

RANÁ INTERVENCIA NA SLOVENSKU

Katarína Hornáková

Inštitút detskej reči, Bratislava

Abstrakt

Cieľom prehľadovej práce je porovnať systém ranej intervencie v zahraničí a u nás. Zahraničné programy ranej intervencie, ktorých súčasťou je aj logopedická intervencia, poskytujú včasnú starostlivosť deťom, ktoré sú ohrozené z hľadiska vývinového zaostávania. Celosvetovo dochádza k posunu vo veku, kedy sa rizikové deti zachytávajú. Efektivitu ranej intervencie preukázali mnohé odborné práce, preto jej princípy používajú logopédi v zahraničí v bežnej praxi. Raná intervencia je zameraná nielen na dieťa, ale v centre jej pozornosti stojí celá rodina. Nakoľko súčasný stav ranej intervencie na Slovensku nie je priaznivý v porovnaní s niektorými inými krajinami, práca identifikuje niekoľko problémov a príčin tohto stavu a navrhuje, ako túto situáciu zlepšiť.

Kľúčové slová: raná intervencia, deti s identifikovaným rizikom, potenciálne rizikové deti, efektívne komunikačné stratégie

Raná intervencia

Pojem ranej intervencie je relatívne nový v slovenskej logopédii. V zahraničí, predovšetkým však v Severnej Amerike, sa raná intervencia uplatňuje v praxi logopédov a iných odborníkov pracujúcich s deťmi viac ako 30 rokov. Vymedzenie pojmu ranej intervencie závisí od krajiny, autorov definícií a odboru, v ktorom sa realizuje. Existuje množstvo definícií ranej intervencie v rôznych klinických disciplínach, ktoré sa odlišujú vymedzením procesu, metódami práce, cieľmi, ako aj vekom dieťaťa, na ktoré sa raná intervencia zameriava. Zjednodušene, chápanie ranej intervencie z hľadiska veku cieľovej skupiny možno rozdeliť do troch skupín:

1. **Široké chápanie** ranej intervencie vychádza zo všeobecného predpokladu, že čím skôr sa dieťa primerane stimuluje, tým je lepšia prognóza a výsledky intervencie. Včasná pomoc v širokom chápaní nie je vekom ohraničená. Široké chápanie sa uplatňuje napr. v programoch vo Veľkej Británii.
2. **Užšie chápanie** ranej intervencie reprezentuje Rossetti (2001), ktorý považuje vek od narodenia do troch rokov za kritické obdobie pre ranú intervenciu. Tento princíp sa uplatňuje v programoch ranej intervencie v USA, ktoré vznikli na základe legislatívy v 1986.
3. **Iné chápanie** ranej intervencie posúva vekovú hranicu do šiesteho roka dieťaťa (napr. Linder, 1990). Aj programy ranej intervencie v Kanade pracujú s deťmi do šiesteho roka (napr. siete ranej intervencie Toronto Preschool Speech and Language Services, Beyond Words).

V našich podmienkach ranú logopedickú intervenciu možno definovať ako „špecifickú činnosť, ktorú uskutočňuje logopéd, zameranú na rodinu s dieťaťom so špeciálnymi potrebami s cieľom predchádzať, odstrániť alebo zredukovať narušenú komunikačnú schopnosť (NKS). Táto činnosť sa uskutočňuje čo najskôr v prirodzenom prostredí dieťaťa.“ Logopéd, rodina a prirodzené rodinné prostredie, predchádzanie NKS a časový horizont, ktorý sa posúva do najranejšieho veku, predstavujú kľúčové pojmy definície. NKS v tomto chápaní nemusí zahŕňať len oneskorený alebo narušený vývin reči, ale aj iný druh NKS, napr. poruchy výslovnosti, fonologické poruchy, poruchy plynulosti a iné.

Cieľová skupina

Cieľovou skupinou ranej intervencie sú deti od narodenia do 6 rokov (prípadne staršie), najlepšie však od narodenia do 3 rokov. Rossetti (2001) rozdeľuje deti so špeciálnymi potrebami na dve základné skupiny: deti s identifikovaným rizikom a potenciálne rizikové deti. Deti z prvej skupiny si vyžadujú okamžitú logopedickú intervenciu prakticky od narodenia alebo identifikácie problému. Deti z druhej skupiny sú kandidátmi na logopedickú intervenciu a ich rečový vývin sleduje logopéd v pravidelných intervaloch.

Do skupiny detí s identifikovaným rizikom Rossetti (2001) zaraďuje deti s genetickými poruchami a chromozómovými anomáliami, neurologickými chorobami, vrodenými malformáciami, vrodenými poruchami metabolizmu, senzorickými deficitmi, atypickými vývinovými poruchami (autizmom), deti vystavené toxickým vplyvom, chronicky choré deti a deti s vážnymi infekčnými chorobami. Preto napr. novonarodené dieťa s Downovým syndrómom, rázštepom, sluchovým alebo zrakovým postihnutím, dieťa s detskou mozgovou obrnou alebo s podozrením na pervazívnu vývinovú poruchu, by sa malo okamžite zaradiť do siete ranej intervencie, ktorej súčasťou je logopedická starostlivosť.

Potenciálne rizikové deti sú deti rizikové z hľadiska vývinového zaostávania. Čokoľvek, čo narúša schopnosť dieťaťa zapájať sa do zmysluplných interakcií so svojim okolím primeraným spôsobom, predstavuje potenciálne riziko pre vývinové oneskorenie.

Rossetti (2001) uvádza celý rad rizikových faktorov:

- vážne obavy rodičov alebo odborníkov,
- rodič s duševnou chorobou, vývinovým postihnutím alebo mentálnou retardáciou,
- drogový závislý rodič alebo alkoholik, chronicky chorý rodič, adolescentná matka,
- zdravotné alebo genetické choroby v rodinnej anamnéze,
- akútna rodinná kríza, chronicky narušené rodinné vzťahy, separácia rodiča a dieťaťa,
- rodič so štyrmi alebo viacerými deťmi predškolského veku,
- nízke vzdelanie rodičov, nezamestnaný rodič, slobodný rodič,
- fyzická alebo sociálna izolácia alebo nedostatok sociálnej podpory, nestabilné miesto bydliska, matka bez domova, nebezpečné podmienky pre život,
- nedostatočná zdravotná starostlivosť,
- limitovaná prenatálna starostlivosť, drogová alebo iná závislosť počas tehotenstva, ťažké prenatálne komplikácie,
- ťažké perinatálne komplikácie, asfyxia, nízka pôrodná hmotnosť (pod 1500g), predčasne narodené dieťa,
- neprimeraná podráždenosť, plačlivosť novorodenca,
- atypické alebo časté nehody dieťaťa,
- chronické zápaly stredného ucha.

Efektivita ranej intervencie

Komunikačné schopnosti predstavujú najsilnejší prediktor školskej úspešnosti a dosiahnutej rozumovej úrovne v neskoršom veku (Rossetti, 2001). Primerane rozvité komunikačné schopnosti sú bránou k mysleniu, rozvíjaniu zdravej osobnosti a vzťahov s okolím. Oneskorený vývin reči je najčastejším príznakom vývinového zaostávania u detí predškolského veku (Paul, 1995). Efektivitu ranej intervencie potvrdili mnohé výskumné práce v ostatných 50 rokoch. Najčastejšie sa uvádza prínos ranej intervencie v nasledovných oblastiach:

1. Stimulácia vývinu dieťaťa znižuje riziko a predchádza dlhodobým problémom v oblasti sociálnej, emočnej a vzdelávacej.
2. Raná intervencia významne ovplyvňuje rodinu dieťaťa. Rodiny s postihnutým dieťaťom často pociťujú sociálnu izoláciu, sklamanie, zvýšený stres, frustráciu a bezmocnosť. Raná intervencia zlepšuje postoje rodinných príslušníkov, poskytuje im informácie a zlepšuje ich schopnosti stimulovať dieťa (Watson, 2000).
3. Spoločnosť, v ktorej rodina s dieťaťom žije, ranou intervenciou získava ekonomické a sociálne výhody, nakoľko dieťa a rodina sa stávajú menej závislými zo sociálneho aj ekonomického hľadiska.

Súčasti ranej intervencie

Súčasti ranej intervencie sú skorá identifikácia detí vyžadujúcich starostlivosť, hodnotenie vývinu reči a rečových schopností dieťaťa, poskytovanie komplexných služieb a spolupráca s inými odborníkmi.

Kľúčovou časťou úspešného programu ranej intervencie je systém zachytávania cieľových skupín. Celosvetovo dochádza k posunu k ranejšej detekcii rizikových detí. Aby bol systém úspešný, musí byť celoštátny, systematický, podporovaný vládou politikou a financiami.

Pri hodnotení komunikačných schopností dieťaťa treba zistiť silné stránky a oblasti vyžadujúce intervenciu (Linder, 1990). Informácie z rôznych zdrojov umožňujú vytvoriť si komplexný obraz o dieťati, napr. riadený rozhovor s rodičmi, dotazníky pre rodičov, hodnotenie zdravotných záznamov alebo iných záznamov, vyšetrenie dieťaťa, pozorovanie interakcie rodič – dieťa (McConkey, 1985; Linder, 1990; Greenspan a spol., 1998). Významnou súčasťou hodnotenia vývinu reči u malých detí sú údaje získané od rodičov. Vo svete existuje niekoľko takýchto nástrojov (Paul, 1995). Oblasti zahrnuté v týchto nástrojoch sa často týkajú nasledovných okruhov: emócie, zrakový kontakt, komunikácia, gestá, zvuky, slová a vety, gramatika, porozumenie, pohyblivosť a svalové napätie rečových orgánov, použitie predmetov a hra, špecifické problémy a iné.

Poskytovanie komplexných služieb obsahuje nielen samotnú stimuláciu vývinu reči a hry dieťaťa, ale sa zameriava aj na rodinu, lebo v ranom veku sa stimulácia deje predovšetkým prostredníctvom rodičov (Paul, 1995). Čím viac a čím skôr je zaangažovaná rodina do intervencie, tým lepšie výsledky dieťa dosahuje (Linder, 1990; Rossetti, 2001), preto aktívna účasť rodiča v ranej intervencii sa podporuje od prvého kontaktu s odborníkom. Programy ranej intervencie poskytujú rodičom potrebné informácie a možnosť osvojiť si praktické schopnosti stimulácie vývinu dieťaťa v domácom prostredí. Rodičia sa učia používať efektívne komunikačné stratégie (Horňáková a spol., 2005) v interakcii s dieťaťom. Naturalistický prístup k ranej intervencii rozpoznáva, že dieťa si osvojuje reč počas prirodzene sa vyskytujúcich interakcií s jeho rodičmi. Na rozdiel od priamej terapie v ambulancii logopéda, ktorá je časovo obmedzená a špecifická, programy ranej intervencie zamerané na rodinu umožňujú rodičom stimulovať dieťa v každodenných situáciách a intervencia sa stáva kontinuálna a nepretržitá.

V oblasti ranej intervencie platí pravidlo, že čím skôr sa dieťa identifikuje a čím skôr sa mu poskytne primeraná stimulácia, tým väčšie vývinové pokroky dieťa dosiahne a zároveň sa u dieťaťa znižuje pravdepodobnosť neskorších problémov. Rozhodnutie o frekvencii stretnutí musí byť spoločným výsledkom diskusie medzi odborníkom a

rodičom. Intenzívnejšia terapia (hlavne v počiatočných štádiách) je viac účinná a úspešná ako menej intenzívne programy (Rossetti, 2001).

V zahraničí sa uplatňujú viaceré formy poskytovania intervencie. Nakoľko ide o deti v raných vývinových štádiách, v prevahe sú nepriame prístupy, medzi nimi najčastejšie vzdelávanie rodičov a konzultácie. Ide o špecifickú činnosť zameranú na rodiča s cieľom zlepšovať jeho vedomosti a schopnosti. Vzdelávanie rodičov sa často robí skupinovou formou, ktorá umožňuje vzájomnú podporu medzi rodičmi s podobnými problémami (McConkey, 1985).

Raná intervencia na Slovensku

Ranú intervenciu v plnom rozsahu poskytuje niekoľko logopedických pracovísk na Slovensku. Nejde o systémový prístup, prístup je skôr založený na ochote a schopnostiach niekoľkých jednotlivcov. Možno identifikovať niekoľko problémov a príčin súčasného stavu ranej intervencie na Slovensku a zhrnúť ich do nasledovných okruhov:

1. **Absencia vládnej politiky podporujúcej princípy ranej intervencie.** Existuje celý rad vládnych nariadení a smerníc, ktoré majú riešiť situáciu v oblasti ranej starostlivosti. Niektoré z nich spĺňajú atribúty úspešného programu ranej intervencie, aké fungujú v zahraničí. Neexistuje však žiadna podpora zo strany vládnej politiky pri ich realizácii v praxi.
2. **Nedostatok financií.**
3. **Absencia systému včasnej identifikácie.** Pediater na Slovensku, ktorý by mal byť prvou záchytnou osobou rizikových detí, málokedy odporučí návštevu logopéda a uprednostňuje vyčkávaciu stratégiu. Neexistujú nástroje na zachytávanie detí s vývinovým zaostávaním. Najčastejšie neexistuje systematické prepojenie medzi logopedickými a inými špecializovanými pracoviskami, ktoré navštevujú rizikové deti.

4. **Neznalosť logopédov v oblasti ranej intervencie.** Možnosti získať praktické schopnosti o prístupoch ranej intervencie sú v súčasnosti obmedzené na pregraduálnej aj postgraduálnej úrovni.
5. **Tradičné myslenie laickej aj odbornej verejnosti.** Obraz logopéda v povedomí ľudí, jeho kompetencie, možnosti práce s dieťaťom v ranom veku, tradičný medicínsky model starostlivosti, ktorý prenáša zodpovednosť na odborníkov sú faktory, ktoré nepodporujú princípy ranej intervencie.
6. **Absencia klinických návodov (tzv. guidelines).** V zahraničí klinické návody v oblasti logopédie vypracované na základe výsledkov mnohých výskumných a odborných prác, uľahčujú prácu logopédom v praxi. Slovenská logopédia nemá takéto odporúčania.
7. **Nedostatok informácií v slovenskom jazyku.** O ranej intervencii sa u nás doteraz písalo len sporadicky. Donedávna neboli k dispozícii údaje o tom, ako prebieha vývin reči slovensky hovoriaceho dieťaťa (Slančová, 2005). Podobný výskum ako aj adaptácia diagnostických nástrojov v súčasnosti prebiehajú, ale bežne dostupné diagnostické a terapeutické materiály v slovenskom jazyku takmer neexistujú.

Riešenia

Je potrebné hľadať riešenia nepriaznivého stavu, ktoré musia byť dlhodobé, musia vznikať v spolupráci s legislatívou, štátnymi orgánmi a inými odborníkmi. Navrhujeme, aby sa všetci logopédi zapojili do osvetu laickej a odbornej verejnosti, ktorá by mohla prispieť k pozitívnej zmene v oblasti ranej intervencie. Uvedomujeme si, že ide len o prvé pokusy o zmenu. Ak sa všetci zapojíme do osvetovej činnosti, laická aj odborná verejnosť vyhladá naše služby dostatočne zavčasu, čo je prvým krokom k vytvoreniu efektívneho systému ranej intervencie.

Literatúra

1. GREENSPAN, S.I., WIEDER, S., SIMONS, R.: *The child with special needs. Encouraging intellectual and emotional growth*. Massachusetts: Merloyd Lawrence Book, 1998. 496 s. ISBN 0-201-40726-4.
2. HORŇÁKOVÁ, K., KAPALKOVÁ, S., MIKULAJOVÁ, M.: *Kniha o detskej reči*. Bratislava: Vydavateľstvo Slniečko, 2005. 155 s. ISBN 80-969074-3-3.
3. LINDER, T.L.: *Transdisciplinary play-based assessment. A functional approach to working with young children*. Baltimore: Paul. H. Brookes Publishing Co., 1990. 304 s. ISBN 1-55766-033-6.
4. MCCONKEY, R.: *Working with parents. A practical guide for teachers and therapists*. Cambridge: Brookline Books, 1985. 325 s. ISBN 0-914797-13-1.
5. PAUL, R.: *Language disorders from infancy through adolescence. Assessment and intervention*. St. Louis: Mosby, 1995. 606 s. ISBN 0-8016-7927-3.
6. ROSSETTI, L.M.: *Communication intervention. Birth to three*. Singular, 2001. 320 s. ISBN 0-7693-0093-6.
7. SLANČOVÁ D.: Predslov. In Horňáková, K., Kapalková, S., Mikulajová, M.: *Kniha o detskej reči*. Bratislava: Vydavateľstvo Slniečko, 2005. 155 s. ISBN 80-969074-3-3.
8. WATSON, C.: *Making Hanen happen. Leaders guide for Hanen certified speech-language pathologists*. Toronto: The Hanen Centre, 2000. 252 s.