001.

JELÍNKOVÁ, J., KRIVOŠÍKOVÁ, M., ŠAJTAROVÁ, L. *Ergoterapie*. Praha: Portál, 2009.

KOVÁČOVÁ, B. *Ergoterapia 1: pracujeme, hrajeme sa a podporujeme vývin a zrenie nášho*

- dieťaťka. In: *Dieťa*. Roč. 21, č. 7 (2015a), s. 23-25.
- KOVÁČOVÁ, B. Ergoterapia 2 : pracujeme, hrajeme sa a podporujeme vývin a zrenie nášho dieťaťka. In: *Dieťa*. Roč. 21, č. 8 (2015b), s. 24-26.
- KOVÁČOVÁ, B. *Ergoterapia v ranom a v predškolskom veku*. 1. vyd. Bratislava: Univerzita Komenského, 2014. 131 s.
- KRIVOŠÍKOVÁ, M. *Úvod do ergoterapie*. Praha: Grada Publishing, 2011. p. 368.
- KUBÍNKOVÁ, D., KŘÍŽOVÁ, A. *Ergoterapie*. Olomouc: Univerzita Palackého, 2007.
- MOLNÁROVÁ LETOVANCOVÁ, K. Bobath koncept ako terapeutický prístup pri práci s dieťaťom s rizikovým vývinom. In: Slaná, M., Kováčová, B. (Eds.). *Terapeutické koncepty pomoci vo včasnej intervencii*. Trnava, 2020.
- PAULÍK, K. *Psychologie lidské odolnosti*. Praha: Grada. 240 p. 2010.
- PFEIFFER, J. et al. Rehabilitace, fyzioterapie a ergoterapie. In: Müller, O. (ed.). *Terapie ve speciální pedagogice*. 2. preprac. vyd. Praha: Grada. 2014. p. 440-448.
- REPKOVÁ, B. Činnostná terapia ako podporný činiteľ pri rozvoji manuálnych zručností v predškolskom veku dieťaťa. In: *Efeta – otvor sa*. 2001. Roč. 11, č. 3, p. 8-10.
- THURMAIR, M.& NAGGL, M. *Praxis der Frühförderung: Einführung in ein interdisziplinäres Arbeitsfeld*. 3. überarb. München [u.a.]: Reinhardt. 2007.
- TICHÁ, E. 2008. Podpora interakcie matky a dieťaťa s postihnutím ako súčasť ranej starostlivosti o rodinu. In: *Tímová spolupráca v komplexnej starostlivosti o dieťa s postihnutím raného veku*. Bratislava: HAUF0/Pedagogická fakulta Univerzita Komenského, 2008. p. 136-151.
- TICHÁ, E. Postoje a názory rodičov na systém včasnej intervencie detí s postihnutím na Slovensku. In: *Špeciálnopedagogická diagnostika, včasná intervencia a špeciálnopedagogické poradenstvo pre znevýhodnené osoby*. Bratislava: MABAG, 2007. p. 308-323.
- TICHÁ, E., RADOVÁ, A. Diagnostické možnosti jemnej motoriky. In: *Komplexná rehabilitácia viacnásobne postihnutých, niektoré nové metodiky a programy*. Bratislava: MABAG. 2008. s. 94-105.
- TOWNSEND, E., STANTON, S., LAW, M. et al. *Enabling Occupation. An Occupational Therapy Perspective*. Ottawa: Canadian Association of Occupational Therapists, 1997.
- VOTAVA, J. *Ergoterapie a technické pomůcky v rehabilitaci*. Liberec: Technická univerzita v Liberci. 72 p. 2009.

Predmetná kapitola je parciálnym výstupom projektu KEGA 013KU-4/2019 E- learningové vzdelávacie modely k problematike včasnej starostlivosti o rodinu s dieťaťom s rizikovým vývinom.

ZÁVER

Predložená vysokoškolská učebnica popisuje a taktiež sumarizuje poznatky o terapeutických konceptov pomoci dotýkajúcich sa problematiky včasnej starostlivosti orientovanú na rodinu s dieťaťom s rizikovým vývinom. Je ďalším e-výstupom z projektu KEGA 013KU-4/2019, ktorý sa zameriava na vytvorenie východísk včasnej starostlivosti a intervencie ako súčasť e- learningových vzdelávacích modelov k spomenutej problematike.

Ide o vysokoškolskú učebnicu, ktorá je určená najmä študentom pomáhajúcich profesií (špeciálna pedagogika, liečebná pedagogika, sociálna pedagogika, predškolská pedagogika, sociálna práca) a zároveň môže obohatiť kompetencie odborníkov z pohľadu zaujímavých príkladov a tém spojených s terapeutickými konceptami z oblasti včasnej starostlivosti.

Miriám Slaná, Barbora Kováčová

O AUTOROCH

PaedDr. Jana HRČOVÁ, Ph.D.

Vyštudovala odbor špeciálna pedagogika na Masarykovej univerzite v Brne, kde ukončila magisterské a aj doktorandské štúdium. Pôsobí na katedre pedagogiky a špeciálnej pedagogiky Pedagogickej fakulty KU v Ružomberku. Venuje sa problematike edukácie a podpory jednotlivcov s viacnásobným postihnutím, s poruchami autistického, špeciálnopedagogickej diagnostike a vybraným multisenzorickým prístupom ako Snoezelen a senzorická integrácia. V praxi pôsobila ako špeciálny pedagóg v triede pre žiakov s ťažkým a viacnásobným postihnutím a žiakoch s poruchou autistického spektra a taktiež v centre špeciálnopedagogického poradenstva. V súčasnosti sa venuje intervencii založenej na senzorickej integrácii, senzorických stratégiách, metóde Snoezelen, diagnostike senzorických (dys)funkcií, konzultáciám u detí raného a predškolského veku s PAS, symptómami PAS, oneskoreným a nerovnomerným vývinom. Je garantom vzdelávacích aktivít občianskeho združenia 3lobit.

Mgr. Michaela HROMKOVÁ, PhD.

Vyštudovala študijný odbor sociálna práca na Fakulte zdravotníctva a sociálnej práce Trnavskej univerzity v Trnave (2011), kde ukončila aj doktorandské štúdium (2014, v odbore sociálna práca). Od roku 2014 až doteraz pôsobí na akademickej pôde ako vysokoškolský pedagóg. Odborne sa profiluje na oblasť manažmentu, marketingu a financovania sociálnych služieb a mimovládnych organizácií, na sociálnu ekonomiku, plánovanie a prípravu projektov a včasnú intervenciu. Je spoluautorkou vedeckej monografie Sociálne služby, vývoj, súčasný stav a možnosti merania ich kvality (2013); vedeckej monografie Včasná intervencia, vývoj, súčasný stav a teoretické východiská (2017) a vedeckej monografie Strategické plánovanie v sociálnych službách (2019) a výskumných štúdií zameraných na deti so zdravotným postihnutím a rodiny s deťmi so zdravotným postihnutím v systéme včasnej intervencie.

Doc. PaedDr. Barbora KOVÁČOVÁ, PhD.

vyštudovala študijný odbor liečebná pedagogika na Pedagogickej fakulte Univerzity Komenského v Bratislave (1999), kde ukončila rigorózne (2001, v odbore Liečebná pedagogika), doktorandské štúdium (2005, v odbore Pedagogika) a habilitačné konanie (2012, v odbore Špeciálna pedagogika). Pôsobila v praxi na pozícii liečebného pedagóga v poradenskom zariadení, v špeciálno-pedagogickom zariadení a v zdravotníckom zariadení. Od r. 2005 až doteraz pôsobí na akademickej pôde ako vysokoškolský pedagóg a vstupuje aj do poradenskej praxe, kde overuje konkrétne terapeutické koncepty pomoci.

Odborne sa profiluje na oblasť ranej intervencie a diagnostiky, na využívanie expresívnych terapií a terapeutických prístupov (terapie s bábkou, biblioterapie, ergoterapie, dramatoterapie) v procese včasnej intervencie rodine s dieťaťom s rizikovým vývinom.

Aktuálne pôsobí na Katolíckej Univerzite v Ružomberku, na Pedagogickej fakulte, na katedre pedagogiky a špeciálnej pedagogiky.

Mgr. Katarína MOLNÁROVÁ LETOVANCOVÁ, PhD.

Vyštudovala študijný odbor sociálna práca na Fakulte zdravotníctva a sociálnej práce Trnavskej univerzity v Trnave (2013), kde ukončila doktorandské štúdium (2016, v odbore Sociálna práca). V súčasnosti je internou odbornou asistentkou na Katedre sociálnej práce Fakulty zdravotníctva a sociálnej práce Trnavskej univerzity v Trnave. Vo svojej výskumnej činnosti sa venuje problematike zdravotného postihnutia, potrieb rodiny s dieťaťom so zdravotným postihnutím, služby včasnej intervencie, sociálnej práce v zdravotníctve, ako aj problematike postavenia ľudí s duševným ochorením v spoločnosti, prednáša individuálnu sociálnu prácu, komunitnú sociálnu prácu, klinickú sociálnu prácu a kvalitatívne výskumné stratégie v sociálnej práci. V rokoch 2013 - 2017 bola aktívnou členkou projektu APVV 0524-12 s názvom „Identita sociálnej práce v podmienkach Slovenska“ a v rokoch 2015 – 2019 aktívnou členkou projektu APVV 14-0646 s názvom „Analýza potrieb sociálnej služby v oblasti včasnej intervencie v podmienkach Slovenska“. Je spoluautorkou

vôbec prvej monografie na tému včasnej intervencie v podmienkach Slovenska.

Doc. PhD. Miriam SLANÁ, PhD.

ukončila magisterské štúdium v odbore sociálna práca v roku 1997 na Fakulte zdravotníctva a sociálnej práce Trnavskej univerzity v Trnave, kde následne v roku 2000 úspešne ukončila doktorandské štúdium. Habilitovala v roku 2005. Vo svojej pedagogickej a výskumnej činnosti sa zameriava na problematiku zdravotného postihnutia, sociálnej práce v zdravotníctve a dejinám sociálnej práce, vedie sociálno-psychologické výcviky zamerané na sebazpoznávanie a komunikáciu, prednáša sociálnu prácu so skupinou. V súčasnosti je hlavnou garantkou študijného programu Rozvoj dieťaťa a štúdium rodiny. Ako spoluriešiteľka sa výskumne podieľala na viacerých domácich a zahraničných projektoch. Jedným z najvýznamnejších je projekt APVV Analýza potrieb sociálnej služby v oblasti včasnej intervencie v podmienkach Slovenska. Spolupracovala na príprave Celoštátnej stratégie ochrany a podpory ľudských práv v SR týkajúcej sa práv osôb so zdravotným postihnutím Je členkou vedeckých rád a redakčných rád časopisov doma aj v zahraničí. Je spoluautorkou prvej monografie o včasnej intervencii na Slovensku. V rámci medzinárodných aktivít spolupracuje s katedrami sociálnej práce v rámci Európskeho výskumného inštitútu sociálnej práce. Aktuálne pôsobí na katedre sociálnej práce Fakulty zdravotníctva a sociálnej práce Trnavskej univerzity v Trnave.

**Terapeutické koncepty pomoci
vo včasnej intervencii**

Miriam Slaná
Barbora Kováčová
Katarína Molnárová Letovancová
Michaela Hromková
Jana Hrčová

Recenzenti

Prof. PaedDr. Anna HUDECOVÁ, PhD.
Prof. MUDr. Jaroslav SLANÝ, CSc.

Vydavateľstvo

Fakulta zdravotníctva a sociálnej práce
Trnavská univerzita v Trnave

ISBN 978-80-568-0267-0
DOI 10.31262/978-80-568-0267-0/2020



ISBN 978-80-568-0267-0