

1. Definice a cíle speciálněpedagogické diagnostiky, participující účastníci.

Speciálněpedagogickou (SPP) diagnostiku lze diferencovat podle několika parametrů - sic:

- podle „pedií“ na speciálněpedagogickou diagnostiku psychopedickou, etopedickou, logopedickou, surdopedickou, tyflopeditickou či somatopedickou;
- podle etiopatogeneze na diagnostiku kauzální (příčinnou) a symptomatickou;
- chronematically na SPP diagnostiku raného věku, předškolního věku, mladšího školního věku, diagnostiku adolescentní a diagnostiku andragogickou vč. diagnostiky gerontologické (seniorské);
- šíří pojetí na SPP diagnostiku globální či parciální;
- dle komplexnosti na diagnostiku či diferenciální diagnostiku (úkolem diferenciální diagnostiky je odlišit skutečnou diagnózu-poruchu od stavu, který obraz poruchy pouze připomíná, např. skutečnou mentální retardaci od jiné duševní poruchy).

DEFINICE

- Obecně lze konstatovat, že se speciálněpedagogická diagnostika zabývá rozpoznáváním podmínek, prostředků i efektivity edukace a šířeji i sociální terapie a enkulturace klientů se speciálními vzdělávacími potřebami.
- Speciálně pedagogická diagnostika se zabývá rozpoznáváním podmínek, prostředků i efektivity výchovy, vzdělávání, celkového rozvoje osobnosti, a též enkulturací osob se zdravotním postižením. (Slowík, 2007)
- Diagnostika ve speciální pedagogice bývá někdy definována jako komplexní proces s cílem poznávat, posuzovat a hodnotit vzdělávací proces a jeho aktéry.
- Při respektování moderního pojetí speciální pedagogiky se tato omezená definice týká zejména speciální oblasti pedagogické diagnostiky zaměřené na děti, žáky a studenty se speciálními vzdělávacími potřebami. (Slowík, 2007)
- Jedinci, kteří mohou být z lékařského i psychologického hlediska označeni jednou diagnózou, mají z pedagogického hlediska významné interindividuální rozdíly, které se týkají úrovně jejich výchovy a vzdělávání.

Speciálněpedagogická diagnostika (SPD)

Speciálně-pedagogická diagnóza = východisko pro pedagogické vedení a působení

Diagnostika/diagnóza

- Pojmy diagnostika a diagnóza se původně používaly jen v lékařství
- Až postupně se dostávaly do terminologie jiných vědních oborů i do běžného slovníku každodenního života
- Odvozené z řeckého dia – odděleně, hloubkově a gnosis – poznání. Tedy diagnosis volně přeloženo jako hloubkové poznání.
- V naší jazykové kultuře se z termínu diagnosis vyvinuly termíny: diagnostika a diagnóza
- Diagnostika v medicíně má dva významy – jednak jako nauka o rozpoznávání chorob (metody rozpoznávání chorob) a jednak jako soubor aktivit, které se uskutečňují za účelem vlastního rozpoznávání chorob.
- Diagnóza je odborný název, slovní označení diagnostikované choroby.
- Diagnóza je výsledkem diagnostiky

Předmět

- Předmětem spec.-ped. diagnostiky je vymezení konkrétního charakteru postižení nebo narušení jedince, jako i možnost výchovy a vychovatelnosti, vzdělání a vzdělavatelnosti
- Vyjdeme-li z vlastní etymologie slova, pak DIA (z řečtiny) signalizuje jak odděleně, tak i hluboko, GNOSIA pak znamená poznání, tedy: hluboké poznání (diagnosia).
- Termín diagnostika (diagnóza) byl původně pouze medicínský termín, postupně však prosákl i do dalších vědních oblastí a dnes hovoříme přinejmenším o diagnóze (ve smyslu produktu) či diagnostice (jakožto procesu):
 - lékařské (tvořící východisko pro terapii);
 - psychologické (tzv. psychodiagnostice), která se snaží určit specifika jedince v oblasti psychických jevů;
 - sociologické – zaměřené na rozpoznávání sociálních faktorů podílejících se na formování individua (především takových institutů, jako je rodina, parta, skupina, třída, kolektiv);
 - speciálně-pedagogické, která se zaměřuje na diagnostikování podmínek, průběhu a výsledků edukace, v případě speciální pedagogiky i enkulturace či sociální terapie osob se zdravotním postižením.

Speciálně pedagogická diagnostika a diagnóza

- Vašek (1974) označil spec.ped.dg za nástroj, pomocí něhož lze rozpoznat druh, stupeň a vliv postižení na vychovatelnost a vzdělavatelnost jedince.
- Spec.ped.dg. chápe autor jako dynamický proces, jako cílevědomou činnost, výsledkem které
- má být diagnóza.
- významné interindividuální rozdíly, které se týkají úrovně jejich výchovy a vzdělávání.

Teoretické vymezení SPD

- Speciálněpedagogická diagnostika je součástí oboru speciální pedagogiky
- **Komplexní proces**
 - Poznávání osobnosti ve všech jejích složkách, vzájemných vztazích a souvislostech
 - Stále více se zdůrazňuje komplexní přístup – spolupráce odborníků, rodiny, školy, přátel atd.
 - V komplexním diagnostickém přístupu má své místo i speciálně pedagogické odborné vyšetření, prováděné odborníky v PPP nebo speciálně pedagogických centrech
- Týká se zdravotně znevýhodněných a postižených jedinců, jeho osobnosti, možností jeho výchovy a vzdělávání
- Zabývá se dosavadním vývojem jedince a snaží se zjistit příčiny možných vývojových odchylek s ohledem na jeho další rozvoj a uplatnění
- Je základní podmínkou realizace speciálně pedagogické podpory, která vychází právě z výsledků specped. diagnostiky a současně ve svém průběhu vede k zpřesňování diagnózy
- Vždy by měla být orientována pozitivně – vyhledávání využitelných možností dalšího rozvoje, ze kterých lze vycházet např. při tvoření IVP
- Nemusí být vždy nutně stanovená diagnóza – důležitým výstupem je např. dílčí hodnocení nebo prognóza dalšího vývoje
- Časté diagnostické metody: anamnéza, pozorování, rozhovor, dotazník, analýzy výsledků činností, přístrojové metody...

Cíle SPD

- Nejdokonalejší poznání člověka s postižením
- Získání informací o osobnosti jedince, jeho možnostech v oblasti výchovy a vzdělání a o prostředí v němž dotyčný žije
- Diagnostika je tedy poznávací proces, jehož cílem je získat o diagnostikovaném objektu nebo jevu co nejhlubší a nejkomplexnější poznatky, které napomáhají formulovat závěry v souhrnném konstatování – diagnóze.

Využití SPD

- **Depistáž** – včasné rozpoznání a odhalení defektu a zahájení péče
- Cílevědomé plánování procesu spec. výchovy (individuální přístup)
- Zajišťování didaktické a výchovné efektivity
- Zjišťování předpokladů pro sociální uplatnění

Důležité oblasti při SPD:

- Motorika (HM, JM, oční pohyby, artikulace, grafomotorika...)
- Percepce (taktilní, kinestetická, zraková, rytmická...)
- Verbální a neverbální komunikace
- Rozumové schopnosti
- Lateralita
- Prostorová a časová orientace
- Sociální faktory (rodinné zázemí, školní prostředí...)
- Tělesné a psychické charakteristiky
- Chování
- Úroveň schopností a dovedností

Z pohledu školního vzdělávání dětí se SVP má velký význam diagnostika školní zralosti a školní připravenosti.

Speciálně-pedagogická diagnostika se zabývá získáváním poznatků o osobě s postižením.

- Místo speciálně-pedagogické diagnostiky v systému speciálně-pedagogických věd určuje metodologie
- Metodologie je nauka o způsobu vědeckého poznávání
- Speciálně-pedagogická diagnostika neusiluje primárně hledat zákonitosti spec.-ped. jevů, ale poznávat individuální osobnosti postižených nebo narušených jedinců

Výzkum/diagnostika

- Výzkum získává všeobecně platné poznatky
- Diagnostika usiluje ve své aplikační sféře o poznatky týkající se jedince
- V procesu diagnostiky, jako i při interpretaci jí získaných dat, je nutný systémový přístup

V procesu spec.-ped. diagnostiky je nutné zjišťovat:

- Jak se diagnostikovaný jedinec (jako systém) vyrovnal se svým postižením
- Jak existence jeho postižení ovlivnila charakter jeho nadřazeného sociálního systému, kterého je součástí (hl. rodina)
- Jak tento změněný sociální systém zpětně působí na něho

- Jak se uvedené faktory odrážejí ve vzájemné komunikaci participujících systémů
- Diagnostika je tedy poznávací proces, jehož cílem je získat o diagnostikovaném objektu nebo jevu co nejhlubší a nejkompexnější poznatky, které napomáhají formulovat závěry v souhrnném konstatování – diagnóze.

Komplexní diagnostika a diagnóza – participující účastníci

Přestože diagnostika dítěte se zdravotním postižením vyžaduje komplexní týmovou spolupráci odborníků (lékař, psycholog, sociální pracovník, speciální pedagog), je v tomto směru (máme na mysli speciální pedagogiku) nejfrekventovanějším tandemem spojení psycholog – speciální pedagog, a dochází tudíž k prolínání i vzájemnému doplňování psychologické a speciálněpedagogické diagnostiky. Proto je někdy obtížné stanovit míru podílu speciálního pedagoga a psychologa na výsledném produktu diagnostiky – diagnóze.

- Člověk je harmonické spojení psychických, biologických i sociálních faktorů a je zřejmé, že objektivní pohled na jedince může vzniknout jen jako výsledek komplexního interdisciplinárního přístupu ze všech uvedených aspektů.
- Diagnostika postiženého jedince by měla být tedy především týmová spolupráce na níž se podílí lékař, psycholog, speciální pedagog, sociální pracovník, případně i další odborníci.
- Košč (1983) uvádí, že výsledky lékařské diagnostiky tvoří bázi pro psychologickou diagnostiku a obě představují výchozí poznatky pro speciálně pedagogickou diagnostiku.
- I když např. při poruchách učení se vychází ze zjištění pedagoga, přičemž psychologické pozadí upřesňuje psycholog a medicínské lékař.
- Z hlediska celostního chápání člověka je tedy nevyhnutelné, aby se aktivity zacílené na jeho poznání realizovaly komplexně – z aspektu biologického (lékař), psychologického (psycholog) a sociálního (speciální pedagog a sociální pracovník).
- Zjištění lékaře a psychologa jsou pro spec. pedagoga důležité pro formulování jeho vlastních závěrů, opírajících se o výsledky jeho vlastního vyšetření.
- Podmínkou týmového přístupu je dostatečná informovanost i dostačující poznatky každého zúčastněného odborníka ze všech participujících oborů.
- Psychologická, lékařská i sociální diagnostika má význam pro speciálního pedagoga jen v případě, že ji plně rozumí a je způsobilý ji adekvátně interpretovat ve výchově a vzdělávání.
- Platí to samozřejmě i obráceně

Slowík – Speciální pedagogika (2007)

Přinosilová – Diagnostika ve speciální pedagogice (2007)

Speciálněpedagogická diagnostika (prof. PaedDr. Milan Valenta, Ph.D.) - <https://uss.upol.cz/wp-content/uploads/2020/05/SP-diagnostika.pdf>

https://is.muni.cz/el/ped/podzim2017/SPc308/Materialy_sp.p.diagnostika.pdf

2. Typy zdravotního postižení u dětí. Charakteristika dopadu na vývoj dítěte.

Tělesné postižení

- poruchy nervového, pohybového a nosného ústrojí, jestliže se projevuje narušenou hybností a jestliže člověka omezuje v účasti na jeho přirozených životních aktivitách
- skupina vrozených TP- genetické poruchy a prenatálně se vyvíjející patologie (např. vrozené vývojové vady jakou jsou rozštěpy páteře nebo malformace končetin).
- získaná TP- postižení získaná po úraze (např. pouřazové amputace, úrazy mozku nebo páteře) nebo po nemoci (např. hemiparéza po cévní mozkové příhodě nebo tělesná postižení po různých degenerativních poruchách).
- TP lze také klasifikovat na:
 - obrny /centrální a periferní)
 - deformace (získané tělesné deformity, např. v důsledku skoliózy),
 - amputace
 - malformace (vrozené tělesné deformity.)

Dopady:

Každé tělesné postižení a vážné onemocnění ovlivňuje a narušuje člověka jak po stránce fyzické, tak i psychické. Postižený nebo dlouhodobě nemocný člověk ztrácí (více či méně to určuje charakter postižení a vážnost nemoci) možnost žít bez omezení a naplno. Postižení a nemoc s sebou přináší řadu negativních prožitků jako bolest, strach i obavy o budoucnost a zasahuje nejen člověka samotného, ale i jeho rodinu a přátele. U malých dětí je vliv tělesného postižení a nemoci prokazatelně velký. Tělesné postižení, ale i vážné onemocnění postihuje žáka v celé jeho osobnosti. Proto je velmi důležitý individuální přístup, který zohledňuje schopnosti a potřeby dítěte. Žáci s tělesným postižením a chronickým onemocněním se většinou vzdělávají, pokud nemoc není spojena s jiným, těžším postižením, v běžném typu základní školy. Je tedy důležité zvolit správné postupy edukace žáka a vždy přihlídnout k jeho zdravotnímu a psychickému stavu. Je nutné si uvědomovat, že nemoc postihuje žáka komplexně ve všech jeho osobnostních složkách, a je tedy nutné volit speciální postupy pro jeho vzdělávání.

Mezi nejčastěji narušené základní funkce u žáka s tělesným postižením patří:

- Oblast hmatového vnímání.
- Hodnocení polohy vlastního těla a orientace v tělovém schématu.
- Orientace v prostoru, hodnocení vzdáleností, polohy a pořadí předmětů, plánování přiměřeného pohybu.
- Schopnost získávat informace zrakovým pozorováním.
- Poruchy zrakového vnímání v důsledku motorické poruchy.
- Poruchy sledování pohybujících se předmětů.
- Poruchy zrakové analýzy složitějších podnětů.
- Poruchy doplňování a anticipace tvarů.
- Selektivní zraková pozornost.

Mentální postižení

- pojem užívaný v pedagogické dokumentaci, a který zahrnuje a orientačně označuje všechny jedince s IQ pod 85
- mentální postižení má širší rozsah a používáme ho jako zastřešující termín pro snížení inteligence na rozličném etiologickém podkladě
- je širší a zastřešující pojem zahrnující kromě MR i takové hraniční pásmo kognitivně-sociální disability (omezení), které znevýhodňuje klienta především při vzdělávání na běžném typu škol a aplikuje vyrovnávací či podpůrná opatření edukativního charakteru (Valenta).
- MP - není diagnóza ale zobecňující pojem

Vymezení mentální retardace (WHO):

- Mentální retardaci lze definovat jako vývojovou duševní poruchu se sníženou inteligencí demonstrující se především snížením kognitivních, řečových, pohybových a sociálních schopností s prenatální, perinatální i postnatální etiologií
- K diagnostikování MR nestačí pouze kvocientu (pod 70 IQ), ale zhodnocení dalších aspektů osobnosti i to, jak jedinec selhává ve většině sociálních situací

Etiologie - hlediska:

- dědičnost
- vliv prostředí

Klasifikace

- dle hloubky postižení (IQ) - MKN - 10. revize:
 - Lehká mentální retardace - 50-69 IQ
 - Středně těžká mentální retardace - 35-49 IQ
 - Těžká mentální retardace - 20-34 IQ
 - Hluboká mentální retardace - 0-19 IQ

Dopady:

Osobnostní specifika se mohou vyskytovat v nejrůznější míře či pořadí, stejně jako mohou u konkrétní osoby s mentálním postižením zcela absentovat a vůbec se nevyskytovat. Jedná se o zvýšenou závislost na rodičích, infantilnost osobnosti (dětinský, zaostalý), zvýšenou úzkostlivost, sugestibilitu a rigiditu chování, opoždění psychosexuálního vývoje, nerovnováhu aspirace a výkonu, problémy v komunikaci, sníženou přizpůsobivost sociálním a školním požadavkům. V literatuře jsou zmiňována také další osobnostní specifika jako impulzivita, hyperaktivita nebo hypoaktivita, citová vzrušivost, zpomalená chápavost, ulpívání na detailech, malá srovnávací schopnost, snížená mechanická a logická paměť, tékavá pozornost.

Smyslová percepce

- Zpomalenost a snížený rozsah zrakového vnímání. Zvláště silně je porušena diskriminace figury a pozadí
- Nedostatečné prostorové vnímání (porucha hloubky vnímání).
- Nedokonalé vnímání času a prostoru.

Myšlení – konkrétní, zpomalený pojmotvorný proces, řeč obsahově chudší

Paměť - vše nové osvojují pomalu až po mnohačetném opakování. Naučené rychle zapomínají a paměťové stopy si vybavují nepřesně, vědomosti neumí včas uplatnit v praxi.

Pozornost - vykazuje nízký rozsah sledovaného pole, nestálost a snadnou unavitelnost, sníženou schopnost rozdělit se na více činností, ulpívání na představách. Žák s mentálním postižením je schopen udržet pozornost mnohem kratší dobu než jeho intaktní („nepostižený“) vrstevník.

Po soustředění musí následovat relaxace, což je důležitý poznatek z hlediska strukturování vyučovací jednotky.

Zrakové postižení

Osoba se zrakovým postižením = jedinec, který i po optimální korekci – medikamentózní, chirurgické, brýlové apod. má problémy v běžném životě se získáváním a zpracováváním informací zrakovou cestou

Klasifikace ZP z pohledu speciálněpedagogické praxe

- Osoby nevidomé
- Osoby se zbytky zraku
- Osoby slabozraké
- Osoby s poruchami binokulárního vidění

Dopady:

Žáci je většinou neradi přiznávají a někdy je neumějí „přiznat“, protože žáci s potížemi od raného věku nevědí, jak mají „správně vidět“. Dále popisované problémy se zrakovým vnímáním ve školním prostředí platí nejen pro poruchy binokulárního vidění, ale i pro všechny žáky se zrakovým postižením.

Větší či menší problémy se zrakovým vnímáním u žáků se zrakovým postižením se projevují ve všech vzdělávacích oblastech i vzdělávacích oborech. Kromě čtení, psaní a počítání jsou obtížné činnosti jako práce s mapou, drobné manuální činnosti, prohlížení přírodnin, využití přehledových tabulí na stěně učebny, orientace a činnost v tělocvičně a mnoho dalších. Specifické problémy se objevují u žáků, kteří při vzdělávání zrak používat vůbec nemohou.

Důsledky zrakového postižení, ale i možnosti realizace těchto osob v běžném životě:

- horší orientace a získávání informací
- už malé dítě je potřeba naučit rozeznávat nebezpečí, aby poznalo, kdy hoří, plyn a podobně. také různé chutě, co je nebezpečné jíst apod.
- všechny předměty na stejném místě, nepřehazovat je
- doma může být orientace v začátcích pomocí provázku.
- zrakově postižení také naráží na nepochopení ze strany zaměstnavatelů, kteří je nechtějí zaměstnat
- řeč a komunikace – problémy při rozeznávání předmětů
- omezené myšlení – omezené díky méně zkušenostem

Sluchové postižení

- diagnostický moment – obd. 7. měsíce (SP dítě kolem 17-26 týdne života výrazně omezuje až zastavuje žvatlání - čímž se velice odlišuje od slyšících dětí, u kterých se právě v této době žvatlání naopak velmi silně rozvíjí na základě napodobování řeči)

Sluchové vady dělíme:

PODLE MÍSTA VZNIKU

Vady periferní

- Převodní vady sluchu – je poškozeno zevní nebo střední ucho. Bývá narušeno slyšení hlubokých tónů, jedinec s postižením slyší hlasitou řeč i šepot, avšak intenzita slyšené řeči a okolních zvuků je menší.
- Percepční vady sluchu – poškozeno je vnitřní ucho nebo sluchový nerv a narušeno bývá slyšení vysokých tónů.
- Smíšené vady sluchu

Vady centrální

Tyto vady postihují podkorový a korový systém sluchových drah a způsobují značné komplikace v porozumění řeči, zatímco vnímání čistých zvuků není narušeno. Jedinec není schopen dekodovat obsah sdělení.

PODLE DOBY VZNIKU

Vrozené vady sluchu – jsou všechny vady vzniklé před narozením jedince, a to buď na podkladě genetickém, nebo negenetickém.

Získané vady sluchu – jsou vady sluchu vzniklé v období perinatálním – v průběhu porodu či krátce po něm nebo v období postnatálním – po narození.

- Prelingvální – vznikly před ukončením vývoje řeči (okolo 7 let věku).
- Postlingvální – dochází k nim po ukončení vývoje řeči.

PODLE STUPNĚ POSTIŽENÍ

Podle Světové zdravotnické organizace (WHO) se sluchové vady dělí do několika stupňů podle naměřené kvantity slyšeného (v decibelech):

- žádná porucha či vada (0–25 dB);
- lehká porucha či vada (26–40 dB);
- střední porucha či vada (41–60 dB);
- těžká porucha či vada (61–80 dB);
- velmi těžká porucha či vada zahrnující hluchotu (81 dB a více).

Dopady:

Sluchové postižení zásadně ovlivňuje kvantitu i kvalitu přijímaných informací. Stupeň sluchové vady sehrává velmi důležitou úlohu při osvojování komunikativních kompetencí. Pro dosažení vzdělávacího maxima žáka je nezbytné, aby mělo dítě od nejútlejšího dětství nastaven vhodný komunikační kanál podle jeho individuálních možností. V předškolním věku se klade důraz na rozvoj sluchového a zrakového vnímání a mluvené řeči, popřípadě na rozvoj komunikačních dovedností ve znakovém jazyce. Včasné zahájení sluchové rehabilitace pomocí kompenzačních pomůcek a intenzivní logopedická péče do značné míry ovlivňují úspěšnost dalšího vzdělávání. Proto je nezbytné poskytovat potřebná podpůrná opatření již v mateřské škole.

Poruchy autistického spektra

PAS je vývojová porucha, která se projevuje neschopností komunikovat a navazovat kontakty s okolím. Jedinec s PAS obtížně vyjadřuje svá přání, potřeby a nechápe proč mu ostatní nerozumějí. Uzavírá se do vlastního světa a projevuje se jako extrémně osamělá bytost.

- Dětský autismus
- Atypický autismus
- Rettův syndrom
- Jiná dezintegrační porucha v dětství
- Hyperaktivní porucha s mentální retardací a stereotypními pohyby
- Aspergerův syndrom (neporušena inteligence, dobře rozvinutá řeč)

Specifické symptomy (diagnostická triáda): porucha sociální interakce, komunikace, abnormality v chování, zájmech a hře

Nespecifické symptomy: opoždění motorického vývoje, motorické stereotypy: symetrické plácání oběma rukama, třepání prsty jedné či obou rukou, kolébání tělem, potřásání hlavou, pohupování, změna emoční reaktivity, výbuchy zlosti a úzkosti, adaptabilita na změněné prostředí, problémy se spánkem, problémy s příjmem potravy, problémy v chování

Dopady:

Počátky uvedené poruchy se většinou projeví v raném dětství, avšak někdy se symptomy mohou projevit až později, ve chvíli, kdy jsou na dítě kladeny sociálně komunikační požadavky, kterým nerozumí a nedokáže na ně přiměřeně reagovat. Projevy jsou natolik výrazné, že jedince omezují v rovině osobní, rodinné, sociální a vzdělávací.

- Již v předškolním věku lze sledovat potíže dětí s PAS se zapojením do kolektivu vrstevníků
- Obecně mají tito žáci problém s funkčním používáním řeči
- U žáků s PAS se často projevuje snížená flexibilita myšlení a konání, schopnost plánovat, přizpůsobit se změnám i požadavkům
- Žáci s PAS mají omezenou schopnost empatie, hůře vnímají potřeby druhých lidí, což má za důsledek sebestředné chování, často doprovázené nevhodnými komentáři

Kombinované postižení

- Kombinace dvou a více druhů postižení u jednoho jedince (Ludíková)
- další označení:
 - o vícenásobné/vícečetné postižení, kombinované postižení
 - o multiple disability - vícenásobné omezení - v ČR se nepoužívá

ETIOLOGIE

Etiologie nejde jednoznačně určit, protože se může jednat o kombinaci několika faktorů. Možné příčiny kombinované postižení může rozdělit do 3 období

- prenatální období (nejtěžší a nejzávažnější): genetika, intoxikace matky a plodu, infekční onemocnění
- perinatální období: hypoxie (nedostatek kyslíku), nedonošenost, žloutenka
- postnatální období: infekční onemocnění mozku, traumata, nádory na mozku a další

KLASIFIKACE

mnoho různých klasifikací:

- podle doby vzniku: vrozené/získané
- podle stupně postižení: lehké, střední a těžké
- syndromální (downův syndrom, usherův syndrom aj.) a nesyndromální (dmo, epilepsie)
- klasifikace podle Vaška
 - o mentální postižení v kombinaci s jiným
 - o duální smyslové postižení – nejčastěji hluchoslepota
 - o poruchy chování v kombinaci s jiným postižením

Dopady nelze zobecnit, záleží na kombinaci zdravotního postižení.

Katalogy podpůrných opatření - <http://katalogpo.upol.cz/obecna-cast/uvod-4/>

3. Význam včasné diagnostiky a intervence u dětí se zdravotním postižením?

Zdroj: Speciálně pedagogická diagnostika z hlediska vývoje dětí, Lili Monatová

Včasná diagnostika a intervence u dětí se zdravotním postižením mají klíčový význam pro jejich rozvoj, vzdělávání a celkovou kvalitu života. Tento přístup přináší řadu výhod, jak pro samotné děti, tak pro jejich rodiny a širší společnost.

Proč je včasná diagnostika a intervence tak důležitá:

1. Maximalizace rozvojového potenciálu

- **Rané intervence** mohou pomoci identifikovat problémy co nejdříve a zahájit cílenou podporu, která může podpořit optimální rozvoj dítěte. Děti se zdravotním postižením, které mají přístup k včasné intervenční péči, mohou dosáhnout lepších výsledků v oblasti motorických, kognitivních, jazykových a sociálních dovedností.
- Včasné intervence mohou také pomoci dětem lépe se přizpůsobit běžnému vzdělávacímu prostředí a zlepšit jejich šance na inkluzivní vzdělávání.

2. Zamezení nebo minimalizace sekundárních problémů

- Bez včasné diagnostiky a intervence mohou problémy, které nejsou okamžitě řešeny, vést k dalším komplikacím. Například u dětí s opožděným vývojem nebo specifickými poruchami učení může nedostatek včasné podpory vést k většímu stresu, frustraci, nízkému sebevědomí, nebo dokonce k rozvoji dalších psychických problémů (např. deprese, úzkost).
- **Včasná intervence** pomáhá předcházet těmto sekundárním problémům tím, že dítě dostane potřebnou podporu již v raném věku, což umožňuje lepší rozvoj emoční a psychické odolnosti.

3. Zlepšení výsledků vzdělávání

- Včasná diagnostika umožňuje identifikovat specifické potřeby dítěte (např. v oblasti řeči, pohybu, kognice, emocí nebo chování) a přizpůsobit výuku těmto potřebám. Tímto způsobem se dětem poskytují vhodné vzdělávací strategie, pomůcky a materiály, které podporují jejich úspěšné zapojení do vzdělávacího procesu.
- Děti, které jsou diagnostikovány včas, mohou mít větší šanci na začlenění do běžných školních tříd nebo na využívání podpůrných služeb, které jim pomohou vyrovnat se s výzvami spojenými s jejich postižením.

4. Podpora rodičů a rodiny

- Včasná diagnostika také poskytuje rodičům a rodinám důležité informace o potřebách jejich dítěte. To rodičům umožňuje lépe porozumět tomu, jak mohou podpořit vývoj dítěte doma, a dává jim nástroje, jak zvládat každodenní výzvy spojené s výchovou dítěte se zdravotním postižením.
- Rodiče, kteří mají jasnější představu o tom, co jejich dítě potřebuje, mohou lépe spolupracovat s odborníky, což vede k efektivnějšímu přístupu k péči a podpoře.

5. Zlepšení kvality života dítěte

- **Včasná intervence** poskytuje dítěti lepší šanci na plnohodnotný život. Pomáhá mu rozvíjet dovednosti, které mohou zlepšit jeho schopnost vykonávat každodenní činnosti a přizpůsobit se požadavkům školního a sociálního prostředí.
- Podporou v raném věku lze snížit vliv postižení na celkové fungování dítěte, což vede k lepší kvalitě života nejen pro dítě samotné, ale i pro jeho rodinu.

6. Podpora inkluze a začleňování do společnosti

- Včasná intervence podporuje **inkluzivní vzdělávání**, což znamená, že dítě se zdravotním postižením má lepší šance na integraci do běžného vzdělávacího prostředí a společenského života. Když jsou specifické potřeby dítěte zohledněny již v raném věku, je možné přizpůsobit metody a prostředí tak, aby dítě mohlo plně využívat svůj potenciál a zúčastnit se na rovnocenném základě s ostatními dětmi.
- Intervence v raném věku pomáhají rozvíjet sociální dovednosti dítěte, což usnadňuje jeho začlenění do kolektivu a zlepšuje jeho schopnost navazovat vztahy.

7. Vytváření individuálních vzdělávacích plánů

- Včasná diagnostika umožňuje vytvoření **individuálních vzdělávacích plánů (IVP)**, které jsou přizpůsobeny specifickým potřebám dítěte. Tyto plány zahrnují konkrétní cíle, metody a podporu, kterou dítě potřebuje, aby se mohlo rozvíjet a učit co nejefektivněji.
- IVP pomáhá učitelům, terapeutům a rodičům pracovat společně na dosažení stanovených cílů, což má zásadní význam pro úspěch dítěte v průběhu vzdělávacího procesu.

8. Efektivní využívání dostupných zdrojů

- **Včasná intervence** také znamená, že jsou efektivněji využívány dostupné zdroje, jako jsou podpůrné služby, odborníci, asistenti pedagoga a další pomocníci. Rané zapojení těchto služeb znamená, že dítě může získat potřebnou pomoc co nejdříve, což zvyšuje šance na dosažení pozitivních výsledků.

Včasná diagnostika a intervence tedy nejen zajišťují optimální vývoj dětí se zdravotním postižením, ale rovněž pomáhají předcházet problémům, které by mohly vzniknout v pozdějším věku. Pomáhají dětem, rodinám i odborníkům poskytovat cílenou, efektivní a kvalitní podporu, což přispívá k plnému zapojení dítěte do společnosti a zajištění lepšího života.

Význam intervence a podpory dětí v raném věku

Zdroj: Raná podpora a intervence u dětí se zdravotním postižením, D. Opatřilová, Z. Nováková

Důležitý faktor – **včasnost**, na zahájení terapie či služby **Rané péče x Pedagogicko- poradenské služby**

Plasticita centrálního nervového systému

- Plasticita CNS má význam pro terapeutická a pedagogická opatření ve smyslu prevence rozvinutí poruchy nebo postižení.
- Plasticita – možnost formovat a měnit mozek, modifikovat jeho funkce/ adaptovat se na určité podněty
- Mozek řídí naše chování pomocí funkčních systémů. Jejich činnost je částečně podchycena už před narozením (př. ultrazvukem). Po narození dítěte jsou dále podrobně analyzovány pomocí polygrafických šetření a na základě pozorování chování matka- dítě.
- Plasticita je základní vlastností nervového systému. Závisí ale na určitých předpokladech a má svoje hranice. Poznatky o plasticitě mozku mohou pomoci při plánování a realizaci pedagogických a terapeutických opatření. Terapie má zohlednit specifické potřeby jednotlivého dítěte, stejně jako jeho okolí.

Včasná intervence

- **Včasná intervence** (raná péče, raná podpora) je systém služeb a programů, poskytovaných dětem ohroženým v sociální, biologickém a psychickém vývoji, dětem se zdravotním postižením a jejich rodinám s cílem předcházet postižení, eliminovat nebo zmírnit jeho následky a poskytnout rodině i dítěti možnost sociální integrace
- Nejčasnější péče a podpora dítěte s postižením spočívají ve zmírnění či eliminaci vznikajícího postižení, jsou dány zvláštní účinností rané stimulace, včasných zkušeností získaných z nejranějších edukativních procesů, působící na dětský mozek.
- Mozek malého dítěte je schopen ve velkém rozsahu regenerace a kompenzace vzniklých poškození. Tento rozvoj je závislý na včasných sociálních interakcích – edukativních procesech.
- Služby rané péče se poskytují od zjištění rizika či postižení, aby zvyšovaly vývojovou úroveň dítěte v oblastech, které jsou ohroženy, do nástupu do některého typu školského zařízení.
- **Raná podpora** = všechna opatření (intervence, aktivity, spec. edukace) odborně použita, sloužící ke zlepšení organických funkcí, vybudování přiměřených způsobů chování a k vývoji osobnosti. Ve zdravotnictví se hovoří o včasné terapii. (př. fyzioterapie, medikace)

Resilience v dětském věku – významný faktor pro ranou podporu

- Resilience se vyvíjí ze střetu nepříznivých a životně specifických podmínek ve vztahu k ochranným faktorům, na které může dítě dosáhnout v interakci s prostředím.
- Zahrnuje dynamický proces mezi dítětem a prostředím
- Ochranné faktory/ resilienní faktory
 1. **Personální zdroje** – dítě
 - Pozitivní vlastnosti temperamentu, které vyvolávají pozornost a náklonost u pečující osoby (př. otevřené, komunikativní, aktivní dítě)
 - Pocit bezpečí a z toho plynoucí radost ze zkoumání
 - Schopnost řešit problémy
 - Získávání vlastních zkušeností
 - Sebehodnocení
 2. **Sociální zdroje** – uvnitř a vně rodiny
 - Stabilní emocionální vztah k jedné z pečujících osob, důvěra a autonomie

- Emocionálně pozitivní a podporující klima výchovy
 - Rodinná soudržnost
 - Modely pozitivního zvládání dané situace
 - Osoby mimo úzký okruh rodiny
 - Pozitivní zkušenosti s MŠ a školou
- Resilienci se třeba podporovat ve třech úrovních:
 - U samotného dítěte
 - V jeho bezprostředním okolí (rodina)
 - V jeho širším sociálním prostředí

Speciálně pedagogická diagnostika v raném věku

Diagnostika ve spec. ped. je poznávacím procesem komplexní charakteru, obsahující:

- **Diagnostika lékařská**
 - Lékař či jiný odborník na základě odborných vyšetření stanoví přesnou diagnózu a pojmenuje příznaky, problémy a projevy jedince
 - Na základě vyšetření navrhne léčebný postup
 - Navazuje na diagnostiku perinatální
- **Diagnostika psychologická**
 - Určuje stupeň vývoje, možné odchylky od věkové normy
- **Diagnostika sociální**
 - Cíl je zhodnotit a posoudit vliv sociálního prostředí (postojů vztahů, výchovy) na utváření osobnosti jedince se ZP
 - U dětí raného věku je to okruh rodiny, širší rodina, prostředí co dítě navštěvuje (stacionář, RP, SPC)
- **Diagnostika speciálně pedagogická**
 - Zaměřena na zjištění aktuální úroveň dítěte. Sleduje omezené kompetence, tak také zachované.
 - Hlavní oblasti u dítěte raného věku: motorika (H, J, oromotorika, začátek grafomotoriky), úroveň sebeobsluhy, komunikační a rozumové schopnosti, citový a sociální vývoj

Diagnostika by měla být realizována v přirozeném prostředí dítěte, požadavky na dítě kladeny v rámci jeho úrovně mentálního vývoje s druhem ZP a respektovat individualitu dítěte

V raném věku považujeme za diagnosticky **nejvýznamnější oblasti**:

- ✓ Úroveň pohybových dovedností a manipulace s předměty
- ✓ Povědomí o jednoduchých vztazích a souvislostech mezi předměty a jejich vlastnostmi
- ✓ Rozvoj učení formou napodoby
- ✓ Úroveň samostatnosti při různých činnostech
- ✓ Specifika hry (zlatý věk hry v předškolním věku)
- ✓ Počátky tvořivosti
- ✓ Úroveň komunikačních schopností
- ✓ Emoční projevy dítěte

- ✓ Úroveň vývoje volní složky
- ✓ Kvalita schopnosti adaptace
- ✓ Úroveň sociálních vztahů

METODY diagnostiky v raném věku:

- Pozorování
- Rozhovor
- Anamnéza
- Analýza produktů činností
- Testové metody – vývojové škály

Dynamická diagnostika

- Dynamická diagnostika je kombinace diagnostiky a intervence
- Dynamická diagnostika se nezaměřuje na výsledek, ale proces
- Nezajímá nás aktuální úroveň žáka, ale jaký je jeho potenciál, co vše může zvládnout
- Během zadávání testu dítěti poskytujeme podporu či pomůcky a na základě toho zjistíme, co potřebuje k tomu, aby byl schopný test vyřešit → základ pro stanovení PO

Nejdůležitější charakteristiky využití dynamického vyšetření

- Méně nás zajímá výsledek či odpověď na otázku, ale chceme vědět, **jak žák dospěl k řešení, proč se domnívá, že příslušná odpověď je správná, jaký postup při řešení úkolu využil)**
- Vždy přizpůsobujeme proces individuálním potřebám žáka s TP, což pochopitelně mnohdy vede k výraznému prodloužení diagnostické práce
- Identifikujeme oslabené funkce a zároveň vymežíme jeho silné stránky, na nichž lze při dalším učení i intervenci stavět
- Cílem je definovat krátkodobé i dlouhodobé cíle pro učitele, vychovatele i žáka.
- Pro účely dynamického vyšetření využít i nástroje a pomůcky, které primárně vůbec nejsou pokládány za diagnostické, což je pro žáky s TP, kteří mají problémy s úchopem, jemnou motorikou, grafomotorikou a řečí obzvlášť vhodné.

Tradiční způsob práce při dynamickém vyšetření je členěn do tří etap:

- Nejprve zadáme žákovi úkol a sledujeme, jak ho dokáže vyřešit, kam až dokáže samostatně dojít – **pretest**.
- Když se mu přestane dařit a neví si rady, přejdeme k fázi **intervence** neboli společnému učení. Upozorníme na vhodné postupy práce, říkáme si, proč je výhodné postupovat určitým způsobem. V této fázi dbáme na to, aby žák byl maximálně aktivní, aby hledal odpovědi na otázky, přemýšlel o postupech práce.
- Následuje třetí fáze, v níž zadáme žákovi stejný nebo velmi podobný úkol jako v pretestu a sledujeme, jaké nastaly v důsledku předchozí společné práce pokroky v jeho přemýšlení a způsobech řešení úkolu – **posttest**.

Odlišnost dynamického a statického vyšetření

Liší se v 5 oblastech:

1. **Cíl vyšetření** → dynamické vyšetření zjišťuje **potenciál** jedince **X** statické vyšetření se zajímá **o stávající úroveň**
2. **Nástroje** → v dynamické diagnostice nepoužíváme standardizované nástroje
3. **Způsob interakce v průběhu vyšetření** → při dynamické diagnostice se ptáme, jak vyšetřovaný dospěl ke svým závěrům **X** při standardizovaném vyšetření se ptáme pouze na ty otázky, které jsou dány v manuálu
4. **Interpretace výsledků** → při **dynamickém vyšetření** analyzujeme správné odpovědi i chyby, kterých se žák dopustil; zajímá nás, co ho vedlo k volbě odpovědi žák **X** při **standardizovaném** vyšetření výsledky interpretujeme v souladu s manuálem

Nevýhody dynamické diagnostiky

- Nepopiratelnou nevýhodou dynamického vyšetření jsou **nároky na dobu trvání vyšetření**
- Časově a finančně náročné vzdělávání diagnostika → znalost veškerých teoretických východisek, na nichž dynamické vyšetření staví

V současné době je v ČR k dispozici jediná diagnostická baterie založená na principech dynamického vyšetření → **Dynamická diagnostika kognitivních funkcí u dětí (ACSF)**

Dynamická diagnostika kognitivních funkcí u dětí (ACSF)

- Autorka C. Lidz
- Metoda je určena dětem předškolního věku, ale možno i u starších dětí
- Sleduje úroveň i potenciál rozvoje schopnosti kategorizace (třídění informací), sluchové paměti, zrakové paměti, seriality
- Její užití je doporučováno u dětí se SVP, včetně dětí s MP
- Velmi se osvědčilo využití v procesu diagnostiky školní zralosti

Dynamické testování potenciálu učení (LPAD)

- Autorem metody je R. Feuerstein
- Zaměřené na zjišťování a rozvíjení učebního potenciálu jedince
- Metoda je založena na stimulaci kognitivního rozvoje, který umožní dítěti školní, sociální a osobnostní růst. Jedná se o nejpropracovanější systém pro rozvoj dovedností myslet a učit se
- Baterie LPAD – Standard v současnosti obsahuje 11 nástrojů, které Falik & Feuerstein (2005) rozdělují do tří kategorií podle hlavního zaměření:
 - Nástroje zaměřené na vizuálně-motorickou a percepční organizaci
 - Nástroje zaměřené na paměť se znalostní částí
 - Nástroje vyžadující vyšší kognitivní procesy a mentální operace:
- **Historické souvislosti:** LPAD vzniklo původně jako soubor diagnostických pomůcek k hodnocení učebních předpokladů dětí, které po 2. světové válce imigrovaly do Izraele. Kulturní a sociální odlišnosti těchto dětí značně komplikovaly jejich adaptaci na vzdělávací systém Izraele. Profesor Feuerstein ale věřil, že každý si zaslouží šanci uspět. Proto se snažil dozvědět víc o předpokladech dětí učit se.

Dále v ČR existuje několik odborníků, kteří absolvovali kurz **Davidu Tzuriela**. Který se konal poprvé v květnu 2014, a seznámili se s jeho nástroji dynamické dg. využitelné pro děti předškolního věku i

pro žáky 1. stupně. Pro účely dynamické diagnostiky se také často používá **Rey-Osterriethova komplexní figura (TKF)** nebo **Ravenovy matice**.

Výchozí teorie pro dynamickou diagnostiku

- Mezi klíčová východiska dynamického vyšetření patří teorie L. S. Vygotského

L.S. Vygotskij – Zóna nejbližšího vývoje

- Vygotskij upozorňoval na nezbytnost přechodu od **statického hodnoticího prostředí k dynamickému hodnoticímu prostředí**, v němž interakce mezi dítětem a experimentátorem nekončí odpovědí dítěte.
- Zejména při nesprávné odpovědi poskytuje experimentátor dítěti sled návodných rad, čímž dítěti usnadňuje řešení daného problému.
- **Zóna nejbližšího vývoje** = prostor mezi tím, kde to dítě je teď a tím kde by mohlo být, kdyby mělo náležitou podporu
- Vychází z předpokladu, že u dítěte existují úlohy, které zvládne pouze s dopomocí.
- Pracuje-li osoba se zónou nejbližšího vývoje, není dítě podceňováno ani přeceňováno.
- Důležitý je zde pretest a posttest, kdy pretest je ihned na začátku, pak dítěti dáme podporu a poté dáme posttest a měl by být markantní ten rozdíl, což je právě zóna nejbližšího vývoje
- Učitel je průvodce, dítěti poskytuje rady s cílem usnadnit mu nalézt cestu k řešení.

Dovednosti, které již dítě zvládlo
Dovednosti, které se dítě začíná učit a zvládne s pomocí ZÓNA NEJBLIŽŠÍHO VÝVOJE
Dovednosti, které jsou za hranicí současných možností dítěte

Feurstein

- Moderní metoda, která je založena na tom, že každý člověk je schopný se změnit
- Feursteinova metoda dává nové strategie na to, jak by člověk měl myslet
- Na začátku má člověk jednoduché úkoly, na kterých se naučí jak o úkolech přemýšlet a potom to co se naučil, aplikuje ve složitějších úkolech, protože si změnil myšlení a naučil se něco nového a pak to dokáže použít v řešení nového úkolu

Výhody dynamické diagnostiky ve škole:

- Může být cestou k odstranění „škatulkování“ žáků
- Může být cestou k odbourávání porovnávání žáků mezi sebou, důležitá role dynamické diagnostiky je v **odbourání všech předsudků**.
- Je cestou k vytržení ze zaběhnutých kolejí, nutí více přemýšlet o dítěti.
- Výsledky šetření ŠPZ je možno brát z pohledu dynamické diagnostiky jako začátek řešení, nikoliv jako hotovou věc.
- **Vyhodnocuje aktuální úroveň** dovedností dítěte ve školním prostředí.
- Pedagog může lépe sledovat pokrok dítěte, nebo naopak včas odhalí problém a začne jej řešit. **Včasným řešením** je možno se vyhnout prohloubení problému, **ušetří se velké množství práce do budoucna**.
- Je cestou k **nalezení potenciálu dítěte** a cesty, které by mu pomohla tento potenciál využít.

- Je cestou ke zkvalitnění, zefektivnění práce školních speciálních pedagogů, učitelů.
- **Zvyšuje školní úspěšnost.**

Z úskalí dynamické diagnostiky, která vidí ŠSP (šk. spec. ped.):

- Proces časově náročný
- Náročnost na osobnostní nastavení pedagoga
- Náročnost na odbornost a zkušenost, zápal pedagoga
- Náročnější na přípravu
- Náročnější sledovat, kde je potenciál dítěte a hledání schůdných řešení pro oba

Vedeme žáka k **vyhledávání informací**, které potřebuje k řešení problému: „Podívej se na spodní část strany, co tam vidíš?“

- Vedeme žáka k **propojení obou částí testového materiálu a k hledání**. „Ano, máš pravdu, a můžeš mi teď ukázat, který obrázek by mohl patřit do našeho prázdného místa?“
- Minimalizujeme chybu žáka, vedeme ho k **hledání lépe odpovídajícího řešení**: „Toto je téměř správné řešení, ale je ještě jedno lepší.“
- Podporujeme **jasné uvažování, argumentaci a vyjadřování žáka**: „Ano, je to tento obrázek. Můžeš mi říct, proč není správný tento obrázek?“
- Žák si má **obhájit svou volbu**, odůvodnit svou volbu: „Pověz mi, které by bylo nejméně vhodné řešení.“

ZÁSADY INTERVENCE

- ***Zdroj: Prof. Potměšil – kniha Úvod do pedagogiky osob s kombinovaným postižením***

Včasnost je požadavkem, který se týká několika základních parametrů s přímým vlivem na efektivitu následné intervence. Na prvním místě je třeba uvést diagnostiku. Považujeme za naprosto legitimní požadavek, aby byla provedena co možná nejdříve – ihned, jak je to možné – tedy včas. Po včas provedené diagnostice je možné včas přikročit ke kompenzaci, a to opět co nejdříve, jak je to možné.

Problematika **kompenzace**, zejména kompenzačních pomůcek, je složitější, než se na první pohled zdá. Zejména technické pomůcky je nutné nastavit tak, aby podávaly maximální výkon, a tím se přiblížily hranici nevyšší efektivity. V cestě zde stojí nejen potřeba častého zpřesňování nastavení (například u sluchadel nebo implantátů), ale také individuálně dlouhá doba, kdy se uživatel učí pomůcku využít. Včas je třeba zahájit také další krok, tím je speciálněpedagogická intervence. Není možné určit přesný termín, kdy je nutné začít. Zejména u dětských klientů s kombinovaným postižením často dochází k velkému prodloužení, které je způsobeno primární nutností intervence medicínské – často života záchranné. Teprve po odeznění všech důležitějších požadavků, vyšetření a zákroků, s ohledem na zdravotní stav klienta může nastoupit intervence speciálněpedagogická. Pokud nastoupí hned, jak je to možné, nastoupila včas.

Dodržování zásady **komunikativnosti** můžeme z pohledu speciální pedagogiky považovat za jednu ze základních podmínek, které jsou nutné pro výchovu a vzdělávání. Klient s kombinovaným postižením je ve zcela unikátním postavení, protože ze svého pohledu si o komunikativnost – tedy určitý charakter prostředí, atmosféru a pozitivní nastavení okolí – velmi často nemůže požádat, a to i když víme, že ji potřebuje ke svému rozvoji minimálně stejně jako kdokoli v jeho okolí. Situace, činnosti, vztahy v mikroklimatu by měly být vedeny právě v atmosféře komunikativnosti, tedy tak, aby všichni účastníci byli motivováni, vedeni a podporováni v komunikaci bez ohledu na preferovaný druh používaného

komunikačního prostředku. Lze předpokládat, že příprava a zajištění této zásady bude vyžadovat mnoho energetického, intelektového a často i dovednostního vkladu ze strany rodiny nebo odborných pracovníků. Základem je požadavek, aby každá činnost byla nejen doprovázena komunikací, ale přímo k ní i vybízela. Cílem je založení a postupná saturace pojmové banky, vytváření sémantických polí a v neposlední řadě, s ohledem na druh a míru kombinovaného postižení, také výchova k porozumění a vytváření vzorců komunikačního chování. Zejména pro tuto oblast platí požadavek regulované stimulace. Je nutné dbát na formu a frekvenci stimulací nebo stimulačních mechanismů proto, aby nedošlo k přestimulování, a tím vytvoření podmín

Potřeba zrakového kontaktu - Jednou z podmínek, na které je nutné se soustředit u klientů, zejména u dětí s kombinovanými vadami, je budování uvědomělého zrakového kontaktu. Uvědomělost v tomto případě znamená nenahodilou, spíše řízenou efektivní pozornost upřenou na obličej mluvčího – komunikačního partnera. Pochopitelně máme na mysli zejména ty klienty, jejichž vady takovou činnost umožňují. Je však na místě podotknout, že se musí jednat i o ty, u nichž je v kombinaci postižení obsažena také vada zraku. Pro úspěšnou komunikaci a následnou socializaci je neméně důležité klást důraz na směřování obličeje postiženého dítěte k mluvčímu. Minimálně proud vzduchu vznikající při mluvení je signálem a později i důležitou informací.

Zásada efektivní komunikace - Pro založení efektivní komunikace je třeba vést klienta s kombinovaným postižením k některým komunikačním strategiím, které odpovídají jeho intelektovému, zdravotnímu a osobnostnímu potenciálu a možnostem. Například bez ohledu na mohutnost a typ sluchové vady je třeba důsledně zavádět do života potřebu zrakového kontaktu. Již v období rané intervence je potřeba „přesvědčit“ dítě, že obličej jeho komunikačního partnera je důležitým zdrojem informací. Často jsou sluchově postižené děti bez zrakového kontaktu s partnerem považovány z diagnostického pohledu za děti vykazující poruchu autistického spektra. Zde je potřeba upozornit na občasná pseudoodborná vyjádření – autista. Taková „nálepka“ se velmi obtížně odstraňuje, a pokud se jedná o dítě s kombinovanou vadou, je k jeho veliké škodě mít ještě nesprávné označení – autista.

Diferenciace přístupu podle individuálních požadavků klienta **Dobře provedená diagnostika** je základem k respektování požadavku individuality ve speciálněpedagogickém přístupu, v intervenci. Již na začátku tohoto textu bylo pojednáno o klasifikaci funkčních schopností – toto hledisko je základem pro respektování individuálních zvláštností každého klienta. Patří sem respektování biorytmů a požadavků na střídání pozornosti a odpočinku klienta, využívání informací o vedlejších účincích podávané medikace a jejich respektování ve formě úprav denního programu. Dále jde o dodržování požadavku na individuální tempo postupu v rehabilitačních, vzdělávacích a terapeutických technikách. Komunikační preference by měla být navýsost respektovanou součástí doporučení obsažených v individuálním výchovném/vzdělávacím plánu. Klient by měl mít možnost si vybrat a případně změnit preferovaný komunikační styl podle toho, jakou míru vlastního uspokojení z míry jeho efektivity pociťuje. Vzhledem k tomu, že se jedná o kombinované postižení, bude třeba i techniky a postupy aplikovat v různých kombinacích ve formě i vývoji. Individuální plán by měl být nejen inventářem všech použitých postupů a technik, ale také hodnocením jejich úspěšnosti a změn, které proběhly

Zásada přiměřené náročnosti a důslednosti - Využití této zásady přispívá k udržení přiměřeného, vhodně zvoleného tempa a nasměrování intervence v obsahu výchovy a vzdělávání, rehabilitace a vybraných terapií klienta s kombinovanou vadou. Uplatňování tohoto požadavku znamená respektování individuality klienta podle věku, druhu a míry kombinovaného postižení, specifík materiálního i sociálního prostředí, individuálních zvláštností klienta a úrovně spolupráce s rodinou či institucí zajišťující péči. V těsné návaznosti na přiměřenou náročnost nastupuje důslednost jako požadavek, který patří spíše do oblasti formativních postupů. Velmi často je existence kombinovaného postižení důvodem ke slevování z kladených požadavků, neodůvodněné toleranci a nedodržování pravidel ze strany rodičů,

rodiny a také pracovníků v institucionální péči. Jedním z úkolů speciálního pedagoga v této situaci je přesvědčit zúčastněné o nutnosti dodržování stanovených požadavků a pravidel. Možná se zdají být náročné, ale v důsledku vedou k vytvoření prostředí s jasnými pravidly. Takové prostředí je zdrojem pocitu jistoty a bezpečí. Vede zároveň k vytvoření předpokladů pro další krok k vyšší nezávislosti a sebekontrolé.

Zásada názornosti - Jednou z nejznámějších pedagogických zásad je zásada názornosti, kterou již J. A. Komenský uváděl jako jednu z nejdůležitějších. Pro speciální pedagogiku zaměřenou na klienty s kombinovanými vadami je to požadavek, který při aktivním využívání podpoří vnímání a fixaci nových informací. Je samozřejmé, že se v případě práce s klienty s kombinovaným postižením bude jednat o postupy individuálně upravené s ohledem na druh a míru kombinovaného postižení. Jedním ze základních požadavků, které se vážou k názornosti, je multisenzoriální přístup k předkládání informací a poznatků. Psychické procesy dětí s kombinovanými vadami je velmi těžké jednotně popsat a charakterizovat. Proto by jako východisko k praktickému zajištění požadavku názornosti měla sloužit podrobná diagnostická zpráva s charakteristikou a popisem funkcí ve všech složkách. Názornost v daném případě neznamená pouze předvádět takzvané názorné pomůcky při vyučování, ale také názorně uvádět věci a jevy do vztahů, a to nejen ve výuce, ale při všech situacích, které tímto získávají výchovný a vzdělávací charakter.

Zásada systematičnosti - Ve speciálněpedagogické intervenci hovoříme o systému vnitřním a vnějším. Vnitřním systémem myslíme klienta a jeho nejbližší okolí – všechno, co z pohledu požadavků a podmínek intervence funguje nebo se na fungování podílí. Vnější systém je z tohoto pohledu možno vymezit jako prostředí, na které není možné mít vliv a s nímž je nutné spolupracovat. Jediným východiskem v této situaci je co nejlepší poznání fungování vnějšího systému, jeho jednotlivých prvků, s následnou snahou o co nejvyšší adaptaci klienta na vnucené podmínky.

Již jsme věnovali pozornost **vnitřnímu systému** a jeho roli. Jen pro shrnutí uvádíme, že se jedná o druh, míru a kombinaci postižení, včasnost a přesnost provedení diagnostiky, stanovení individuálních parametrů vstupujících do intervence v podobě konstant a osobnost klienta s přihlédnutím dynamice jejího vývoje. Dalším článkem je rodina nebo jiné nejbližší prostředí poskytující dostatek intimity, bezpečí a stimulace. Třetím pilířem speciálněpedagogické intervence je speciální pedagog s týmem natolik multidisciplinárním, nakolik to aktuální potřeby klienta, stav realizace jeho individuálního rozvoje vyžadují. Komplexnost speciálněpedagogických aktivit je jednou ze základních podmínek jejich praktického uplatnění. Oddělení jednotlivých komponent je možné jen pro diagnostické účely nebo ve speciálních případech při hledání individuálních postupů a bariér. Po pominutí těchto důvodů je třeba opět komplexního přístupu. V tom spatřujeme výhodu funkčního vnitřního systému.

Vnější systém je tvořen více či méně spolupracujícími, ale zainteresovanými disciplínami a podmínkami, které nastavila společnost. Jsou to podmínky, které není možné v rámci speciálněpedagogické intervence příliš ovlivňovat, nebo dokonce měnit. Například formy a četnost spolupráce s oblastí medicíny nejsou kodifikovány a praxe ukazuje, že pokud spolupráce funguje dobře a podle aktuálních potřeb, je založena na konkrétních pracovnících, ne na pravidlech systému. Stejně tak není možné ovlivnit podmínky firmy, která zajišťuje na národní úrovni vlakovou dopravu, aby přístupnost k cestování byla vždy, když klient potřebuje. Vnější systém určuje podmínky tak, že jen cestou dobrých osobních vztahů lze od zdravotníků získat informace o druhu medikace klientů, ne proto, aby byla neprofesionálně měněna, ale proto, aby bylo možné předvídat a respektovat vedlejší účinky podávaných léků.

Rozšiřování pojmové banky - V péči o klienty s kombinovaným postižením je požadavek spojený s rozšiřováním pojmové banky úzce spojen s rozvojem komunikačních kompetencí. Souvislost totiž

nevidíme pouze s rozšiřováním slovní zásoby, ale s přímou návazností na rozvoj myšlení. Z pohledu klientů s kombinovaným postižením nemáme na mysli je ty, u nichž je diagnostikována vada sluchu a jazyková akvizice neprobíhá v tempu a rozsahu srovnatelném s vrstevníkem slyšícím. Patří sem přítomnost mentální retardace, nebo například i tělesné postižení, které brání dosažení míst či aktivit, ve kterých je možné nové předměty, jevy, aktivity poznávat a zařazovat do pojmové banky. Výchova a vzdělávání jsou postaveny na pojmech – proces učení je založen na operaci s pojmy. Do rozšiřování banky pojmů je potřeba zapojit všechny pedagogické pracovníky i rodiče. Jedná se o komplexní proces, který je poznamenán charakterem přítomného kombinovaného postižení klienta. Z toho vyplývá vysoká míra náročnosti na přípravu, s ohledem na individuální požadavky.

Možnost volby - Pokud jsme se zmínili o motivaci, pozitivní zpětné vazbě a naplnění základních potřeb, pak je nutně musíme vztáhnout k právu na možnost volby. Zejména v období dětského věku, a zvláště pak v podmínkách středoevropských, nenacházíme příliš mnoho prostoru pro možnost volby ze strany dítěte. Máme zde na mysli nejen podmínky v rodině, ale také ve škole. Volba jako výsledek rozhodovacího procesu je produktem dlouhodobého cvičení, získávání dovedností (vždyť pro dobrou volbu je třeba se často tolik ptát). Možnosti volby, která je vždy spojena s komunikací, a navíc doplněna jistými nároky na intelektovou produkci, by měly být vystavovány všechny děti, a to od raného věku. Vždyť tak jednoduchá věc, jakou je výběr barvy hrnečku, vlastně nevyžaduje příliš dokonalé aktivní ovládnutí jazyka, a dítě přitom informaci přijímá a je vedeno k aktivní vlastní volbě. Přiznáme-li v rozvoji komunikativních dovedností dítěte důležitou roli motivaci, pak je jisté, že právě samostatná volba je velmi motivujícím faktorem, a tak se bude jednat nejen o volbu předmětu, ale též činnosti, tématu, oblečení a podobně. Není naším cílem zde popisovat výchovné důsledky dobře zvládnutého rozhodovacího procesu zakončeného volbou. Zmíňme tu pouze uvědomění si pocitu vlastní odpovědnosti, základní kroky vedoucí k vlastní identifikaci anebo využití vzoru dospělého – je-li předložen. Nelze se tu ubránit poznámce, již několikrát opakované, o ovládnutí jazyka jako prostředku k dorozumění, a nikoliv jako cíle výchovy

Uvádíme-li možnost volby jako důležitou podmínku pro dobrý rozvoj komunikace, pro výstavbu základů společných činností a dále pro příští kooperaci, pak máme na mysli i **možnost volby komunikačního partnera**. Totiž přiznání práva případně říci ne, dost, promiň, nechci s tebou mluvit. Součástí provedené volby je pocit kontroly nad situací. Tímto pojmem máme na mysli situaci, kdy je klientovi okolím umožněno v praktických situacích právo uvědoměle volit podle svých potřeb. Znamená to nejen volit, jak bylo prve uvedeno, ale též rozhodovat a následně nést odpovědnost. Odpovědnost by měla být funkčním vyústěním či spojením předešlých požadavků.

Potřebujeme-li doplnit výše uvedené principy o jeden, zřejmě poslední, pak je to prvek organizační, procesotvorný – a tím je setkávání. **Setkávání** je možné pojímat jako proces, oboustrannou aktivitu, vytváření a využívání příležitostí. Zamyslíme-li se nad prvním atributem, tedy **procesuálností**, potom si nutně uvědomujeme zřejmou závislost na čase. Fenomén času přináší začátek, konec a opakovatelnost jistého aktu. To napomáhá každému klientovi v chápání času a například výrazů teď, potom, konec. K procesuálnosti patří opakování a jeho četnost, a s tím bude souviset i změna kvality.

Dalším atributem je **aktivita**. Zde se předpokládá, že označíme-li jím akt setkávání jako oboustranně aktivní přístup, dostáváme opět jeden ze základních principů komunikace. Je-li setkávání a komunikace aktivní, pak je motivující a zřejmě i efektivní. Terapeutičtí pracovníci by měli být vedeni k poznání, že zpočátku budou zejména komunikaci a setkávání vůbec iniciovat a řídit.

Požadavek na **dostatečné množství příležitostí** je dalším požadavkem, který by měl být naplněn. Příležitost je vlastně situace, a ta by měla vykazovat jisté kvality k tomu, aby byla ona komunikační nadstavba uskutečněna se zájmem na obou stranách, s radostí a v neposlední řadě s požadovaným výchovným efektem. Příležitost jako situace si vyžaduje vyhledávání a později záměrné vytváření. Práce terapeutických pracovníků v této oblasti je postavena zejména na tom, že komunikační úspěšnost a kompetence u klienta s kombinovaným postižením by měly být co nejvyšší.

Nabídnutí techniky „ruka v ruce“. Je jedním ze specifických přístupů, které je třeba při speciálněpedagogické intervenci zvážit a případně nabízet klientům. V první fázi se jedná o vedení klientovy ruky rukou dominantní – rodiče nebo terapeuta. Poloha obou rukou (možno je provádět i oběma rukama při bimanuální činnosti) je volena tak, že klientova ruka je volně položena na ruce dominantní s tím, že může z kontaktu kdykoliv odejít. Následně – po získání jistoty – se úloha obou rukou vymění, klientova se stává dominantní a činnost vykonávající tak, že terapeutova ruka může postupně z kontaktu zcela ustoupit a formou zpětné vazby potvrzovat správnost provádění činnosti. Ukázka techniky je na obrázku.

1.2. Zvláštnosti speciálně pedagogické diagnostiky u dětí

Pozornost je třeba věnovat pedagogické diagnostice tělesné i duševně handicapovaných dětí a respektovat jejich individuální a věkové zvláštnosti od drobnějších nedostatků až po závažná postižení, jež mohou být i takového rázu, že dítě vyžaduje trvalé či dlouhodobě speciálně pedagogickou péči. Týká se proto dětí od narození až po zařazení do základní či speciální školy, případně do instituce zvláštní péče.

Dříve než se začne odborný pracovník zabývat speciálně pedagogickou diagnostikou dítěte, je žádoucí, aby věděl, jaké mají projevy dítěte v tom kterém věkovém období. V popředí je dobrá znalost přirozených a individuálních zvláštností každého dítěte. Pečlivou vstupní diagnózou a na ni navazujícím dlouhodobým pozorováním včetně některých specializovaných postupů takto může odhalit změny v jeho vývoji v době, kdy je zařazeno do příslušné instituce. Tyto změny mají značný význam pro jeho vývoj zdravotní a pohybový, rozumový, citový a volní, rovněž pro speciální oblast a pro celou jeho osobnost. Ovlivňuje je rodina, stacionář, případně i jiné prostředí, jako je např. televize a divadlo, zážitky z přírody a z města, náhodná setkání s některými lidmi z různých situací, věci a jevy, jež dítě obklopují, ale i ulice a širší okolí. Záleží na jeho individuálních možnostech, přičemž je potřeba všimnout si, jaká věc nebo jev je dítěti blízký. Např. chtěl-li opakovaně vidět děti, psa, tramvaj, určitou vykladní skříň, je na místě mu tento zážitek dopřát.

Nejcennější je to, co na dítě zapůsobilo bezprostředně při jeho činnosti – zejména při hrách, které jsou zároveň neobyčejně významným diagnostickým prostředkem. Odrážejí jednak vše, čím dítě žije, jednak umožňují posoudit, na jaké úrovni právě je – jaké jsou jeho emocionální zážitky, co je mimořádně ovlivňuje, co ví o obklopující skutečnosti, jaké problémy se vyskytují v rodině atd.

Při posuzování dítěte jde o průběžné individuální hodnocení v pravém slova smyslu, které je předpokladem pro správnou a přiměřenou péči o novorozence, dále kojence, mladší i starší batolata a zejména pak o děti od tří let. Vzhledem k tomu, že dítě se vyvíjí čím rychleji, čím je mladší, bylo by velkou chybou, kdyby vychovatel setrval na výsledcích svých závěrů z minulosti ještě v době, kdy je dítě již dávno na kvalitativně vyšší úrovni svého vývoje. Proto je trvalým úkolem každého vychovatele sledovat bedlivě a objektivně změny kladné, ale i záporné, protože mohou signalizovat příznivé či nepříznivé faktory prostředí, v němž dítě vyrůstá, případně zvraty, k nimž došlo v jeho životních podmínkách. Také nejsou zanedbatelné nedostatky vnitřního původu v oblasti tělesné (např. při blížící se nemoci), nebo v ukazatelích duševních (při stresech, traumatech nebo drobných i závažnějších nedostatech vrozeného či dědičného původu, které začínají být patrné teprve s přibývajícím věkem dítěte), ale i původu sociálního (kdy u dítěte buď vznikne kontakt s jinými dětmi, nebo je příliš závislé na matce či některém jiném člena rodiny nebo naopak strádá nedostatkem lásky a bezpečí, takže je citově deprivované apod.).

Pro speciálně pedagogickou diagnostiku je důležité vědět, jaké má být průměrné dítě v určitém věku z hlediska svého fyzického, psychického a sociálního vývoje, abychom mohli tento obecný model konfrontovat s individuálními a věkovými specifickými postiženými dítěte. Tyto zvláštnosti jsou nejen výsledkem zranění, učení a výchovy, ale i vlivu dědičnosti a prostředí a jejich vzájemných vztahů. Zvláště prvních šest až osm let života dítěte – tedy období od narození po vstup do základní nebo speciální školy, vyžaduje proto citlivý, taktivní a diferencovaný přístup k dítěti, láskyplné a současně cílevědomé výchovné vedení v rodině, ve stacionáři, v jeslích a v mateřské škole.

Při posuzování dosaženého stupně tělesného a zdravotního vývoje dítěte vychází pedagogická diagnostika z diagnostiky medicínské. Dále se opírá o psychologické hodnocení jeho duševní úrovně a dosaženého stupně sociálního vývoje. Posouzení dítěte se nemůže omezit jen na jeho připravenost ke školní docházce, a proto nestačí jediná diagnóza provedená až před vstupem do primární školy. Je třeba postupovat s každým dítětem systematicky a poskytovat mu trvalou péči, aby

- dosáhlo žádoucí úrovně v jednotlivých obdobích svého vývoje od narození do šesti až osmi let,
- zajišťovat dítěti přirozený vývoj a tím zabránit příliš malému nebo naopak nadměrnému zatěžování činnostmi, které neodpovídají jeho věkovým a individuálním zvláštnostem,
- zabezpečit, aby dítě prožívalo radostně každý den svého teprve začínajícího života.

Současně je velice závažné mít na paměti, že je úkolem celé rodiny věnovat se rovnoměrně i zdravým sourozencům. I když je rodina s postiženým dítětem výjimečná, mají žít a vyrůstat všechny děti v laskavé atmosféře, aby zdravé a handicapované se mohly rozvíjet pozitivně. Je to důležité pro harmonický vývin každého z dětí (srovnej Marie Vágnerová, 1999).

(zdroj: Lili Monatová – *Speciálně pedagogická diagnostika z hlediska vývoje dětí*)

4. Metody a nástroje diagnostiky – které diagnostické nástroje se používají v oblasti speciálněpedagogické diagnostiky?

Speciálněpedagogická diagnostika

- Speciálně pedagogická diagnostika se **zabývá rozpoznáváním podmínek, prostředků i efektivity edukace a šířeji i sociální terapie a enkulturace klientů se SVP.**
- Samotný pojem vychází z řečtiny → DIA = hluboko a GNOSIA = poznání: tedy hluboké poznání.

Diagnostický postup

- Diagnostický postup = cesta poznávání.
- Jedná se o celý proces postupů, které vyústí (v případě pedagogicko-psychologické diagnostiky) v dobré poznání osobnosti dítěte ve všech jeho charakteristikách.
- Různými cestami docházíme k diagnóze a poté i prognóze.

Diagnostický zdroje:

1. **Nepřímé diagnostické zdroje** → rozhovor se zákonnými zástupci, informace ze školy, analýza školních prací, zdravotní dokumentace
2. **Přímé diagnostické zdroje** → anamnéza, pozorování, rozhovor, testové nástroje

METODY V DIAGNOSTICE:

Klinické metody – jsou založeny na kvalitativní analýze zjištěných dat a umožňují nám poznat jedince z hlediska jeho vývoje, komplexnosti a jedinečnosti. Jsou to nestandardizované postupy, které nemají psychometrický, či statistický podklad. Mohou však přispět k lepšímu navázání kontaktu mezi vyšetřovatelem a vyšetřovaným, neboť umožňují jejich bezprostřední, osobní a přirozený kontakt.

Testové metody – jsou to standardizované postupy, při kterých je kladen důraz na shodnost podmínek pro všechny vyšetřované jedince. Vyšetření probíhá pomocí jednotného materiálu, za stejných podmínek. Zaměřují se zpravidla spíše na určité oblasti, ne na celkový obraz jedince jako metody klinické

Základní klinické metody a jejich stručná charakteristika

Anamnéza

Tato metoda byla původně medicínská, ale v současné době ji využívají také obory psychologie, pedagogiky, speciální pedagogiky, sociální práce apod. Jedná se vlastně o získávání informací z období před vypuknutím problémů, které by vedly k vysvětlení vzniku daných problémů. Informace se získávají od klienta (autoanamnéza), či jeho zákonných zástupců, ale také jiných odborníků (např. pedagog, lékař apod.) formou řízených rozhovorů, méně často pak dotazníků (heteroanamnéza). Nesmíme však zapomenout, že informace takto získané jsou velmi důvěrné a zavazují nás k naprosté mlčenlivosti. Anamnéza je zaměřena nejen na samotného klienta a jeho osobnost, ale také na jeho rodinu

(primární i širokou). Speciálního pedagoga pak zajímá anamnéza *osobní* (je zaměřena na osobnost jedince, snažíme se získat co nejvíce informací o něm, tzn., jaké prodělal choroby, či jaké choroby má přidružené, jaké bylo období kolem porodu, raný vývoj jedince, jak se adaptoval na prostředí školky a školy, co má a nemá rád apod.), *rodinná* (zkoumáme výskyt, případně i možnou dědičnost různých poruch, či patologických jevů v rodině. Dále nás zajímá, zda je rodina úplná, zda je funkční, pozice jedince mezi sourozenci, ekonomický statut rodiny, ale také způsob výchovy, odměn a trestů v rodině. *Školská* (zde je pro nás důležité zjistit, zda a jaké školské zařízení navštěvoval, jak se adaptoval, metody výuky, které jedinci vyhovovaly, případně i terapeutické metody a přístupy, které se u jedince osvědčily)

Pozorování

Pozorování je jedna z nejstarších a také nejdůležitějších metod diagnostiky, jehož je nedílnou součástí. Vašek vymezuje speciálněpedagogické pozorování jako „diagnostickou metodu označující specifický druh vnímání a myšlení, zaměřenou na diagnostikovanou osobu nebo jev, a jehož cílem je rozpoznat nejvýznamnější znaky a vlastnosti (osoby, jevu), stejně jako příčiny, které tyto znaky nebo vlastnosti vyvolaly“ To znamená, že pozorování nám umožňuje sledovat jedince v různých situacích a za různých podmínek (ať už přirozených, či uměle vytvořených). Pomocí pozorování můžeme usuzovat na schopnosti jedince, jeho osobnostní charakteristiky, ale také na sociální a psychické stavy

Pozorování pak dělíme podle časového hlediska na krátkodobé (jedná se o pozorování po krátký časový úsek (nejčastěji při vyšetření např. ve školském poradenském zařízení) a dlouhodobé, neboli longitudinální (zde se jedná o pozorování realizované po delší časový úsek, například po období vzdělávání) a vyčleňujeme dva způsoby: volné (neboli orientační – je to náhodné pozorování, není předem vybrán cíl ani záměr pozorování) a zaměřené (neboli systematické – pozorování probíhá podle předem stanovených podmínek a sleduje předem danou charakteristiku)

U pozorování jako diagnostické metody je velmi důležité splnit podmínky plánovitosti, systematickosti, soustředěnosti, objektivnosti, přesnosti a diskrétnosti.

Při pozorování se vyšetřující často zaměřuje na vzhled jedince. Sledujeme úpravu zevnějšku, účesu, držení těla apod. Nesmíme však zapomínat na efekt prvního dojmu, zvláště pokud se jedná o první setkání (vyšetření). V oblasti chování se nejčastěji zaměřujeme na mimiku, haptiku a gestiku, u dětí (ale samozřejmě nejen u nich) pak také na úroveň řeči. V případě dětí je také dobré si všimnout jejich chování v přítomnosti rodičů. Velmi často se totiž stává, že dítě se chová velmi odlišně ve školském zařízení a doma. Je tak možno vysledovat míru separační úzkosti, zda lépe pracuje bez rodičů, případně můžeme sledovat i změnu v míře afektivního chování po odchodu rodičů. Je nezbytné, abychom nezapomínali, že nejdůležitějším prvkem u dětí (zvláště v předškolním věku) je hra, a proto bychom měli děti pozorovat také při této činnosti.

Rozhovor

Diagnostický rozhovor (*interview*) je explorační metoda, kde se jedná o cílevědomou verbální i neverbální komunikaci, jejímž cílem je zjištění nejen informací týkajících se samotného jedince (jeho postojů, zájmů apod.), ale také bezprostřední kontakt a navázání kontaktu s jedincem, či jeho zákonnými zástupci (v případě dítěte). U rozhovoru vyčleňujeme dvě formy neřízenou formu (rozhovor je bez struktury, bez tématu) a řízenou formu (téma určuje osoba, která rozhovor vede). V rámci řízeného rozhovoru pak nacházíme ještě další členění:

standardizovaný rozhovor (má předem jasně danou strukturu, otázky jsou předem připraveny a kladeny v přesně daném pořadí a není možné je zaměnit, či úplně vynechat).

částečně standardizovaný rozhovor (má sice předem stanovený cíl, nicméně otázky směřující do daných oblastí nemusí být pokládány v přesném pořadí a také jejich formulace nemusí být striktně dodržena).

volný rozhovor (má sice jasně daný cíl, který je sledován, ale není určen způsob, jakým se ho dosáhne)

Tato metoda je jedna z náročnějších, neboť vyžaduje velkou zkušenost examinátora (člověka, který vede rozhovor), klade důraz na jeho komunikační dovednosti a empatii. Ve speciálněpedagogické diagnostice se při rozhovoru dotýkáme i velmi citlivých oblastí pro jedince, a proto by examinátor měl být schopen brát ohled a být velmi taktní. Zároveň je velmi důležité správné kladení otázek. Je výhodnější mít otevřené otázky, na které se jedinec může rozhovořit a více se projevit. Nesmíme také zapomínat, že úroveň rozhovoru musíme přizpůsobit mentálnímu věku a také typu a míře postižení.

Dotazník

Je to explorativní metoda, která se svou formou velmi blíží standardizovanému rozhovoru a má ve speciální pedagogice poměrně dlouhou tradici. Dotazník by měl zjišťovat mínění a postoje jedince k určitým jevům.

Analýza produktů činnosti

Analýza produktů činnosti poskytuje informace o úrovni jedincových dovedností, schopností a vědomostí, o jeho zájmech, ale také může poskytnout informace o jeho problémech či obtížích. K analýze lze využít v podstatě jakýkoliv produkt klienta (písemnou práci, kresbu, ale také hru, výrobek apod.), v praxi se asi nejčastěji využívá analýza dětské kresby a dětské hry, u dětí školního věku pak ještě analýza písemných prací.

Analýza dětské hry (pro účely diagnostiky se zaměřujeme především na celkovou úroveň dětské hry, zda odpovídá věku klienta, zda nedošlo k její degradaci (resp. retardaci) či naopak urychlení).

Analýza dětské kresby (sledujeme grafomotorické schopnosti dítěte, také úroveň jeho vizuomotorické koordinace a citové vnímání – v kresbě se zrcadlí hlavně rodinné vztahy, případně i problémy)

Analýza písemné práce (sledujeme samotnou úroveň grafomotorického projevu (hlavně u žáků s handicapem), nebo se zaměříme na změny v grafomotorickém projevu, které nám mohou poukázat na určité skryté problémy v psychické oblasti jedince)

Případová studie

Případová studie (zvaná také kazuistika) je další metoda, která byla původně typicky medicínská. Na kazuistiku ve speciální pedagogice nahlíží Vašek (1991, s.92, in Valenta, M., Müller, O. 2007, s.78) jako na metodu spočívající v důkladném studiu všech dostupných písemných i jiných materiálů o postiženém či narušeném jedinci, v jejich diagnostickém zhodnocení a formulování závěrů. Dá se říci, že kazuistika shromažďuje všechny dostupné informace (od lékařských zpráv, přes sociální a psychologické zprávy, až po speciálněpedagogické vyšetření, rozhovor se zákonnými zástupci apod.), ale zároveň není jejich výčetem. Snaží se v nich najít vzájemné vztahy, souvislosti a příčiny, které se týkají postižení jedince.

Základní testové metody a jejich stručná charakteristika

Testové metody se dají charakterizovat jako zkoušky s přesně vymezenými podmínkami i pravidly jejich zadávání, jejich hodnocením i interpretací. To znamená, že odpovídají přesně stanoveným metodologickým požadavkům. Většinu z nich tvoří metody, které nevyužívají speciální pedagogové. Přesto najdeme takové, které speciální pedagog ve své praxi využije.

Didaktické testy

Didaktické testy jsou využívány pedagogem ve výchovně – vzdělávacím procesu, kde slouží hlavně k ověření vědomostí a dovedností žáků a studentů. Většinu z nich si vytváří sami pedagogové, jsou tak vytvořeny pro danou třídu a dané žáky. Tyto testy by měly být zaměřeny na zjišťování nedostatků u každého žáka a měly by dávat podnět k účinné pomoci žákovi a nikoliv k jeho hodnocení. Didaktické testy se mohou dělit na *ústní zkoušky* (test probíhá formou řízeného rozhovoru mezi pedagogem a žákem a zjišťuje míru vědomostí v dané problematice), *písemné zkoušky* (probíhají formou písemného projevu žáka, např. diktát, přepis, slohová práce, apod. Opět jsou zaměřeny úroveň vědomostí, dále pak na schopnost vyjádření myšlenek pomocí psaného textu, kvalitu písemného

projevu) a *praktické zkoušky* (zaměřují se na zjišťování nonverbálních schopností a dovedností žáka v různých oblastech)

Psychodiagnostické metody

Mezi tyto metody patří například vývojové škály, testy inteligence, testy specifických funkcí a schopností. Přestože některé jsou poměrně známé (např. Gesellova vývojová škála, Stanford – Binetova zkouška inteligence, či Wechslerovy zkoušky inteligence a Matějčkův- Žlabův test laterality), tak většinou se s nimi setkáme pouze jako se součástí psychologického vyšetření, které provádí erudovaný psycholog.

Diagnostické nástroje pro předškolní věk

1. Diagnostika školní zralosti

- Školní zralost = dosažený stupeň ve vývoji dítěte před vstupem do ZŠ
- Předpokladem školní zralosti je určitá **zralost CNS**
- Zahrnuje složku – fyzickou, psychickou, práceschopnost a složku emocionální a sociální
- Společné znaky nezralých dětí – nesamostatnost, hravost, impulzivnost, nesoustředěnost
- Školní připravenost = výsledek záměrného i nezáměrného působení podnětného prostředí na dítě

Diagnostické nástroje školní zralosti

Orientační test školní zralosti

- Jirásková česká verze Kernova testu
- Původní Kernův test obsahoval 6 úloh, z nichž Jirásek vybral celkem 3 úkoly
- Místo původní Kernovy 3stupňové klasifikace úloh Jirásek zavedl 5stupňovou klasifikaci.
 - Stupeň 1 vyjadřuje nejlepší hodnocení a stupeň 5 hodnocení nejhorší
- Celkový výsledek manuál hodnotí pouze jako nadprůměrný (zisk 3-6 bodů), průměrný (zisk 7-11 bodů) a podprůměrný (zisk 12-15 bodů).
- Při výsledku podprůměrný, je třeba vykonat podrobné vyšetření školní zralosti v ŠPZ
- Provedení všech tří úkolů trvá přibližně 15 až 20 minut.
- Děti je možno vyšetřovat ve skupinách po 5-10
- Obsahuje 3 úkoly – kresbu mužské postavy, napodobení psacího písma a obkreslení skupiny bodů

Diagnostika školní připravenosti, varianta pro ŠPZ, Jiřina Bednářová

- Standardizovaný diagnostický nástroj
- Diagnostická baterie je zaměřena na sledování úrovně připravenosti schopností potřebných pro čtení a psaní, matematiku.
- Je určena pro děti v posledním půl roce před zahájením školní docházky a pro žáky v I. pololetí 1. ročníků ZŠ.
- Diagnostický nástroj byl standardizován v letech 2012-15 v PPP Brno

- Test je využitelný pro zjištění aktuální úrovně dílčích schopností, ke zvážení odkladu školní docházky, odhalení oblastí vyžadujících intervenci, výsledky se mohou stát výchozím bodem pro zahájení stimulace
- Subtesty
 - Zraková diferenciacie (např. vyhledávání odlišného obrázku v řadě)
 - Prostorová orientace (např. řazení obrázků do řady dle instrukcí → první, poslední...)
 - Matematické představy (např. řazení podle velikosti, porovnávání množství)
 - Fonologického uvědomování (např. rozkládání slov na slabiky, určení počtu slabik)
 - Grafomotorika (kresba – úchop, tlak na podložku, postavení ruky, plynulost)

Test mapující připravenost na školu (MaTeRS)

- Autoři testu: **Helena Vlčková, Simona Poláková**
- MaTeRS je screeningový nástroj českých autorek, který slouží k posouzení školní připravenosti dítěte před vstupem do školy.
- Test je dělán tak, že **první část testu** může být administrována **skupinově** (max. 8 dětí), ALE **druhá část**, která probíhá bezprostředně poté, vyžaduje **individuální vyšetření**.
- Celková doba vyšetření se pohybuje kolem 45 minut.
- Při testu se nekomentuje správnost či nesprávnost odpovědi (pouze u závěru).
- V případě váhání lze dítě povzbudit a to max. 2x u jednoho úkolu.
- V tabulce se hodnotí:
 - Kresba postavy – jde i skupinově
 - Překreslování bodů, figura a pozadí – jde i skupinově
 - Grafomotorika – jde i skupinově
 - Zrakové rozlišování (1,2)
 - Prostorové vnímání
 - Geometrické tvary
 - Sluchové vnímání
 - Početní představy
 - Všeobecné znalosti
 - Kromě toho se hodnotí spolupráce a sociální zralost, pozornost a pracovní zralost, pracovní tempo, emocionální zralost, řeč (výslovnost, myšlení)



Klokanův kufr „vše, co má dítě umět a znát před nástupem do školy“

- Klokanův kufr je soubor didaktických pomůcek, které naučí dítě vše, co potřebuje umět před nástupem do školy.
- Komplexní diagnostická pomůcka pro děti předškolního věku.
- Díky svému komplexnímu pojetí pomáhá diagnostikovat, co dítě skutečně umí a zvládá, odhaluje jeho silné stránky, které posiluje, a identifikuje případné slabé stránky, s nimiž dále pracuje a nachází řešení
- Je pomůckou, kterou využijí předškolní zařízení jakéhokoliv zaměření.
- Box 1: Zrakové vnímání a paměť + motorika, grafomotorika, kresba
- Box 2: Sluchové vnímání a paměť + řeč + základní matematické představy
- Box 3: Orientace v čase + Orientace v prostoru

Další testy:

Test školní zralosti pro rodiče dětí předškolního věku

- Kucharská a Švancarová vymezují v knize Bezstarostné roky? Jednotlivé předpoklady, znalosti, schopnosti a dovednosti, které by dítě před vstupem do ZŠ mělo mít.
- Autorky doporučují navštívit PPP v případě, kdy dítě nesplňuje více než 5-7
 - výška nad 115 cm, váha vyšší než 20 kg
 - schopnost obkreslit základní geometrické tvary
 - správný úchop psacího náčiní
 - správná výslovnost všech hlásek
 - schopnost artikulace náročnějších slov (např. cvrčci)
 - schopnost určit počáteční a poslední hlásku ve slově
 - schopnost počítat do 10
 - schopnost mluvit s cizími lidmi, emoční stabilita

Školní zralost: Co by dítě mělo umět před vstupem do školy

- Autorky Bednářová a Šmardová
- Publikace, která slouží jako orientační diagnostický nástroj pro posouzení zralosti.
- Autorky předkládají celkem 10 oblastí, které je třeba sledovat.
- Mezi tyto oblasti řadí:

- grafomotoriku a kresbu
- řeč
- sluchové vnímání
- zrakové vnímání
- vnímání prostoru
- vnímání času
- základní matematické schopnosti a dovednosti
- sociální dovednost
- práceschopnost
- sebeobsluhu

	Vnímání času	nezvládá	Zvládá s dopomocí, ukáže na obrázku	Zvládá samostatně, aktivně používá
1	Seřadí obrázky podle posloupnosti děje, jmenuje, co se stalo nejdříve, později, naposled			
2	Začíná se orientovat ve dnech v týdnu			
3	Přiřadí činnosti obvyklé pro roční období			

- Každá oblast je dostatečně popsána a zpracována do několika položek.
- Jednotlivé položky se hodnotí jako: zvládá samostatně, zvládá s dopomocí, nezvládá.

Další testy:

- **Obrázkově-slovníková zkouška od Kondáše**, která zjišťuje slovní zásobu dětí
- **Test verbálního myšlení od Jirásky**, který zjišťuje slovní zásobu dětí
- **Vinlandská škála sociální zralosti**, slouží ke zjišťování sociálních dovedností
- **Vývojový test zrakového vnímání od Frostigové**.
- **Zkouška znalostí předškolních dětí** z roku 1976 od autorů Matějčka a Vágnerové slouží jako verbální doplněk k Orientačnímu testu školní zralosti je doporučována (obsahuje 40 otázek, např. Kolik je hodin v poledne? Kolik kol má tříkolka? Kolik dnů je v týdnu? Kdo nosí poštu?)
- **Edfeldtův reverzní test** zjišťuje připravenost ke čtení
- **Hodnocení fonematického sluchu u předškolních dětí** (Škodová, Michek, Moravcová, 1995)

Kresba jako diagnostický nástroj

- Výtvarný projev se vedle pohybového řadí mezi **základní aktivity dítěte**.
- Dítě prostřednictvím kresby sděluje mnohdy více než slovy, snad právě proto bývá dětská kresba nazývána jako „**královská cesta**“ k poznání dětské psychiky.
- Malé děti začínají kreslit přibližně stejným způsobem, ve stejné posloupnosti – od čmáranic, přes hlavonožce po mnohostrannost námětů kresby předškolního dítěte.
- Nejčastějším a nejoblíbenějším námětem dětských kreseb je lidská postava.

Vývojová stádia (dle Příhody):

1) Stádium črtací experimentace:

- Před 2 rokem.
- Málo koordinovaná, bezplánovitá aktivita, založena na čarání dítěte, nejčastěji tužkou po papíru.
- Pohyby nejprve vycházejí z ramenního kloubu, později z kloubu zápěstního.
- Dítě dělá čáranice od slova čára (NE čmáranice).

2) Stádium prvotního obrazu:

- Po 3 roce dítěte.
- Pohyb je relativně koordinovaný, dokáže čáru zastavit, zakřivit, spojit.
- Kresba ještě není všeobecně srozumitelná (nejprve řekne předem, co namaluje, v průběhu to změní a na konci řekne většinou znovu něco jiného).
- Již v této fázi se setkáváme se zobrazením lidské postavy
- Hlavonožec
 - Oválná čmáranice
 - Ovál hlavy dítě nevnímá jako obrys opravdové hlavy, ale jako hranici, v níž jsou uzavřeny všechny důležité lidské znaky (ústa, oči, nos, vlasy)

3) Stádium lineárního náčrtu:

- Nastupuje kolem 4 roku.
- Je kresbou uvědomělou a tematicky zaměřenou, nejčastěji na člověka.
- Splývá zde fantazie s realitou: co nakreslí, který detail zvýrazní, se řídí zcela subjektivním názorem a pocitem dítěte, nikoli objektivní důležitostí
- Kreslí z představy především to, co se mu líbí, k čemu má kladný vztah to je obvykle velké a barevné
- Nezvládá proporce a prostor. Lineární náčrty a schémata jsou typická pro PV.

4) Stádium realistické kresby:

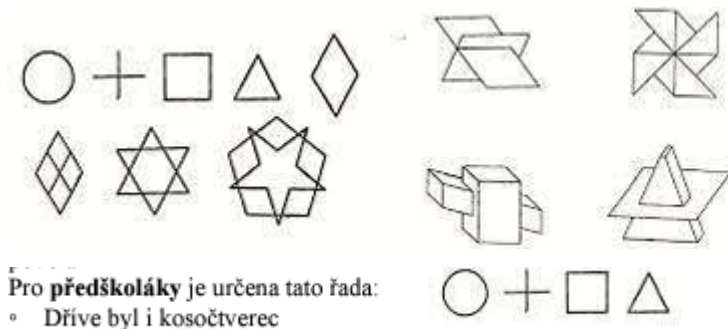
- Mezi 5 a 6 rokem
- 5 - 10 rok = „zlatý věk dětské kresby“.
- Stále kreslí podle své představy, nikoli podle předlohy
- Kresba se stává dvojdimenzionální.
- Zpřesnění jednotlivých částí kresby, nechybí důležité detaily.

5) Stádium naturalistické kresby:

- Nastupuje po 10. roce
- Většina dětí se mezi 10-11 rokem dostává do stádia „**krize kresebného projevu**“.
 - Se vzrůstající kritičností myšlení si začíná většina dětí uvědomovat svou kresbu jako nedokonalou a svůj kresebný projev ukončuje či potlačuje.
- Charakteristické zachycení pohybu kresba je stínovaná, zlepšování proporcí
- Někteří jedinci se do toho stádia nedostanou, kvůli malému množství podnětů i kvůli postižení.

Test obkreslování – Matějček, Vágnerová, 1992

- Obsahuje 12 předloh, které má dítě obkreslovat.
- Slouží k hodnocení vizuální percepce, senzomotorické koordinace a jemné motoriky.
- Prvních 5 obrázků jsou jednoduché geometrické figury, které v průměru zvládnou děti do 6 let.
- Další tři (6.- 9. předloha) jsou složitějšími vnitřně členěnými plošnými tvary, které v průměru zvládnou děti do 10 let.
- Poslední tři předlohy představují průnik dvou figur, obrazce 11 a 12 mají trojdimenzionální charakter. Tyto předlohy jsou schopné přijatelně přesně obkreslit děti starší 10 let.
- Lze jej použít pro posouzení celkové vývojové úrovně (např. v rámci vyšetření školní zralosti) nebo pro účely diferenciatní diagnostiky u dětí s MP či dětí zanedbaných, dětí hyperaktivní, se syndromem ADHD a u dětí s nějakou specifickou poruchou učení (především s podezřením na dysgrafii).



Kresba začarované rodiny

- Způsob proměny jednotlivých postav lze chápat jako určitou symboliku, jejíž význam je zašifrovaný a dítě si jej nemusí uvědomovat
- Takto lze sdělit informace, které by jinak dítě nedovedlo vyjádřit, příp. nechtělo (např. problematický vztah s matkou)
- Pokyn: „Nakresli začarovanou rodinu tak, jako kdyby přišel kouzelník a začaroval každého člena rodiny do nějakého zvířete, které by mu nejlépe odpovídalo, vyjadřovalo jeho povahu.“
- Po skončení práce rozhovor, vysvětlení, koho jak namaloval a proč
- Metoda vhodná od 6 let věku dítěte
- Hodnotíme – vnější znaky (tatínek je veliký a ochránce – medvěd, maminka je krásná – královna), psychické vlastnosti a projevy v chování (sestra je hloupá – husa, maminka je pilná – včelka), vztah člověka k dítěti (dědeček mi pořád radí – moudrý – sova)

Kreatos

- Schürer Miroslav
- Grafická technika projektivní techniky
- Nakreslení určitého prvku, které žák dokreslí
- Papír a tužka č. 2
- Každou dokreslenou věc je potřeba pojmenovat a napsat si k ní známku
- Psycholog se nejdříve podívá na to, zdali jsme vykreslili živý svět
- Měla by být dynamika – pohyb ne jenom statické věci
- Psycholog hledá fantazii v názvech (v pojmenování obrázků)

Analýza herních aktivit

- Dětská hra je hlavní činnost, ve které probíhá proces socializace
- Dítě se díky ní seznamuje s okolím, zkoumá věci a experimentuje s nimi
- Dítě stráví hrou převážnou část dne.
- Je ukazatelem vývojové úrovně a umožňuje pozorovat vývojové zvláštnosti
- V psychologické klinické praxi je hra léčebným prostředkem (uvolnění napětí, relaxace)
- Hry:

1. **Tematické** – hry „na něco“ na maminku na tatínka, na doktora (děti napodobují činnosti dospělých).
2. **Pohybové** – rozvíjejí schopnosti orientace v prostoru.
3. **Konstruktivní** – jde vždy o vytvoření něčeho nového z různých materiálů (papír, plastelína, hlína, lepidlo)

Vývoj dětské hry

V prvních 3 letech si dítě hraje samo. Manipuluje s předměty, hračkami a okolí příliš nevnímá. V průběhu předškolního věku přechází dítě z individuální hry ke hře ve společnosti druhých. Děti si již, „nehrají vedle sebe“, ale „hrají si spolu“. Postupně dochází k vytváření hrových kolektivů. Koncem předškolního věku začíná hra nabývat na **kolektivním charakteru**. Dítě spolupracuje s druhými, dokáže se prosadit.

Diagnostika dle Bednářové

- Dítě staví z kostek, navléká větší dřevěné korálky, napodobuje někoho nebo něco (3 roky)
- Skládá jednoduché puzzle, hraje si s pískem, hraje si s figurkami lidí, hraje si jako „doopravdy“ na vaření, na doktora (3-4 roky)
- Pohybové, konstruktivní, společenské, didaktické hry a výtvarné činnosti (4-5 let)
- Akceptuje pravidla hry a daří se mu vyrovnat s prohrou (5-6 let)

Diagnostika hry

- Samotná hra nám může sloužit jako diagnostický nástroj.
- Sledujeme **preferenci her, spolupráci, komunikaci a vývoj řeči, podřizování se pravidlům, kognitivní vývoj**.
- Hlavně u mladších dětí, kde tradiční vyšetření v podobě testů a zkoušek činí potíže, je hra ideálním prostředkem pro diagnostiku.
- Vyšetření založené na hře (play-based assessment) je kombinace pozorování dítěte při hře s možností participace a intervence dospělého s cílem nalezení silných i slabších stránek ve vývoji jedince.
- Velice vhodný pro předškolní děti.
- První možností je pozorování dítěte při spontánní hře. Do této hry by dospělý neměl zasahovat. Snažíme se co nejvíce postřehnout projevy dítěte.
- Druhou možností je být hry přímo účastněn a dělat přímou intervenci. Tím je možno odhalit možnosti dítěte. Této formy se mohou účastnit i rodiče. Je důležité, aby si rodiče s učitelkou předávali vzájemně informace, které získají při sledování volné hry dítěte.
- Při analýze hry je vhodné, aby dítě bylo pozorováno v různých podobách hry (samostatně, s kolektivem dětí, hra s dospělým), do které se pozorovatel více či méně sám zapojuje.
- Pokud je pozorovatel součástí hry, je vyšší riziko nezachycení některých důležitých poznatků.
- Výhodou je, že pozorovatel může pracovat více s dítětem a vytvářet určité situace, ve kterých chce dítě vidět.

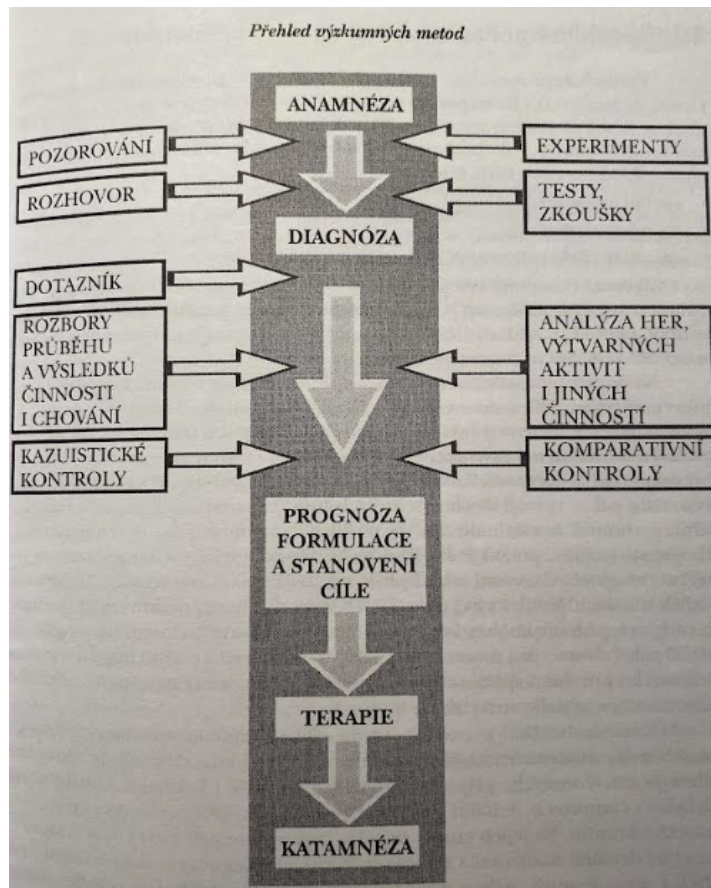
Při hře sledujeme výběr hraček, dodržování pravidel hry, zájem o hru (bez zájmu o hru, dítě hru pozoruje, dítě se hry účastní, dítě je hrou zaujato?), zapojení so skupinové hry, herní aktivita (dítě je pasivní, je potřeba je stimulovat, dítě je aktivní nebo je iniciátorem hry?), fantazie při hře, úroveň kreativity....

Zdroje:

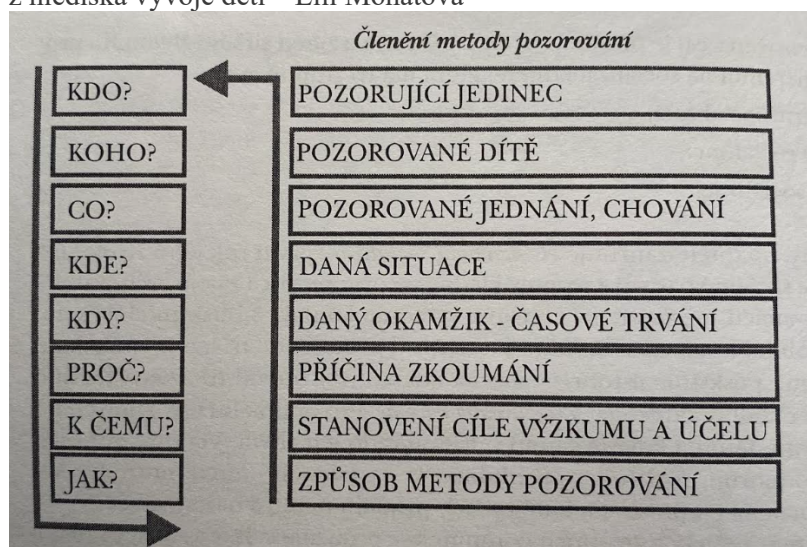
https://is.muni.cz/th/426424/pedf_m/

OPATŘILOVÁ, Dagmar a Zita NOVÁKOVÁ. *Raná podpora a intervence u dětí se zdravotním postižením*. 1. vyd. Brno: Masarykova univerzita, 2012, 321 s. ISBN 978-80-210-5880-4.

LUDÍKOVÁ, Libuše. *Kombinované vady*. 1. vyd. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2005, 140 s. ISBN 8024411547.



Speciálně pedagogická diagnostika
z hlediska vývoje dětí – Lili Monatová



5. Vývojová diagnostika – metody, nástroje, které oblasti se hodnotí?

Vývojové škály (dle opory Speciálně pedagogická diagnostika, Valenta, Svoboda)

Vývojové škály se používají k diagnostikování především malých dětí, u kterých nelze předpokládat natolik diferencovanou psychiku, aby byla měřitelná jinými diagnostickými postupy (třeba testy inteligence). Vývojové testy či škály jsou zaměřené na to, co je možno v raném věku pozorovat a srovnávat s normou, tj. nejčastěji vývoj hrubé i jemné motoriky a vizuomotorické koordinace, chování, adaptability a řeči. Vývojové škály jsou za měřeny především na včasné zachycení vývojových poruch, smyslových či motorických poruch.

Nejvíce používanou vývojovou škálou jsou **Gesellovy vývojové škály** (vyšetření dětí ve věku od jednoho měsíce do tří let) zaměřené na získávání poznatků o temperamentu, sociálních dovednostech, emocionalitě, frustrační toleranci dítěte a povaze jeho vztahů s rodiči. Testový materiál je běžně přístupný v hračkářství (kostky, „Seguinova“ destička atd.) či snadný na výrobu (kolečková zasouvačka).

Škála je složena z položek rozdělených do pěti oblastí:

1. Adaptabilita – u kojence se sleduje vývoj zrakové percepce, koordinace oko–ruka, schopnost dítěte přitáhnout si zajímavý předmět, schopnost využít minulé zkušenosti atd. V batolecím období se testové položky zaměřují na konstruktivní hry s kostkami, kresbu, práci se „Seguinovou“ destičkou geometrických výřezů, manipulaci s knoflíčky apod.
2. Hrubá motorika – v kojeneckém věku se zaměřuje na polohu dítěte (ovládání hlavy, „pasení koníčků“, sezení, lezení...), v batolecím období na koordinaci a stabilitu chůze, běhu, skákání apod. Diagnostik si všímá přetrvávání primitivních reflexů (tonický šíjní, úchopový reflex), třesu, svalového tonusu či asymetrie v reakcích
3. Jemná motorika – pohybová koordinace při manipulaci s předměty, kvalita úchopu atd.
4. Řeč – je sledována nonverbální forma i předřečová vokalizace, slova, první věty i porozumění nonverbálním faktorům a řeči jiných. Vývoj řeči je důležitý z hlediska posouzení emoční deprivace (opoždění minimálně o jedno věkové pásmo za adaptabilitou), sluchové vady i mentálního postižení (porušena je nejen expresivní složka řeči, ale i porozumění řeči).
5. Sociální chování – posuzují se návyky při krmení, sebeobsluze, hygieně a sociální reaktivita dítěte při hře atd.

Položky jsou strukturovány pro každý měsíc vývoje, a to až do jednoho roku dítěte. Ve druhém roce následují položky po třech měsících a od dvou let v půlročních intervalech, přičemž škála pracuje s tzv. klíčovými věky (tj. s vývojovými obdobími, kdy je určitý charakteristický vzorec chování nejvýraznější): 4 až 16 týdnů (patří do tzv. zóny lehu na zádech, která trvá až do 20. týdne života), 28 až 40 týdnů (zóna sedu přetrvávající až do 44. týdne, přičemž do 36. týdne sed s oporou), 12 až 18 měsíců (zóna lokomoce přetrvávající do 21. měsíce) a 24 až 26 měsíců vývoje (období staršího batolete).

Pro každou z pěti oblastí se dále stanoví vývojová úroveň diagnostikované ho dítěte (dítě splnilo alespoň polovinu požadovaných úkolů konkrétní úrovně), přičemž je možno uvést pásmo rozptylu a určit věk, který nejlépe odpovídá vzorcům chování dítěte i z hlediska kvalitativního zhodnocení (např. 32–44 týdnů, 36 týdnů).

Celkový vývojový kvocient se stanoví vzorcem, v němž škálou dosažený vývojový věk dělíme fyzickým věkem dítěte a násobíme stem – takto lze vypočítat také kvocienty jednotlivých oblastí škály (viz Svoboda, 2001).

Diagnostika motoriky a psychomotoriky

Motorika je schopnost živého organismu vykonávat pohyb. V kontextu s člověkem se považuje za souhrn tělesných pohybů – hybnosti.

Řízení motoriky obstarává CNS, příkazy jsou přenášeny z mozkových center periferními nervy do svalů, které jsou výkonným aparátem. Čidla v senzorických orgánech vykonávají kontrolní funkci. Jde tedy o obousměrný přenos informací mezi CNS a svaly.

Pro pohyby řízené z oblasti mimokorové a prováděné většinou hladkými svaly se někdy užívá souhrnného označení motilita (trávení, dýchání, polykání apod.)

Schopnost pohybů příčně pružovaného kosterního svalstva, které umožňuje člověku pohyb z místa na místo a podávat pracovní výkony, se označuje jako mobilita. Takto chápána mobilita však vyžaduje vyšší stupeň psychické ho řízení, a proto ji považujeme již za psychomotorickou činnost. „Pojem psychomotorika vyjadřuje úzké spojení, souvislost, návaznost, prolínání psychiky (duševních procesů) a motoriky (tělesných procesů a pohybu).“ (Szabová, 1999, s. 11)

Motorika se tradičně dělí na tzv. hrubou motoriku a jemnou motoriku. Hrubá motorika obsahuje činnosti, které vyžadují „hrubší“ pohyb. Řadí se sem chůze, skákání, plavání, jízda na kole, balancování rovnováhy, cviky s míčem apod.

Jemná motorika

Pojem jemná motorika v užším slova smyslu obsahuje pohyby ruky, ucho pování předmětů a manipulaci s nimi.

V širším slova smyslu jemná motorika zahrnuje:

- grafomotoriku – pohybovou aktivitu používanou při grafických činnostech a kontrolovanou především vizuálně;
- logomotoriku – pohybovou aktivitu úst při artikulované řeči kontrolovanou především auditivně;
- mimiku – pohybovou aktivitu obličeje;
- oromotoriku – veškerou pohybovou aktivitu v dutině ústní;
- vizuomotoriku – pohybovou aktivitu se zpětnou vizuální vazbou.

Psychomotorika je naproti tomu chápána jako vysoce organizovaná koordinační činnost vědomého ovládání pohybového aparátu.

Vývoj pohybových schopností se vyznačuje poslopností a vzájemnou těsnou propojeností hrubé a jemné motoriky, motoriky mluvidel a motoriky očních pohybů. V diagnostice v mnohých případech nemůžeme stanovit přesné hranice, a proto se zaměřujeme na komplexní posuzování z hlediska jednotlivých funkcí (domén). I následující sledované, testované a diagnostikované aktivity jsou ovlivňovány ve značné míře psychickými procesy, odehrávajícími se v mozku člověka. Pro zjednodušení však nebudeme v tomto případě používat v následujícím textu termíny, jako je např. diagnostika hrubé či jemné psychomotoriky apod.

1. Diagnostika hrubé motoriky

Při diagnostice se sleduje hlavně posturální vývoj dítěte, jeho lokomoce, koordinace, rovnováha, obratnost, přesnost zacílení pohybů i tzv. pohybový apetit. Mezi nejběžnější testové metody (řazeno podle abecedy) patří zejména následující testy, škály a projekt:

Diagnostika a edukace dětí a žáků s těžkým zdravotním postižením (Hanák a kol., 2005). Slouží jako nástroj pro diagnostiku a následnou edukaci dětí s těžkým zdravotním postižením. Jeho součástí jsou vývojové škály zaměřené na oblasti jemné a hrubé motoriky, grafomotoriky apod.

- Diagnostika dítěte předškolního věku (Bednářová, Šmardová, 2007). Jde o základní posouzení vývojové úrovně hrubé a jemné motoriky, grafomotoriky, kresby apod.
- Gesellův test (Knobloch, Stevens, Malone, 1980). Slouží jako nástroj k vyšetřování dětí od 4 týdnů do 36 měsíců života, u dětí s mentální retardací je možné jeho použití i v pozdějším věku. Test je rozdělen do 5 oblastí: hrubá a jemná motorika, adaptivní chování, vizuomotorická koordinace, řeč, sociální chování. Součástí hodnocení a interpretace je rovněž podrobná anamnéza a kvalitativní popis chování dítěte. Pro každou oblast se stanovuje vývojová úroveň, kterou dané dítě dosahuje. Celkové vyhodnocení se uvádí prostřednictvím vývojového kvocientu (VQ), což je kvalifikovaný odhad celkového intelektového potenciálu dítěte.
- Günsburgova škála (National Association for Mental Health, 1969). Je zaměřena na čtyři hlavní oblasti šetření: samostatnost, komunikaci, sociální přizpůsobení a zaměstnání.
- Orientační test dynamické praxe (Míka, 1982). Jednoduchý screeningový test, který je určený pro věkovou skupinu dětí pokrývající období od batolecího věku až po vstup do školy. V případě dětí s motorickým postižením je možno použít jej i pro starší věk. Test je složen z 8 položek, které se zaměřují na pohyb rukou, nohou, koordinaci, jemnou motoriku a oblast jazyka.
- Ozeretzského škála (1997). Je použitelná u dětí od 4 do 11 let chronologického věku. Měří hrubou i jemnou motoriku. Lze ji využít zejména u dětí s podezřením na opoždění motorického a psychomotorického vývoje,

popř. při sledování stavu PMV u dětí s mentální retardací, které poslouží k orientačnímu zjištění úrovně jejich motorických dovedností.

Portage projekt (program)

Portage vznikl ve státě Wisconsin v USA (v Co-operative Educational Service Agency), uveden a posouzen byl v roce 1976 ve Wessexu a Glamorganu ve Velké Británii.

- Jde o celou diagnosticko-edukační koncepci, která není primárně směřována na diagnostiku, ale přesto systematicky hodnotí úroveň rozvoje dítěte v oblastech socializace, komunikace, motoriky apod. Je určena především rodině, ve které vyrůstá dítě se zdravotním poškozením, a zahrnuje diagnostické a stimulační aktivity od narození dítěte do jeho 7 let (přibližně). Na této diagnostice se podílí celý pracovní tým, jenž zahrnuje domácí konzultanty, supervizora, sekretáře a členy řídicího týmu. Jádrem Portage programu spočívá v pravidelných návštěvách rodiny, obvykle jednou za týden. Dítě je detailně sledováno a veškeré jeho projevy jsou zaznamenávány do kolonek zahrnujících socializaci, soběstačnost a sebeobsluhu, vědomosti, řeč, jemnou motoriku a hrubou motoriku.

Záznamy v těchto vývojových položkách následně využívají rodiče při reedukačních a kompenzačních aktivitách, které provádějí pod supervizí celého Portage týmu.

- Škály funkční nezávislosti (in Hanák a kol., 2005). Používají se u klientů s kombinovanými vadami nebo těžší formou MP a týkají se posuzování sebeobsluhy, udržování čistoty, pohybu a přesunů, chůze, komunikace, sociálního porozumění atd.

- Škála McCarthyové (1972). Je určena pro diagnostiku dětí od 2,5 do 8 let věku, obsahuje 18 subtestů, které jsou rozděleny do dalších 5 škál: škála percepčně-performační, škála verbální, škála matematická a doplňkové škály paměti a motoriky, které obsahují i vyšetření stavu jemné motoriky ruky. Výsledkem je stanovení úrovně mentálních schopností dítěte.

- Vývojový screening (Knoblochová, Passamanick, Sherard, 1979)

- Metoda, sestavená z položek Gesellova testu, slouží k orientačnímu vyšetření především pro pediatrické preventivní prohlídky.

- Vývojová škála Bayleyové (1983). Revize testu, použitelná u dětí od 1 měsíce do 3,5 let, obsahuje vzájemně propojenou motorickou a mentální stupnici. Škála umožňuje i podrobnější analýzu profilu výkonu dítěte ve 4 oblastech, kterými jsou kognitivní vývoj, řeč, motorika a osobnostně-sociální vývoj. Škála může být rovněž využívána u klientů s těžším stupněm mentálního postižení.

- Vývojové škály – 260 rozvíjejících cvičení (Strassmeier, 1996). Jde o soubor cvičení pro děti s nerovnoměrným psychomotorickým vývojem. Cvičení postihují vývoj dítěte v oblasti návyků a sociálního chování, řeči, myšlení i hrubé a jemné motoriky.

2. Diagnostika jemné motoriky

Klinické i testové standardizované metody se v oblasti diagnostiky jemné motoriky zaměřují zvláště na funkční schopnosti obou horních končetin. Při diagnostice se sleduje zejména obratnost prstů, rychlost provádění zadávaných motorických úkolů, koordinace obou prstů, popř. schopnost audiomotorické reprodukce rytmického schématu.

U dětí předškolního věku se v období zápisu do ZŠ provádí rovněž první vyšetření jejich grafomotorických schopností. V tomto období by mělo dítě zvládnout jednoduchý opis psacího písma podle předlohy (Jiráskův test), přeskreslit podle předlohy body umístěné do stanoveného tvaru a reprodukovat bez větších obtíží čtverec. Sleduje se také držení psacího náčiní. Při vadném úchopu tužky se pro nápravu držení využívají trojúhelníkové tvary tužek a různé nástavce, které mají u dětí stimulovat optimální úchop psacího náčiní.

Z klinických metod se pro tuto diagnostiku nabízí využití rozboru kresby dítěte. Je to velmi oblíbená a široce využívaná metoda, protože pro děti představuje kreslení příjemnou činnost a tato činnost je pro ně často méně stresující než řešení verbálních úkolů. Proto bývá kresba zadávána obvykle již na začátku každého vyšetření předškolních dětí.

Mezi nejběžnější testové metody, které lze u dětí v předškolním i raném věku využít, patří zejména vývojové škály. Subtesty zaměřené na screening jemné a hrubé motoriky ruky zde tvoří až čtvrtinu všech položek.

Testové metody – škály:

- Ozeretzského škála (1997); popis viz předchozí kapitola;
- Škála McCarthyové (1972); popis viz předchozí kapitola;

- Vývojové škály, Gesellův test (Knobloch, Stevens, Malone, 1980); popis viz předchozí kapitola;
- Vývojová škála Bayleyové (1983); popis viz předchozí kapitola.

Testové metody – testy

- Číselný čtverec (Jirásek, 1975). Test je určen pro děti od 8,5 do 15,5 let, používá se zejména k hodnocení kvality pozornosti, vizuální percepce a schopností vizuomotorické koordinace. Od vyšetřovaného se požaduje, aby se dotýkal co možná nejrychleji otočeným koncem tužky „řady“ rozházených čísel.
 - Kohsovy kostky (Košč, 1974). Neverbální vydatný test, jehož lze použít u dětí od 5 let až do dospělého věku. Test je zaměřen i na schopnost vizuomotorické koordinace a logického myšlení.
 - Orientační test dynamické praxe (Míka, 1982). Popis viz předchozí kapitola.
 - Orientační test školní zralosti (Jirásek, 1970). Test je zaměřen zejména na posouzení úrovně jemné motoriky dětí předškolního věku, jejich grafomotoriky a vizuomotorické koordinace. Ve své grafické části obsahuje 3 úkoly: kresbu lidské postavy, opis psacího písma a překreslení skupiny bodů.
 - Rey-Osterriethova komplexní figura (Košč, Novák, 1997). Test je použitelný pro děti od 5., 6. roku do dospělosti a využívá se zejména k hodnocení vizuální percepce, paměti a grafomotorických dovedností. Je vhodný pro diagnostiku SPU, dysgrafie i dyskalkulie (zejména screening geometrických obtíží).
 - Stanford-Binetova zkouška (S-B test). Event. Zkouška Terman Merrillové, která u nás byla vydána v roce 1972 (Adamovič), a IV. revize S-B testu (Thorndike, Hagenová, Satter) u nás publikovaná v roce 1995 (Smékal). S-B test je určen pro děti od 2 let až po dospělost, cenný je zvláště pro děti předškolního věku a mladšího školního věku, jeho jednotlivé subtesty můžeme však případně využít i u dětí starších s těžšími stupni mentálního postižení. Úroveň jemné motoriky a vývoj senzomotorických dovedností se zde odráží v mnohých neverbálních úkolech (např. bludiště, překreslování geometrických obrazců, skládání a střihání papíru, dokreslování chybějících částí lidské figury apod.). Hodnotí se přesnost a rychlost provedení, vyšetřující sleduje, jakým způsobem dítě pracuje, zda nejsou jeho pohyby neuspořádané, chaotické, do jaké míry jsou koordinované atd.
 - Test kresby lidské postavy (Goodenoughová, 1926). V ČR byla zkouška upravena a standardizována v roce 1982 (Šturma a Vágnerová, 1982). Je určena pro děti od 3,5 do 11 let. Test je zaměřen na zjištění úrovně jemné motoriky, vizuální percepce, senzomotorické koordinace. Z jeho výsledků lze orientačně odhadnout i úroveň mentálního vývoje.
 - Test obkreslování (Matějček, Vágnerová-Strnadová, 1974). Je určen pro děti od 5 do 13 let a tvoří jej 12 subtestů, které zobrazují různé geometrické tvary. Dítě má za úkol je obkreslit. Test zjišťuje úroveň grafomotoriky a vizuomotorické koordinace.
 - Wechslerovy zkoušky inteligence. PDW – Pražský dětský Wechsler (Kubička, Bursík, Jirásek, 1973), WISC-III – Wechsler Intelligence Scale for Children – Third edition U. K., nové přepracované vydání 2002 (česká verze Krejčířová, Boschek, Dan). Ačkoli test není primárně zaměřen na vyšetřování jemné motoriky, můžeme tuto oblast poměřit zvláště v subtestech bludiště, kostky, skládanky, symboly, (podprůměrná či nadprůměrná manuální zručnost se může projevit i v jiných činnostech).
 - Vývojový test zrakového vnímání (Frostigová, 1972). Test je určen pro hodnocení úrovně vizuomotorické koordinace a zrakového vnímání dětí (4–8 let, u dětí s těžším postižením i později). Testový materiál obsahuje testovací sešit, záznamový arch, demonstrační karty (zobrazen trojúhelník, čtverec atd.), 3 šablony (pro vyhodnocení výsledků) a 5 subtestů: 1. vizuomotorická koordinace (dítě má kreslit nepřerušované čáry, příp. spojit jeden bod s druhým), 2. figura pozadí, 3. konstantnost tvaru (dítě má rozeznat různé tvary, které se liší velikostí, odstínem apod.), 4. poloha v prostoru (dítě má rozlišit, které tvary jsou otočené), 5. prostorové vztahy (dítě má obkreslit různé tvary, které jsou zakresleny do soustavy teček). Administrace testu trvá 30–40 minut. Dítě je motivováno tím, že test je mu představen jako hra.
- Test je možno použít jako součást testové baterie v klinické i poradenské praxi, pro posouzení školní zralosti a diferenciální diagnostiku specifických poruch učení. Vhodný je také pro hodnocení dětí s organickým postižením CNS a pro děti se syndromem ADHD. Pro zdlouhavou administraci není jako celek příliš vhodný pro děti s mentální retardací. Jako vhodnější se jeví využití jeho jednotlivých subtestů (Svoboda, Krejčířová, Vágnerová, 2001).
- Žlab (1960) používá pro zhodnocení motoriky a senzomotorické koordinace zkoušku házení a chytání tenisového míčku a koordinaci horních a dolních končetin při chůzi na místě u žebřin.

3. Diagnostika laterality

Samotný termín lateralita pochází z latinského *latus* = strana, bok. Je to univerzální pojem, který se užívá pro označení levostranné nebo pravostranné dominance některého párového orgánu. Rozlišujeme lateralitu tvarovou (ta se týká pouze tvarů párových orgánů) a lateralitu funkční. Speciálněpedagogická diagnostika se zabývá funkční lateralitou párových orgánů a zaměřuje se zejména na lateralitu ruky a oka. Můžeme určit samozřejmě i lateralitu některých dalších párových orgánů, např. lateralitu uší nebo nohou, většinou to však není důležité (snad jen při posuzování laterality nohou u fotbalistů apod.).

V souvislosti s lateralitou se ještě frekventovaně využívají termíny *dexter* (pravý, správný) a v menší míře pak *sinister* (levý), který má ve většině jazyků jistý pejorativní význam. I v českém jazyce rčení: „Má obě ruce levé“ neznamena pochvalu šikovnosti adresovanému. Pro nevyhraněnou lateralitu se používá také označení *ambidextrie*.

S lateralitou jsou spojeny komplikace věcné povahy, které spočívají v tom, že leváci žijí v převážně pravoruce orientované společnosti, v níž většina zařízení, nástrojů, technologií atd. je přizpůsobena pro užívání pravé ruky. Jedná se jak o některé velmi jednoduché nástroje užívané v domácnosti, tak i o řadu hudebních nástrojů, dopravních prostředků, prostředků komunikace aj. Podobně jsou stanoveny též společenské zvyklosti a pravidla společenského chování (např. při běžném pozdravu se podává pravice). Proto byla v minulosti celá řada leváků přecvičována. I dnes, v době výroby specializovaných nástrojů pro leváky, jsou tito lidé poněkud znevýhodněni mnohými malichernostmi, které běžně ovlivňují náš život a kterých si pravák téměř ani nevšimne (např. stínění psaného textu při levostranném osvětlení).

Nešetrné zásahy do přirozené levorukosti dětí mohou však způsobit neurotizaci dítěte a vážné edukační i zdravotní obtíže (poruchy chování, zhoršení školního prospěchu). Proto jedním z cílů pedagogické diagnostiky je odhalit případné přecvičování dítěte a upozorňovat i rodiče na nebezpečí snah o tuto „nápravu“.

V polovině minulého století Matějček a Žlab (1972) prokázali, že lateralita se vyvíjí, vyhraňuje a fixuje v souvislosti s manipulací s různými nástroji přibližně od čtvrtého roku života. Zelinková (1994) v souvislosti s **genotypem** (vrozený typ laterality) a **fenotypem** (projev laterality, který vyšetřovatel skutečně pozoruje při vyšetření) udává, že ještě v předškolním věku není dominance u některých dětí dostatečně zřejmá, a proto u nich užíváme označení **nevyhraněná lateralita**. Tento termín se do značné míry překrývá s termínem **neurčitá lateralita**. V případě nevyhraněné (neurčité) laterality se jedná o kolísání preferencí některého párového orgánu (většinou kolísání dominance ruky), které se buď upraví v samotném průběhu ontogenetického vývoje (přibližně kolem 7. roku života dítěte), nebo které přetrvává po celý lidský život.

Speciálněpedagogická diagnostika stanovuje pro své šetření laterality následující kritéria:

Třídy laterality – vyhraněné leváctví, méně vyhraněné leváctví, nevyhraněná lateralita neboli ambidextrie, méně vyhraněné praváctví, vyhraněné praváctví. **Typy laterality** – určují se zejména při diagnostice vývojových poruch uče ní a souvisí s provázanou lateralitou rukou a očí.

Rozlišujeme:

- lateralitu souhlasnou – jestliže převažující ruka a oko jsou shodně pravé či levé; • lateralitu neurčitou – jestliže převažující ruka, oko nebo obojí jsou obtížně určitelné (patří k nevyhraněné lateralitě);
- lateralitu zkříženou – jestliže převažující ruka a oko mají opačnou lateralitu;

Tzv. **index laterality** vyjadřuje poměr úloh vykonaných pravou a levou rukou nebo nohou, nebo pravým a levým okem.

Tzv. **kvocient pravorukosti (DxQ = kvocient dexterity)** vyjadřuje počet pravostranných reakcí v procentech.

Vzorec:

$$DxQ = \frac{P + \frac{A}{2}}{N} \cdot 100$$

Příčemž: P = počet všech zadaných úkolů, které vyšetřený provedl pravou rukou;

A = počet všech zadaných úkolů, u kterých byla zjištěna ambidextrie;

N = počet všech zadávaných úkolů (zde jsou zahrnuty i úkoly provedené levou rukou).

DxQ – rozsah	Terminologie	označení
100–90	vyhraněné praváctví	P+
89–75	méně vyhraněné praváctví	P
74–50	ambidextrie	A
49–25	méně vyhraněné leváctví	L
24–0	vyhraněné leváctví	L-

Typy zadávaných úkolů jsou uvedeny ve zkoušce lateralit Matějčka a Žlaba (viz níže). Tyto úkoly však v diagnostické praxi slouží především k inspiraci, při praktickém vyšetření jejich škálu vyšetřující mnohdy překračuje. Vyšetření tak bývá přesnější. Úkoly obsahují činnosti, ve kterých je zapojována jak hrubá, tak i jemná motorika (např. zkouška síly nebo navlékání jehly).

Při diagnostikování lateralit oka byly stanoveny pouze tři možné výsledné kategorie. Pravá vyhraněnost oka, levá vyhraněnost oka a ambidextrie – ne vyhraněnost vedoucího oka.

Diagnostika oka se stanovuje nejčastěji pomocí trychtýře, kterým se vyšetřovaný dívá na stanovený předmět. Podle náklonu trychtýře se pozná, které oko dítě upřednostňuje. V případě diagnostiky oka lze rovněž využít další pomocné metody, jako jsou např. divadelní kukátka, hledání kuličky na dně tubusu propisovací tužky, pozorování předmětů přes klíčovou díрку atd. Musíme však mít na paměti, že výsledky těchto zkoušek mohou být ovlivněny i lateralitou ruky (např. při posuzování lateralit očí při střelbě ze vzduchové pistole).

Význam diagnostiky lateralit spočívá nejen v eliminaci eventuálního škodlivého přecvičování leváctví, ale také při stanovení tzv. zkřížené lateralit. Děti se zkříženou, v mnohých případech i s neurčitou lateralitou ruky a vedoucího oka mají zřejmě větší problémy v počátečních fázích výuky čtení, a to především s rozpoznáváním vertikálně i horizontálně symetrických tvarů písmen a číslic (d = b, psací I = C, d = p, S = ? apod.). Zkřížená lateralita může rovněž negativně ovlivnit výsledky některých vizuálně zaměřených inteligenčních testů a subtestů (např. CPM, Raven, Reyova figura atd.).

Diagnostika lateralit má zvláštní význam i při diagnostikování „lehkých dětských encefalopatií“, DMO, v diagnostice i terapii poruch řeči, v případě rozkrývání příčin smyslových poruch, při hledání příčin školních obtíží, při neprospěchu a dalších nápadných výkyvech ve školní výkonnosti a chování a samozřejmě i při hodnocení školní zralosti.

Diagnostikování lateralit patří mezi časově méně náročná vyšetření. Vyznačuje se také snadností administrace a hravým charakterem většiny dílčích zkoušek. V diagnostické praxi se v ČR nejvíce využívá zkouška lateralit Matějčka a Žlaba. Tato zkouška však rovněž slouží jako zdroj inspirace pro další nestandardizovaná a víceméně improvizovaná vyšetření lateralit.

Testové metody

- Zkouška lateralit (Matějček, Žlab, 1972) K hodnocení lateralit horních končetin je určeno 12 položek, pro zjištění lateralit očí se využívají dvě položky. Jedna položka je určena pro stanovení dominantního ucha. Zkouška lateralit nebyla standardizována obvyklým způsobem, avšak výsledky dílčích zkoušek jsou výsledným přepočtem převedeny na koeficient dexterity (DxQ).

4. Diagnostika sebeobsluhy

- Hygiena

Do oblasti hygieny patří celá řada běžných činností spojených s osobní hygienou (mytí všech částí těla), s úpravou zevnějšku (péče o vlasy, čištění zubů, stříhání nehtů a péče o pleť apod.), ale také schopnost používat toaletu.

Sleduje se zejména, jaká je úroveň: schopností a návyků při koupání a umývání; samostatnosti při mytí rukou a omývání obličeje; schopnosti samostatně si vyčistit zuby; schopností učesat se a umýt si vlasy; péče o nehty a udržování celkového vzhledu; potřeby a realizace intimní hygienické péče; schopností včas rozpoznat a realizovat potřebu toalety.

- **Oblékání a obouvání**

Svlékání a zouvání jsou snazší aktivity než oblékání a nazouvání. Tyto aktivity již vyžadují větší koordinaci rukou a obratnost jemné motoriky prstů. Schopnost sebeobsluhy v oblasti oblékání a obouvání se posuzuje i z hlediska obtížnosti jednotlivých dílčích úkolů.

Sleduje se, zda se dítě podvoluje oblékání a svlékání; zda pomáhá při svlékání a oblékání zda je schopno: samostatného oblékání a svlékání; zda dokáže rozpoznávat druh oblečení a jednotlivé části oblečení; rozepínat a zavírat kapsy a uzávěry na oblečení; oblékat součásti oděvu ve správném pořadí; zda rozpozná své oblečení; zda dokáže vybrat druh oblečení vhodný k určité příležitosti; vhodně pečuje o své oblečení.

- **Stravování**

Příjem jídla a tekutin patří mezi základní lidské potřeby. Do oblasti sebeobslužného stravování však patří i příprava jídla a posuzování způsobu stolování. U těžších forem mentálního postižení se posuzují i problémy se žvýkáním a polykáním.

Sleduje se, zda se dítě nechá krmit; zda je schopno samostatného jídla; samostatně pít z hrnečku; obsloužit se samostatně jídlem a pitím v době, kdy se podávají; připravit si jednoduché jídlo ke konzumaci; samostatně si při pravit běžný studený i horký nápoj; prostřít stůl a připravit sek jídlu; osvojit si ustálené jídelní zvyklosti; jíst kultivovaně i za změněných okolností; zvládnout situaci návštěvě restaurace; jíst příborem.

- **Péče o své zdraví**

Do oblasti péče o své zdraví patří sledování tendencí směřujících ke správnému způsobu života, tj. péče o své zdraví v širším slova smyslu. Do této oblasti se řadí zejména posuzování zvládnutí hygienických, stravovacích a pracovních návyků, ale také rozvoj sociálních a komunikačních dovedností, schopnost odmítnutí různých škodlivých látek a sebezáchovné chování při ohrožení vlastní osoby.

Sleduje se, zda je dítě schopno porozumět základním životním potřebám a jejich naplňování; přiměřeně reagovat a dodržovat různé zákazy a nařízení; rozpoznat jednání, které může být nebezpečné; vážit si svého zdraví a těla, umět upozornit na své potřeby a problémy; znát správné psychohygienické návyky a orientovat se v situacích, kdy je nutné a užitečné se podřídit a kdy je nutné se postavit na odpor; vědět, kde se v případě nutnosti dá vyhledat pomoc; umět překonávat strach v rámci bezpečných aktivit; zda pociťuje strach v případě nebezpečných aktivit a zda uplatňuje osvojené sociální dovednosti při kontaktu se sociálněpatologickými jevy. S prohlubujícím se mentálním postižením dochází většinou k poklesu úrovně schopností a dovedností projevujících se ve výše označených oblastech. Toto snížení je úzce provázáno i se snížením úrovně motorických a psychomotorických funkcí. Míra soběstačnosti a sebeobslužnosti individua závisí především na stupni a charakteru jeho postižení, je však ovlivněna i dalšími faktory. Řadíme mezi ně např. podnětnost či nepodnětnost sociálního prostředí rodiny či školy, míru stimulace a edukace vynaloženou na rozvoj postižené individuality, charakteristiku osobnostních genetických rysů jedince apod.

Vývojové škály

Pro hodnocení dosažené úrovně sebeobsluhy se používají zejména vývojové škály. Z nich je zřejmě nejrozšířenější **vinelandská škála sociální zralosti**, která se i ve druhé dekádě 21. století v diagnostické praxi PPP a SPC v ČR chách používá. Modernější verze této škály byla ještě v této době většinou v uvedených diagnostických zařízeních nedostupná.

- **Vinelandská škála sociální zralosti (Doll, česká úprava Kožený, 1965)**

Škála je určena především pro diagnostiku dětí s mentálním postižením. Je jím cílem je rovněž posoudit jejich samostatnost a soběstačnost. Sleduje se zde osm hlavních oblastí: obecná soběstačnost, soběstačnost v jídle, samostatnost při oblékání, všeobecná samostatnost, zaměstnání, komunikace, motorika a sociální začlenění (např. zapínání oděvu; obsluha na toaletě; obsluha při stolování; telefonování; jízda na kole; stříhání nůžkami; samostatný pohyb po městě apod.) Při hodnocení vychází vyšetřovatel buď z vlastní ho pozorování, nebo se

může opřít i o informace získané od rodičů, učitelů, lékařů atd. Test nemá časové omezení a je určen k individuálnímu použití pro věkovou skupinu dětí od 3 do 9 let, případně pro jedince, jejichž mentální úroveň odpovídá tomuto věkovému rozpětí.

Při kvalitativním hodnocení výkonnosti dítěte ve vinelandské škále se rovněž zamýšlíme u nesplněných položek nad tím, zda a za jakých podmínek by dítě bylo schopné úkol zvládnout. Přihlíží se i k tomu, o jaké dítě jde, a zohledňuje se i vliv prostředí, ve kterém vyrůstá. V některých případech se považuje konkrétní úkol buď za splněný, nebo fakticky neproveditelný. Proto se někdy považuje za splněný i fakticky neprovedený úkol. Na druhé straně by měl vyšetřující vyloučit vliv náhody a případně požadovat po dítěti opakování určitého úkolu.

• Škály funkční nezávislosti

Škály funkční nezávislosti se používají při diagnostice jedinců s kombinovanými vadami nebo s těžší formou mentální retardace. Mezi nejčastěji sledované oblasti se řadí: sebeobsluha (stolování, oblékání, holení apod.), tělesná čistota (mytí, koupání, používání toalety apod.), přesuny (vozík, přesun do sprchy, vany apod.), lokomoce/chůze (pohyb, lezení, schody pod.), komunikace (pasivní a aktivní řeč), sociální porozumění (sociální interakce, schopnost řešit běžné problémy, paměť).

V každodenní praxi speciálněpedagogických center se můžeme setkat s různými přístupy uplatňovanými při diagnostikování úrovně sebeobsluhy. Ne vždy se však postupuje přesně podle vývojových škál. Výstupem pak není objektivní diagnóza, ale spíše subjektivní popis dosažené úrovně (chybí standardní hodnotící kritéria).

Pro přesnější posouzení psychomotorického vývoje sledovaného jedince i jeho sebeobsluhy je však žádoucí, aby se jeho výkon srovnal s vývojovými normami. Na základě tohoto srovnání pak může speciální pedagog diagnostikovat, zdali tento vývoj probíhá normálním způsobem, nebo se opoždí. V rámci diagnostiky se také zjišťuje samostatnost, případně míra potřebné pomoci poskytované ze strany dospělého. Speciální pedagogové se často při své diagnostice opírají o vlastní tabulky hodnocení úrovně sebeobsluhy. Záznamy sem wpisují především na základě svého pozorování, čerpají však také z výpovědí rodičů a dalších osob, které přicházejí s klienty do styku. Svě důležité místo tu má i podrobná anamnéza. Je rovněž důležité provést pozorování dítěte v různém prostředí (např. škola v přírodě, návštěva bazénu, nakupování v obchodě apod.)

Diagnostika kognitivních funkcí

Kognitivní (poznávací) funkce jsou všechny psychické procesy, které člověku umožňují rozpoznávat, pamatovat si, učit se a přizpůsobovat se neustále se měnícímu okolnímu prostředí. Patří sem zejména učení, pozornost, volní vlastnosti, myšlení, expresivní funkce, jako je řeč, psaní, počítání, výrazové prostředky včetně mimiky a gestikulace, orientace v prostoru a čase, exekutivní (kontrolní) funkce atd.

V praxi speciálněpedagogické diagnostiky, jež reaguje na Mezinárodní klasifikaci funkčních schopností a zdraví (MKF), která je určena pro hodnocení stupně zdravotního postižení, se v poslední době (r. 2011) v souvislosti s vytvořením katalogů funkčních schopností zdravotně postižených rozděluje oblasti kognitivních funkcí na čtyři hlavní domény. Je to speciálněpedagogická diagnostika smyslové percepce, pozornosti, paměti a fatických funkcí.

1. Smyslové funkce

Smyslová percepce neboli vnímání obecně je základním poznávacím procesem. Spočívá v získávání informací o okolním světě. Vnímání se dělí na: zrakové (optické, vizuální), sluchové (akustické, auditivní), dotykové (taktilní, haptické), čichové (olfaktorické), chuťové (degustativní) a nitroorgánové (coenestetické). Předpokladem vnímání je existence podnětů, funkčních smyslových orgánů a mozku. Vnímání prostoru, pohybu a času není na smyslové orgány přímo vázané.

Vnímání není však jen pouhou záležitostí smyslů, ale účastní se ho i další kognitivní a motivační procesy, sociální prostředí a výcvik.

Základním elementem bezprostředního vnímání jsou **počítky**, které jsou výsledkem čítí. Vznikají podrážděním smyslového orgánu a jsou odrazem určité jednoduché vlastnosti okolních jevů (odrážejí jednotlivé charakteristiky, např. barvy, tóny, chutě, vůně a pachy, teplo, chlad, bolest, hluk apod.).

Souhrn počítků vytváří **vjem**. Je to již složitější a komplexnější obraz, který představuje souhrn vlastností daného předmětu nebo jevu. Mezi charakteristiky vnímání vjemů patří **pregnantnost** (tendence zdokonalovat tvary a vnímat neúplné celky jako úplné), **zaměřenost** (figura–pozadí), **výběrovost** (vnímáme pouze to, co na nás nejvíce působí – vnímání je ovlivněno pozorností, motivací i tzv. podprahovým vnímáním), **konstantnost** (stejný objekt je vnímán bez ohledu na to, v jaké poloze a v jaké vzdálenosti se nalézá), **celistvost** (tendence vnímat jednotlivosti jako celek).

Představy nejsou bezprostředně vázány na realitu a její odraz, souvisejí však především s pamětí a dalšími psychickými procesy. Ve srovnání s vjemy jsou představy méně přesné a jasné (matné představy barev předmětů), méně zřetelné (nepřesné ve srovnání s reálnou skutečností), úryvkovité (bez detailů) a nestálé (většinou krátkodobé).

Vnímání, jako vývojově primární, základní funkce, je významně ovlivňováno úrovní rozumových schopností. V mozkové kůře se musí nejdříve vytvořit tzv. diferenční podmíněné spoje a na jejich bázi vznikne tzv. **dynamický stereotyp**. U zdravých dětí je proces utváření těchto podmíněných spojů rychlý, u mentálně postižených dětí je vlivem poškození CNS pomalý a probíhá s určitými kvalitativními odchylkami. V této souvislosti vystupují do popředí čtyři problémy při vnímání, typické pro děti s mentálním poškozením. Jde o pomalé tempo vnímání a jeho zúžený rozsah, nediferencovanost počitků a vjemů, nedostatečné vnímání prostoru a času a zejména indolentnost (útlum, netečnost) při vnímání.

Zpomalenost tempa vnímání a značné zúžení jeho rozsahu se projevuje tím, že u dítěte s mentální retardací je omezena schopnost globálního vidění. Děti s mentálním postižením setrvávají déle ve fázi vnímání detailů, jejich percepční syntéza je pro ně problematická. Tyto skutečnosti mají negativní vliv na jejich orientaci v novém prostředí, případně v neobvyklé situaci. Narušena je také schopnost vnímání a pochopení perspektivy, dochází k překrývání kontur, nerozlišování velikosti předmětů a v konečném důsledku k narušení celého prostorového vnímání.

Běžné populaci také nedělá problém vyhledání obrysu geometrických tvarů na určitém pozadí (diskriminace figury a pozadí). Mentálně postiženým dětem však ano. Tyto děti nedostatečně diferencují detaily a celky – při poznávání objektů považují za stejné úplně různé předměty. Při vnímání prostoru a času dochází u dětí s mentálním postižením také k častému selhávání (např. chybování při odhadu délky, hloubky, časové dezorientaci apod.).

Velkým problémem je také inaktivita vnímání. Dítě neprojevuje snahu (není schopno) prohlédnout si předkládaný materiál (např. obrázek) podrobně a vnímat všechny jeho důležité detaily. Při pootočení obrázku ho již děti ne poznají. Mentálně postižené děti vnímají rovněž líbivé (barevné, pohyblivé apod.), avšak nepodstatné detaily.

VIZUÁLNÍ PERCEPCE

Zrakové vnímání je základem orientace v prostředí a předpokladem pro rozvoj psychických funkcí. Pro správný vývoj vidění je důležitá přiměřená stimulace. Novorozenec nejdříve dokáže vnímat rozdíly mezi světlem a tmou, později pak začíná vnímat obrysy předmětů. Zpočátku vnímá nejlépe objekty vzdálené 20–30 cm, v 6 měsících již dokáže fixovat pohled na předměty vzdálené 1 metr. S rozvíjející se schopností vidění je později stimulován i pohyb hlavičky dítěte, její zvedání a klesání a pohyb do stran. Ve 2–3 měsících začíná dítě rozlišovat barvy (červená, modrá, zelená, žlutá). Půlroční dítě by již mělo sledovat zrakem pohyb svých rukou, pohybující se osoby a natahovat se po blízkých předmětech s cílem uchopit je. Sedící dítě již využívá lepšího zorného úhlu vidění. Od 6 do 12 měsíců je schopno rozlišit mezi osobou známou a neznámou (rozvoj specifického vztahového pouta, bezchybná identifikace nejbližší osoby) a registrovat drobné předměty. Postupně se rozvíjí i jeho vizuomotorická koordinace.

Pro školní úspěšnost je důležitý také rozvoj a zpřesnění vizuální diferenciace. Zvláště rozpoznávání vertikálně a horizontálně symetrických tvarů je nezbytné pro úspěšné absolvování vstupní etapy výuky čtení a psaní. Se zráním zrakového vnímání souvisí i rozvoj zrakové fixace a koordinace očních pohybů. Tyto funkce jsou již u dítěte v období počátku jeho školní docházky také poměrně vyspělé.

Zraková percepce má pro děti s mentálním postižením zásadní význam, a to nejen pro rozvoj psychických funkcí, ale i pro orientaci v okolním prostředí. V oblasti vizuální diferenciace zde dochází ke značným problémům. Děti s mentálním postižením velmi často špatně rozlišují podobné obrázky, což koreluje s jejich obtížemi při rozlišování jednotlivých grafémů (tzv. grafomatický vizus). Potíže mají i při rozlišování různých detailů na obrázku, při rozpoznávání geometrických a jiných tvarů, při identifikaci počtu a rozlišování směru (obrácených a otočených tvarů). Zrakové vnímání mentálně postižených dětí je také z důvodu horší koordinace očních pohybů nesystematické. Děti přeskakují od jednoho detailu k druhému a nejsou schopny vnímat „viděné“. To se projevuje i v oblasti okulomotorických pohybů zejména při čtení, kdy nedovedou koordinovat pohyb očí tak, aby dobře viděly (např. řádek textu, který mají číst).

V oblasti vizuální integrace je narušena schopnost komplexního vnímání. Děti s mentálním postižením nedovedou systematicky prohlížet obrázek, vnímat celek jako soubor detailů a postihnout mezi nimi nějaké vztahy (analýza, syntéza). Mnohdy ulpívají na některém nepodstatném detailu nebo na globálním pohledu. Potíže mají také při praktických činnostech, kdy musí koordinovat vidění s jinou pohybovou aktivitou. Snadno proto přetáhnou čáru při kreslení, nedodrží plochu při vybarvování, netrefí se na správné místo apod. Tyto nedostatky se samozřejmě projevují i při výuce psaní.

Diagnostické nástroje

Při diagnostikování zrakové percepce se hodnotí především vnímání barev, rozlišování tvarů a polohy předmětů a figur na pracovní ploše, včetně prostorové orientace. Mnohé testy a zkoušky zaměřené na snímání kvality vizuální percepce jsou však ovlivňovány i motorickými dovednostmi, což znemožňuje jasné odlišení příčin zjištěných dysfunkcí.

K hodnocení úrovně zrakového vnímání slouží především následující testové metody:

- **Reverzní test** (Edfeldt, česká úprava Malotínová, 1968) Edfeldtův reverzní test zjišťuje úroveň zralosti zrakového vnímání dítěte v kontextu s rozlišováním vertikálně a horizontálně symetrických tvarů.
- **Test diskriminace tvarů** (Švancara, 1976) Jde o výkonový test pro děti ve věku 8–9 let. Tvoří jej list formátu A3, na němž je umístěno 1250 obrázkových podnětů po 50 ve 25 řádcích (jde o tvary 5 různých typů, které mohou být prezentovány v různé poloze). Úkolem dítěte je přeškrtnat všechny obrázky jednoho typu. Hodnotí se čas, počet opomenutí, počet omylů a počet oprav. Existují normy podle věku a pohlaví, které jsou určeny pro převod hrubých skóre na steny.
- **Vývojový test zrakového vnímání** (Frostigová, česká verze Krallová, 1972) Tento test je určen pro hodnocení úrovně zrakového vnímání dětí (4–8 let, u dětí s těžším postižením i později). Je zaměřen na měření vizuomotorické koordinace, schopnosti rozlišit figuru a pozadí, konstantnost tvaru, polohu v prostoru a prostorové vztahy. Dítě je motivováno tím, že test je mu před staven jako hra, pro každý subtest je stanovena přesná instrukce. Test je vhodnější použít individuálně než skupinově.
- **Ozop – orientační zkouška očních pohybů** (P. Svoboda, 2002) Jde o „čistou“ vizuální screeningovou neuropsychologickou zkoušku určenou pro zařízení pedagogicko-psychologického poradenství a pro dětské klinické psychology. Slouží jako diagnostický nástroj k odhalení dyslektických problémů a projevů spojených s ADHD, tj. citlivě u dětí snímá přede vším úroveň jejich vizuální pozornosti, vizuální diferenciaci, plynulosti očních pohybů a rozlišovacích schopností prostřednictvím sčítání vertikálních a horizontálních linek a rozptýlených bodů. Skládá se z 9 úloh. Předností testu je jednoduchý skórovací systém s přehlednou standardizací a krátký čas pro jeho administraci (cca 3 minuty). Jeho použití je možné skupinově nebo individuálně, je určen pro děti od 5 do 12 let.
- **Bentonův vizuální retenční test** (Česká verze Preiss, jedná se o překlad 5. vydání z roku 1992. Praha, Testcentrum 2000.) Test měří vizuální paměť, zrakovou percepci a vizuokonstrukční schopnosti. Je vhodný k diagnostice poškození mozku, ať již vlivem úrazu, onemocnění či vývojové poruchy. Úkolem dítěte je reprodukovat obrazce, které mu byly na krátkou dobu exponovány. Pozorujeme dítě, jak se na úkol soustředí, kdy ztrácí motivaci apod. Když dítě při reprodukci obrázků selhává, používáme variantu zaměřenou na znovupoznání. Zkouška se používá od 7 let dítěte, výkon stoupá od 8 do 14–15 let. Reprodukované obrázky se hodnotí z hlediska jejich správnosti, případně přesnosti (při hodnocení se neberou v úvahu kreslířské dovednosti, jde jen o zachycení podstatných znaků z předlohy). Tato metoda je využitelná jako součást testové baterie v klinické i poradenské praxi. Často se používá při hodnocení celkového vývoje u dětí se školskými potížemi a také při diferenciální diagnostice organických postižení mozku. Test se pro svoji poměrně jednoduchou a rychlou administraci jeví jako vhodný pro děti s mentální retardací (Svoboda, Krejčířová, Vágnerová, 2001).
- **Test cesty (Trail Making Test)** Test cesty Sluchové vnímání Uvedený test je podmíněn dobrou znalostí písmen a číslic. Může přinést informace týkající se psychomotorického tempa dítěte, zrakové percepce, vizuomotorické koordinace a pozornosti. Při aplikaci u dětí s mentální retardací je nutné jednoznačně dodržet podmínku kvalitního zvládnutí abecedy a číslic. Test je rozdělen do částí A a B. V části A dítě vyhledává a spojuje čísla, v části B je složitější úkol kombinující vyhledávání čísel a písmen.

AUDITIVNÍ PERCEPCE

Sluchové vnímání velice úzce souvisí s rozvojem řeči, a tedy i s psychickým vývojem dítěte. Kvalita auditivní percepce závisí na vytváření diferenciačních podmíněných spojů a dynamických stereotypů v

oblasti vnitřního sluchového analyzátoru v oblasti CNS. Pokud je i vnější část sluchového analyzátoru plně funkční (oblast vnějšího ucha), pak nám tento sluchový orgán umožňuje přesně diferencovat, skládat a analyzovat jednotlivé zvuky, v pozdějším ontogenetickém období i jednotlivé fonémy řeči. Pokud je systém vytváření těchto spojů narušen, dochází ke zkreslování těchto fonémů, k jejich záměnám, přesmykování (auditivní kinetické inverze). To má za důsledek i opožděné utváření řeči a narušení psychického vývoje celé osobnosti. Dalším faktorem, který ovlivňuje (a limituje) auditivní vnímání, je čas. Foném nelze vnímat libovolně dlouho, má omezené časové trvání. Proto tu svou roli sehrává i kvalita krátkodobé pozornosti.

Protože sluchová diferenciací závisí i na dobrém zvládnutí jazyka a podporuje ji zafixovaná slovní zásoba, je zřejmé, že jde nejen o pouhou sluchovou percepci, ale i o určitý způsob vnímání řeči.

Děti s mentálním postižením mají často deficit v oblasti sluchového vnímání, který může být způsoben i špatnou koordinací, sníženou pozorností nebo organickým poškozením. Diagnostik musí rovněž zohlednit stupeň zralosti CNS a vlivy rodinného prostředí a školy. Podobně jako je tomu u zrakové percepce, dochází u dětí s mentálním postižením k potížím při sluchové analýze a syntéze (tj. schopnosti vnímat řady jednotlivých fonémů jako celek). Sluchová analýza a syntéza se procvičuje a rozvíjí především ve škole. U dětí s mentálním postižením je komplikována nezralostí, nedosažením potřebné úrovně poznávacích strategií a neschopností systematického vnímání a naslouchání řeči (Vágnerová, 2000).

Sluchové vnímání se rozvíjí rychleji než zraková percepcí, vyvrstává však později. Uvádí se, že sluchové vnímání dozrává mezi 5.–7. rokem, někteří autoři však tuto normu posunují ještě za 10. rok věku (auditivní centrum je uloženo v levé mozkové hemisféře). Novorozenec získává již určité auditivní zkušenosti z prenatálního období. Rozsah jeho slyšení je velký, dovede rozlišovat zejména vysoké tóny. To může být způsobeno matčiny hlasem. Dospělí také mluví na dítě vysokým hlasem.

Nejdříve dítě reaguje na okolní zvukové podněty, otáčí hlavičku za zdrojem zvuku, za lidským hlasem. V raném období svého věku dítě upřednostňuje zvuk lidského hlasu. Kolem 6 měsíců je již schopno rozlišovat rytmus, frekvenci a intenzitu zvuku, pozorněji naslouchá hudbě a hlasové intonaci, dokáže reagovat na píšťalku a tleskání. Ve druhém roce života je již schopno rozlišit tři různé zdroje zvuků a ve třech letech ze tří hudebních nástrojů vybere ten, jehož zvuk slyšelo. Ve čtvrtém a pátém roce bezpečně přiřazuje zvuky k předmětu nebo obrázku, který ho znázorňuje. Rozezná také z nahrávky reprodukováné zvuky, dokáže rozlišit, zda jsou hlasité nebo tiché, a rozliší i různé rytmy. „Vnímání řeči je u většiny lidí (i leváků) lokalizováno v levé mozkové hemisféře. Avšak vnímání jednotlivých hlásek, tj. těch, které nejsou ve slově, ať už jsou prezentovány zrakově nebo sluchově, zajišťuje pravá mozková hemisféra. To znamená, že pro úspěšnost ve škole je potřebná koordinace činnosti obou hemisfér.“ (Vágnerová, 2000, s. 139)

Diagnostické nástroje

V diagnostické praxi se nejčastěji využívají následující testy auditivní percepce:

- Zkouška sluchové diferenciací (WM) (Wepman, pro české prostředí upravil Matějček, 1993) Tento auditivní test posuzuje schopnosti dětí rozlišovat zvuky mluvené řeči. Obsahuje 19 dvojic nonsensových slov (např. žram – pram, ždys – ždis atd.), které jsou ve 13 případech odlišné a v 6 shodné. Vlastní zkoušku předchází zácvik (tři zácvikové dvojice slov). Matějček doporučoval test administrovat jako zajímavou hru, ve které se mluví cizí řečí. Slova se dítěti předřikávají tak, aby nevidělo experimentátorovi na ústa a nemohlo z nich odezírat. Test je určen pro děti od pěti let, může se však použít i u dětí na druhém stupni ZŠ, pokud mají problémy vyplývající z SPU.
- Zkouška sluchové analýzy a syntézy (SAS-M) (zkoušku pro českou praxi upravil Matějček, 1993) Tento test je určen k hodnocení úrovně schopnosti rozkládat slova na hlásky a naopak z hlásek skládat slova. Jeho užití je možné jako součást testové baterie v klinické i poradenské praxi, je vhodný pro diagnostiku školní zralosti, pro vyšetření dětí školsky neúspěšných, dětí s podezřením na specifickou poruchu učení, u dětí s podezřením na organické poškození CNS a u dětí s mentální retardací (Svoboda, Krejčířová, Vágnerová, 2001).
- Test sluchové analýzy pro předškolní děti (Eisler, Martin 1980) Jde o jednoduchý test upravený pro předškolní děti. Úkolem dítěte je určit, zda dané slovo obsahuje nějakou konkrétní hlásku. Orientační normy jsou pro děti od 5 do 6 let. Tato zkouška se jeví jako vhodná i pro děti s mentálním postižením.

- Hodnocení fonemického sluchu u předškolních dětí (Škodová, Michek, Moravcová, 1995) Test je zaměřen na diagnostiku vývojových poruch řeči u dětí. Slouží k vyšetření fonemického sluchu. Zaměřuje se na čtyři základní oblasti, tj. distinktivní rysy hlásek: znělost – neznělost, kontinuálnost – nekontinuálnost, nosovost – nenosovost a kompaktnost – difuznost (pro samohlásky). Dvojice slov se od sebe liší vždy jen jedním distinktivním rysem. Slova byla záměrně vybírána tak, aby byla obsahově známá dětem od 3 let. Součástí testu je obrazový materiál a magnetofonová nahrávka jednotlivých slov. Každá dvojice slov je vyobrazena nad sebou na jedné kartě. Dítě slyší z magnetofonu postupně všech 120 slov (pořadí bylo náhodně vylosováno, aby se zamezilo testování distinktivních rysů po skupinách) a jeho úkolem je ukázat správné slovo na dvojici obrázků. Každé dítě je vyšetřeno individuálně. Test slouží k vyšetření fonemického sluchu, jedinec má i zrakovou oporu – obrazový materiál. Test je určen pro děti ve věku 4–10 let: diagnostickou hodnotu má test ve věku 4–7 let, pak orientační. Celý test trvá 15 minut (i s krátkými přestávkami). Test je standardizovaný a lze jej využít u dětí s mentální retardací ve školním věku.

2. Pozornost

Pozornost tvoří důležitou součást veškeré duševní činnosti. V podstatě jde o funkci, díky které si člověk osvojuje nové poznatky, ale také se jedná zároveň i o funkci obranu, která chrání individualitu jedince před vyčerpáním plynoucím z přemíry získávaných podnětů. Současně pozornost také umožňuje člověku orientovat se v sumě těchto podnětů a diferencovat je podle jejich vnímané hodnoty.

Samotné diagnostikování pozornosti je poměrně složité. Pozornost je ovlivňována řadou vnitřních faktorů, které působí na její kvalitu. Patří sem např. aktivační úroveň, selekce, vigilance (tj. bdělost, ostražitost) apod. Jde o složitou komplexní psychickou funkci, jejíž jednotlivé komponenty se při praktické činnosti uplatňují různou měrou a jsou velmi citlivým ukazatelem funkčního stavu mozku. Kvalita pozornosti je přímo závislá na zralosti CNS a provázanosti jednotlivých funkcí mnoha různých oblastí mozku, stejně jako na koordinaci aktivity a inhibice těchto mozkových oblastí (Svoboda, Krejčířová, Vágnerová, 2001). Pozornost však nikdy neexistuje sama o sobě. Je vždy spojena s vnímáním, představami, myšlením atd.

V České republice se v roce 2011 používaly k diagnostice pozornosti zvláště následující testy:

- Číselný čtverec (Jirásek, 1975) Důležitá pasáž textu Test číselný čtverec je určen k hodnocení úrovně koncentrace pozornosti a je zaměřen především na skupinu dětí s ADHD a ADD. Jedná se o poněkud starší, ale stále velice frekventovanou metodu. Měří záměrnou pozornost dítěte, které má za úkol co nejrychleji ukazovat na papíře ve své posloupnosti rozházená, avšak do tvaru čtverce seřazená čísla, od 1–25. Po prvním pokusu si čas zaznamenáme a vyzveme dítě k dalšímu pokusu. Takto test administrujeme celkem 10x.

Test je určen pro děti od osmého až devátého roku, v případě dětí s lehkou mentální retardací je základní podmínkou také dobré zvládnutí čtení čísel. V opačném případě by výsledky testu nebyly validní. U menších dětí a u dětí se sníženým intelektem lze rovněž využít jednodušších modifikací testu, které obsahují 9 či 16 čísel.

Test číselný čtverec nabízí rovněž přehledné zaznamenání časů jednotlivých deseti výsledků pomocí jednoduchého grafu. Po zanesení výsledků pokusů se zde ilustruje průběh výkonnosti v rámci absolvování celého testu. Při kolísavé pozornosti a variabilní výkonnosti výrazně kolísá i křivka grafu. Další důležité informace nám může podat i běžné sledování projevů dítěte v průběhu testování, které vypovídá např. o chuti k práci, nervozitě apod. Při hodnocení a interpretaci výsledků je vhodné postupovat kvantitativně i kvalitativně. Tento test je bez problému používán jak v klinické, tak poradenské praxi a je velmi užitečný pro zhodnocení unavitelnosti dítěte (Svoboda, Krejčířová, Vágnerová, 2001).

- Test koncentrace pozornosti (Kučera, 1980) Kučerův test koncentrace pozornosti patří mezi tzv. škrtačí testy a je určen věkové skupině patnáctiletých dětí. Úkolem je porovnávat znaky na pravé a levé straně testovacího archu a škrtať ty, které nejsou shodné. Práce je časově limitována a vlastnímu měření výkonu předchází krátký zácvik. Test koncentrace pozornosti umožňuje změřit psychomotorické tempo, kvalitu pozornosti, chybovost a přesnost výkonu. Kromě kvantitativní analýzy je vhodná i analýza kvalitativní. Největší prostor má tento test v oblasti profesního poradenství (Svoboda, Krejčířová, Vágnerová, 2001). Kromě výše uvedených psychometrických nástrojů se při posuzování úrovně pozornosti dítěte využívá zejména metoda pozorování a také kvalitativní rozbor jeho chování, popř. produktů vzniklých v průběhu

vyšetření. Kvalitativní diagnostický přístup je často jediným možným, zvláště v případě dětí s mentální retardací anebo v případech negativistického chování dítěte a odmítnutí spolupráce.

Z klinických metod je možno použít metodu **pozorování dítěte v průběhu vyšetření**. Sledujeme schopnost dítěte ponořit se do příslušné aktivity. Zaměřujeme se zvláště na to, zda a nakolik se liší udržení záměrné pozornosti u činnosti, kterou si dítě zvolí samo, oproti činnosti, která je mu zadána. Sledujeme, jak se dítě chová, pokud je pozitivně motivováno, a jak pracuje, pokud provádí zadávanou aktivitu nedobrovolně. V tomto ohledu je možné dopředu si připravit celou řadu atraktivních činností a hravých aktivit (konstrukční hry, manipulační úkoly, využití obrázků, počítačové programy apod.). U dětí se sníženými rozumovými schopnostmi lze využít stereotypní, pro ně však oblíbené aktivity (třídění knoflíků, navlékání korálků, vytváření drobných tvarů z hlíny, natírání ploch nebo drobných předmětů barvou apod.).

V běžné diagnostické praxi se testových, psychometrických nástrojů pro měření pozornosti používá hlavně v případě šetření profesionální orientace. Většinou jej podstupují žáci s lehkou mírou mentálního postižení, závažnější postižení užití testů vylučuje. Důvodem této skutečnosti je to, že děti s mentální retardací, které přecházejí na střední školu, musí být schopny podobný typ testu zvládnout a ve většině případů pro ně opravdu nepředstavuje závažnější problém. V kontextu celého vyšetření má proto užití podobných psychometrických testů pozornosti zcela zásadní a opodstatněný význam, neboť v případě selhání může naznačit existenci dalších výrazných problémů, které by pravděpodobně znemožnily školní úspěšnost dítěte na střední škole.

3. Paměť

V současnosti (2. dekáda 21. století) se paměť nejčastěji dělí z hlediska své funkčnosti na několik základních typů. Při prvním rozdělení respektujeme tři všeobecně platná a daná stadia paměti: kódování, tj. umístění do paměti, uchovávání, tj. uložení do paměti, a vybavování, jehož ekvivalentem je vzpomínání neboli oživování paměti.

V dalším pojetí se dělí paměť podle druhů uchovávaných informací, např. jeden systém uchovává konkrétní faktické informace a druhý dovednosti. Uchovávání neboli pamatování si faktických informací je mnohdy nazýváno tzv. explicitní pamětí. Jsou to vlastně vzpomínky, které se spojují s určitým konkrétním místem a časem. Uchovávání si určitých dovedností, např. schopnosti práce s internetem nebo schopnosti plavat, se ztotožňuje s tzv. implicitní pamětí. V současnosti je již u některých těchto typů paměti do ložena alespoň částečně jejich řídicí mozková struktura, např. při kódování je aktivnější levá mozková hemisféra, při vybavování zase pravá (Atkinson, 2003).

Rozdělení z hlediska krátkodobé, střednědobé a dlouhodobé paměti se řídí především časovou délkou uchovávaných informací. Ve většinovém pojetí odborníků se za krátkodobou paměť považuje čas maximálně několika sekund. „Tento druh paměti je možné přirovnat k tabulce, na kterou se na píše záznam, jenž se po několika desítkách sekund maže, aby učinil místo pro záznam další.“ (Koukolík, 2000, s. 86) Střednědobá paměť je podržení informací v rozsahu od několika minut do několika hodin, dlouhodobá paměť je pak logicky spojována s fází uchovávání, která je delší než několik hodin a může být prodloužena, řečeno s nadsázkou, až do relativního nekonečna. To v tomto případě znamená v podstatě délku života člověka.

Vzhledem k potřebě praxe a omezenému rozsahu existujících diagnostických nástrojů využitelných pro poměřování paměti je optimální využít výše uvedeného dělení paměti podle délky uchovávání informací. Ve stávající a využitelné nabídce testů a subtestů lze použít adekvátní testové nástroje a provést pomocí nich ve většině případů alespoň orientační kvantitativní odhady jednotlivých úrovní a typů paměti. V těchto případech se rovněž do poručuje nespokojit se s pouhým výsledným kvantifikátorem, ale vše také následně posoudit a případně i přetransformovat z kvalitativního hlediska.

1. kategorie – paměť krátkodobá (vizuální, auditivní, sémantická apod.) Zjednodušeně ji lze definovat jako okamžité pamětné reakce, které při reprodukování požadované informace nepřesahují čas několika sekund.

Příklady testů vhodných pro měření paměti krátkodobé – subtesty týkající se opakování čísel nebo jmenování zapamatovaných předmětů (Standford-Binetův inteligenční test TM, metoda KAI, subtesty WAIS, WISC, WMS, AVL, Benton atd.)

2. kategorie – paměť střednědobá (vizuální, auditivní, sémantická apod.)

Zjednodušeně ji definujeme jako vybavování pamětných stop, které se při reprodukování požadované informace vrací zpět do doby před několika minutami. Střednědobá paměť souvisí se schopností naučit se např. na zkoušku, po úspěšném vykonání zkoušky bývá však obsah nabytých vědomostí ve své většině zapomenut. Testy a zkoušky zaměřené na snímání kvality střednědobé paměti se odlišují od paměti krátkodobé (pracovní) tím, že požadovaná odpověď respondenta přichází až po povinné pauze několika vteřin či minut. Fáze ukládání je tedy delší, nejde o okamžitou reakci.

Pro měření kvality paměti střednědobé se používá např. Rey Osterriethova komplexní figura TKF (Rey, Osterrieth – RCFT) – poměrování kvality bezděčné vizuální střednědobé paměti (repro dukce po 3 minutách odvedení testovaného) apod.

3. kategorie – paměť dlouhodobá (vizuální, auditivní, sémantická apod.)

Obsahuje paměť explicitní (vizuální, auditivní, sémantickou apod.) a implicitní. Mezi testy vhodné pro měření paměti dlouhodobé se řadí např. vývojový screening, část dotazníková – položky určené pro rodiče a osoby, jimž jsou děti svěřeny. V této oblasti lze využít i klinických metod posuzování úrovně paměti a vycházet přitom např. z rozhovoru o anamnéze (datum narození, počet dětí atd.) nebo z obecnějších údajů (jméno prezidenta, základní zeměpisná a dějepisná data a pojmy atd.) Lze využít i posouzení orientace z ACE-R, MMSE apod.

6. Sociální a emocionální rozvoj dětí – ovlivnění zdravotním postižením

Psychologie handicapu 3. část, Vágnerová, 2003

7. Diagnostika komunikačních schopností – které aspekty se hodnotí při diagnostice komunikačních schopností dětí?

Logopedická diagnostika

- Specifická aktivita zacílená na identifikaci příčin, druhu, vzniku průběhu, zvláštností a následků narušené komunikační schopnosti
- NKS se sleduje z hlediska: recepce, exprese, verbální i neverbální komunikace, jednotlivých jazykových rovin
- Je východiskem pro volbu metod logopedické intervence a pro stanovení prognózy
- Výsledkem je diagnóza
- V medicíně: soustředí se na patolog. projevy, symptomy chorob či postižení k odhalení choroby, stanoví prognózu
- V logopedii: zajímá je nejen patologie, ale i funkce neporušené, které lze zužitkovat v terapii a integraci, stanoví prognózu
- Vykonávají kliničtí logopedi (MZ, děti, mládež, dospělí, senioři), logopedi (MŠMT, SPC, děti, mládež), logopedi (MPSV)
-

Klasifikace diagnostiky

- Orientační – v rámci screeningu, depistáže (vyhledávání osob s NKS)
- Základní – zjištění konkrétního druhu NKS
- Speciální – nejpřesnější identifikace NKS

Cíle diagnostiky

1. Identifikovat – druh, příčinu, průběh, stupeň, zvláštnosti, následky
2. Zjistit etiologii – orgánová/funkční, pre/peri/postnatální, vrozená (vada)/získaná (porucha)
3. Zjistit, zda se jedná o NKS – jedná se o narušení/fyziologický stav/přijatelnou odchylku
4. Zjistit, zda je poškození trvalé x přechodné
5. Dominující x symptomatická NKS v celkovém klinickém obraze
6. Zjistit stupeň narušení – totální (nemožnost komunikovat) x parciální
7. Rozpoznat, zda si člověk své narušení uvědomuje nebo ne
8. Stanovit prognózu

Metody diagnostiky

1. *Pozorování* – nejpřirozenější metoda, dlouhodobý proces (zpočátku se symptom nemusí objevit), v přirozeném prostředí, formou archů určených pro pozorování a hodnotících stupnic (např. stupně koktavosti), je třeba dodržet plánovitost, systematickост, soustředěnost, objektivnost, diskretnost
2. *Explorační metody* – odhalení rodinných i osobních údajů, měl by provádět zkušený odborník, dotazníky, anamnestický řízený rozhovor, rozhovor
3. *Diagnostické zkoušení* – vyšetřování výslovnosti, zvuku řeči, písemného projevu (např. při dysgrafii, dysortografií), formou ústních, písemných a praktických zkoušek
4. *Studium případu* – výsledky vyšetření (foniatr, ORL, neurolog, psycholog)
5. *Testové metody* – nutné zajistit shodné podmínky pro všechny vyšetřované osoby a pro vyhodnocení, testy složené z odlišných úkolů, např. Token test, test lateralit aj.

- Testové metody pro dětské klienty
 - Zkouška laterality dle Matějčka a Žlaba.
 - Zkouška jazykového citu dle Žlaba.
 - Zkouška rytmické produkce dle Žlaba.
 - Hodnocení donematického sluchu u předškolních dětí – Škodová, Michek, Moravcová
 - Zkouška sluchového rozlišování – Wepman, Matějček
 - Sluchová analýza a syntéza – Matějček
 - Test rizika poruch čtení a psaní pro rané školáky – Švancarová, Kucharská
 - Zkouška čtení – Matějček
 - Opakování vět – Grimmová
 - Heidelberský test vývoje řeči – Grimmová, Schöler, Mikulajová
 - Diagnostika SPU – Novák
 - Testové metody pro dospělé
 - Test 3F – dysartrický profil
 - Token test
 - PAV – pražské afaziologické vyšetření – Budínová, Mimrová
 - Clock test – test kreslení hodin
 - MAST – Mississippi Aphasia Screening Test
 - AST – screeningová zkouška afází
 - VFF – vyšetření fatických funkcí
 - Diagnostické pomůcky kromě testů
 - Tužka a papír pro klienta
 - Soubory předmětů
 - Situační fotografie
 - Obrázkové a textové materiály k vyšetření mluvené řeči
 - Logopedické zrcadlo
 - Záznamové archy
 - ...atd.
6. *Kazuistické metody* – zpracování všech dostupných informací a údajů o konkrétním jedinci (analýza lékařských výsledků, psychologických vyšetření, ORL vyšetření), hledání vztahů a souvislostí mezi získanými informacemi
 7. *Analýza výsledků činnosti* – např. školní sešity (písemné práce; výtvarné a pracovní činnosti), hlavně při SPU, pozornost je věnována obsahové i formální stránce
 8. *Přístrojové metody* – indikátory, fonografy, EEG, EMG

Etapy diagnostiky

- Formulace problému
- Formulace hypotézy (tzv. základní diagnóza)
- Určení metod diagnostiky k ověření hypotézy
- Při potvrzení hypotézy se zformuluje diagnóza. Pokud se hypotéza nepotvrdí, návrat k bodu 2
- Koncepce intervence, návrh metod a prostředků k odstranění/redukci NKS
- Dle průběžných výsledků intervence se upřesňuje diagnóza

- Výstupní vyšetření ke zhodnocení ne/úspěšnosti intervence

Zásady při logopedické diagnostice

- Hlavním prostředkem je souvislý řečový projev
- Hodnotí se komunikace jako celek – verbální i neverbální stránka, koverbální chování
- *Komplexnost (reflektování celé osobnosti)*
 - Zaměření na všechny jazykové roviny řečového projevu, osobnost, sociální prostředí (rodice, výchova)
 - Díky této zásadě se lze dopracovat k co nejpřesnější diagnóze za nejpřiměřenější čas
- *Objektivnost*
 - Posuzuje se, zda jde pouze o odchylku od normy nebo o NKS
 - Logoped musí mít: perfektní fonematický sluch, odborné vědomosti, zkušenosti, schopnost určit stupeň NKS
 - Objektivnost nemůže být zajištěna, pokud se logoped dopustí 3 chyb: hodnotí člověka na základě 1. dojmu, nechá se ovlivnit haló efektem, vychází pouze z informací z prvního setkání
- *Kvantifikace*
 - Moderní metody vyžadují i číselné vyjádření stupně NKS
 - Vhodné pro vytvoření prognózy, i pro průběžné sledování změny stavu klienta
- *Týmový přístup*
 - Spolupráce s dalšími odborníky (medicína, psychologie, pedagogika)
 - Log. diagnostika jako východisko pro jiné obory
 - Vyšetření jiných odborníků jako východisko pro logopeda
- *Průběžnost*
 - Diagnostika není po 1. vyšetření kompletní, nutnost dalších průběžných vyšetření (i od dalších odborníků)
 - Průběžně se tvoří i diferenciální diagnostika
 - Především ve složitějších případech vyžadujících dlouhodobější péči, kdy nelze hned stanovit definitivní diagnózu (př. NVŘ v raném věku)

Logopedická diagnostika

- Diagnostika orální formy řeči
 - Cílem je stanovení základní NKS.
 - Foneticko-fonologická rovina
 - Respirace – nosem/ústy, síla výdechového proudu, výskyt šelestů.
 - Fonace – zvučnost, chrapot, námaha, tvrdé hlasové začátky, intenzita, nejde prodloužená fonace, bezhlasí.
 - Artikulace – odchylky ve výslovnosti hlásek, článkování, redukce souhláskových shluků/slabik, dysfluence, námaha, prodlužování.
 - Rezonance – změny nosovosti.
 - Prozodické faktory – melodie, tempo, rytmus.
 - Lexikálně-sémantická rovina
 - Chápání významu slov a vět – adekvátní pojmenování předmětů, výskyt verbalismů, hledání správných slov.
 - Chápání a užívání přenesených významů (metafory, přísloví).
 - Morfologicko-syntaktická rovina
 - Morfologie – používání slovních druhů, skloňování, časování, stupňování, jednotné a množné číslo.

- Syntax – spontánní mluva nebo neverbálně/zvuky, dysgramatismy, věty nebo souvětí, slovosled, zopakování věty.
- Pragmatická rovina
 - Vyjádřit záměr – požádat o něco, vyjádřit názor, iniciovat komunikaci, schopnost konverzovat, narušené koverbální chování.
- Metody
 - Pozorování
 - Spontánní mluvní projev
 - Řízený rozhovor
 - Pojmenovávání/popisování předmětů, obrázků
- Diagnostika grafické formy řeči – psaní (grafie)
 - Grafika = vytváření tvarů písmen, jejich spojů a slov.
 - Projevy: nadměrný přítlak, třes grafické linie, nenavazování linií, rozdílná velikost, pomalé tempo, nejistota, neznalost tvaru grafemů.
 - Na začátku ZŠ jako tzv. grafomotorické potíže, později specifické vývojové obtíže dysgrafického charakteru.
 - Ortografie = zápis myšlenek s uplatněním pravopisu.
 - Projevy: specifické asimilace (připodobňování hlásek), artikulační neobratnost (při shlučích hlásek), nedodržení délky samohlásek, pravopisné chyby.
 - Agrafie = získaná forma, potíže nebo úplná ztráta naučené schopnosti psát.
 - U předškolních dětí – napodobení hůlkového/psacího písma, spontánní kresba, obkreslování geometrických tvarů, kresba postavy, napodobení elementů písma.
 - Metody: opis, přepis, diktát, spontánní psaní.
- Diagnostika grafické formy řeči – čtení (lexie)
 - Cílem je čtení s porozuměním.
 - Čtenářská gramotnost = znalosti a dovednosti umožňující jedinci vyhledávat, zpracovávat informace, reprodukovat obsah.
 - Funkční gramotnost = vybavenost jedince pro aktivity v civilizaci, např. číst, vyplnit formulář, zformulovat žádost, chápat složitější texty...
 - Hodnotí se: rychlost, správnost, technika, porozumění.
 - Např. zkouška čtení dle Matějčka.
 - Alexie = získaná forma, potíže nebo úplná ztráta naučené schopnosti číst.

Model logopedického vyšetření

- *Orientační vyšetření*
 - V rámci screeningu, depistáže (vyhledávání osob s NKS)
 - Nejčastěji v MŠ nebo v 1. třídách ZŠ
 - Má či nemá vyšetřovaná osoba NKS a její úroveň ontogeneze řeči
 - Může provádět každá zkušenější učitelka MŠ, která je schopna na základě srovnání s ostatními dětmi objevit ve své třídě dítě s NKS
 - Nejvhodnější metodou je krátký řízený rozhovor nebo popis situačních obrázků (nedoporučuje se metoda reprodukování, kdy dítě opakuje předříkávaná slova a věty, neboť by mohlo dojít ke zkreslení výsledků)

- *Základní vyšetření*

- Zjištění konkrétního druhu NKS
- Cílem je určení základní diagnózy, tedy stanovení diagnostické hypotézy
- *Části*
 - *Navázání kontaktu* – při 1. setkání opatrnost, vzbudit důvěru pro spolupráci, dítě nechat adaptovat na prostředí, nechat ho třeba kreslit/hrát si, mezi tím mluvit s rodiči, komunikace nesmí být vynucená
 - *Sestavení anamnézy* – nejpresnější zachycení údajů, které mohou být v pozadí vzniku NKS, zjišťovat bez přítomnosti větších dětí, neurotiků apod.
 - *Rodinná:* výskyt NKS, vrozené postižení, poruchy sluchu, poruchy hlasu, orgánové odchylky, jazykové zvláštnosti rodinného prostředí
 - *Osobní:* řečový vzor, celkový psychomotorický vývoj (kdy začalo sedět, lézt, chodit, mluvit – 1. slova, 1. věty), zlozvyky, které mohou souviset s řečí (cucání prstů apod.), bilingvismus, neurotizace, výchovný styl, chování a postoje okolí při vzniku NKS, dosavadní terapie a její výsledky, schopnost komunikovat s dětmi a dospělými, informace týkající se průběhu těhotenství a porodu (rizikovitost, průběh (císařský řez, koncem pánevním), porodní délka a hmotnost, poporodní adaptace (spontánní dýchání, inkubátor, novorozenecká žloutenka = ikterus)), prodělaná onemocnění a úrazy, kdy nastoupilo dítě do MŠ, jeho adaptace na toto prostředí, na kolektiv
 - *Vyšetření sluchu* – přesné a speciální vyšetření v kompetenci audiologů, foniatrů, otorinolaryngologů
 - Orientační vyšetření – při základním diagnostikování NKS, umět analyzovat audiometrickou křivku, test Škodové – fonematický sluch
 - Vyšetření zvukovými hračkami – dítě se otáčí za zvuky, které jsou různě uspořádány v místnosti
 - Slovně-orientační vyšetření – místnost min. 6 m dlouhá, vyšetřovaná osoba stojí stranou, jedno ucho se zakryje, vyšetřuje se zvlášť šepem a zvlášť hlasitou řečí. Slova s hlubokými hláskami a s vysokými hláskami a středními hláskami
 - Percepční porucha – potíže slyšet vysoké tóny
 - Převodní porucha – potíže slyšet hluboké tóny
 - *Porozumění řeči* – úroveň impresivní složky řeči
 - Předměty denní potřeby: před osobu se položí 5-10 předmětů, úkolem je pojmenovaný předmět identifikovat/manipulovat dle instrukcí
 - Obrázky: obrázky s jedním předmětem, se situačním dějem. Osoba identifikuje obrázek dle zadání
 - Pokyny, instrukce: porozumění větám prostřednictvím pokynů, které má osoba realizovat
 - *Vyšetření řečové produkce* – pasivní i aktivní slovní zásoba, artikulace, gramatika, prozódie (modulační faktory řeči: melodie, rytmus, tempo), dýchání, hlas, čtení, psaní, počítání, muzikální schopnosti

- Cíl: zjistit řečový projev z pohledu všech jazykových rovin, zjištění úrovně zvukové stránky řeči, správné užívání hlásek, stavba věty, užívané slovní druhy, objevování přesmyků slabik, agramatismy, chápání pokynů, používání řeči ke komunikaci s vrstevníky a dospělými
- Metody: popis obrázku, vyprávění dle obrázku, dramatizaci pohádkového příběhu, volné vyprávění
- Viz. výše
- *Vyšetření motoriky* – hrubá, jemná, oromotorika (pomalé pohyby jazyka, rychlé pohyby jazyka s otevřenými ústy, vypláznutí jazyka, olíznutí zubů), grafomotorika
 - Test izolovaných orálních pohybů – zakousnout se do spodního rtu, zahvízdat
 - Test orálních sekvencí – realizovat ve vyjmenovaném pořadí oromotorické aktivity
 - Vyšetření aktivní mimické psychomotoriky – aplikovat ve věku 4-16 let, umožňuje určit stupeň postižení mimické psychomotoriky (zvednout obočí, nafouknout 1 tvář, zdvihnout horní ret)
 - Narušené kverbální chování – pozorováním
- *Vyšetření laterality*
 - Lateralita = vztah pravé a levé strany k organismu, odlišnost P a L z párových orgánů (HK, DK, oči, uši)
 - Funkční lateralita = rozdíly ve výkonnosti mezi orgány
 - U HK se zřetelně projevuje v 5.-7.letech, ustálení v 10.-11.letech
 - Od 1967 platí metodický pokyn MŠMT – zásadní je respektovat individualitu každého žáka
 - Zkoušky
 - Sovák – nakreslí domeček/kolečko nejdříve jednou, a pak druhou rukou (porovnávání výkonu obou rukou při téže činnosti – tzv. zkouška manuální proficience); bimanuální tečkovací test (tapping; osoba tečkuje nejprve jednou, pak druhou rukou); test nůžek (vystřihování obrázku jednou, pak druhou rukou)
 - Stavba věže z kostek – zda osoba ruce střídá, nebo kterou používá přednostně – zkouška tzv. unimanuální preference
 - Zatloukání hřebíku – k určení aktivnější a pomocné ruky – zkouška tzv. bimanuální preference
 - Matějček a Žlab – 10 úloh pro HK (korálky do lahvičky, zasouvání kolíčků, klíč do zámku, míček do krabičky, stlačení rukou k zemi, sáhnutí na ucho, navlékání nití do jehly...), 2 úlohy pro oči (manoptoskop, kukátko), 4 úlohy pro DK (vystoupit na židličku, skákání na jedné noze...), 1 úloha pro uši (poslech hodinek)
 - 3 typy
 - Souhlasná – stranově se shoduje lateralita oka a ruky
 - Zkřížená – strannost je opačná

- Neurčitá – nevyhraněná
- Stupeň laterality – výpočet kvocientu pravorukosti (DQ) dle vzorce:

$$DQ = \frac{P + \frac{A}{2}}{n} * 100$$
 - P součet všech pravorukých reakcí
 - A/2 polovina úkonů, které byly provedeny oběma rukama, pravou i levou, tzv. nevyhraněně
 - n počet všech úkolů
 - 5 stupňů
 - Vyhraněná pravorukost P 100-90
 - Méně vyhraněná pravorukost P- 89-75
 - Nevyhraněná lateralita = ambidextrie A 74-50
 - Méně vyhraněná levorukost L- 49-25
 - Vyhraněná levorukost L 24-0
- *Průzkum sociálního prostředí* – někdy nestačí pouhý kontakt s osobou s NKS a její rodinou, je třeba se blíže seznámit s prostředím, ve kterém se osoba vyskytuje (nepodnětné prostředí, cizojazyčné prostředí, styl výchovy, vztah rodičů i širšího okolí k dítěti)
- *Speciální vyšetření*
 - Nej přesnější identifikace NKS – typ, forma, stupeň, patogeneze, zvláštnosti, následky
 - Konziliární vyšetření většího počtu odborníků (logoped, foniatr, audiolog, neurolog, otorinolaryngolog, psycholog, psychiatr atd.)
 - Ověřování diagnostické hypotézy

Pro doplnění přidávám stručnou ontogenezi vývoje řeči

FÁZE PRAGMATIZACE

- Hlavním úkolem – je vyjádření pocitů (spokojenost, nespokojenost, co se mu líbí)
- Období **do 1 roku**
- Pragmatický – pragmatický dopad – uspokojení potřeb (emoce libosti/nelibosti)
- Pudové žvatlání – 3.-4. měsíc
 - Bez sluchové kontroly – neodposlouchává od okolí a nesnaží se je napodobovat
 - První hlásky – neúmyslně – jde o hru s mluvidly (experimentuje a zkouší)
- Napodobující žvatlání – 6.-8. měsíc
 - Vědomá sluchová a zraková kontrola – vnímá, jak se chovají osoby v okolí
 - Fyziologická echolálie – snaží se opakovat hlásky a slova, ale nezná jejich význam
- **Diagnostický moment** – 6.-8. měsíc – přechod mezi neschopností a schopností sluchové kontroly – pokud k tomuto momentu nedojde – vyskytuje se vada
- Období rozumění řeči – okolo 10. měsíce
 - Nejedená se o rozumění řeči v pravém slova smyslu
 - Dítě reaguje na základě toho, co slyší v asociaci se situací a kontextem
 - Komunikuje zejména motorickými reakcemi a mimikou
- Dítě se dostává do fáze **bipedální lokomoce** (podle Vojty) = pohyb po dvou nohách – větší **akční rádius** = okolí, ve kterém se pohybuje – velmi důležitý předpoklad i vzhledem k vývoji řeči – více podnětů

- Kolem 1. roku se objevují 1. slova (máma, táta, bába, ham...) – mají funkci vět (tzv. jednoslovné věty)

FÁZE SEMANTIZACE

- Období mezi **1.-2. rokem**
- Rozvoj pohybu
- Nahrazuje neverbální komunikaci verbální (místo ukazování pojmenuje)
- 1. rok – jednoslovné věty – první slovo – jedním slovem se snaží shrnout význam celé věty
- Typické je gesto „Ukaž, jak jsi vysoký?“ + „Ukaž, jak se máš?“ – na ně reaguje motorickou odpovědí
- 1,5-2 roky – mluvení jako činnost: začíná ji vyhledávat – **dvouslovné věty – první věk otázek** (Kdo je to? Co je to?) – zvyšuje se zvědavost
- Učí se rozlišovat jednotlivé hlásky na velmi základní úrovni

FÁZE LEXEMIZACE

- **2.-3. rok života**
- Prudký rozvoj slovní zásoby
- 2-2,5 roku – **upřednostňování verbálního projevu** – vyhledává situace ke komunikaci
- 2,5-3 roky – dítě zná své jméno a příjmení – chápe „já“ – chápe roli komunikačního partnera (že v komunikaci má vlastní postavení, a uvědomuje si komunikační situace) – pomocí řeči může dosahovat cílů (může ovlivňovat dění se svým prostředím)

FÁZE GRAMATIZACE

- **Mezi 3.-4. rokem**
- Zásadní rozvoj myšlení – ten ovlivňuje i rozvoj řeči
- Zpřesňuje se chápání významu slov – kvalitativní pokroky (významy)
- **Druhý věk otázek** (Proč? Kde? Kdy? Jak?) – složitější myšlenkové pochody
- Problém se složitějšími hláskami
- 3,5-4 roky – dítě umí básničku – mluví pomocí víceslovných vět
- Zmírnění dysgramatismů (do 4 let tzv. **fyzilogický dysgramatismus** = dítě dělá chyby v gramatice – do 4 let je to běžné – postupně dochází k jeho zmírnění)
- Vývojové obtíže v řeči (**vývojová dysfluence** = porucha v plynulosti řeči)

FÁZE INTELEKTUALIZACE

- Po **4. roce života**
- Může probíhat po celý život – nemusí být ukončena
- Správná gramatika, užívání všech slovních druhů, znalost barev
- 5 let – správná výslovnost, souvislé vyprávění, řeč se vyrovnává s dospělým
- 6 let – zvuková i obsahová norma řečového projevu, osvojení grafické podoby řeči – čtení a psaní jednotlivých písmen

FAKTORY OVLIVŇUJÍCÍ VÝVOJ ŘEČI

- Vnitřní faktory
 - Vrozené předpoklady a nadání pro řeč
 - Zdravý vývoj sluchového i zrakového analyzátoru
 - Nepoškozená CNS a mluvní orgány
 - Dobrý celkový fyzický a duševní vývoj
 - Uspokojivý vývoj intelektu
- Vnější faktory
 - Celkový vliv prostředí a výchovy
 - Množství a přiměřenost podnětů
 - Stimulace dítěte ke komunikaci

8. Význam rodinného kontextu – jaký vliv má rodinné prostředí na diagnostiku a intervence?

Pojetí rodiny

- Socializace = začleňování do společnosti, probíhá celý život
- Primární socializace – v rodině a prostředí, které jedince ovlivňuje, učí se v něm orientovat a přebírat základní návyky, důležitou roli má výchova
- Rodina = základní, primární a neformální sociální skupina, která má různou velikost, je různě vnitřně strukturovaná a má rozličné vazby na společnost (Přadka, Knotová, Faltýsková, 2004, s. 26)
- Zdravá rodina = rodina, kde funguje soudržnost a spolupráce mezi členy navzájem, jsou zde vytvořeny emočně pozitivní vztahy, umožňující vzájemné poskytování opory, je používána otevřená, upřímná a srozumitelná komunikace a existuje vzájemný respekt všech členů rodiny (Uhlíková, 2004, s. 5)
- Rodina je pro dítě nejpřirozenějším a dá se říci i nejlepším prostředím pro jeho optimální vývoj. Předpokladem dobrého fungování je však plnění určitých funkcí, které jsou nezbytné pro život jednotlivých členů.

Funkce rodiny (Kraus, 2008)

- Biologicko-reprodukční – tvoří základ společnosti
- Sociálně-ekonomická – zapojení do pracovního procesu, který přináší hmotné zajištění
- Ochranná – zajištění základních životních potřeb
- Socializačně-výchovná – učit se přizpůsobit se životu, osvojení návyků chování a společnosti, vč. výchovy
- Emocionální – nejvýznamnější

Funkčnost rodiny (Kraus, 2008):

- Funkční – plní všechny své funkce bez potíží
- Dysfunkční – neplní některé funkce, celkový život a vývoj dítěte může být ohrožen
- Afunkční – neplní žádné funkce, dochází k rozvratu rodiny a narušení vývoje dítěte

Příčiny poruchy rodiny

- Zneužívání a závislost na psychoaktivních látkách
- Závislost na alkoholu
- Pracovní problémy – nezaměstnanost
- Nevhodné bytové podmínky, bezdomovectví
- Domácí násilí
- CAN syndrom – zanedbávání, týrání, sexuální zneužívání
- Syndrom deprivovaného dítěte

Spolupráce s rodinou

- Rodiče sehrávají vzhledem k dítěti rozhodující roli a jsou zdrojem prvních informací
- Rodičům je třeba nabídnout pomoc a poskytnout informace hned, jak se objeví problém
- Je třeba respektovat autonomii rodiny a posilovat rozhodující roli rodičů
- Je velmi důležité zapojení rodičů do rané intervence, stejně jako dalších členů rodiny – sourozenců, prarodičů, ...

Týmová práce – spolupráce

- Intervence musí začít co nejdříve, aby se předešlo sekundárním postižením a mohla se zkvalitnit efektivita rehabilitace na všech stupních

- Práce s dítětem musí vycházet z holistického přístupu k dítěti = celostní pohled na systém (vlastnosti systému nelze určit jako souhrn vlastností celku)
- Odborníci z oblastí:
 - Lékařská – zaměřená na orgánové funkce a na rehabilitaci (pediatr, odborný lékař, fyzioterapeut, logoped, specialista na psychomotoriku)
 - Psychologickou (psychologové)
 - Vzdělávací – zaměřená na rozvoj mentální, poznávací a intelektuální (pedagogové)
 - Sociální – zaměřená na prostředí dítěte a jeho rodinu (sociální pracovníci)
- Typy týmů:
 - Multidisciplinární = výměna informací mezi členy týmu
 - Interdisciplinární = sdílení a koordinace informací (pracovní program je ucelený a umožňuje interakci mezi jednotlivými disciplínami)
 - Transdisciplinární = tým složený ze specialistů různých disciplín (aktivní úlohu v týmu hraje rodina)
- Činnost týmu:
 - Práce s rodinou
 - Oblast informací
 - Oblast směřování a asistence
 - Oblast pomoci a podpory
 - Výcvik
 - Práce s dítětem
 - Podporu celkového vývoje dítěte
 - Preventivní opatření
 - Dostupná vzdělávací opatření zaměřená na pomoc dítěti při vstupu nebo přechodu do vzdělávacího systému

Oblasti podpory

- Psychologická – zmenšit zklamání, vyhnout se izolaci
- Pedagogická – volba vzdělávacího programu
- Sociální – životní podmínky rodiny, potřebné pomůcky, informace o finanční a odborné pomoci, na kterou má rodina nárok
- Praktická – domácí činnosti, na které nebyli zvyklí
- Technická – užívání kompenzačních pomůcek (sluchadlo)

Reakce rodičů na postižení dítěte (Vágnerová, 2008)

- Fáze šoku a popření – po sdělení diagnózy
- Fáze bezmocnosti – beznaděj, hledání viníka
- Fáze postupné adaptace a vyrovnání se s problémem – vyrovnávání se, hledání informací vč. prognózy a další léčby
- Fáze smlouvání – uvědomování si diagnózy, ale uchovávání naděje na zlepšení
- Fáze realistického postoje – vyrovnání se situací, reálnější pohled na budoucnost

Faktory ovlivňující psychickou stabilitu a soudržnost rodiny

- Přijetí a zpracování faktu existence onemocnění
- Zdravotní postižení je zásadní s prognózou fatality
- ZP se projevuje hned po narození, je těžké, omezující, má vliv na kvalitu života, ale přesto umožňuje prožít relativně běžný život

- ZP vzniklo u zcela zdravého dítěte
- ZP je doprovázeno stigmatizujícími projevy (poruchy chování, estetické defekty)
- Dítě je narozeno jako první a zdraví sourozenci jsou mladší nebo naopak
- Materiální dostatek nebo projevy hmotné nouze
- Zda je rodina úplná nebo i vícegenerační či se stará jeden rodič sám
- Zda je omezeno navazování sociálních kontaktů členům rodiny
- Jestli pečuje krátkodobě nebo dlouhodobě
- Dnes je možné pro rodiče se seznámit s odbornými knihami (které mohli napsat samotní rodiče, pečující osoby)
- Doposud není ale možné popsat podmínky života rodiny (kvůli individualitě)

Specifika rodin pečujících o ZP dítě

- Individuální je každá situace (vztahy, sociální kontakty, úroveň péče, ekonomická situace)
- Také rodiny ovlivňují makrospolečenské jevy (situace, data, instituty)
- Rodiny si někdy stěžují na nedostatek individuálního přístupu
- Možné odlišnosti, které mají vliv:
 - Úplnost rodiny
 - Další sourozenci – jsou zdraví?, nižší míra pozornosti
 - Finanční situace rodiny – výše příjmů, materiální zajištění,
 - Bydliště – byt/dům, lokalita, dostupnost péče
 - Rodina – zkušenosti, názory, přístup, výchovný styl, přístup k dítěti, omezení volného času
 - Samotné dítě – jak vnímá přístup okolí, míra závislosti, prognóza, projevy v chování, délka péče
- Je dobré se ohlédnout a uvědomit si, čím už si prošli a co je ještě čeká (uvědomit si, že jsou silní, když už něco těžkého dokázali a mají sílu na to co nastane)

Vztahy v pečující rodině

- Závažná zkouška začíná hned od začátku (po sdělení diagnózy) – postupně čím dál více
- Zásadní vztahy – rodiče k dítěti, rodiče mezi sebou, v širší rodině
- V každé rodině je nutné vzájemné vztahy pěstovat, posilovat a pečovat o ně
- V rodině je riziko „vyhoření“ (v každé rodině, ale s dítětem se ZP je větší šance)
- Některé rodiny se „stáhnou“ do sebe a soustředí se na vlastní život, některé dále pokračují v bohatém společenském životě. Pro většinu se situace mění
- Nejobecnější model v rodině pečující o ZP – model „tradiční rodiny“
 - Matka je více pečující osobou – otec má na starosti ekonomické zajištění rodiny
 - Rizika – izolace matky a odcizení otce
 - Vše nastupuje postupně a zdánlivě neviditelně
 - Matka může mít pocit závislosti vůči tomu, že otec může být sám sebou v práci

- Otec má odpovědnost, aby uživil všechny členy rodiny – také potřebuje odpočinek po práci a nejít z práce rovnou do pečování
- Ale ne všechno by nemělo stát v péči jen na matce
- Jak se vyhnout těmto problémům:
 - Výměna rolí
 - Vzájemná podpora, pomoc
 - Sdílení obtíží

Nedostačující úroveň veřejné podpory pečujícím rodinám

- Zejména nedostatečné zajištění podpůrných služeb úlevné péče
- Dostupnost služeb – nejsou všude
- Finanční náročnost péče – určení pečující osoby, zajištění dostatečného příjmu, vliv na sebehodnocení pečující osoby, změna vztahů; při nedostatku financí obtíže se zajištěním pomůcek, odlehčovacích služeb, vytvoření finanční rezervy, nedostatku volného času na další děti atd.
- Sociální dávky

Faktory ovlivňující edukaci žáků s SVP

1. Vliv školy a učitele

- Interakce žáka s vrstevníky
- Vnitřní předpoklady = dané dispozice dítěte, schopnosti, vlastnosti, IQ – vývoj, schopnost zvládnutí stresových situací
- Respektování individuálních potřeb dítěte
- Škola = bezpečné prostředí
- Dítě prožívá prostředí školy velice emocionálně
- Vztah – učitel a žák
- Vztah – učitel, žák, rodiče
- Vztah s vrstevníky, přátelské vs. nepřátelské vztahy

2. Komunikační dovednosti

- Specifický logopedický nález (definovaný dříve)

3. Deficity v sociálních dovednostech

- Obtíže výrazně znevýhodňující žáka se SPU
- Zasahují do života žáka nejen ve škole, ale také doma či při hře
- 1/3 žáků se SPU má deficity v sociálních dovednostech
- Mohou být přítomny jako primární obtíže, či vznikat jako důsledek dlouhodobého neúspěchu
- Sociální dovednosti a komunikační interakce se rozvíjí zejména ve školním období
- Ne vždy jsou tyto deficity zohledňovány!!!
- Žáci se musí naučit předvídat sociální jednání svého okolí
- Obtíže v odhadování pocitu druhých
- Obtíže v získávání přátel

4. Deficity v emoční oblasti

- Poruchy chování souvisí se specifickými poruchami učení?
- Někdy je přetrvávající infantilita = nosí si do školy hračky, šišlání, jako kdyby bylo v předškolním věku
- Neuroticismus žáků = kousání nehtů, cucání palce, poruchy spánku, hodně krát kontrolují úkol, raději se pořádně připraví, aby byly ty holky připraveny na test, oděrky na prstech, poruchy zažívání, kožní projevy, jedinec se velmi bojí chyby, neidentifikovatelné subjektivní bolesti
- Nízké sebehodnocení = negativní dopad věty „kdyby ses víc snažil, tak by ti to šlo“, kolikrát se totiž snaží více než ostatní
- Úzkost = mají strach, později se může vyhýbat škole
- Úroveň resilience = odolnost vůči stresu
- **Čtyři reakce dětí s dyslexií**

1. Obranné a vyhýbavé mechanismy = ztrácí pomůcky, zapírá, nechce psát úkoly

2. Kompenzační mechanismy = když nemůžou být úspěšní, tak budou alespoň „třídním šaškem“

3. Agresivita a projevy nepřátelství = vysmívá se druhým, ponižuje, žaluje, vylije si svou frustraci na někom jiném, vnitřní agrese vůči sobě samotnému

4. Úzkostné stažení do sebe = považuje se za méněcenné, uzavřené, citlivé, neklidné, plačtivé, vyhýbá se kolektivu, veřejnosti, neumí prezentovat před ostatními, může docházet k sebepoškozováním

5. Výchovný styl rodiny

- **Zavrhující** = existence dítěte připomíná zklamání
- **Rozmazlující** = přílišné lpění na dítěti
- **Perfekcionista** = vysoká očekávání = stres

6. Sourozenské konstelace

- Je nutné vysvětlit obtíže dítěte také sourozencům
- Občas sourozenci mohou cítit pozitivní podporu a občas znevýhodnění vůči sourozenci se SPU

7. Styly učení

- **Auditivní** typ = obsah učiva osvojován sluchovou cestou
- **Vizuální** typ = učení zrakovou cestou
- **Haptický** typ = skrze názorné pomůcky
- **Motorický** typ = učení pohybem

Online

- Michalík, J. (2020) – Rodina se zdravotně postiženým členem. Dostupné zde: https://uss.upol.cz/wp-content/uploads/2020/03/Michalik_rodina_postaveni_ve_spolecnosti.pdf
- Michalík, J. (2020) – Rodina se zdravotně postiženým členem. Dostupné zde: https://uss.upol.cz/wp-content/uploads/2020/03/Michalik_rodina_faze_prijeti.pdf
- STÁTNÍ ZDRAVOTNÍ ÚSTAV. Kolektiv autorů - Když není všechno tak, jak si přáli... 1. Dostupné zde: https://is.muni.cz/el/ped/podzim2010/SZ7BK_SP1P/um/KDYZ_brozura.pdf

9. Interdisciplinární přístup – cíle, formy a obsah spolupráce s dalšími specialisty při diagnostice.

Diagnostika ve speciální pedagogice

Lékařská část diagnostiky:

- Odborný lékař na základě vyšetření stanoví druh a závažnost zdravotního postižení a současně navrhne léčebný postup
- Na základě diagnózy je navržena terapie, která sleduje buď úplné vyléčení pacienta (pokud to lze předpokládat) nebo alespoň úpravu zdravotního stavu tak, aby byl slučitelný se životem (z hlediska pacienta to znamená různá omezení – pohybová, dietní, medikační...)
- Cílem je tedy uzdravení nebo zlepšení či zamezení zhoršení zdravotního stavu
- Tato oblast diagnostiky neřeší další životní oblasti člověka

Psychodiagnostika

- Psychologická část diagnostiky, zaměřuje se na stanovení diagnózy (tj. psychického stavu jedince) podle cíle, kterým může být: určení stupně vývoje, zjištění příčin, podstaty a podmínek odchylek vývoje od věkové normy, zjištění individuálních zvláštností osobnosti, stanovení prognózy nebo predikce
- Kromě patologických procesů se zaměřuje i na zjištění normálních charakteristik jednotlivých psychických složek osobnosti, a jejich popisem a tříděním
- Psycholog se v rámci diagnostiky zaměřuje na psychické vlastnosti, procesy a stavy včetně postoje k vlastnímu zdravotnímu postižení a na kvalitu a formu interakce mezi daným jedincem s postižením a jeho sociálním prostředím

Sociální diagnostika

- Zaměřuje se zejména na údaje týkající se: rodinné a osobní anamnézy, funkčnosti rodiny (event. náhradní rodinné péče či instituce – dětský domov, výchovný ústav), sociálních vztahů v rámci užšího sociálního prostředí (rodina, školní třída, přátelé) a v rámci širšího sociálního prostředí (škola, zaměstnání, známí)
- Sociální diagnostiku provádí nejčastěji sociální pracovník instituce, která má jedince ve své péči (např. PPP, SPC), ale také další odborníci v rámci vstupního vyšetření (lékař, psycholog, pedagog)
- Cílem je zhodnocení a posouzení vlivů sociálního prostředí na utváření osobnosti jedince se zdravotním postižením

Speciálně pedagogická část diagnostiky

- Zjištění úrovně vzdělanosti a vychovanosti daného jedince s ohledem na možnosti jeho dalšího vzdělávání
- Sleduje kompetence, které jsou u jedince s postižením v důsledku jeho vady omezeny a modifikovány, ale také dovednostmi, které zůstaly nenarušeny
- Sleduje úroveň a schopnosti jedince v oblasti motoriky, grafomotoriky a kresby, laterality, sebeobsluhy, komunikační schopnosti, úroveň rozumových schopností, a citové a sociální oblasti osobnosti.
- Schopnosti, které nejsou postižením negativně ovlivněny, se stávají významným východiskem při koncipování a vytváření konkrétního stimulačního programu, individuálního vzdělávacího plánu a veškeré speciální podpory v rámci speciálněpedagogické péče

(Přinosilová 2007)

Spolupráce

„Odborníci by měli pracovat spolu, tedy nikoliv nezávisle na sobě, vedle sebe, ale ve vzájemné spolupráci a kooperaci.“

„Spolupráce je předpokladem zajištění komplexní péče.“

Citát Matky Terezy: „To, co dělám, je pouhou kapkou v moři. Ale věřím, že by chyběla, kdyby tam nebyla.“

„Při jakémkoliv klientově problému je nutné mít na zřeteli bio-psycho-sociální složku jeho problému. Je důležité si uvědomit, že všechny tyto části lidského žití spolu úzce souvisí a vzájemně se ovlivňují. Proto je při práci s klientem potřebné komplexní pojetí práce a je nutná spolupráce odborníků z každé této oblasti.“

Úrovně spolupráce

1. Zvýšení povědomí o nutnosti spolupráce, získání informací o dalších resortech
2. Výměna informací mezi profesionály – určení místa pro předávání informací, společné hledání řešení, interpretace různých odborníků – získání většího rozhledu
3. Spolupráce při určitém konkrétním problému

Bariéry spolupráce

- Rozdílný status profesí
- Nedůvěra klienta v organizaci
- Konkurence mezi organizacemi
- Nedostatečná důvěra v kompetentnost ostatních odborníků v týmu
- Nevyjasnění rolí
- Nedostatečná kooperace

Kroky k dosažení fungování spolupráce

- Vytvoření funkčního týmu
- Zajištění koordinace tohoto týmu – určení pravidel, písemná dohoda
- Zajištění komunikace mezi členy – pravidelné schůzky apod.
- Znalost kompetencí a možností ostatních pracovníků týmu
- Znalost prostředí – zmapování regionu
- Jasné definování možností spolupráce, cílů, rolí
- Vytvoření manuálu a vzorového postupu po interdisciplinární spolupráci

(Hanušová 2006)

Týmový přístup – obecně

„Samotná lékařská nebo psychologická diagnóza nepostačuje na výchovně vzdělávací účely, protože mezi jedinci, kteří mohou mít z lékařského hlediska stejnou diagnózu, mohou mít z pedagogického hlediska významné individuální rozdíly, týkající se úrovně jejich výchovy a vzdělávání, které může lékařská diagnóza pouze hypoteticky naznačit.“

„Speciální pedagog si musí sám specifikovat druh a stupeň postižení pro vlastní účely, které jsou odrazem ve výchově a vzdělávání. Samozřejmě ne izolovaně od zjištění dalších zúčastněných odborníků, svoje závěry nemůže považovat za náhradu jiných odborných vyšetření.“

(Opatřilová 2008)

- Zásada skutečné komplexnosti vyšetření – vícedimenzionální analýza je zárukou skutečné identifikace hloubky problému, a tím i redukce rizika diagnostického omylu, který by hrozil při subjektivistickém posuzování
- Díky vícedimenzionální analýze se dopracujeme k co nejpřesnější diagnóze za nejpřiměřenější čas, a předejdeme omylům unáhlené, povrchní diagnostiky
- U klientů s kombinovaným postižením se čím dál více prosazuje prolínání procesu diagnostiky s terapeutickým procesem – průběžnost diagnostiky
- Zásada týmového přístupu – při určování konečné diagnózy vycházíme ze zjištění většího počtu odborníků v týmových přístupech – tyto týmy mohou být uzavřené a stabilní nebo otevřené a proměnlivé
- Pracovní skupina X tým
Pracovní skupina – lidé pracující ve skupině, aby mohli sdílet informace, společně se rozhodovat a koordinovat činnost, každý je ale zodpovědný za svou oblast, zodpovědnost se nesdílí

Tým – seskupení lidí, kteří směřují ke stejnému cíli, každý člen je odpovědný za výsledky týmu, dovednosti členů se doplňují

- Týmové přístupy mají různé modely – kritériem je vzájemná interakce odborníků, způsob a frekvence interakce, komunikace mezi členy při diagnostice a terapii (multidisciplinární, interdisciplinární, transdisciplinární týmový přístup)
- V minulosti pracovali jednotliví odborníci samostatně, informace o dítěti měli pouze z písemných zpráv
- Nedostatek vědomostí o úloze jiných odborníků tvořil nepřekonatelnou překážku pro účinnou péči o klienta a jeho rodinu

Multidisciplinární týmový přístup

- Samostatná práce každého odborníka, který pracuje nezávisle na ostatních
- Každý člen týmu má svou specifickou úlohu, ale komunikace mezi odborníky je omezená
- Negativem je pro klienta velké množství hodnocení a informací od různých odborníků
- Absence vzájemné komunikace, koordinace a kooperace velmi ztěžuje konečná rozhodnutí, např. volba komunikačního systému, intervenční plán

Interdisciplinární týmový přístup

- Od multidisciplinárního přístupu se liší vzájemnou komunikací, koordinací a kooperací jednotlivých členů týmu – zajištění komplexnosti a longitudinálnosti péče
- Jednotliví odborníci hodnotí, diagnostikují na vlastním pracovišti, nezávisle na jiných členech týmu
- Pravidelně se ale setkávají při plánování jednotlivých vyšetření, informují se vzájemně o výsledcích, doporučeních pro další intervenční plán a společně připravují zprávu obsahující diagnostické závěry a doporučení jednotlivých odborníků
- Vyšší stupeň interakce mezi členy týmu → jednotný intervenční plán a jeho realizace
- Zajištění komplexní péče – spolupráce, interakce, komunikace a kooperace mezi odborníky
- Vyšetření může ale nemusí probíhat společně, při setkání členové týmu proberou své diagnostické nálezy, zjištění, nové poznatky, pozorování a doporučení, na základě toho vytvoří společně plán péče

Transdisciplinární týmový přístup

- Nejmodernější a nejprogresivnější přístup
- Jednotliví členové týmu jsou seznamováni s intervenčními postupy jiných odborníků, velmi dobře znají problematiku jiných oborů, s jejichž představiteli spolupracují
- Jejich intervenční postupy vzájemně souvisí a doplňují se v celkové péči o pacienty
- I zde jsou vymezeny kompetence jednotlivých odborníků
- V úloze koordinátora vystupuje jeden nebo dva členové týmu, kteří v rozhovoru s klientem a rodiči zjistí speciální potřeby, závažné problémy, změny za poslední období, s nimiž seznámí všechny členy týmu ještě před realizovaným setkáním
- Každý odborník je zodpovědný za své vyšetření, s jehož výsledky seznámí všechny členy týmu (možnost otevření diskuse)
- Po vzájemné dohodě seznámí koordinátor celý tým i rodiče s konečnými výsledky vyšetření, dalším terapeutickým postupem, a doporučeními ve verbální i písemné podobě (formou závěrečné zprávy)
- Vysoké nároky na efektivní komunikaci a úzkou spolupráci mezi jednotlivými členy
- Sjednání a koordinace celkové komplexní péče s ohledem na specifické potřeby klienta

Arena-style approach

- Rozšíření transdisciplinárního přístupu
- Členové týmu nejsou pouze pasivní pozorovatelé, ale aktivní účastníci společné diagnostiky
- Facilitátor naváže kontakt s dítětem a začne ho vyšetřovat v přítomnosti celého týmu, přičemž jednotliví členové týmu mohou vstupovat do interakce s dítětem na různé úrovni a v různém stupni a míře
- Redukuje se tím opakování úloh a otázek a počet vyšetření celkově

- Podmínkou je správný výběr lidí do pracovního týmu, přehled o všech členech týmu, členové se vzájemně doplňují, aby každý z nich měl možnost a prostor uplatnit a rozvíjet své silné stránky

(Hanáková 2017)

Tým okolo dítěte

- Metoda mezioborové spolupráce zaměřená na podporu rodin se zdravotním postižením.
- Propojuje spolupráci odborníků ve zdravotnictví, školství a sociálních služeb, rodiny a klíčového pracovníka rané péče.
- K TOD jsou přizváni odborníci, kteří jsou v kontaktu s dítětem a rodinou.
- Součástí setkání je tzv. facilitátor, nestranný externí pracovník, který řídí diskusi mezi přítomnými – provádí diskusi a směřuje skupinu k vytyčenému cíli.
- Metoda je inspirována metodikou Petera Limbricka – Team Around Child.
- Metoda umožňuje rodičům a odborníkům společně probrat téma, které je pro rodinu vzhledem k potřebám dítěte aktuální.
- Rodiče a odborníci vzájemně sdílejí své postřehy, znalosti, zkušenosti, v průběhu diskuse směřují ke společnému cíli – dítě dále rozvíjet a učit.
- Výsledkem setkání je vytvoření Plánu podpory dítěte a rodiny na nejbližší období.
- TOD přináší pro odborníky výhodu v získání celistvého pohledu na dítě a rodinu.
- Středisko rané péče EDUCO Zlín z.s. pořádá akreditované kurzy TOD
- https://www.youtube.com/watch?v=VIMFFUV_mes

(Raná péče Zlín)

Team around child

- „Jedinečný a vyvíjející se tým několika účastníků, kteří se setkávají s dítětem a rodinou pravidelně za účelem poskytnutí praktické podpory ve vzdělání, léčbě a dalších ošetřeních“.
- Tým čítá 5-6 osob, probíhá v domácím prostředí rodiny.
- Klíčový pracovník je zároveň zdrojem podpory pro rodiny dětí s postižením a prostředníkem, díky kterému jsou další služby zpřístupněny a efektivně využívány.

Pět základních principů:

1. Všichni klíčoví odborníci dítěte souhlasí s blízkou spoluprací a individuálním týmem
2. Rodiče jsou rovnocennými členy týmu
3. Tým facilituje klíčový pracovník
4. Programy léčby, sociální služby, rozvoje a vzdělávání jsou integrovány tak, jak je to jen možné – maximální míra propojenosti všech služeb napříč resorty
5. Aktivní snaha o to, aby se tým nacházel v efektivní síti vztahů

(Praktická příručka – Naše rovnováha z.s.)

Setkání okolo dítěte

- Poskytováno prostřednictvím spolku Naše rovnováha z.s.
- Porada odborníků vedená facilitátorem, odborníky spojuje stejný klient nebo rodina
- V čase 90 minut se tým po prezentaci případu z pohledu různých odborností snaží najít nový pohled nebo přístup k léčbě
- Tým odborníků může být složen z různých institucí, organizací, škol nebo sociálních služeb
- Celý tým je veden nezaujatým facilitátorem, který se stará jen o konstruktivní a vyváženou komunikaci týmu směřující k cíli
- Záměrem je jakýkoliv posun ve vedení nebo léčbě, zesílení spolupráce klienta a propojení odborníků
- Setkání může probíhat v domácím prostředí rodiny nebo v zařízení zdravotních či sociálních služeb, či na „neutrální půdě“ (např. kavárna)

(Naše rovnováha z.s.)

10. Zásady etického přístupu při speciálněpedagogické diagnostice

Etika

- Z řeckého „ethos“ – „zvyk, mrav, obyčej“, popřípadě „zvláštnost“
- V původním slova smyslu „ethos“ znamenalo „stáj“ – tedy společné místo na bydlení dané určitým společenstvím, kde se ve vzájemných vztazích vytvářely společné obyčeje a mravy závazné pro celek i jednotlivce
- Z historického hlediska má zásluhu na vytvoření etiky jako vědy o jednání lidí ve společnosti zejména Aristoteles
- Předmětem etiky je morálka, která hodnotí lidské jednání z hlediska dobra a zla porovnáváním se svědomím člověka
- Etika je filozofickou vědou o správném způsobu života, vycházející z racionálních přístupů a snažící se nalézt, popřípadě i zdůvodnit společné a obecné základy, na nichž morálka stojí
- Morálka je soubor uznávaných mravních norem (souhrn hodnotících soudů, názorů, pravidel, zvyků a ideálů), morálka hodnotí lidské chování z hlediska dobra a zla, a to v porovnání s lidským svědomím
- T. G. Masaryk: „Zákon je etické minimum a morálka etické maximum.“

(Jankovský 2018)

- Je chápána jako teorie způsobu lidského života, chování, jednání
- Jako filosofická disciplína: vztah lidského jednání vzhledem k morálním normám, zabývá se původem, povahou těchto norem i zdůvodnitelností norem vzhledem ke smyslu lidského života
- Etika má hodnotící charakter, posuzuje činnost člověka kategoriemi dobra a zla, další funkcí je zdůvodňování morálky, která už je zaměřena na konkrétní požadavky a pravidla

Normy – člověkem stanovená pravidla jednání (zákazy, příkazy, souhlasy), rozlišujeme normy etické, politické, právní apod., normy i hodnoty regulují chování, normy jsou sociálními pravidly chování

Právní normy – jejich plnění lze vynutit

Mravní normy – platí, pokud jsou široce uznávány a přijímány v sociálních útvarech

Zákon – jaké jednání zákonodárci nebo instituce vymáhající zákon očekávají v dané situaci

Etika – osobní, zodpovědné rozhodnutí o tom, co je v dané situaci správné, dobré

Profesní etika – aplikace jak zákona, tak etiky, soubor norem, které jsou kritériem pro hodnocení profesionálního jednání

Osobní etika – výsledek zkušeností jednotlivce ve vztahu k morálním otázkám

Pro některé profese je etika typičtější – např. soudce, lékař, učitel, politik, novinář..., kde je zaměření na člověka a interakci s ním, objektem působení pracovníka je člověk.

(Göbelová 2015)

- Profesionální etika je základem každé poradenské činnosti
- Etický přístup ke klientovi (žákovi, rodičům...) je nezbytnou podmínkou výkonu poradenské profese
- Morální zodpovědnost poradce vůči klientovi spočívá v objektivní informovanosti klienta o všech krocích podniknutých vůči jeho osobě, a to ještě před samotným zahájením poradenské práce
- Etické zásady se týkají okolností poskytování poradenských služeb a chování a jednání poradce s akcentem na ochranu klienta
- Etický problém – rozhodování je nelehké a problematické, ale má alespoň jedno správné řešení
- Etické dilema – situace, kdy vybíráme mezi minimálně dvěma alternativami řešení, z nichž ani jedno není ideální, dostáváme se do dilematické situace

Řešení etických dilemat:

- Identifikace etického dilematu, včetně hodnot a povinností poradenského pracovníka
- Identifikace jednotlivců, skupin nebo organizací, kterých se bude etické rozhodnutí týkat
- Identifikace všech možností řešení a jejich přínosů a rizik pro každého z účastníků

- Důkladné prozkoumání důvodů výhod a nevýhod každé z variant řešení, s ohledem na Etický kodex, platnou legislativu, etické teorie, principy a směrnice
- Konzultace s kolegy, supervizory (prostřednictvím supervize poradce podstoupí z problémové situace, ujasní si etická pravidla a získá vyšší míru nezávislosti při řešení podobných situací v budoucnu)
- Rozhodnutí a zavedení dokumentace celého procesu rozhodování
- Monitorování, zhodnocování a zdokumentování rozhodnutí

(*Étos - etika v pedagogice a sociální práci* 2011)

Východiska

Všeobecná deklarace lidských práv (1948) (<https://msmt.gov.cz/file/39238/> nebo https://mzv.gov.cz/file/3156327/Vseobecna_deklarace_lidskych_prav.pdf)

Úmluva o právech dítěte (1989) (<https://vlada.gov.cz/assets/ppov/rlp/vybory/pro-prava-ditete/Preklady-dokumentu-OSN.pdf> nebo <https://sancedetem.cz/umluva-o-pravech-ditete-v-souvislostech>)

Listina základních práv a svobod (<https://www.psp.cz/docs/laws/listina.html>)

Úmluva OSN o právech osob se zdravotním postižením (https://osn.cz/wp-content/uploads/2022/08/Umluva_o_pravech_osob_se_ZP.pdf)

Mezinárodní etické kodexy – Mezinárodní federace sociálních pracovníků (International Federation of Social Workers, IFSW)

Národní etické kodexy – v ČR Etický kodex Společnosti sociálních pracovníků ČR (<https://www.socialnipracovnici.cz/ke-stazeni/bdcc10fa-be7b-4bb3-9aff-81ae9f0d3181>)

Etické kodexy organizací, firem, či zařízení sociálních služeb

Práva duševně postižených, Práva hospitalizovaných dětí, Práva pacientů ČR, Práva tělesně postižených (<https://www.mpsv.cz/eticke-kodexy>)

Desatero pro komunikaci s OZP (<https://nrzp.cz/2019/07/18/desatero-pro-komunikaci-s-ozp/>)

Etické zásady v poradenství a dalších pomáhajících profesích

Kritičnost k oboru i k vlastní osobě, schopnost sebereflexe

- Uvědomování si vlastních kompetencí, možností, vědomostí a schopností, a jejich limitů
- Nepřečehovat se a nepouštět se do něčeho, co neznáme a v čem si nejsme jistí, říct si o pomoc (např. kolega, vedoucí)
- Systematické vzdělávání, praktický výcvik, kolegiální spolupráce, supervize

Obětavost pod kontrolou

- Vyhnout se dlouhodobému preferování obětavosti a potlačování osobních zájmů a potřeb, „spasitelskému komplexu“ (jsem jediný, kdo může klientovi porozumět a pomoci)
- Udržení profesionálního odstupu – neřešit klientovy potíže ve svém volném čase, nebrat si práci domů, umět odmítnout konzultace mimo pracovní dobu a mimo pracoviště

Odborný zájem versus osobní zájem klienta

- Poradcův zájem by neměl přerůst v uspokojování jeho zvědavosti nebo naplňování profesních aspirací, touhy po veřejném uznání

Zabezpečení citových potřeb poradce a ochrana klienta

- Poradenská činnost poskytuje možnost saturovat řadu poradcových potřeb, např. být prospěšný, být uznávaný, potřeba blízkého sociálního kontaktu, potřeba nadvlády či moci
- Je proto potřeba opatrnost ve verbálním i neverbálním projevu, diferencovanost pocitů, reflexe osobních sympatií či antipatií ke klientovi
- Klientem by neměl být nikdo blízký nebo příbuzný poradci

Kolegialita a otevřenost

- Kolegiální vztahy, názorová pluralita, vzájemná úcta, respektování zkušeností, poskytování úplných informací (např. přechází-li klient od jednoho odborníka k druhému)
- Otevřená kolegiální diskuse – nekrýt chyby svých kolegů

Respekt k důvěrnosti informací a údajů

- Mlčenlivost, ochrana důvěrných informací a klientových sdělení

(Novosad 2009)

Základní morální zásady profesionalismu učitele podle Botteryho (1996):

- Etika odhalení pravdy, která musí převážet nad osobními výhodami
- Etika subjektivnosti (rozeznání limitů svého vnímání, individuality svých hodnot)
- Etika reflexní morální zásadovosti/bezúhonnosti (poznání limitů svého osobního vnímání, integrace pochopení situace v sobě)
- Etika pokory (osobní omylnost není selháním, ale podmínkou být člověkem)
- Etika humanitní výchovy (pomoci klientům umět pomáhat si sami sobě)

(Göbelová 2015)

Zásady poradenského přístupu dle Drapely:

Svoboda klienta

- Klient by měl mít možnost rozhovořit se plně o všem, co je pro něj momentálně důležité (např. aktuální osobní problémy, zážitky z minulosti, plány pro budoucnost)
- Poradce nesmí vyvíjet na klienta přímý ani nepřímý nátlak, aby se rozhodl určitým způsobem, je mu pouze nápomocen při ujasnění různých možností řešení problému a důsledků zvolených řešení
- Klient má tak možnost se svobodně rozhodovat a přijmout svá rozhodnutí se zodpovědností

Respekt ke klientovi

- Klient by měl cítit ze strany poradce bezvýhradnou akceptaci a psychologické bezpečí, které by neměl ztratit, ani pokud bude hovořit o negativních aspektech svého chování
- Poradce musí zásadně rozlišovat mezi klientem a jeho chováním
- I když poradce vyhodnotí klientovo chování jako neproduktivní nebo škodlivé, klient nesmí ztratit v jeho očích nic ze své lidské důstojnosti

Důvěrnost poradenských kontaktů

- Obsah poradenských rozhovorů je důvěrný, poradce jej nesmí sdílet třetím osobám
- Výjimkou je pouze případ, kdy je klient nebo jiná osoba ohrožena vážným nebezpečím (např. sexuální zneužívání, jiné trestné činy)

Zásady poradenského přístupu dle Matějčka:

Navodit spolupráci

- Spolupráce ze strany klienta je nezbytnou podmínkou, aby mohl poradenský proces proběhnout
- Spolupráce s klientem a jeho blízkými osobami během poradenského rozhovoru, ale také po něm
- Spolupráce jednotlivých účastníků poradenského procesu (dítě, zákonní zástupci, škola, další odborníci)

Pravda s perspektivou

- Předkládat rodičům i dítěti pravdivý stav věcí, zatajování nebo zkreslování informací brání účelné spolupráci
- Pravdu sdělujeme šetrně a taktně, a zároveň tak, aby nebyl uzavřen výhled do budoucna, ale naopak otevřen
- Otevřená budoucnost je jednou ze základních psychických potřeb
- Každá psychologická diagnóza a výrok kvalifikující stav dítěte či jeho sociálního prostředí by měly být následovány výrokem o výhledech a východiscích

Optimistický výhled do budoucna

- Perspektiva otevřené budoucnosti přináší naději, která posiluje jedince v současné tíživé situaci a pomáhá ji lépe zvládat, poradenská pomoc by měla přinášet optimismus, ne však nepravdivý, přehnaný, nepodložený.
- Optimisticky laděné očekávání nadlehčuje tíži současných problémů a vytváří příznivější psychické podmínky pro hledání nápravy a pak i pro její realizaci

Rozumět znamená pomáhat

- Východiskem poradenské pomoci je porozumění, k jeho dosažení musíme zapojit všechnu naši zkušenost, vědomosti a znalosti, hledáme vhodné vyšetřovací a výzkumné metody

Překážky a rizika poradenského procesu (dle Matějčka):

- Zevšeobecnování – poradce se snaží převést případ klienta na obecné schéma a schematicky ho i řešit, („Takhle je to vždycky“, „Vždycky to takhle dopadne...“), chybí individuální přístup
- Dirigování – vnucování svých postojů a názorů klientovi, hodnocení na základě vlastních představ
- Bagatelizování – zlehčování problémů klienta
- Moralizace – poradce vyslovuje morální soudy nad klientovým chováním
- Záslužnictví – zveličování problémů klienta, aby byla zřejmá zásluha poradce na vyřešení problému
- Soucit – poradce se emocionálně váže na klienta, ztrácí odstup
- Projekce – poradce vidí v klientových problémech paralelu svých vlastních, a poté vnucuje i svá vlastní řešení
- Identifikace – ztotožnění s klientem, poradce přijímá bezmezně klientovu interpretaci problému, ztrácí odstup a nestrannost
- Abstrakce – poradce používá v rozhovorech s klientem odborné termíny, kterým klient nerozumí
- Chození kolem horké kaše – poradce se zabývá jen vedlejšími, okrajovými problémy, vyhýbá se jádru problému
- Vyhoření – poradce ztrácí zájem o klienta, není schopen empatie, práce je pro něj zatěžující, unavující

Překážky na straně klienta

- Nedostatek empatie, sebestřednost
- Negativní pohled, odmítá připustit cokoliv pozitivního
- Chybění respektu a vřelosti, agrese vůči okolí
- Nedostatek konkrétnosti, obtíže ve formulaci, neurčitost výpovědí
- Strach z konfrontace, z názoru poradce

Osobnost poradce

- Prosociálně orientovaný člověk, který dokáže snadno navazovat sociální kontakty a je schopen empatie
- Pružnost a schopnost adaptace, schopnost reagovat na specifické potřeby klientů
- Stabilní a vyvážená osobnost, schopnost udržet si dostatečný odstup, odolnost – zvládání nároků, schopnost racionálně jednat, nenechat se strhnout soucitem, nenechat sebou manipulovat
- Vysoká frustrační tolerance, optimistické ladění – v případech nedostatku zpětné vazby, nemožnosti vyřešit případ optimálně, při nespolupráci klientů
- Vyspělý charakter, vysoká morální úroveň

Kompetence poradce

- Dostatečné znalosti a vědomosti v psychologii, speciální pedagogice a dalších potřebných oborech
- Orientace v poradenském systému obecně, ale také konkrétně v regionu, kde poradce působí
- Schopnost jasně a srozumitelně formulovat sdělení v kontaktu s klientem, rodiči a školou, případně dalšími institucemi
- Znalost právních a etických norem
- Být otevřen novým poznatkům, dále se vzdělávat

Dovednosti poradce

- Komunikační a sociální dovednosti
- Vytváření a udržování mezilidských vztahů

- Pozitivní ovlivňování klienta, bez manipulace
- Objektivní hodnocení a interpretování pozorovaných jevů a chování klienta
- Schopnost volby přiměřeného typu intervence
- Poskytování podpory klientovi
- Umět ukončit poradenský proces

(Hadj-Mousová 2002)

Osobnost speciálního pedagoga

- Profesionálně zdatný, vybavený teoretickými vědomostmi
- Trpělivý
- Emocionálně vyrovnaný (aby nepřenášel své osobní problémy na pracoviště nebo neprojevoval nepřiměřené reakce na projevy klientů)
- Tolerantní (vůči klientům i spolupracovníkům)
- Jdoucí za cílem, nevzdává se při potížích a hledá nová alternativní řešení
- Kreativní, vynalézá řešení, která jsou nová, přitažlivá, přínosná pro klienta
- Přiměřeně empatický
- Komunikativní

(Opatřilová 2005)

Vztah poradce ke klientovi

- Negativní – hrubost, arogance, lhostejnost vůči klientovi
- Neutrální – slušné jednání, zodpovídání dotazů klienta, ale nenavázání vztahu, odstup, nezájem, nechce být pro klienta „opěrným bodem“
- Angažovaný – práce je pro člověka posláním, ne „nutné zlo“, opravdu se o klienty zajímá, navazuje s nimi vztahy
- U angažovaných pracovníků je riziko přílišné angažovanosti, tento problém má dvě podoby: nadbytečná kontrola nad klienty a obětování se pro klienty

(Kopřiva 2024)

Zásady etického přístupu při diagnostice

- Před zahájením speciálně pedagogické diagnostiky klienta a případně zákonné zástupce seznámíme s tím, jakým způsobem a jak dlouho bude vyšetření probíhat, za jakým účelem ho provádíme, co bude výstupem
- Při zjišťování anamnézy se vyjadřujeme slušně, otázky formulujeme tak, aby byly srozumitelné, ptáme se pouze na informace, které jsou pro nás důležité a jsme schopni zdůvodnit, proč se na ně ptáme
- Jsme schopni respektovat, že nám klient některé informace nechce sdělit, nenutíme ho
- Nemluvíme za klienta, dáváme mu prostor se vyjádřit
- Dodržujeme mlčenlivost, údaje o klientovi nepředáváme dál bez jeho souhlasu
- Mlčenlivost se týká i sdílení informací mezi kolegy, měli bychom respektovat soukromí klienta
- Ke každému klientovi přistupujeme individuálně, neměli bychom přistupovat ke klientům s totožnou diagnózou stejně pouze na základě diagnózy
- Vyhýbáme se diskriminaci a predsudkům
- Na diagnostiku i následný rozhovor si vyhradíme dostatek času (aby poradce ani klient necítil časový nátlak)
- Máme připraveny všechny pomůcky a materiály
- V průběhu diagnostiky zajistíme, aby nikdo nepřicházel do místnosti a ztlumíme si telefon
- Používáme pouze takové metody, na které máme kompetence a umíme je správně využívat, metody vyžadující předchozí školení využíváme pouze pokud jsme prošli daným školením
- Využíváme takové metody, které jsou pro daného klienta vhodné a žádným způsobem ho nediskriminují (např. využití Stanford-Binet inteligenční škály v úpravě pro nevidomé)
- Pokud klient využívá AAK, přizpůsobíme se tomu a využíváme stejný způsob komunikace
- Před vyšetřením, během vyšetření i po vyšetření zajistíme vše tak, aby se klient cítil příjemně a pohodlně, umožníme mu, aby se mohl např. napít, dojit si na toaletu
- Diagnostiku se snažíme provádět co nejkomplexněji, abychom se nezaměřili pouze na jednu oblast

- Po vyhodnocení seznámíme klienta s výsledkem, vyjadřujeme se srozumitelně, výstižně, ale empaticky a se zájmem, říkáme pravdu a nezlehčujeme, vysvětlujeme, co daný výsledek pro klienta znamená a jaký bude další postup

Sdělování nepříznivé diagnózy

- V ČR se postupuje podle zákona č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách, vč. prováděcí vyhlášky č. 98/2012 Sb., o zdravotnické dokumentaci – poskytovatel zdravotních služeb je povinen srozumitelným způsobem a v dostatečném rozsahu nemocného informovat o jeho zdravotním stavu a o chystaném výkonu, informaci podává zdravotnický pracovník kompetentní k příslušnému výkonu
- Poskytnutí zdravotních služeb na základě informovaného souhlasu – v případě hospitalizace, amputace, lékařského pokusu a zákroku, který zdravotní stav člověka nevyžaduje, musí být písemná podoba
- Úmluva o lidských právech a biomedicině
- Komu? Každému dospělému člověku (právo v Listině základních práv a svobod), kromě vážně duševně nemocných lidí, a v případě jiných relevantních důvodů (viz §32 zákona č. 372/2011 Sb.)
- Kdy? Když je diagnóza definitivně potvrzena
- Co říci? Pravdu, srozumitelným způsobem, vysvětlujeme
- Jak? Citlivý, vnímavý, kompetentní, důvěryhodný, taktní a šetrný přístup. Volba vhodných slov (vyvarujeme se slov, která způsobují zděšení, jako např. rakovina), popis reality (vážná, dlouhodobá, nevyléčitelná nemoc)
- Kdo? Ošetřující lékař
- Informování příbuzných: po souhlasu nemocného (dle §33 zákona č. 372/2011), kromě výjimečných situací (kdy je např. pacient v bezvědomí)

(Jankovský 2018)

ZDROJE

Étos - etika v pedagogice a sociální práci. Liberec: Technická univerzita v Liberci, 2011. ISBN 978-80-7372-788-8.

GÖBELOVÁ, Taťána. *Profesní hodnoty a etické principy v práci učitele.* Vydání: 1. Ostrava: Ostravská univerzita v Ostravě, Pedagogická fakulta, 2015. ISBN 978-80-7464-808-3.

HADJ-MOUSOVÁ, Zuzana. *Úvod do speciálního poradenství.* Liberec: Technická univerzita v Liberci, 2002. ISBN 80-7083-659-8.

JANKOVSKÝ, Jiří. *Etika pro pomáhající profese.* 2., aktualizované a doplněné vydání. Praha: Stanislav Juhaňák - Triton, 2018. ISBN 978-80-7553-414-9.

KOPŘIVA, Karel. *Lidský vztah jako součást profese: psychoterapeutické kapitoly pro sociální, pedagogické a zdravotnické profese.* Vydání deváté, v Portále osmé. Praha: Portál, 2024. ISBN 978-80-262-2050-3.

NOVOSAD, Libor. *Poradenství pro osoby se zdravotním a sociálním znevýhodněním: základy a předpoklady dobré poradenské praxe.* Praha: Portál, 2009. ISBN 978-80-7367-509-7.

OPATŘILOVÁ, Dagmar. *Metody práce u jedinců s těžkým postižením a více vadami.* Brno: Masarykova univerzita, 2008 dotisk. ISBN 978-80-210-3819-6.

11. VLIV ZDRAVOTNÍHO POSTIŽENÍ NA UČENÍ – DŮSLEDKY ZDRAVOTNÍHO POSTIŽENÍ NA PROCES UČENÍ A VZDĚLÁVÁNÍ

KROUPOVÁ, Kateřina a HANÁKOVÁ, Adéla, 2021. *Úprava prostředí pohledem osob se zdravotním postižením*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2021. ISBN 978-80-244-5897-7.

KROUPOVÁ, Kateřina, 2016. *Slovník speciálněpedagogické terminologie: Vybrané pojmy*. Grada, 2016. ISBN 978-80-271-9344-8.

KATALOG PODPŮRNÝCH OPATŘENÍ, 2020.

MORÁVKOVÁ Monika a kol. *Metodická podpora sítě inkluzivních škol: Katalog podpůrných opatření – Metodika aplikace podpůrných opatření v předškolním vzdělávání* [online]. © MŠMT 2024 [cit.2024-30-10]. Dostupné z: <https://database.opvvv.msmt.cz/vystup/735>

Učení:

„Záměrné a cílevědomé vytváření individuální zkušenosti“ ; „aktivní proces, který rozšiřuje vrozený genetický program a možnosti jedince. Smyslem učení je přizpůsobování se novým situacím“ . V podstatě se jedná o „navozování a zpevňování podmíněných reflexů a spojů. Tato činnost začíná s vyšší nervovou činností už v útlém věku a trvá po celý aktivní život člověka“

Vzdělávání:

Vzdělávání – cílevědomý proces kultivace člověka, řízený, vedený a podporovaný společností prostřednictvím osob, na něž je delegována role vzdělavatelů, zpravidla realizovaný ve specializovaných institucích.

(Neformální vzdělávání představují organizované výchovně vzdělávací aktivity, které se uskutečňují mimo formální vzdělávací systém a nabízí záměrný rozvoj životních zkušeností, dovedností a postojů založených na uceleném systému hodnot. Neformální vzdělávání poskytují např: školní družiny na základních školách, školní kluby při základních a středních školách, základní umělecké školy, domy dětí a mládeže/střediska volného času,...)

Zdravotní postižení:

„Relativně trvalý, ireparabilní stav jedince v kognitivní, komunikační, motorické nebo emocionálně-volní oblasti, který se manifestuje signifikantními obtížemi při učení a sociálním chování. Vyznačuje se nedostatkem v integritě orgánu nebo funkce, který způsobuje problémy v kognici, senzorické sféře, komunikaci, sociabilitě, mobilitě a sebeobsluze jedince. Z etiologického aspektu je možno termín, postižení‘ také chápat jako důsledek anomálního vývinu, jehož výsledkem jsou obtíže při transformaci jevů a procesů do symbolických forem, při jejich zpracování, uchování, vybavení a při uskutečňování operací s nimi, dále při řešení situací pohybem, v mobilitě, sociální interakci a v sebeobsluze“.

- ➔ Zdravotní postižení je trvalý stav, který ovlivňuje myšlení, komunikaci, pohyb nebo emoce a způsobuje výrazné obtíže při učení a sociálním chování. Vzniká v důsledku narušení orgánu nebo funkce a projevuje se problémy v poznávání, smyslovém vnímání, komunikaci, pohybu, sociálních vztazích a sebeobsluze. Může být důsledkem odchylek ve vývoji, které ovlivňují zpracování informací, řešení situací a interakci s okolím.

Podle zákona č. 561/2004 Sb., o předškolním, základním, středním, vyšším odborném a jiném vzdělávání, ve znění pozdějších předpisů, se zdravotní postižení vymezuje v rámci speciálních vzdělávacích potřeb a diferencuje se od pojmů zdravotní znevýhodnění a sociální znevýhodnění. Podle § 16, odst. 2 se tedy jedná o „mentální, tělesné, zrakové nebo sluchové postižení, vady řeči, souběžné postižení více vadami, autismus a vývojové poruchy učení nebo chování“.

Zdravotní postižení může mít zásadní vliv na učení a vzdělávání jednotlivců. Tento vliv závisí na typu postižení, jeho závažnosti, věku, podpoře okolí a přístupnosti vzdělávacího systému. V otázce vlivu zdravotního postižení na proces učení a vzdělávání je třeba zohlednit nejen fyzické aspekty postižení, ale i kognitivní, emocionální a sociální faktory, které mohou ovlivnit schopnost dítěte nebo dospělého učit se. Zároveň je třeba myslet na individuální potřeby, kdy každý žák se speciálními vzdělávacími potřebami může mít jiné vzdělávací potřeby.

SLUCHOVÉ POSTIŽENÍ:

Nejvýznamnějším dopadem ztráty sluchu je **omezená dostupnost k informacím**. Slyšící děti tráví většinu dne aktivním nebo pasivním nasloucháním – prostředkem k získávání informací a většiny slovní zásoby. Sluchové postižení tomuto modelu získávání jazyka a komunikačních kompetencí brání. Sluchové postižení zásadně **ovlivňuje kvantitu i kvalitu přijímaných informací**. Stupeň sluchové vady sehrává velmi důležitou úlohu při osvojování komunikačních kompetencí.

I při použití kompenzačních pomůcek je jejich přístup k informacím ovlivněn. V důsledku toho jsou základní vědomosti omezené, což v konečném důsledku **ovlivňuje slovní zásobu a receptivní a expresivní složku komunikace**. Přítomnost sluchového postižení neumožňuje přístup ke všem zvukům řeči, což vyžaduje i při používání kompenzačních pomůcek značné úsilí při poslechu, ale efektivita komunikace je tímto velmi omezena. Zde také vážně možnost využití kontextu situace nebo promluvy k dosažení lepšího porozumění

- Mezi nejčastější obtíže způsobené sluchovým postižením ve škole a školní práci lze **zařadit únavu, demotivaci způsobenou neporozuměním a nemožností se aktivně zapojit do aktivit s ostatními dětmi**.
- Pro dosažení vzdělávacího maxima žáka je nezbytné, aby mělo dítě od nejútlejšího dětství nastaven **vhodný komunikační kanál podle jeho individuálních možností**. (mluvená čeština, znakový jazyk) V předškolním věku se klade důraz na **rozvoj sluchového a zrakového vnímání a mluvené řeči, popřípadě na rozvoj komunikačních dovedností ve znakovém jazyce**.
- **Včasná zahájení sluchové rehabilitace pomocí kompenzačních pomůcek a intenzivní logopedická péče** do značné míry ovlivňují úspěšnost dalšího vzdělávání. Proto je nezbytné poskytovat potřebná podpůrná opatření již v mateřské škole.
 - ➔ Významnou podporu v průběhu vzdělávání potřebují žáci již od třetího stupně podpory. Čtvrtý a pátý stupeň pak již počítá s takovými podpůrnými opatřeními, jako je zajištění výuky znakového jazyka a výuky českého jazyka jako jazyka cizího. V souladu se zákonem č. 155/1998 Sb., ve znění novely č. 384/2008 Sb., o komunikačních systémech neslyšících a hluchoslepých osob, se na základní i střední škole počítá i s výukou prostřednictvím českého znakového jazyka, která je zajištěna přítomností asistenta pedagoga nebo druhého učitele s patřičnými kompetencemi v komunikaci znakovým jazykem, popřípadě tlumočníka znakového jazyka ve výuce.

Specifické požadavky na úpravy prostředí z hlediska přístupnosti pro osoby se sluchovým postižením
Základní požadavky lze shrnout do následujících bodů:

1. akustické podmínky bez rušivých vjemů,
2. vhodné podmínky pro zrakové vnímání informací – druh a umístění zdrojů světla,
3. informace neakustického charakteru pro navigaci a upozornění,
4. možnost bezproblémového využití kompenzačních pomůcek bez rušení nebo technických omezení

TĚLESNÉ POSTIŽENÍ:

V období ve věku do tří let se vytvářejí základy motoriky (souhrn všech pohybů lidského těla, celková pohybová schopnost – hybnost organismu). Jde o nejvýznamnější etapu pohybového vývoje. U dítěte s tělesným postižením (postižení pohybového aparátu – motoriky) v období předškolního věku lze sledovat negativní dopad primární diagnózy ve dvou nejvýznamnějších oblastech vývoje:

- rozvoje poznávacích procesů, rozumových schopností (např. omezený a jednostranný přívod životně důležitých podnětů);
- osobnostního vývoje (např. při nedostatečném přívodu podnětů zvenčí se dítě příliš koncentruje na sebe nebo se stává příliš „závislým“ na dospělých osobách). U dětí předškolního věku v důsledku primární diagnózy (tělesného postižení) jsou v různé míře negativně ovlivněny všechny složky vývoje (pohybový vývoj, emocionální vývoj, kognitivní vývoj). Míra specifických potíží může pohybovat od úrovně mírného oslabení až po úplné omezení dané funkce. Níže jsou uvedeny specifické potíže dítěte s tělesným postižením v dílčích oblastech vývoje.

Charakteristika specifických potíží v oblasti motorické a pohybové:

- ztížení či ztráta schopnosti pohybu;
- narušení až omezení hrubé motoriky (problematická koordinace pohybů, obratnost, stabilita, spasticita – zvýšené napětí svalstva, hypotonie – snížený svalový tonus, snadná fyzická unavitelnost, imobilita – nehybnost, neschopnost pohybu, nepohyblivost);
- narušení až omezení jemné motoriky (obtížný úchop tužky, narušená grafomotorika a vizuomotorika, křečovitost či hypotonie při grafomotorických cvičeních; potíže s obkreslováním, obtahováním, některé děti nejsou schopné vykonat ani nejzákladnější grafomotorické cviky);
- laterálita (vynucená laterálita; poruchy motoriky nepříznivě ovlivňují laterálitu, preference ruky bývá často vynucená);
- kresba (dítě má výrazné potíže s nápodobou jako takovou, s plynulostí tahů; obsahová stránka kresby je velmi jednoduchá, rozmístění prvků kresby na ploše papíru je problematické a nesprávné);
- hygiena a sebeobsluha (problematické používání příboru, oblékání, svlékání, používání předmětů denní činnosti)

Charakteristika specifických potíží v oblasti komunikační a sociální:

- komunikační bariéra z důvodu spasticity – zvýšené napětí svalstva a následně narušené motorické funkce mluvidel; stigmatizující projevy spasticity – křečovitě pohyby, grimasy svádějí k domněnce, že se jedná o dítě s těžkým mentálním postižením, proto obě strany nevyhledávají komunikaci;
- narušení oromotoriky (narušená artikulace hlásek, skladba řeči, slovní zásoba, sociální užití řeči);
- přidružené smyslové postižení (sluch, zrak)

Charakteristika specifických potíží v oblasti emoční a výkonové:

- na psychiku dítěte působí celá řada zkušeností a faktory, některé více či méně pozitivní i negativní. To, jak se dítě se situacemi vyrovná, záleží na jeho osobnostní výbavě, kvalitě i zaměření poskytované podpory, včetně rodinné, speciálněpedagogické, zdravotně-sociální a vzdělávací; přítomna může být frustrace, deprivace;
- výkyvy nálad, emoční labilita, podrážděnost, impulzivnost;

- narušené sebepojetí (např. zkreslené sebehodnocení, emoční labilita, neadekvátní prožívání a sebeprožívání);
- výkonové možnosti nekorespondují s představami dítěte; omezení v tom, co by chtělo dělat;
- snížená vnitřní aspirace; dítě se podceňuje (v praxi „já to neumím“, „já to nezvládnu“); snadno se tzv. „vzdává“, nebo naopak využívá situace, že všichni za něj vše udělají.

Charakteristika specifických potíží v oblasti kognitivní:

- myšlení může být rigidní, nepřesné, ulpívavé;
- objevují se poruchy paměti, vnímání;
- potíže v oblasti prostorové orientace;
- snížení intelektu (v případech kombinovaného postižení – přidružená postižení – mentální, zrakové, sluchové);
- narušení usuzování, abstrakce, analyticko-syntetické činnosti;
- snadná unavitelnost – snížená koncentrace pozornosti.

Vlastní primární diagnóza TP ovlivňuje vzdělávání dítěte v předškolním věku. Míra ovlivnění průběhu vzdělávání je odvislá na stupni a rozsahu daného postižení. V praxi předškolního zařízení se učitelé/ky setkávají se širokou škálou typů tělesného postižení, od mírného oslabení v oblasti motorické, s dětmi s diagnózou dětské mozkové obrny až po děti imobilní. Tyto děti v prostředí předškolního zařízení vyžadují i rozdílnou míru poskytování podpůrných opatření. Vzhledem k rozdílným dopadům v důsledku primární diagnózy se poskytují podpůrná opatření v rozmezí 2.–5. stupně na základě Doporučení ŠPZ.

Nejzávažnější dopady do procesu vzdělávání představují mozkové obrny u dětí předškolního věku, které zároveň tvoří nejpočetnější skupinu diagnóz v oblasti TP. S touto diagnózou se setkávají učitelé/ky mateřských škol nejčastěji. Mozkové obrny jsou důsledkem poškození mozku, a je tedy nutno počítat se symptomatikou ovlivnění kognitivních

ZRAKOVÉ POSTIŽENÍ:

Zrakové postižení **ovlivňuje kognitivní, motorický i psychosociální vývoj člověka**. Důsledky závisí na typu a stupni postižení, době vzniku a dalších faktorech. Podle Vágnerové je dopad dvojí: primární postižení zraku a sekundární změny, které ovlivňují vývoj dalších funkcí závislých na zrakovém vnímání.

Důsledky zrakového postižení lze zpravidla zevšeobecnit na celou kategorii osob se zrakovým postižením, jejich škála je více či méně totožná napříč všemi stupni zrakového postižení, liší se však svou intenzitou a vzájemnou interakcí ve smyslu subjektivního vlivu na každého jedince (Kroupová in Vondráková a kol., 2020).

Problémy ve vzdělávání, které vznikají z méně závažných poruch, z oslabení zrakového vnímání, i ty, které vznikají při lehčím postižení zraku, jsou hůře identifikovatelné a pedagog či rodiče je objevují těžko. Žáci je většinou neradi přiznávají a někdy je neumějí „přiznat“, protože žáci s potížemi od raného věku nevědí, jak mají „správně vidět“. **Problémy mohou být velmi lehce zaměňovány za nedbalost, nepozornost, nezralost, nedůslednost.**

- Ve všech třech důležitých školních aktivitách (čtení, psaní, počítání) najdeme tyto společné znaky: **poruchy zrakové diferenciac**e – hledání rozdílů nebo shod mezi číslicemi, písmeny, šablonami, obrysy, obrázky, symboly (Co nepatří do řady?), **poruchy vnímání barev**, **vnímání čáry, řádku, prostoru**, **potíže při překreslování, obkreslování, hledání detailu**

v textu, obrázku, neschopnost spojování teček podle předlohy, vpisování do čtverečků, orientace na řádku, v textu, chybovost v přepisování textu. Při čtení, psaní i počítání má žák problém při přechodu z jedné řádky na druhou (tracking), problémy se sledováním řádky (tracing), s orientací na ploše i v prostoru. Dalšími projevy jsou **poruchy pozornosti a soustředění, zvýšená chybovost** jak při čtení, tak i při psaní a počítání, **rychlá a zvýšená unavitelnost, bolesti hlavy až zvracení, slzení, pálení očí, mrkání, tik, natáčení hlavy, pomalejší pracovní tempo.**

- Narušení zrakových funkcí se promítá **do kvality hloubkového a prostorového vidění, schopnosti lokalizace, analýzy, syntézy či vizuomotorické koordinace,**
- Zásadní je rovněž vliv zrakového postižení na psychosociální dimenzi, **může být narušena oblast emocionálně volní i charakterová.** V psychosociální rovině je zpravidla **negativně ovlivněno formování a rozvoj sociálních vztahů, úroveň interpersonální interakce a komunikace**
- Mezi každodenní aktivity, které mohou být, zejména těžkým zrakovým postižením, negativně ovlivněny, patří **sebeobslužné činnosti** (oblékání, stravování, osobní hygie na, úklid, vaření, nakupování, péče o dítě a další) a **samostatný pohyb.**
- V případě vrozeného či raně získaného zrakového postižení je významně ovlivněn a **narušen vývoj poznávacích procesů, tvorba představ, paměť, myšlení a řeč.**

Ať už se jedná o jakýkoliv stupeň a typ zrakového postižení, veškeré zrakové aktivity, využívající zachovanou úroveň zrakových funkcí, představují **komplexní zátěž organismu, a to jak fyzickou, tak psychickou.** Využití kompenzačních mechanismů, kompenzačních pomůcek, speciálních metod a forem práce apod. může představovat podpůrnou složku, nicméně vždy bude vyžadovat zapojení většího úsilí s nutností delší časové dotace.

Podpora vzdělávání zahrnuje korekční pomůcky, speciální cvičení na doporučení oftalmologa. Některé poruchy nelze plně napravit, proto jsou klíčová podpůrná opatření, jako zvětšené písmo, lupy nebo úprava textu.

Přínosem může být využívání kompenzačních a rehabilitačních pomůcek na různé bázi s cílem maximálně využít stávající zrakový potenciál a vytěžit informační přínos kompenzačních mechanismů. Proces kompenzace představuje kontinuální, cílený a záměrný rozvoj kompenzačních mechanismů, a to ve smyslu **nižších kompenzačních činitelů** (ostatních lidských smyslů, které by měly substituovat absenci či výrazný deficit zrakových podnětů), tak **vyšších kompenzačních činitelů** (mechanismů umožňujících integraci informací z ostatních smyslů do podoby využitelné informace, myšlení, řeč, pozornost, představivost, paměť, obrazotvor nost).

Dodržování adekvátních **zásad zrakové hygieny** (intervalů zrakové práce do blízka, hladina osvětlení, charakteristiky prostředí a pracovní plochy, modifikace obrazového a textového materiálu, pravidelné využívání relaxačních, okulomotorických a dalších technik a cvičení, dodržování správné organizace práce a vyhovujícího životního stylu,...) při jakékoliv zrakové práci, a to opět s ohledem na charakter zrakového postižení, resp. konkrétní zrakové vady.

Dostupnost informací! (zvětšené, braillovo písmo, e přístupnost., přístupnost v prostoru, přístupnost v rámci sebeobsluhy -> tyflopomůcky: lupy, hlasový výstup, dymokleště, bílá hůl)

⇒ Upozornit na svůj příchod i odchod – doplněné o případné oslovení daného jedince jménem atd. (stejně jako u osob nevidomých).

⇒ Zvolte co nejklidnější prostředí – pokud to lze, zvolte pro komunikaci co možná nejvíce tiché a klidné místo.

- ⇒ Zachovaný částečný sluch – jestliže má jedinec lepší sluch na jednom z uší, mluvte na něj z této preferované strany.
- ⇒ Zachované zbytky zraku – je důležité dbát na dostatečné osvětlení.
- ⇒ Vyhýbáme se abstraktním pojmům, ironii a sarkasmu.
- ⇒ Komunikujeme přímo s daným jedincem – i zde platí, že respektujeme osobnost a důstojnost postiženého a obracíme se přímo na něj, ne na tlumočníka.
- ⇒ Komunikace ve skupině – pokud komunikace probíhá ve skupině, je potřeba sdělit hluchoslepému téma rozhovoru a průběžně ho informovat o jeho průběhu.
- ⇒ Během rozhovoru neodcházíme nebo se neotáčíme jiným směrem.
- ⇒ Při komunikaci nezvyšujeme hlas, mluvíme jasně a srozumitelně.
- ⇒ Vyzkoušet a použít můžeme cokoli, co pomůže zlepšit úspěšnost do rozumívání – zpočátku např. psaní velkých tiskacích písmen do dlaně.
- ⇒ Odlišné komunikační techniky – v případě, že jedinec využívá jiné komunikační techniky, je důležité si zjistit jaké a komunikovat s ním nejlépe skrze ně

NARUŠENÍ KOMUNIKAČNÍ SCHOPNOSTI:

Pokud je u dítěte diagnostikována porucha řeči, záleží zejména na tom, o jakou NKS jde (viz výše) a jak velký dopad má na verbální projev dítěte. Nejpočetnější skupinu tvoří děti s dyslalií, jejíž dopad může mít charakter lehký až těžký. Další početnou skupinu tvoří děti s opožděným vývojem řeči. Tyto děti často dojdou ve vývoji do normy. Avšak v některých případech se může OVŘ manifestovat formou dyslalie nebo vývojové dysfázie. Vývojová dysfázie má v dnešní době také v MŠ početné zastoupení. Naopak rozštěpových vad je znatelně méně, možná z důvodu kvalitního prenatalního screeningu.

Obecně se mohou obtíže projevovat:

- v expresivní složce řeči – patří sem řečový projev s nepohotovým reagováním na dění a situace spolu s hůře srozumitelným až nesrozumitelným řečovým projevem – slabá slovní zásoba, obtíže s pojmy, s vyjadřováním, s jazykovým citem a potíže se sociálním užitím řeči,
- potíže v obratnosti a koordinaci pohybů artikulačních orgánů, nesprávné dýchání (nádech, výdech), které souvisí s následnou chybnou či nedostačující fonací při mluvním projevu,
- narušení receptivní složky řeči – obtíže v percepci – v porozumění řeči, ve fonemickém uvědomování (což spadá do zvukové stránky řeči),
- snížená přesnost a obtížnější motivace pro zvolenou činnost
- **Malá slovní** zásoba spočívá nejen v tom, že má dítě chudší až chudý slovník. Nedostatečná slovní zásoba zasahuje i **do porozumění**, kdy slova nejsou ani ve slovníku pasivním. Vždy je při rozvoji slovní zásoby vhodné využívat multisenzoriální přístup. Mít po ruce praktické předměty, používat ukázky nebo modely a v co největší míře uplatňovat vizualizaci. Doporučujeme využít každodenních činností a přirozených situací. Obohacovat slovní zásobu pomocí tematických celků (roční období, rodina, škola). Tyto obtíže se mohou nejčastěji objevovat u: opožděného vývoje řeči, vývojové dysfázie, afázie i dysartrie.
- Mnohým dětem činí velké obtíže např. **popis obrázku nebo popis událostí**, i když slovní zásobu mají v normě. Stává se, že si na daný výraz, který znají, nemohou vzpomenout. Zde přichází na řadu jakási systematizace a snaha o zlepšení uspořádání již nabytých slov neboli pojmů (viz slovní zásoba výše). Kromě jakési struktury je dobré popis obrázku vést pozvolně, nejdříve se ptát na postavy, poté zkusíme popsat, co dělají, a postupně přidáváme další slovní druhy a spojujeme je do vět. U menších dětí hledáme zvířátka, zkusíme citoslovce a krátká jedno a dvouslabičná slova.

- V řeči dítěte se mohou objevovat s různou frekvencí **dysgramatismy v syntaxi i tvarosloví**, to znamená v tvorbě věty a ve tvaru slov. Oslabený jazykový cit neznamená pouze problematické osvojování si gramatických pravidel řeči. Souvisí s kvalitním sluchovým vnímáním, se sluchově-verbální pamětí a fonemickým sluchem, kdy tato percepční oblast u dětí dozrává různě. Vhodné je poskytovat dítěti správný mluvní vzor a zpětnou vazbu. Pokud dítě vysloví větu gramaticky nesprávně, je vhodné ji bez jakýchkoliv komentářů zopakovat správně. Rozšířená zpětná vazba – je možné rozšiřovat větné sdělení – jedno duchou větu rozšířit na větu rozvitou.
- Pokud dítě **nevyslovuje správně některou hlásku** nebo hlásky, je vhodné po něm slovo zopakovat se správně tvořenou hláskou. Není nutné dítě vždy nutit, aby slovo zopakovalo po nás. Pokud už je daná hláska vyvozená a fixuje se v rámci logopedické péče, je možné chtít po dítěti, aby slovo zopakovalo a pokusilo se artikulovat hlásku správně. Jednotlivá slova vybíráme tak, aby daná hláska byla fixována na začátku, na konci a uprostřed slova. Pokračujeme přes slovní spojení, krátké věty až po říkadla a básničky. Poté by se měla hláska dostat až do samostatného mluvního projevu, což je cílem.
- Mezi nejčastější obtíže patří **nesprávné, mělké dýchání a převažující dýchání ústy**. Dítě také nedokáže zacílit výdechový proud na střed jazyka, nezvládá hlubší břišní (abdo minální) dýchání, např. sedí skrčené bez opory v chodidlech, a tím tělu nedovolí tolik potřebný nádech do břicha. Velmi těžkým úkolem je naučit děti tzv. 3D dýchání, které spočívá v kvalitním bráničním dýchání. Pracujeme na nácviku správného dýchání, na prodlužování a po sílení výdechového proudu, který pak využijeme při řeči. Nikdy nezapomínáme na dechová cvičení. Nejdůležitější jsou u koktavosti, breptavosti, rinolalie.
- **Potíže s porozuměním** mohou být jednak kvůli malé slovní zásobě v pasivním slovníku, ale také v důsledku lehce odklonitelné pozornosti a rušnosti v kolektivu. Při zadávání instrukcí, úkolů, příkazů je nutné pozorovat reakci dítěte – pokud nereaguje, je vhodné jej aktivizovat oslovením, otázkou, pobídnutím k prvnímu kroku práce, zopakováním instrukce, připomenutím atd. Pro lepší porozumění je nutné zjednodušovat obtížnost věty, délku větného vyjádření, zapojit gesta nebo obrázky. Ověřovat si, zda dítě porozumělo instrukci nebo otázce. Otázky a instrukce je vhodné krokovat – po skončení jednoho kroku teprve následuje další slovní (obrázková) instrukce. S obtížemi v oblasti porozumění se nejčastěji setkáváme u dětí s vývojovou dysfázií, afázií a opožděným vývojem řeči.

Sluchově (verbálně) auditivní paměť je velmi důležitá, protože jejím prostřednictvím získávají děti potřebné informace, zapamatovávají si hlásky, slabiky, slova, věty, říkadla, písničky. Na její rozvoj a upevňování se nejčastěji využívají hry se slovy, věty s opakováním a s přidáváním dalších slov, děti baví reprodukce nejrozličnějších rytmů a melodií.

Princip vizualizace pomocí názorných kartiček, obrázků či piktogramů může pedagog uplatnit **při vyprávění příběhů, které skládá dle dějové posloupnosti**. Při práci je vhodné vytyčit si cíl a směřovat k dokončení úkolu. Jako podpora dobrého soustředění může sloužit také častější vkládání pauz na odpočinek, poskytování dostatečného prostoru pro relaxaci a pohybové chvíle.

Sociální užití řeči, vyjadřování – **dokázat vést dialog, adekvátně odpovídat na otázky, ptát se**. To už je pro mnohé děti docela těžká schopnost a některým se to ani přes velkou snahu jejich a okolí vzhledem k závažnosti NKS ani nepodaří. Je to apel na jejich pozornost, trpělivost, sluchové vnímání, paměť a v neposlední řadě je potřeba, aby dítě mělo dobrou slovní zásobu, aby dokázalo své myšlenky vyjádřit v souvislé řeči. Sdílet své jméno, příjmení, věk, bydliště, jméno rodinných příslušníků, to jsou jedny ze základních požadavků u zápisu dětí do ZŠ. Smysluplně vyjádřit vlastní myšlenky, nápad, popsat situaci, událost, vyjádřit své vlastní pocity, předat krátký vzkaz, rozvíjet zdvořilostní návyky

formou námětových her. Je vhodné do výchovně-vzdělávací činnosti zařadit hry na reportéra, telefonování. Pokud to dítě zvládne, osvojí si vše, co zahrnuje pragmatická jazyková rovina.

MENTÁLNÍ POSTIŽENÍ:

Mentální postižení zasahuje do všech oblastí vývoje dítěte. Přesto se začlenění dítěte do mateřské školy většinou velmi dobře daří. Je to zřejmě dáno tím, že v mateřské škole nejsou ještě po dětech požadovány intelektuální výkony, dítě může být reálně úspěšné a oceňované i v jiných oblastech. Kromě toho výstupy dané RVP PV nejsou závazné a kvantifikovaně či normovaně hodnotitelné. V mateřské škole bývají věkově smíšené třídy, pedagogika je určena dětem od tří do šesti až sedmi let. **Vývoj jedince se v tomto raném věku ještě tolik nezpožďuje za průměrem.** Dětská skupina je ještě velmi otevřená, děti v předškolním věku se nepodivují nad odlišnostmi, přijímají svět takový, jak se s ním postupně seznamují.

Chceme-li, aby naše práce s dítětem s mentálním postižením byla efektivní a přínosná, musíme stejně jako u všech ostatních dětí znát, respektovat a uspokojovat jeho **základní psychické potřeby**. Zdeněk Matějček je shrnul do základní pětice, kdy první z nich je univerzální, společná pro všechny živočichy, postupně se specifikují, poslední, pátá, je již potřebou pouze lidskou:

- První, základní **potřebou je přiměřenost podnětů** v množství, kvalitě a proměnlivosti. Při nedostatku vnějších podnětů přestává být vývoj stimulován, dochází k frustraci, stagnaci vývoje, případně až deprivaci. Dítě s mentálním postižením by mělo dostávat podnětů méně, jednodušších a častěji opakovaných než jeho intaktní vrstevníci. Čím je dítě mentálně mladší, tím důležitější jsou pro něj podněty, které oslovují a rozvíjejí jeho smysly a pohybovou aktivitu, postupně s věkem nabývá na důležitosti podněcování intelektuální.
- Na druhém místě je potřeba **určité stálosti, řádu a smysluplnosti**. Naplnění této potřeby je podmínkou učení, protože umožňuje, aby se z podnětů, které k nám prostřednictvím smyslů přicházejí, staly zkušenosti a poznatky. Bez ní bychom vše ve svém okolí vnímali jako nesrozumitelný chaos. Teprve pravidelnost, opakování a řád nám umožní pochopit smysl a motivuje nás k učení. U dítěte s mentálním postižením je potřeba pravidelného opakování, stálosti a řádu mimořádně důležitá, dává mu potřebnou jistotu a představu o fungování a předvídatelnosti okolí.
- Třetí podmínkou úspěšného vývoje je naplnění potřeby prvotních **citových a sociálních vztahů**, tj. většinou vztahu k zákonným zástupcům. Někdy je tato potřeba nazývána také potřebou lásky. Její uspokojování je důležité pro vnitřní uspořádání osobnosti, vede k pocitu bezpečí a životní jistoty. I z tohoto důvodu je nutné rodinu dítěte respektovat a vztahy mezi zákonnými zástupci a dítětem posilovat. V předškolním věku je třeba každé dítě citově vykrmit, dát mu zažít pocit přijetí, přízně, sounáležitosti s ostatními.
- Čtvrtou potřebou je potřeba **pozitivní identity**, společenského uplatnění. Souvisí s do zráním uvědomění si vlastního já, pomáhá stanovit hodnotový systém a později si vytvářet cíle svého snažení. Pro dítě je důležité, aby mělo dáno **jasné a spolehlivé hranice**, aby od okolí dostávalo převážně pozitivní, ale realistickou zpětnou vazbu, aby si bylo jisto svou hodnotou.
- Poslední, již specificky lidská, je potřeba **otevřené budoucnosti a životní perspektivy**. Vnímání budoucnosti se vyvíjí později, u dětí s mentální retardací se plnohodnotně nevyvine pravděpodobně nikdy. Přesto je dobré její základy stavět již v předškolním věku pravidelným opakováním režimu dne a týdne, slavením narozenin a svátků roku. Děti se učí vnímat časový oblouk děláním plánů do budoucna, těšením se na činnost předvídatelnou v čase a následným vzpomínáním a reflektováním minulého v nejprve krátkých, postupně však prodlužovaných časových úsecích.

Osobnostní specifika, která se mohou vyskytovat v nejrůznější míře či pořadí, stejně jako mohou u konkrétní osoby s mentálním postižením zcela absentovat a vůbec se nevyskytovat. Jedná se o **zvýšenou závislost na rodičích, infantilnost osobnosti, zvýšenou úzkostlivost, sugestibilitu a rigiditu chování, opoždění psychosexuálního vývoje, nerovnováhu aspirace a výkonu, problémy v komunikaci, sníženou přizpůsobivost sociálním a školním požadavkům**. V literatuře jsou zmiňována také další osobnostní specifika jako impulzivita, hyperaktivita nebo hypoaktivita, citová vzrušivost, zpomalená chápavost, ulpívání na detailech, malá srovnávací schopnost, snížená mechanická a logická paměť, těkavá pozornost.

Myšlení je poznávací funkcí, v souvislosti s ním hovoříme o poznání zobecněném, zprostředkovaném (přes slovo), jehož nástrojem je převážně řeč a podstatou uvádění do vztahů.

- Myšlení žáka s mentálním postižením je spíše konkrétní, s problémy ve schopnosti vyšší abstrakce a generalizace, projevuje se nepřesností a chybami v analýze a syntéze. Myšlení je nedůsledné, vyznačuje se slabou řídicí funkcí a značnou nekritičností, pojmotvorný proces je zpomalený. Myšlenky vyjadřujeme pomocí slov, tedy řečí, jež bývá u osob s mentálním postižením postižena nejen obsahově, ale i formálně (opět v přímé souvislosti a úměře s hloubkou a typem mentálního postižení).

Paměť nám zaručuje, že každým okamžikem nepoznáváme nové věci. Paměť je selektivní – pamatujeme si jen to důležité, tato funkce tedy nemá charakter technického záznamu.

- Děti si vše nové **osvojují pomalu** až po mnohačetném opakování. **Naučené rychle zapomínají a paměťové stopy si vybavují nepřesně**, vědomosti neumí včas uplatnit v praxi. Proto je při edukaci těchto žáků taková pozornost věnována opakování s prvky relaxace a s variabilitou technik a didaktických metod. K zvláštnostem paměti žáků s mentálním postižením náleží také nekvalitní třídění paměťových stop, žáci mají spíše mechanickou paměť.

Pozornost souvisí s bezprostředním vnímáním a poznáním a lze ji členit na bezděčnou (ta se mimovolně zaměřuje na silné podněty, např. intenzivní zvuk) a záměrnou, která je vázána na vůli, má charakter podmíněného reflexu a je z hlediska vyučovacího procesu nejdůležitější.

- Záměrná pozornost žáků s mentálním postižením vykazuje nízký rozsah sledovaného pole, nestálost a snadnou unavitelnost, sníženou schopnost rozdělit se na více činností, ulpívání na představách. Pro záměrnou pozornost je charakteristické, že s nárůstem kvantity výkonu narůstá i počet chyb. Žák s mentálním postižením je **schopen udržet pozornost mnohem kratší dobu** než jeho intaktní („nepostižený“) vrstevník. Po soustředění musí následovat relaxace, což je důležitý poznatek z hlediska strukturování vyučovací jednotky.

Kognitivní funkce jsou z hlediska vyučovacího procesu zcela zásadní. Svou roli ve vyučování žáků s mentálním postižením ale hrají také další **specifika osobnosti žáků v oblasti emotivity, aspirace či vůle**.

Smyslová percepce u žáků s mentálním postižením může vykazovat následující zvláštnosti:

- Zpomalenost a snížený rozsah zrakového vnímání. Nediferencovanost počitků a vjemů – tvarů, předmětů, barev. Zvláště silně je porušena diskriminace figury a pozadí – běžné populaci nedělá problém vyčlenit obrys geometrických tvarů z prostředí, u osob s mentálním

postižením tyto obrazce musíme výrazně odlišit od pozadí, tedy organizovat vnímaný materiál.

- Inaktivita vnímání (obtížné „znovupoznání“ již jednou vnímaného, problémy s percepcí detailů).
- Nedostatečné prostorové vnímání (porucha hloubky vnímání).
- Snížená citlivost hmatových vjemů (objem, materiál atd.).
- Pro akustický analyzátor je charakteristická opožděná diferenciací fonémů a jejich zkreslení (jedinec sice hlásky slyší, ale nerozlišuje či rozlišuje nedostatečně).
- Nedokonalé vnímání času a prostoru.

PORUCHY AUTISTIVKÉHO SPEKTRA

Obecně lze říci, že dítě s PAS odlišným způsobem vnímá a zpracovává okolní podněty a informace. V důsledku toho se může chovat v různých situacích, z našeho pohledu, ne pochopitelně, neobvykle a s ohledem na zaběhnuté zvyklosti často i nevhodně. Vzhledem k tomu, že každý jedinec s PAS je jiný a škála dopadu poruchy do jeho osobnosti je velmi široká a různorodá, nelze jednoznačně definovat konkrétní podobu dítěte, se kterým se můžete v praxi setkat.

Sociálně komunikační dovednosti:

- Síť není přirozeně vybaveno řadou sociálních a komunikačních dovedností, aby mělo možnost zvládnout běžné sociální interakce, rozvíjet sociální a emocionální empatii, navázat přátelství, budovat si vztah k zákonným zástupcům, autoritě a stát se součástí různých společenství.
- Komunikace je u dětí s PAS narušena ve všech složkách (receptivní, expresivní i neverbální), dosažená úroveň v jednotlivých složkách je nevyrovnaná. Řeč bývá opožděná, některé děti s PAS nemluví vůbec, jiné mluví, ale nejsou schopné se s druhými dorozumět. Nemusí vždy chápat, že komunikace je prostředkem k vzájemnému sdílení a prohlubování vztahů (mohu vyjádřit svá přání, pocity, předávat a přijímat informace, ovlivňovat okolní dění, udělat někomu radost aj.).

Sociální chování

- Obtížně se odloučí od zákonných zástupců, nechce setrvávat v prostředí třídy, hledá samotu.
- Nerespektuje režim dne (odmítá změnit činnost) a běžně platná pravidla
- Nezvládá změny v zaběhnutém režimu, reaguje nepřiměřeně například na změnu učitele ve třídě apod.
- Vyžaduje stejný způsob trávení času mimo prostor MŠ (např. návštěva jednoho konkrétního hřiště, procházka určitou trasou).
- Chová se nepřiměřeně na školních a mimoškolních akcích (např. karnevaly, divadelní představení).
- Dítě je celkově úzkostné – má obavy, je nejisté, pláče, odmítá získávat nové zkušenosti, hledá samotu, schovává se.
- Objevují se výkyvy nálad nebo problémové chování bez možnosti vysledovat spouštěče. Sociální interakce

Sociální interakce

- Chová se neadekvátně k dospělým (např. tyká, nepozdraví, ignoruje pokyny, opakovaně zahlcuje dotazy, uráží pedagoga).
- Není schopno navázat kontakt s ostatními dětmi (např. nevšímá si jich, sleduje je z dálky).
- Odmítá fyzický kontakt (např. vedení za ruku) nebo je naopak kontaktní příliš k dětem i dospělým (např. je nepřiměřeně fi xováno na asistenta pedagoga či jiného dospělého, objímá vrstevníky, necitlivě šťouchne kamaráda).
- Neprojevuje emoce či empatii v různých situacích (např. neutěší kamaráda, neraduje se z oslavy narozenin)

Komunikace

- Nenaváže zrakový kontakt, jsou patrné odlišnosti v neverbální komunikaci (např. mimika – grimasy, omezené nebo nefunkční využívání gest, zvláštní řeč těla).
- Verbálně nekomunikuje, objevují se echolalie (např. opakuje slyšené, úryvky z filmů), vokalizuje, křičí, mluví si samo pro sebe.
- Vytváří si vlastní slova nebo preferuje angličtinu.
- Používá slovní spojení nebo krátké věty, vážne větná stavba.
- Nerozumí sdělovanému, nesplní pokyn, není schopno ze složitější instrukce získat základní informaci, řečené bere doslovně.
- Nedokáže vést rozhovor – neodpovídá na otázky nebo odvede řeč jinam, odejde uprostřed rozhovoru, ptá se opakovaně na totéž, nevnímá druhého, zahlcuje komunikačního partnera vlastními tématy (vede monolog).

Pracovní návyky

- Pracovní návyky se u intaktního dítěte rozvíjejí postupně, na základě různorodých aktivit. Tyto činnosti dítě realizuje spontánně z vlastního zájmu, nebo přijímá nabízené podněty z okolí a učí se těmto dovednostem prostřednictvím kooperace s dospělými či vrstevníky. Navázání cílené spolupráce s dítětem s PAS je však často velmi náročné, a to hned z několika důvodů
- Odmítá nabízené aktivity, nelze jej motivovat pro konkrétní činnost.
- Nevnímá snahy dospělého o navázání kontaktu, nerespektuje jeho pokyny, selhávají běžně používané metody
- Dokáže se na připravenou činnost koncentrovat pouze krátký čas, pracuje rychle, ne soustředěně, zahledí se (odpojí se z reality), nedokončí započatou aktivitu, potřebuje neustálou podporu, je nesamostatné.
- Zapojuje se bez nadšení, pouze z donucení.
- Nepamatuje si postupy práce (např. převlékání, chystání svačiny).
- Neorientuje se na pracovní ploše a v běžných výukových materiálech.
- Při určitých činnostech se mohou objevovat tendence k perfekcionismu, nedokáže f l exhibilně přerušit aktivitu, kterou právě provádí.
- Těžce snáší vlastní selhání či neúspěch.

Hra

- Volnočasové aktivity jsou u zdravých dětí prostředkem k rozvoji sociálních a komunikačních dovedností, rozumových schopností, vnímání, imitace, motoriky atd.
- Ulpívá na neobvyklých předmětech, hrách a tématech, je pasivní ve výběru dostupných hraček.

- Manipuluje s hračkami jiným způsobem, než je běžné (např. skládání do řad, kategorie rizování dle určitého schématu).
- Provádí činnosti související se smyslovou stimulací, objevuje se stereotypní hra (např. přesypávání komponentů, točení předmětů, mávání provázkem, skákání či točení na místě, házení předmětů, fascinace tekoucí vodou).
- Neobjevuje se napodobivá hra (dítě neopakuje to, co vidí u dospělých nebo druhých dětí).
- Preferuje hru o samotě nebo vrstevníky pouze sleduje z bezpečné vzdálenosti.
- Vadí mu, pokud ho kontaktuje druhé dítě, zasahuje mu do hry nebo mu bere jeho hračky.
- Nevhodně zasahuje do hry ostatních.
- Nerozumí pravidlům hry a nedodržuje je.

Motorika

- Objevují se motorické manýrismy (kývání, skákání, třepání rukama, chůze po špičkách).
- Hůř koordinuje pohyby, celkově je neobratné a snáze unavitelné.
- Je méně vytrvalý, neběhá, odmítá chodit, chce se nechat nosit.
- Nižší úroveň jemných motorických schopností – je nejistý, pracuje jednou rukou, nekoordinuje pohyby, odmítá uchopit předměty, používá dlaňový úchop, není schopno vynaložit tlak a sílu.
- Vážně koordinace oko–ruka.
- Odmítá se věnovat aktivitám, kde je třeba jemné motoriky (výtvarné činnosti, sebeobsluha, manipulace se stavebnicemi a dalšími hračkami)

Sebeobsluha

převlékání

- Odmítá být v šatně společně s ostatními dětmi ze třídy (projevuje nelibost).
- Nespolupracuje, je pasivní, pozornost kolísá, vyžaduje fyzické vedení nebo nepřetržitou verbální podporu, ujišťuje se o správnosti prováděné aktivity.
- Neorientuje se v prostředí, není schopno si zapamatovat postup práce, nepoznává své oblečení.
- Nerespektuje změny počasí – vyžaduje stále stejné oblečení, odmítá si nasadit čepici, rukavice apod.
- Vadí mu některé materiály oděvů.

Umývání rukou

- Odmítá být v koupelně společně s ostatními dětmi ze třídy, preferuje stále stejné místo.
- Ulpívavě sleduje puštěnou vodu, hraje si s ní, bez upozornění ji nevypne.
- Bojí se sušáků na ruce.
- Aktivitu nezvládá po motorické stránce.

Toaleta

- Po přijetí do MŠ má pleny.
- Nevadí mu, pokud je mokré.
- Nevyjádří potřebu.
- Opakovaně splachuje, sleduje tekoucí vodu/Při spláchnutí si zacpává uši.
- Odmítá být na WC společně s ostatními dětmi, preferuje stále stejné místo.

Stravování

- Svačinu si chystá a uklízí si po sobě pod vedením dospělého, není schopno si zapamatovat postup.
- Nedokáže počkat, než přijde na řadu (nezvládne čekat ve frontě na výdej jídla).

- Vyžaduje stále stejné místo u stolu, odbíhá, projevuje se nevhodně.
- Vadí mu ostatní děti, sahá druhým do jídla, komentuje, co dělají, jak u toho vypadají apod.

ÚPRAVY PROSTŘEDÍ:

Úpravy prostředí v rámci podpůrných opatření Podpůrná opatření jsou poskytována dětem, žákům a studentům se speciálními vzdělávacími potřebami. Dítětem, žákem či studentem se speciálními vzdělávacími potřebami se dle školského zákona (zákon č. 561/2004 Sb., v platném znění) „rozumí osoba, která k naplnění svých vzdělávacích možností nebo k uplatnění nebo užívání svých práv na rovnoprávném základě s ostatními potřebuje poskytnutí podpůrných opatření. Podpůrnými opatřeními se rozumí nezbytné úpravy ve vzdělávání a školských službách odpovídající zdravotnímu stavu, kulturnímu prostředí nebo jiným životním podmínkám dítěte, žáka nebo studenta“. Úpravy prostředí se řadí právě mezi podpůrná opatření, přičemž podpůrná opatření stanovuje po konzultaci se školou, žákem a jeho zákonným zástupcem školské poradenské zařízení (speciálněpedagogické centrum či pedagogicko-psychologická poradna)

Každý druh zdravotního postižení má svá specifika pro úpravu školního či pracovního prostředí. Úpravy školního prostředí mají významný vliv na pracovní výsledky žáka, ale také na jeho psychický stav.

Mezi úpravy školního prostředí z hlediska podpůrných opatření spadá celá řada materiálních a sociálních podmínek, které jsou vždy voleny na základě individuálních potřeb daného žáka. Michalík a kol. (2015) v Katalogu podpůrných opatření zmiňuje tyto základní parametry:

- Fyzikální/materiální parametry – teplota; světlo; akustika; barvy a kontrast; nasvícení ploch, předmětů a osob; přizpůsobený nábytek apod.
- Sociální parametry – velikost pracovní skupiny; komunikační vzdálenost; přítomnost dospělých osob (učitel, asistent pedagoga, případně další pedagogický či nepedagogický pracovník), aktivnější zapojování apod.

12. POSTUPY PŘI DIAGNOSTICE ADHD A PORUCH CHOVÁNÍ – KTERÉ SPECIFICKÉ POSTUPY SE POUŽÍVAJÍ PŘI DIAGNOSTICE ADHD A JINÝCH PORUCH CHOVÁNÍ? KDO DIAGNOSTIKUJE.

ČR, ÚZIS. ADHD u dětí: příčiny a diagnóza. *NZIP.cz* (národní zdravotnický informační portál, Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR) [online]. [2025-3-27]. Dostupné z:

<https://www.nzip.cz/clanek/675-adhd-u-deti-priciny-a-diagnoza>

KATALOG PO, 2020, *KATALOG PODPŮRNÝCH OPATŘENÍ DÍLČÍ ČÁST pro žáky s potřebou podpory ve vzdělávání z důvodu specifických poruch učení a chování*

ČR, ÚZIS. F90-F98 - Poruchy chování a emocí s obvyklým nástupem v dětství a v dospívání. *Mkn10.cz* [online]. [accessed 2025-3-28]. Available at: <https://mkn10.uzis.cz/>

ADHD A PORUCHY CHOVÁNÍ MKN 10:

F90-F98 - Poruchy chování a emocí s obvyklým nástupem v dětství a v dospívání

F90. Hyperkinetické poruchy

Skupina poruch charakterizovaná časným nástupem (obvykle v prvních pěti letech života), nedostatečnou vytrvalostí v činnostech, vyžadujících poznávací schopnosti, a tendencí přebíhat od jedné činnosti ke druhé, aniž by byla jedna dokončena, spolu s dezorganizovanou, špatně regulovanou a nadměrnou aktivitou. Současně může být přítomna řada dalších abnormalit. Hyperkinetické děti jsou často neukázněné a impulzivní, náchylné k úrazům a dostávají se snadno do konfliktů s disciplínou pro bezmyšlenkovité porušování pravidel spíše, než by úmyslně vzdorovaly. Jejich vztah k dospělým je často sociálně dezinhibován pro nedostatek normální opatrnosti a odstupu. Mezi ostatními dětmi nejsou příliš populární a mohou se stát izolovanými. Poznávací schopnosti jsou běžně porušeny a specifické opoždění v motorickém a jazykovém vývoji je disproporciálně časté. Sekundárními komplikacemi jsou disociální chování a nízké sebehodnocení.

- **Porucha aktivity a pozornosti**
- **Hyperkinetická porucha chování**

(Termín ADHD nalezneme v DSM, MKN 11)

F91 Poruchy chování

Poruchy chování jsou charakterizovány opakovaným a přetrvávajícím agresivním, asociálním nebo vzdorovitým chováním. Takové chování by mělo výrazně překročit sociální chování odpovídající danému věku, mělo by být proto mnohem závažnější než běžné dětské zlobení nebo rebelantství dospívajících a mělo by mít trvalejší ráz (šest měsíců nebo déle). Tento druh poruch chování však může být projevem i jiné psychiatrické poruchy a v takovém případě má být preferována příslušná diagnóza. Chováním, na němž je diagnóza založena, je například nadměrné praní se nebo týrání, krutost k lidem nebo ke zvířatům, závažné destrukce majetku, zakládání požárů, krádeže, opakované lži, záškoláctví a útoky z domova, neobvykle časté a silné výbuchy vzteku a nekázeň. Pro diagnózu postačuje jeden z těchto typů chování, pokud je výrazný, nestačí však ojedinělý disociální čin.

- **Porucha chování vázaná na vztahy k rodině**

Disociální nebo agresivní chování (a nikoli pouze opoziční, vzdorovité, rozvratnické), které je soustředěno úplně nebo téměř úplně na domov a na meziosobní styky se členy nukleární rodiny nebo s dalšími členy domácnosti. Tato porucha vyžaduje splnění všech kritérií F91.–;

dokonce ani závažně narušený vztah mezi dítětem a rodičem nepostačuje sám o sobě ke stanovení této diagnózy.

- **Nesocializovaná porucha chování**

Tato porucha je charakterizována kombinací trvalého disociálního nebo agresivního chování (splňujícího všechna kritéria pro F91.– a nikoliv pouze opoziční, vzdorovité nebo rozvratnické chování) s výrazným pervazivním narušením vztahu jedince k ostatním dětem.

- **Socializovaná porucha chování**

Porucha chování s disociálním nebo agresivním chováním trvalého rázu (splňující všechna kritéria pro F91.– a neobsahující pouze opoziční, vzdorovité, rozvratnické chování), vyskytující se u jedinců, kteří jsou celkem dobře integrováni do skupiny stejně starých.

Porucha chování skupinového typu, Skupinová delikvence, Poklesky v souvislosti s členstvím v gangu, Krádeže s partou, Záškoláctví

- **Opoziční vzdorovité chování (mezi 6-12 rokem)**

Porucha chování obvykle se vyskytující u mladších dětí, která je primárně charakterizována výrazně vzdorovitým, neposlušným a rozkladným chováním, která však neobsahuje delikventní činy ani extrémnější agresivní nebo disociální chování. Diagnóza vyžaduje, aby byla splněna všechna kritéria pro F91.–, ani velké darebáctví a zlobení samo o sobě pro diagnózu nedostačuje. Této položky je třeba použít s opatrností zvláště u starších dětí, protože klinicky signifikantní poruchy chování jsou většinou spojeny s disociálním nebo agresivním chováním, které přesahují hranice pouhé opozice, vzdoru a rozvratnictví.

ADHD

Termín ADHD je zkratkou anglického *Attention Deficit Hyperactivity Disorder*, což lze přeložit do češtiny jako **porucha pozornosti s hyperaktivitou**. Zkratka ADHD má svůj původ v americkém lékařském klasifikačním systému s názvem Diagnostický a statistický manuál. V MKN 10 je tentýž jev, tedy vývojová porucha vyznačující se problémy s pozorností, hyperaktivitou a impulzivitou, označen jako porucha pozornosti a aktivity, případně jako hyperkinetická porucha chování.

Mechanismus vzniku ADHD zatím nebyl plně objasněn. Odborníci předpokládají, že se na něm podílí mj. **chybná regulace metabolismu dopaminu, serotoninu, popř. noradrenalinu**. Významnou roli zřejmě hrají i **genetické předpoklady**. Diskutuje se i o možném vlivu **nedostatku kyslíku při porodu a také o rizikových faktorech**, kterým bylo vystaveno dítě ještě v prenatálním období (tzn. v děloze matky), např. různé infekce. Na vzniku ADHD se možná podílí i **předčasný porod, nadměrná konzumace pepřmintu během těhotenství či užívání drog nebo tabáku**. ADHD může být negativně ovlivněna i nedůslednou výchovou.

Jak se projevuje ADHD?

Hlavními příznaky ADHD jsou **nepozornost, impulzivita a nadměrná aktivita** – tedy taková, která se vymyká obvyklému chování dětí v daném věku. Při **diagnostice se používají kritéria podle MKN-10 (Mezinárodní klasifikace nemocí)**. ADHD se u každého dítěte může projevovat jinak, diagnostiku však usnadňuje přítomnost některých hlavních příznaků. Ty se rozdělují do tří hlavních oblastí: nepozornost, hyperaktivita a impulzivita.

Hlavní příznaky nepozornosti:

- dítě musí vynakládat velké úsilí k udržení pozornosti,
- dítěti dělá potíže všímat si detailů a dělá chyby z nepozornosti,
- dítěti je zatěžko naslouchat a řídit se podle pokynů,
- dítě musí vynaložit značné úsilí, aby dokončilo nějaký úkol nebo aktivitu,
- pro dítě je obtížné vynaložit déletrvající duševní úsilí,
- dítě často někde odkládá nebo zapomíná své věci,
- pozornost dítěte snadno odvádějí různé vnější podněty.

Hlavní příznaky hyperaktivity:

- trvalý neklid rukou a nohou,
- dítě musí vynaložit značné úsilí, aby vydrželo klidně sedět nebo si hrát,
- rodič má pocit, jako by jeho dítě „někde uvnitř stále poháněl nějaký motor“.

Hlavní příznaky impulzivity:

- když dítě mluví, jeho přívál slov lze jen těžko zastavit,
- dítě má potíž vyčkat, až na něj přijde řada, aby se na dané téma samo vyjádřilo,
- rušivé chování vůči ostatním.

Diagnóza ADHD

Kvalifikované podezření na ADHD může vyslovit prakticky kterýkoliv odborník, **finální diagnóza je ale vždy záležitostí kompetentního zdravotnického pracovníka, tj. dětského psychiatra nebo klinického psychologa.**

Diagnózu ADHD je potřeba stanovit v sociálním kontextu: odborník může vyslovit diagnózu ADHD jen tehdy, pokud je chování dítěte narušeno opravdu do značné míry a pokud **je přítomno alespoň sedm** z výše uvedených příznaků. Kromě toho prakticky nelze spolehlivě diagnostikovat ADHD dříve než ve věku 7 let. ADHD v mnoha případech přetrvává až do dospělosti.

Má-li být stanovena diagnóza ADHD, **příznaky se musí projevovat zřetelně a vývoj dítěte je trvale pozadu alespoň o šest měsíců ve více oblastech (škola, volný čas, domácí aktivity apod.).**

Pro ADHD je typické, že se projevuje ve více situacích. Nejde tak o poruchu, která by se manifestovala např. jen doma nebo jen ve škole. Zároveň musí být splněno kritérium **dlouhodobosti** – jak již bylo řečeno, ADHD je vývojovou záležitostí s poměrně raným nástupem, není tak něčím, co by trvalo např. jen měsíc. U malých dětí, např. novorozenců, kojenců a batolat, se ADHD nediodnostikuje. Můžeme pozorovat určité projevy, pomocí nichž lze odhadovat, že např. v předškolním nebo školním věku by dítě mohlo mít ADHD. Již bylo řečeno, že ADHD svému nositeli způsobuje markantní obtíže, a tak se ADHD projevují až v předškolním věku, **typicky s nástupem dítěte do školky, kde je nejen v kontaktu s ostatními dětmi, ale plní řízené činnosti pod vedením nové autority-pedagoga.**

Zároveň je potřeba **pečlivě sledovat prostředí**, ve kterém dítě žije, aby bylo možné alespoň rámcově vysledovat podmínky, které se mohou spolupodílet na vzniku „narušeného“ chování.

Děti s ADHD často trpí i dalšími duševními poruchami, např. poruchami sociálního chování, depresemi, úzkostnými poruchami, poruchami učení, [poruchami autistického spektra](#) nebo [tíky](#). Jsou-li neklid a hyperaktivita vyvolány jinou poruchou než ADHD (např. [úzkostnou poruchou](#)), nemůže odborník vyslovit diagnózu „ADHD“.

Postup

Máte-li podezření, že vaše dítě má ADHD, obraťte se na ošetřujícího dětského lékaře, který vám v případě potřeby vydá doporučení k návštěvě dětského psychiatra nebo jiného odborníka se specializací na psychosomatiku či ADHD. Pak by měla následovat potřebná vyšetření a v případě potvrzené diagnózy ADHD vám lékař může navrhnout konkrétní metodu léčby.

Jak se ADHD diagnostikuje u malých dětí?

U malých dětí se příznaky neprojevují tak zřetelně jako u školáků. Hyperaktivita či impulzivita do jisté míry patří k normálnímu vývoji předškoláků. Malé děti s ADHD jen obtížně snášejí, když jim dospělí nechtějí vyhovět, a chovají se nápadně vzdorovitě, tzn. velmi výrazněji než ostatní děti ve „fázi vzdoru“. Kromě toho mohou hůře odhadovat hrozící nebezpečí, což s sebou přináší vyšší riziko úrazu.

Od anamnézy k pozorování chování

Diagnostika ADHD a ADD se tedy skládá vždy z **podrobné anamnézy, rozhovoru, pozorování a testových metod**, čímž zajistíme komplexní pohled na danou problematiku. Vzhledem k časové náročnosti je vyšetření rozložené do několika setkání. V rámci prvního setkání probíhá **podrobný anamnestický a diagnostický rozhovor**. Při druhém setkání absolvuje klient **diagnostiku ve formě testových metod**, které zajišťují objektivní obraz kognitivního a osobnostního profilu člověka. Využívají se přitom např. neuropsychologické baterie a pozornostní testy, dotazníky nebo škály pro posouzení závažnosti symptomů.... Neméně důležitou součástí testových metod jsou i sebesposuzující škály a dotazníky, díky kterým se zjišťuje subjektivní zkušenost klienta s jeho potížemi a prožíváním.

Lékař obvykle zahájí diagnostiku pečlivým odebráním **anamnézy**. Zohledňovány jsou nejen **medicínské, sociální, psychologické a rodinné faktory, ale i průběh těhotenství u matky a dosavadní vývoj dítěte**. Pozorováno je i **chování dítěte a způsob jeho hry**. Odborník by si u dítěte měl všimnout nejen jeho **slabých stránek, ale i těch silných, neboť ty lze následně velmi dobře využít při terapii**. Od rodičů bude zjišťovat i jejich reakce na chování jejich potomka (zda jej například nějak trestají, a pokud ano, jak?) a jaké pocity s tím mají spojené (např. bezmoc nebo vztek). Podle věku dítěte jsou používány odpovídající testy, které napomohou ke stanovení správné diagnózy. Kromě toho se psycholog u dítěte zaměřuje na diagnostiku jeho vývoje a případného nadání. V některých případech mohou pomoci i videa, které psychologovi umožní sledovat rodinnou dynamiku (zejm. vztahy mezi rodiči a dítětem) z jiné perspektivy.

Součástí diagnostiky je i **tělesné vyšetření, zvážení a změření dítěte** (vyloučení jiných příčin např. metabolických poruch; informace o případných neurovývojových obtížích, příprava na možnou farmakoterapii). Někdy je nutný i odběr krve (např. ke stanovení hladiny hormonů štítné žlázy), případně EKG, EEG nebo vyšetření pomocí některých zobrazovacích metod (např. magnetická rezonance). V některých případech mohou pomoci i poznatky ergoterapeuta.

Celková diagnostika není snadná, testy pozornosti jsou doplněny dotazníky a rozhovory s rodiči i dětmi, je v zájmu dítěte, aby byla co nejkomplexnější, **multidisciplinární** (názor a doporučení od vícera odborníků) a diferenciální (vyloučení jiných příčin)

Kdo stanovuje diagnózu?

Vzhledem k tomu, že termín ADHD pochází z amerického DSM-V a že hyperkinetický syndrom je uveden v MKN-10, jedná se formálně o onemocnění a **spadá též do oblasti zdravotnictví**. V jeho rámci diagnostikují ADHD **dětský psychiatr, neurolog nebo klinický psycholog**. Vyšetření u těchto expertů je potřebné zejména tehdy, pokud je nutné odlišit, zda není dítě neklidné a nesoustředěné z jiných důvodů než kvůli syndromu ADHD. Závažné případy mohou být řešeny pomocí lékové terapie.

Jelikož se diagnostika ADHD týká zejména období předškolní a školní docházky, přičemž projevy poruchy často ztěžují adaptaci dítěte na školní prostředí, **bývá diagnostika prováděna také ve školských poradenských zařízeních (ŠPZ). Spolupodílí se na ní psycholog a speciální pedagog (diagnózu však stanovuje psychiatr či klinický psycholog)**. V případě kombinace s poruchou chování i etoped či metodik prevence. Velmi často bývají u dětí s ADHD zaznamenány specifické poruchy učení, uvádí se jejich společný výskyt mezi 60 až 80 %.

➔ Dětský psychiatr

Diagnózu ADHD by měl stanovit dětský psychiatr. Ke spolupráci na vyšetření přibírá další odborníky (neurologa, psychologa, učitele) a z komplexních informací získává souhrnný obraz onemocnění dítěte. *Základními součástmi vyšetření u dětského psychiatra jsou pohovor lékaře s dítětem, s rodiči a vyplnění dotazníků*, které napomohou posoudit závažnost onemocnění a zhodnotí celkový duševní stav pacienta.

➔ Dětský lékař

Pediatr by měl vaše dítě znát nejlépe. Měl by dítě vyšetřit a vyloučit tělesná onemocnění, která někdy mohou vést ke změnám aktivity a chování. Pokud máte podezření na ADHD, požádejte vašeho lékaře o zprostředkování kontaktu a doporučení ke specialistovi, kterým je dětský psychiatr.

➔ Pedagogicko-psychologická poradna (PPP)

U většiny dětí se ADHD projeví mezi 6.-9. rokem, proto vzniká dojem, že první problémy začne mít dítě až po nástupu do školy. Učitelé pak doporučí vyšetření v příslušné PP poradně. Poradenský psycholog může provést testy pro posouzení intelektu, pozornosti, vyhledání případných poruch učení (tzv. dys-poruch) a problémů s chováním. Může být také odborníkem na psychoterapii, ale nemá oprávnění k předepsání léků a nemůže dítěti s ADHD poskytnout komplexní léčbu; proto by *v PPP měli při podezření na ADHD doporučit návštěvu dětského psychiatra*. Poradna se dále může podílet na přípravě individuálního výukového plánu, případně na nápravě specifických vývojových poruch školních dovedností.

➔ Psycholog

Pokud dítě nebylo v nedávné době vyšetřeno v PPP, bývá psychologické vyšetření součástí vstupního vyšetření při zahájení psychiatrické péče. Zahrnuje specifické testy na zhodnocení intelektu, pozornosti a na cílené vyhledání poruch učení. Není vhodné psychologické vyšetření opakovat příliš často, obvykle se doporučuje maximálně 1x ročně, protože trénovanost dítěte vede ke zkreslení dosažených výsledků.

➔ Neurolog

Neurologické vyšetření je doplňkové a vhodné u pacientů s ne zcela typickými projevy ADHD nebo známkami širšího postižení centrálního nervového systému. Jako další rozšíření vyšetřovacích metod může být použito zobrazovací vyšetření mozku, nejčastěji magnetická rezonance (MR) nebo výpočetní tomografie (CT) a záznam elektrické aktivity mozku (elektroencefalograf - EEG).

Terapie ADHD

Léčbu ADHD lze nejjednodušeji dělit na **psychosociální a biologickou**. Léčba ADHD není kauzální, tj. není odstraněna prvotní příčina, ale je usilováno o **co nejlepší vývoj dítěte a podporu co nejlepšího sociálního uplatnění**. Velice často je léčba o spolupráci rodiny s více odborníky – např. s psychiatrem, psychologem a pedagogem.

Základním typem psychosociální léčby jsou různé formy **poradenství a psychoterapie**. Tradičně dobrých výsledků je dosahováno s vědecky ověřenými přístupy, kam patří např. **přístup kognitivně-behaviorální**. V rámci pohovorů s dítětem a rodinou je nastolena krátkodobá nebo i dlouhodobější spolupráce, jejímž cílem je **zvládání rozličných projevů ADHD, podpora zvládání stresových situací, rozvoj sebevědomí nebo např. schopnosti komunikovat**. Součástí mohou být i různá režimová opatření, zavedení pravidelného hodnocení nebo úprava prostředí tak, aby v nových podmínkách dítě lépe fungovalo. Jako příklad lze uvést kontrolu užívání informačních a komunikačních technologií (počítače, mobily atd.) nebo zahájení pravidelné sportovní aktivity. Někdy je do konzultací nutné zapojit více členů rodiny.

Farmakoterapie je základní formou biologické léčby. Léky může předepsat pouze lékař, v tomto případě dětský psychiatr. Farmakoterapie je obecně považována za účinnou, může být doplňkem psychosociální léčby nebo nastoupit v situacích, kdy je psychosociální léčba nedostatečná. Lékař volí farmakologickou léčbu vždy na základě řádného zhodnocení. Nejběžněji užívanou medikací jsou stimulanty – pomohou až 70 % dětí a dospívajících.

Existují také různé doplňkové léčebné metody, jako je biofeedback. Účinnost těchto metod může být individuální a někdy i vzhledem k nákladům kontroverzní. Varovat lze před neověřenými metodami, které slibují instantní zlepšení a o nichž nejsou v odborné literatuře zmínky. V lepším případě dojde k zpomalení celého procesu léčby, negativní scénář pak znamená neblahé následky.

Určitou roli ve výchově dětí s ADHD hraje také **stravování**. Významnou roli ve výchově dětí s ADHD mají nejen různé dílčí techniky (např. jak korigovat nepozornost nebo jak dávat dítěti zpětnou vazbu), ale i obecné výchovné zásady nebo výchovné styly.

PORUCHY CHOVÁNÍ

-> nahrazuje se termínem chování náročné na péči (např. organizace APLA – aktivní podpora lidí s autismem)

Co je to problém s chováním a co je porucha chování?

Pojem „problémy s chováním“ zahrnuje široké spektrum potíží. Proto je třeba hned na počátku **odlišit problémy s chováním dané momentální situací či vývojově a poruchy chování jako psychologickou či psychiatrickou diagnózu.**

- V prvním případě se jedná o problémy, které jsou charakteristické pro určitý věk (například vzdor proti autoritám v pubertě) nebo vznikají jako reakce na momentální situaci (konflikty mezi rodiči, kteří dítěti náhle věnují málo pozornosti, problémy ve škole a podobně).
- Ve druhém případě mluvíme o lékařské diagnóze: jde o poruchu chování, která může zahrnovat vážné poruchy pozornosti, jež přerostou v dlouhodobé poruchy vztahů k ostatním lidem, k vrstevníkům, k rodině či k autoritám obecně nebo se s těmito poruchami kombinují. **Poruchy chování bývají často provázeny výraznou agresivitou vůči zvířatům nebo lidem, destruktivním chováním vůči věcem (ničení, poškozování), krádežemi, lhaním a dalším rizikovým chováním.** Tuto diagnózu stanovuje psycholog, pedopsychiatr či etoped (tedy speciální pedagog zaměřující se na poruchy chování a rizikové chování). Existuje

také **diagnóza porucha opozičního vzdorů** – vyskytuje se u dětí mezi šestým až dvanáctým rokem věku a znamená **extrémní vzdorovitost vůči autoritám** a odmítání spolupráce. Diagnostikovat tuto poruchu, která výrazně přesahuje běžné vývojové potíže, musí opět odborník.

Jak se projevují „běžné“, tedy vývojově či situačně podmíněné, problémy s chováním dítěte?

Nejčastějšími potížemi v chování jsou **neposlušání, odmlouvání a nerespektování autorit**, které se mohou vyskytnout doma i ve škole. Ve školním prostředí pak mohou přerůst v problémy v třídním kolektivu, v narušení vrstevnických vztahů či v šikanu.

Rodiče si často stěžují, že je jejich dítě neposlušné, že musí vše opakovat desetkrát, a přesto si nemohou být jisti, zda dítě úkol vyplní (vynese koš, umyje nádobí, oblékne se, přestane bít či provokovat sourozence a podobně). Také učitelé popisují velmi často problémy s chováním jako **nerespektování autority, příkazů, problémy s kázní**. Ve škole to znamená odmlouvání, neposlušání, stálé vyrušování a zlobení se spolužáky.

Jak takové „běžné“ potíže s chováním řešit?

- **Nastavte si jasná a srozumitelná pravidla a buďte důslední.**
 - **Společně si vytvořte rodinná pravidla** (to znamená, že pravidla nediktuje pouze dospělý). Klidně si je můžete i sepsat, podepsat a třeba vyvěsit na lednici. Každý v nich bude mít svá práva i povinnosti. Například je jasné dané to, kdy se píšou úkoly, jak dítě pomáhá s domácími pracemi a kolik času může strávit na počítači. Domluveno je i to, jaké výhody bude mít, když bude pravidla dodržovat.
- ➔ V nepříjemné situaci porušení pravidel pak rodič není ten, kdo trestá, neboť dítě samo vědělo, co přijde, když pravidla nedodrží, mohlo se rozhodnout, zda pravidla dodrží, a toto je logický důsledek jeho chování, ne rodičovská „pomsta“. **Rodič takto předává dítěti zodpovědnost a nakládá s ním spravedlivě. Je však důležité být zejména v počátku opravdu důsledný.**
- **Pro dítě je důležitý osobní vztah.** Cítí-li autoritu a to, že ho má dospělý rád, dokáže se podřídit a dané hranice respektovat. Každý z nás potřebuje chválu a podporovat. **Pochvala funguje lépe než tlak.** Mocným lékem je také společně strávený čas u nějaké – oběma stranám příjemné – činnosti.

Pravidla i rozbor situace mohou realizovat rodiče sami nebo se obrátit o pomoc na školního psychologa ve škole, na pedagogicko-psychologickou poradnu (PPP) nebo na středisko výchovné péče (SVP), kde se na problémy s chováním přímo zaměřují a mohou rodiči nabídnout také psychologické vyšetření a specializovanou péči (například rodinnou terapii, docházení dítěte do skupiny dětí s podobnými potížemi, zprostředkování dohody se školou a podobně).

Jak postupovat v případě diagnostikované poruchy chování?

V případě poruchy chování (někdy tak psychologové označují i poruchu pozornosti s hyperaktivitou, zde se však jedná skutečně o narušení vztahů k okolí) platí předchozí text o pravidlech a stanovení hranic dvojnásobně. Zároveň však je třeba **s dítětem odborně pracovat, léčit jej**, aby se u něj nerozvinulo rizikové chování (agresivita, užívání návykových látek a podobně). Je vhodné dlouhodobě spolupracovat se školním psychologem, s pedagogicko-psychologickou poradnou nebo se střediskem výchovné péče.

Často pomáhá specializované vyšetření dětským psychiatrem a nasazení vhodných léků. **Přiměřeným přístupem se dá zabránit rozvoji rizikového chování v dospělosti.**

Pokud jde o **formální diagnózu**, ta je obvykle stanovena psychiatrem nebo klinickým psychologem, kteří mají potřebnou odbornou kvalifikaci pro diagnostiku duševních poruch. PPP může být ale velmi užitečná při **odhalování problémů** a doporučení k dalšímu postupu.

13. Diagnostika poruch autistického spektra – klíčové prvky diagnostiky PAS

1) Úvod do problematiky poruch autistického spektra (PAS)

Poruchy autistického spektra (PAS) představují skupinu **neurovývojových poruch**, které se projevují zejména **obtížemi v oblasti sociální interakce, komunikace a stereotypním chováním**. Jedná se o celoživotní poruchu, která se projevuje již v raném dětství, i když míra závažnosti a konkrétní projevy se mohou výrazně lišit.

PAS není jednotná porucha – **jde o spektrum**, což znamená, že jednotlivci s touto diagnózou mohou mít velmi odlišné schopnosti, dovednosti i potřeby. Některé děti s PAS mají mentální postižení, jiné naopak průměrné či nadprůměrné intelektové schopnosti.

Klasifikace PAS

MKN-10 (Mezinárodní klasifikace nemocí, WHO, aktuálně ještě používaná v ČR)

Do kategorie F84 spadají např.:

- Dětský autismus (F84.0)
- Atypický autismus (F84.1)
- Rettův syndrom (F84.2)
- Jiná dezintegrační porucha (F84.3)
- Aspergerův syndrom (F84.5)

DSM-5 (Diagnostický a statistický manuál duševních poruch, APA, 2013)

- Došlo ke **sloučení dříve oddělených diagnóz** (např. Aspergerův syndrom) do jediné diagnózy **Autism Spectrum Disorder (ASD)**.
- Diagnostika je založena na dvou hlavních oblastech potíží:
 - A) Trvalé deficity v sociální komunikaci a sociální interakci.
 - B) Omezené, opakující se vzorce chování, zájmů nebo aktivit.

MKN-11 (nová verze, platná mezinárodně od roku 2022)

- V ČR se postupně zavádí.
- Podobně jako DSM-5 se zaměřuje na **funkční popis potíží** a míru podpory, kterou jedinec potřebuje.
- Kategorie 6A02: „Porucha autistického spektra“.

Vývojová podstata PAS

- PAS jsou klasifikovány jako **neurovývojové poruchy** – vznikají v důsledku **odlišného vývoje mozku**. Významnou roli hrají **genetické faktory**, ale také **prenatální a perinatální vlivy** (např. komplikace během těhotenství, infekce, rizikové porody apod.).
- Mozek dítěte s PAS se vyvíjí jinak, což ovlivňuje způsob, jakým vnímá svět, komunikuje, učí se a reaguje na sociální podněty.

2) Význam včasné diagnostiky

Včasná diagnostika poruch autistického spektra má zásadní význam pro další vývoj dítěte. Čím dříve je PAS rozpoznána, tím dříve může být zahájena cílená **raná intervence**, která výrazně **zvyšuje šanci na zlepšení funkčních schopností dítěte** v oblasti komunikace, sociální interakce a učení.

Přínosy včasného zachytu:

- **Rozvoj komunikačních a sociálních dovedností** – dítě má šanci naučit se alternativní způsoby dorozumívání dříve, než se projeví frustrace z nepochopení.
- **Podpora rodiny** – rodiče získávají informace, podporu a vedení, jak s dítětem efektivně pracovat.
- **Prevence sekundárních problémů** – např. rozvoj úzkostí, problémového chování či sociální izolace.
- **Efektivnější vzdělávací plánování** – včasná diagnóza pomáhá přizpůsobit vzdělávací a výchovné strategie již v předškolním věku.

Typické varovné signály PAS v raném věku (do 3 let):

- Malý zájem o oční kontakt a sociální interakci.
- Neobvyklý vývoj řeči (opozdění nebo regres řeči).
- Chybějící sociální úsměv.
- Malá snaha o sdílení zážitků (např. ukazování prstem).
- Opakující se pohyby (stereotypie).
- Zvláštní reakce na smyslové podněty (např. vyhýbání se dotekům, silné zaujetí světly, zvuky apod.).

Věk první diagnózy PAS:

- PAS může být diagnostikován **již mezi 18. až 24. měsícem věku**, pokud je dítě vyšetřeno zkušeným odborníkem.
- V praxi bývá první oficiální diagnóza často stanovena až mezi **3.–6. rokem věku**, což znamená zpoždění a ztrátu cenného času pro ranou intervenci.

Důvody pro opoždění diagnózy:

- Bagatelizace příznaků (např. "každé dítě je jiné, on je jen pomalejší").
- Nedostatečná informovanost rodičů a odborníků.
- Chybějící síť dostupných diagnostických pracovišť.
- Obavy rodičů ze stigmatizace dítěte.

Včasná diagnostika není jen o "pojmenování problému", ale hlavně o **nastartování pomoci**, která může dítěti i celé rodině výrazně zlepšit kvalitu života.

3) Klíčové prvky diagnostiky poruch autistického spektra (PAS)

Diagnostika PAS je **komplexní a multidisciplinární proces**, který vyžaduje spolupráci různých odborníků. Zahrnuje **sběr anamnestických údajů, klinické pozorování, využití standardizovaných diagnostických nástrojů a diferenciální diagnostiku**, tedy odlišení PAS od jiných poruch s podobnými projevy.

Anamnéza

Základem každé diagnostiky je důkladná anamnéza, která se zaměřuje na:

- **Rodinnou anamnézu** – výskyt neurovývojových poruch v rodině (např. autismus, ADHD, vývojové poruchy řeči).
- **Prenatální a perinatální období** – komplikace v těhotenství, porodní rizika, nízká porodní váha, infekce aj.

- **Postnatální vývoj** – milníky vývoje (motorika, řeč, sociální chování), ztráta již získaných dovedností (např. regres řeči).

Rozhovor s rodiči je klíčový – často právě oni jako první zaznamenají atypický vývoj dítěte.

Pozorování chování dítěte

Důležitým prvkem je **systematické pozorování chování dítěte** v různých situacích:

- Spontánní hra a interakce.
- Reakce na sociální podněty (kontakt, jméno, napodobování).
- Způsob komunikace (verbální / neverbální).
- Výskyt stereotypních pohybů nebo zájmů.
- Smyslové reakce – hypersenzitivita nebo hyposenzitivita.

Dítě se sleduje v přirozeném prostředí i při strukturovaných úkolech. Využívá se i videozáznam pro detailní analýzu.

Standardizované diagnostické nástroje

Diagnostiku PAS výrazně zpřesňují **ověřené diagnostické nástroje** – často v kombinaci:

Nástroj	Popis a využití
ADOS-2 (Autism Diagnostic Observation Schedule)	Pozorovací protokol – dítě plní strukturované úkoly, hodnotí se interakce, komunikace, stereotypie. Zlatý standard v diagnostice.
ADI-R (Autism Diagnostic Interview – Revised)	Strukturovaný rozhovor s rodiči zaměřený na raný vývoj, komunikaci a chování.
M-CHAT (Modified Checklist for Autism in Toddlers)	Screeningový dotazník pro děti od 16 do 30 měsíců – zachytává riziko PAS.
CARS (Childhood Autism Rating Scale)	Hodnotící škála založená na pozorování – pro děti od 2 let.
SCQ (Social Communication Questionnaire)	Dotazník pro rodiče, zaměřený na komunikaci a sociální interakci.

V ČR se nejčastěji používají **ADOS-2**, **CARS**, **M-CHAT** a různé **kombinace rozhovoru s rodiči a pozorování**.

Multidisciplinární týmová spolupráce

PAS je komplexní porucha, a proto by se na diagnostice měli podílet:

- **Dětský klinický psycholog** – psychodiagnostika, administrace testů (ADOS, CARS aj.).
- **Dětský psychiatr** – stanovuje diagnózu, posuzuje přidružené obtíže (např. úzkosti, ADHD).
- **Neurolog** – vylučuje jiné organické příčiny (např. epilepsii).
- **Speciální pedagog / logoped** – hodnotí vývoj řeči, komunikace, kognitivních funkcí.
- **Sociální pracovník / pedagog MŠ** – doplňují pohled na chování v přirozeném prostředí.

Tým se snaží vytvořit **celostní pohled na dítě**, nehodnotí se pouze diagnóza, ale i **potřeby a silné stránky dítěte**.

Diferenciální diagnostika

Je důležité vyloučit jiné stavy, které mohou připomínat PAS:

- **Vývojová jazyková porucha (VJP)** – potíže v řeči, ale dítě obvykle zvládá sociální interakci.
- **Mentální postižení** – opožděný vývoj, ale bez typických autistických rysů (např. stereotypie).
- **ADHD** – impulzivita, nesoustředěnost, ale dítě vyhledává kontakt.
- **Deprivace nebo zanedbání** – sociální deficity způsobené výchovným prostředím, nikoli neurovývojem.
- **Selektivní mutismus** – nemluvení v určitých situacích, ale porozumění a sociální vazby bývají zachovány.

Diagnózu PAS může stanovit pouze odborník (nejčastěji dětský psychiatr nebo klinický psycholog) na základě všech dostupných informací a výsledků vyšetření.

4) Role jednotlivých odborníků v diagnostice PAS

Diagnostika poruch autistického spektra (PAS) není úkolem jednoho odborníka – jedná se o **multidisciplinární proces**, v němž každý člen týmu přináší specifický pohled a odbornost. Tato spolupráce je klíčová pro **komplexní posouzení vývoje, chování a potřeb dítěte**.

Klinický psycholog

- Provádí **psychologické vyšetření** – testy kognitivního vývoje, sociálního chování, emocionální stability.
- Realizuje strukturované **diagnostické nástroje** – např. ADOS-2, CARS, SCQ.
- Sleduje projevy dítěte při hře a interakci, vyhodnocuje míru narušení komunikace a sociálních dovedností.
- Spolupracuje s rodiči – mapuje vývoj dítěte a rizikové momenty.

Dětský psychiatr

- **Stanovuje klinickou diagnózu PAS** dle MKN nebo DSM klasifikace.
- Zohledňuje celkový zdravotní a psychický stav dítěte – včetně případných komorbidit (např. úzkosti, ADHD).
- Zajišťuje **farmakologickou léčbu**, pokud je to indikováno (např. poruchy spánku, silné úzkosti, agresivita).
- Poskytuje rodičům informace o diagnóze a doporučení pro další péči (intervence, školní podpora, lázeňská péče aj.).

Dětský neurolog

- Posuzuje **neurologický vývoj dítěte** – motorické milníky, EEG, MRI, podezření na epilepsii, metabolické poruchy apod.
- Pomáhá **vyloučit jiné neurologické příčiny** narušení vývoje (např. Rettův syndrom, dětská mozková obrna).
- Účastní se diferenciální diagnostiky u složitějších případů.

Speciální pedagog / Logoped

- Hodnotí **jazykové a komunikační schopnosti dítěte** – řeč, porozumění, neverbální komunikaci.
- Sleduje vývoj hry, symbolické chování, míru spolupráce.

- U dětí s narušenou komunikační schopností navrhuje a nacvičuje **alternativní komunikační metody** (např. obrázkové systémy – PECS, Makaton, VOKS).
- Spolupracuje s pedagogy MŠ na **vytvoření podpůrných opatření** a adaptačních strategií.

Další odborníci:

- **Sociální pracovník** – pomáhá rodinám s orientací v sociálních službách, příspěvcích, nárocích na péči.
- **Ergoterapeut, fyzioterapeut** – posuzují motorické dovednosti a smyslové zpracování (např. hypersenzitivita, potřeba senzomotorické stimulace).
- **Pedagog z MŠ** – poskytuje cenné informace o chování dítěte ve skupině vrstevníků.

Klíčem je sdílení informací mezi odborníky a s rodiči – cílem není jen stanovit diagnózu, ale **najít co nejvhodnější formu podpory** dítěte a jeho rodiny.

5) Etické a psychologické aspekty diagnostiky PAS

Proces diagnostiky poruch autistického spektra (PAS) je nejen odbornou, ale také **citlivou lidskou záležitostí**. Zahrnuje práci s emocemi rodičů, dítěte a celého systému péče. V praxi je klíčové, aby odborníci přistupovali ke každému případu **empaticky, eticky a s respektem k individualitě dítěte**.

Etické zásady v diagnostice PAS

- **Respekt k důstojnosti dítěte** – dítě má právo na ohleduplný přístup bez stigmatizace.
- **Transparentnost a informovaný souhlas** – rodiče by měli být vždy seznámeni s postupem diagnostiky, jejími cíli a možnostmi výsledku.
- **Citlivé sdělování diagnózy** – diagnóza by měla být sdělena **s respektem, klidem a podporou**. Není vhodné ji prezentovat jako „konec“, ale jako **možnost cílené pomoci**.
- **Ochrana soukromí** – práce s osobními a citlivými údaji musí být v souladu se zásadami ochrany osobních údajů a GDPR.
- **Zamezení škodlivé stigmatizace** – je důležité rodičům i okolí vysvětlit, co diagnóza znamená (a co neznamena), aby dítě nebylo omezováno předsudky.

Psychologické aspekty pro rodiče

Zjištění, že jejich dítě má PAS, může být pro rodiče **velmi emočně náročné**. Reakce se liší:

- **Šok, popření, smutek, strach, vina** – běžné fáze po sdělení diagnózy.
- Rodiče se často bojí budoucnosti dítěte: *Bude někdy mluvit? Najde si přátele? Zvládne školu?*

Důležité je nabídnout **emocionální podporu, pochopení a praktické informace** – např. kam se obrátit pro pomoc, jaké existují služby, co funguje v praxi.

Psychologické aspekty pro dítě

- Dítě nemusí rozumět tomu, proč je vyšetřováno – je důležité zajistit **klidné, přirozené prostředí**, použít formu hry.
- U starších dětí je možné mluvit o tom, že "každý mozek funguje trochu jinak" – rozvoj **autenticity a sebevědomí** je důležitější než samotné „pochopení diagnózy“.

Podpora po diagnostice

Diagnóza PAS by měla být **začátkem podpůrného procesu**, nikoli jeho koncem. Odborník by měl:

- Poskytnout rodině **informace o dalším postupu** – terapie, školy, služby.
- Doporučit vhodnou **ranou intervenci nebo podpůrné služby** (např. SPC, NAUTIS, raná péče).
- Případně odkázat na **podpůrné skupiny rodičů**.

Etický přístup v diagnostice vytváří základ pro důvěru, spolupráci a pozitivní vývoj dítěte i celé rodiny.

6) Shrnutí a současné trendy v diagnostice PAS

Diagnostika poruch autistického spektra prošla v posledních desetiletích významným vývojem – od rigidních přístupů k **důrazu na individualitu, funkční posouzení a multidisciplinaritu**. Aktuální trendy reflektují potřebu nejen **přesně diagnostikovat**, ale také **pochopit potřeby dítěte a nabídnout mu podporu na míru**.

Shrnutí základních bodů:

- PAS jsou **neurovývojové poruchy**, které se projevují narušením sociální interakce, komunikace a přítomností stereotypního chování.
- Diagnostika PAS je **komplexní proces** vyžadující spolupráci více odborníků (psycholog, psychiatr, speciální pedagog aj.).
- **Včasná diagnostika** umožňuje dříve zahájení rané intervence, která může významně zlepšit vývoj dítěte.
- K diagnostice se používají **standardizované nástroje** jako ADOS-2, CARS, M-CHAT apod.
- Je důležité **rozlišit PAS od jiných vývojových nebo psychosociálních obtíží** (diferenciální diagnostika).
- Diagnostika má mít vždy **etický, respektující a podpůrný charakter** – diagnóza není nálepka, ale klíč k podpoře.

Současné trendy:

Přechod od MKN-10 k MKN-11

- V ČR se postupně zavádí klasifikace **MKN-11**, která sjednocuje diagnostiku PAS pod jednu diagnózu (kód 6A02).
- Odlišuje úroveň potřeb podpory (např. lehké x výrazné potíže), místo umělého dělení na typy autismu.

Funkční posouzení místo pouhého „diagnostického štítku“

- Posuzuje se **míra podpory, kterou dítě potřebuje** v oblastech komunikace, sociální interakce, chování a adaptace.
- Diagnóza je vnímána jako **vstupní bod pro plánování podpůrných opatření**, nikoliv jako „konečný verdikt“.

Využití moderních technologií v diagnostice

- **Videoanalýza** interakce dítěte s rodičem.
- **Digitální nástroje a aplikace** – např. behaviorální sledování pomocí tabletů, AI analýzy řečového projevu apod.
- Online screeningové nástroje pro rodiče i pedagogy.

Zvýšený důraz na rodičovskou participaci

- Rodiče se stávají **partnery v diagnostickém i intervenčním procesu**.
- Podpora rodičů má pozitivní vliv na zvládání celé situace a na vývoj dítěte.

Celostní přístup a důraz na silné stránky

- Vnímání PAS jako **jinakosti, nikoli deficitu**.
- Zohlednění **silných stránek dítěte** (např. vizuální paměť, systematické myšlení, zájem o fakta).

Moderní diagnostika PAS už není jen o hledání „symptomů“, ale o porozumění individuálnímu profilu dítěte a hledání cest, jak mu nejlépe pomoci růst.

Zdroje:

THOROVÁ, Kateřina. *Autismus: průvodce pro rodinu a odborníky*. Praha: Portál, 2016. ISBN 978-80-262-1093-8.

VÁGNEROVÁ, Marie. *Psychopatologie pro pomáhající profese*. 6. vyd. Praha: Karolinum, 2022. ISBN 978-80-246-5181-6.

GILLBERG, Christopher. *Autismus: zpoždění vývoje či duševní nemoc?* Praha: Portál, 2008. ISBN 978-80-7367-421-7.

KOCUROVÁ, Jana a Hana ŽÁČKOVÁ. *Specifika práce s dítětem s PAS v mateřské škole*. Brno: Masarykova univerzita, 2020. ISBN 978-80-210-9721-5.

Online zdroje:

NAUTIS – Národní ústav pro autismus. Diagnostika PAS [online]. Praha: NAUTIS, Dostupné z: <https://www.nautis.cz>

Ministerstvo práce a sociálních věcí ČR. Děti s PAS – raná péče a diagnostika [online]. Praha: MPSV, Dostupné z: <https://www.mpsv.cz/web/cz/deti-s-pas>

World Health Organization. ICD-11 – 6A02 Autism spectrum disorder [online]. Geneva: WHO, 2022 [cit. 2025-04-04]. Dostupné z: <https://icd.who.int>

APLA Jižní Čechy. Příručka pro rodiče a pedagogy [online]. České Budějovice: APLA JC, Dostupné z: <https://www.aplajc.cz>

Autismus Screening. M-CHAT-R – Česká verze [online]. Dostupné z: <https://www.autismus-screening.eu>

14. Využití observačních metod – jak se využívají observační metody při hodnocení dětí

1) Úvod do observačních metod

Observační metody (pozorování) patří mezi nejčastěji používané diagnostické a hodnoticí nástroje v pedagogické i speciálněpedagogické praxi. Jsou neinvazivní, přirozené a velmi citlivé k dětskému prostředí – zejména u malých dětí, které ještě nejsou schopny vyplňovat testy nebo dotazníky.

Pozorování umožňuje sledovat dítě ve skutečném kontextu jeho každodenního chování, a to bez přímého zásahu pozorovatele.

Význam observačních metod:

- Získání **komplexního obrazu o dítěti** – jeho chování, prožívání, interakcích i reakcích.
- Možnost **dlouhodobého sledování změn** (např. při intervenci, adaptačním procesu, vzdělávání).
- **Nezatěžující forma hodnocení**, vhodná i pro děti s obtížemi v komunikaci nebo chování.
- Pomáhá **doplnit nebo ověřit výsledky jiných diagnostických metod** (např. testování, rozhovor s rodiči).

Kdy se observační metody používají:

- V mateřské škole, při zápisu do MŠ či ZŠ.
- V poradenské praxi – SPC, PPP, raná péče.
- Při stanovování podpůrných opatření.
- Při diagnostice vývojových odchylek nebo poruch (např. PAS, ADHD, opožděný vývoj řeči, SPU).

Pozorování není jen "dívání se", ale odborná metoda sběru dat, která musí být cílená, promyšlená a reflektovaná.

2) Druhy observačních metod

Existuje mnoho způsobů, jak pozorovat chování dítěte – výběr metody závisí na **cíli pozorování, věku dítěte, kontextu situace a odborném zázemí pozorovatele**. Níže jsou nejčastěji používané typy observačních metod ve školní i poradenské praxi:

A) Podle struktury pozorování

1. Volné (neřízené) pozorování

- Pozorovatel sleduje dítě bez předem stanoveného plánu.
- Výhodou je přirozenost, možnost zachytit nečekané projevy.
- Rizikem je subjektivita a nepřesnost záznamu.
- Vhodné jako první přiblížení k dítěti, např. při nástupu do MŠ.

2. Strukturované pozorování

- Sledují se konkrétní jevy, které si pozorovatel předem stanoví.
- Využívají se záznamové archy, check-listy, hodnoticí škály.
- Výhodou je cílenost a možnost porovnání mezi dětmi nebo v čase.
- Používá se např. při diagnostice PAS, poruch pozornosti, vývoje řeči.

B) Podle role pozorovatele

1. Participující pozorování

- Pozorovatel se účastní činnosti dítěte (např. pedagog při hře ve třídě).
- Získává hlubší vhled, ale může ovlivnit chování dítěte.

2. Neparticipující pozorování

- Pozorovatel není součástí situace (např. sedí stranou, sleduje přes zrcadlo nebo kameru).
- Minimalizuje vliv na chování dítěte, ale může mu chybět kontext.

C) Podle způsobu provedení

1. Přímé pozorování

- Pozorování v reálném čase, v přítomnosti dítěte.
- Může probíhat ve třídě, při volné hře, při cílené činnosti.

2. Nepřímé pozorování

- Zprostředkované – např. pomocí videozáznamu, fotografií, záznamů od rodičů.
- Umožňuje opakované přehrání situace a objektivnější analýzu.

D) Podle časového rozsahu

1. Dlouhodobé pozorování

- Provádí se v delším časovém úseku (dny, týdny).
- Hodí se pro sledování vývoje, reakce na změny (např. adaptace, nová terapie).

2. Jednorázové (epizodické) pozorování

- Krátké pozorování jedné situace (např. reakce na nový úkol, adaptace do kolektivu).
- Slouží k rychlé orientaci nebo screeningu.

Dobry speciální pedagog si vybírá typ pozorování podle toho, co potřebuje zjistit – neexistuje univerzální metoda, ale kombinace přístupů.

3) Oblasti hodnocení pomocí pozorování

Pozorování je cenným nástrojem pro **mapování vývoje dítěte** napříč různými oblastmi. Umožňuje zaznamenat projevy, které **nejsou vždy měřitelné testy**, ale mají zásadní vliv na vzdělávací i osobnostní rozvoj dítěte.

A) Sociální chování

- Interakce s vrstevníky (navazování kontaktu, kooperace, střídání ve hře)
- Vztah k dospělým (vyhledávání pomoci, reakce na autoritu)
- Projevy empatie, sdílení, tolerance

Využívá se např. při podezření na PAS, sociálně-emocionální nezralost, poruchy chování

B) Komunikační dovednosti

- Verbální projev (slovní zásoba, srozumitelnost, gramatika)
- Neverbální projevy (gesta, mimika, oční kontakt)
- Spontánní řeč vs. reakce na výzvy

Důležité u dětí s narušenou komunikační schopností, opožděným vývojem řeči, PAS

C) Emoční projevy

- Regulace emocí (reakce na frustraci, zvládání změn, uklidnění)
- Projevy radosti, strachu, smutku
- Emoční zralost ve vztahu k věku

Pomáhá odhalit vnitřní tenze, úzkosti, emoční nezralost

D) Motorika

- Hrubá motorika (běh, skok, chůze po schodech)
- Jemná motorika (úchop, manipulace s drobnými předměty)
- Koordinace oko–ruka

Využití např. při podezření na dyspraxii, neurologické poruchy, ADHD

E) Kognitivní a herní dovednosti

- Způsob řešení problémů, pozornost, paměť
- Hra: spontánní, symbolická, funkční, nápodoba
- Zájem o nové věci, explorace

Hra je „zrcadlem“ vývoje – důležitá zejména v předškolním věku

F) Sebeobsluha a adaptace

- Samostatnost při oblékání, jídle, hygieně
- Schopnost dodržovat denní režim, zvládat nové situace
- Reakce na změny, adaptace v kolektivu

Sleduje se při nástupu do MŠ, SPC vyšetřeních, tvorbě podpůrných opatření

Pozorování těchto oblastí poskytuje celistvý obraz o dítěti – nejen o tom, co "umí", ale i o tom, jak se projevuje, komunikuje, zvládá běžné situace.

4) Záznam a vyhodnocení pozorování

Pozorování má smysl jen tehdy, pokud je **systematicky zaznamenáno a odborně vyhodnoceno**. Cílem není jen "sledovat dítě", ale zachytit data, která můžeme dále **analyzovat, interpretovat a využít při plánování podpory**.

A) Formy záznamu pozorování

1. Popisné záznamy (narativní zápis)

- Volný text – zaznamenává se chování dítěte tak, jak probíhá.

- Výhoda: přirozenost, možnost zachytit detaily.
- Nevýhoda: náročné na čas a následné třídění dat.
- 2. **Check-listy (kontrolní seznamy)**
 - Předem daný seznam jevů (např. „naváže oční kontakt“, „zvládá jednoduché instrukce“).
 - Pozorovatel zaškrťává, zda se jev vyskytl / v jaké míře.
 - Výhoda: rychlost, srovnatelnost, přehlednost.
- 3. **Hodnoticí škály**
 - Pozorovatel hodnotí četnost nebo kvalitu chování na škále (např. 1–5).
 - Umožňuje zaznamenat míru rozvoje nebo obtíží.
- 4. **Videozáznam / fotozáznam**
 - Zajišťuje možnost opakovaného přehrání a analýzy.
 - Vhodný pro podrobnou dokumentaci chování nebo reakce na situace.
 - Nutnost souhlasu rodičů a zabezpečení citlivých dat (GDPR!).

B) Objektivita a validita záznamu

Aby mělo pozorování výpovědní hodnotu, je třeba dodržet několik zásad:

- **Objektivita** – pozorovatel se vyhýbá domněnkám a hodnoticím soudům („je líný“ → „nereaguje na výzvu během 2 minut“).
- **Konzistentnost** – používání stejných kritérií při opakovaném pozorování.
- **Kontextualizace** – pozorované chování je třeba vždy zasadit do situace a prostředí, kde k němu došlo.

C) Reflexe a interpretace pozorování

Po ukončení pozorování je důležité:

- Zaznamenaná data **propojit s cílem pozorování** (např. "Chtěla jsem zjistit, jak dítě navazuje kontakt").
- **Porovnat více záznamů v čase** – sledování vývoje (např. pokroky v řeči, adaptaci).
- Pokud je to možné, **konzultovat výsledky v týmu** nebo s rodiči – přináší nové pohledy a souvislosti.

Pozorovací záznam není sám o sobě diagnóza – ale může být silným podkladem pro odborné doporučení, úpravy vzdělávání nebo intervenci.

5) Příklady využití observačních metod v praxi

Observační metody jsou v praxi **nepostradatelným nástrojem pro pedagogy, speciální pedagogy, psychology, logopedy i pracovníky rané péče**. Jejich výhodou je, že umožňují **reálně posoudit, jak dítě funguje v běžných situacích**, nikoli pouze v testovacích podmínkách.

A) Mateřská škola (MŠ)

- **Při nástupu dítěte do MŠ** – sledování adaptace, samostatnosti, reakcí na nové prostředí.
- **Při podezření na odchylky ve vývoji** – např. opožděná řeč, potíže v komunikaci, hyperaktivita.
- **Při plánování podpůrných opatření** – vyhodnocení potřeb dítěte a návrh úprav ve vzdělávání.

Příklad: Učitelka sleduje dítě s podezřením na PAS, zapisuje frekvenci očního kontaktu, schopnost zapojit se do společné hry, reakce na pokyny.

B) Speciálněpedagogické centrum (SPC) a pedagogicko-psychologická poradna (PPP)

- **Při diagnostice speciálních vzdělávacích potřeb** – jako doplnění psychologického nebo logopedického vyšetření.
- **Pozorování dítěte ve škole nebo doma** – cenné zejména u dětí s obtížemi v chování nebo s nízkou verbální schopností.
- **Tvorba doporučení pro školu** – přímá návaznost na pozorování v přirozeném prostředí.

C) Raná péče

- Sleduje se přirozený vývoj dítěte v rodině.
- Pozorování pomáhá odhalit varovné signály neurovývojových poruch.
- Zaměřuje se zejména na **vazbu s rodiči, hru, komunikaci a smyslové reakce**.

Příklad: Pozorovatelka rané péče si zapisuje, jak dvouleté dítě reaguje na jméno, napodobuje hru rodiče a používá gesta.

D) Logopedie / speciální pedagogika

- Pozorování při hře, při spontánním projevu nebo při řízené činnosti (např. popis obrázku).
- Sleduje se schopnost naslouchat, tvořit věty, porozumět instrukcím.
- Často se využívá **videozáznam pro zpětnou analýzu** a plánování další práce.

E) Děti se specifickými potřebami

- **PAS:** pozorování sociální interakce, reakcí na změnu, stereotypního chování.
- **ADHD:** sledování pozornosti, impulzivity, regulace chování ve třídě.
- **SPU:** chybné návyky při psaní, obtíže v orientaci v prostoru.
- **Opožděný vývoj řeči:** spontánní vyjadřování, porozumění běžným situacím.

Pozorování je v těchto případech často důležitější než výsledek testu – dítě může při testování „selhat“ ze stresu, ale při pozorování ukáže své skutečné dovednosti.

6) Limity a etické aspekty pozorování

Ačkoli jsou observační metody velmi cenným nástrojem, je nutné si uvědomit jejich **omezení** i to, že se jedná o **citlivou formu práce s dítětem**, která musí být prováděna **eticky a profesionálně**.

A) Limity observačních metod

1. **Subjektivita pozorovatele**
 - Každý pozorovatel vnímá situaci podle svých zkušeností, očekávání a postojů.
 - Je důležité **vyvarovat se interpretací a domněnkám** – zaznamenáváme *co se stalo*, ne *proč si myslíme, že se to stalo*.
2. **Vliv přítomnosti pozorovatele**
 - Děti mohou měnit své chování, pokud vědí, že jsou pozorovány („efekt kamery“).
 - Často se doporučuje opakované pozorování pro získání přirozenějšího obrazu.
3. **Obtížná srovnatelnost**
 - Individuální přístup a přirozené prostředí komplikují srovnání mezi dětmi.
 - Pomáhají standardizované formuláře nebo škály.
4. **Časová náročnost**
 - Kvalitní pozorování a záznam zabere čas, zvláště u delšího sledování.

B) Etické aspekty pozorování

1. Informovaný souhlas

- Pozorování dítěte by mělo být vždy prováděno se souhlasem zákonných zástupců.
- U videozáznamu je souhlas naprosto nezbytný – a záznamy musí být bezpečně uloženy.

2. Ochrana soukromí (GDPR)

- Jakýkoli záznam (i písemný) je osobním údajem – nelze jej sdílet bez právního důvodu.
- Při sdílení výsledků je nutné zachovat **anonymitu** dítěte, pokud nejde o interní dokumentaci.

3. Neškodit

- Pozorování nesmí dítě traumatizovat, zesměšňovat nebo jinak ohrozit jeho psychickou pohodu.
- Sledujeme dítě **s respektem**, nikoli jako "objekt výzkumu".

4. Odborné zhodnocení

- Záznam pozorování by měl být vyhodnocen kompetentní osobou – **nestačí zaznamenat jevy, ale i je správně interpretovat v kontextu vývoje a prostředí.**

Eticky vedené pozorování **chrání důstojnost dítěte, posiluje důvěru rodičů** a zvyšuje kvalitu následné práce.

7) Doporučené nástroje a metodiky pro pozorování dítěte

V praxi existuje řada nástrojů a metodických materiálů, které usnadňují **systematické a cílené pozorování** dítěte. Některé jsou součástí běžné práce v mateřských školách, jiné slouží k odborné diagnostice v poradenských zařízeních.

A) Běžné pedagogické nástroje

1. Pozorovací archy v MŠ

- Interní dokumentace mateřských škol – např. při adaptaci, tvorbě podpůrných opatření.
- Záznam o dovednostech dítěte v oblasti řeči, hry, motoriky, samostatnosti.
- Např. „Adaptační arch“, „Arch pro sledování vývoje dítěte“, „Pozorování během spontánní hry“.

2. Vývojová schémata (např. orientační tabulky MŠMT)

- Pomáhají srovnat vývoj dítěte s vývojovou normou dle věku.
- Využívají se při orientačním screeningu nebo školní zralosti.

B) Standardizované nástroje a škály

1. DENVER II (Denver Developmental Screening Test)

- Nástroj pro screening vývojových dovedností dítěte ve věku 0–6 let.
- Obsahuje oblasti: osobní a sociální chování, jemná a hrubá motorika, řeč.
- Vhodný pro ranou péči a logopedii.

2. Gilliam Autism Rating Scale (GARS)

- Strukturované pozorování dítěte zaměřené na příznaky PAS.
- Hodnotí se komunikace, sociální interakce, stereotypní chování.
- Často využíván ve speciálněpedagogické a psychologické praxi.

3. Behaviorální škály (např. BASC, SDQ)

- Hodnocení sociálního chování, emocí a adaptace dítěte ve škole.
- Využívají se i v PPP a SPC.

C) Doporučené autorky metodik a pozorovacích přístupů

- **Kateřina Thorová** – praktické postupy pozorování dětí s PAS (*Autismus – průvodce pro rodinu a odborníky*, Portál).
- **Marie Vágnerová** – psychologická pozorování v předškolním věku a práce se záznamem (*Vývojová psychologie, Psychopatologie pro pomáhající profese*).
- **Šikulová, Žáčková, Vaňková aj.** – praktické archy a metodiky z praxe MŠ (např. příručky MŠMT, MU Brno).

Některé standardizované nástroje jsou určeny pouze odborníkům s odpovídající kvalifikací (např. ADOS, GARS), jiné lze využít i v běžné pedagogické praxi jako podpůrný nástroj pro pozorování.

Zdroje:

THOROVÁ, Kateřina. *Autismus: průvodce pro rodinu a odborníky*. Praha: Portál, 2016. ISBN 978-80-262-1093-8.

VÁGNEROVÁ, Marie. *Psychopatologie pro pomáhající profese*. 6. vyd. Praha: Karolinum, 2022. ISBN 978-80-246-5181-6.

KREJČÍŘOVÁ, Dana a kol. *Psychodiagnostika dětí a dospívajících*. Praha: Portál, 2019. ISBN 978-80-262-1452-3.

ŠIKULOVÁ, Růžena. *Hodnocení školní zralosti dítěte*. Brno: MU, 2012. ISBN 978-80-210-5801-8.

Online zdroje:

NAUTIS – Národní ústav pro autismus. Diagnostické a metodické materiály [online]. Praha: NAUTIS, Dostupné z: <https://www.nautis.cz>

MŠMT. Metodická podpora učitelům MŠ [online]. Praha: Ministerstvo školství, mládeže a tělovýchovy, Dostupné z: <https://www.msmt.cz>

Apla Jižní Čechy. Příručky ke vzdělávání dětí s PAS [online]. České Budějovice: APLA JC, Dostupné z: <https://www.aplajc.cz>

Raná péče EDA. Doporučení pro sledování vývoje dítěte v rodině [online]. Praha: EDA, Dostupné z: <https://www.eda.cz>

15. Diagnostika specifických poruch učení – které specifické poruchy učení mohou být diagnostikovány u předškolních dětí a jak?

Specifické vývojové poruchy učení

- Specifické poruchy učení (SPU) jsou skupinou duševních poruch, které způsobují obtíže s učením a používáním školních dovedností (DSM-5)
- Specifické vývojové poruchy učení bývají definovány jako neschopnost nebo snížená schopnost naučit se číst, psát a počítat pomocí běžných výukových metod za přiměřené inteligence a sociokulturní příležitosti
- **nepředstavují jednu shodnou skupinu obtíží a příznaků** → soubor vzájemně odlišných podtypů → **určité projevy** se vyskytují v různé míře u všech „dys“ poruch
- **různý stupeň závažnosti** - lehké, až velmi těžké obtíže
- **výskyt jednotlivých typů** - samostatně X kombinace poruch

Terminologie

- **Termín „specifické“**
 - odděluje od tzv. „nespecifických“ **poruch učení** („nepravých“ či „pseudo“)
 - nedostatečně podnětné prostředí, snížení mentálních schopností, neurotické či úzkostné stavy z obav ze školní docházky
 - projevy mohou být shodné X příčiny + možnosti nápravy rozdílné
- **Termín „vývojové“**
 - porucha projevující se na určitém stupni vývoje jedince – označujeme **dys-**
 - lze s určitostí odhalit až po nástupu do školy – přelom 1./2. třída (do té doby lze pouze usuzovat, nikoliv objektivně diagnostikovat)
 - dochází k určité přeměně projevů od dětství po dospělost
- **Získané poruchy učení** (zejména v logopedii)
 - vznikají na podkladě závažných cévních mozkových příhod, mozkových traumat, nádorových onemocnění → **nejsou tedy poruchami vývojovými**
 - týkají se již jednou nabytých, ale náhle ztracených dovedností
 - označujeme **předponou a-**
 - **Alexie** - (ztráta) dovednosti číst
 - **Agrafie** - (ztráta) dovednosti psát
 - **Akalkulie** - (ztráta) dovednosti počítat

Etiologie

- řada etiologických koncepcí, multifaktoriální model – komplex příčin
- vrozené nebo získané v raném dětství → vznikají často poškozením v období před narozením, při narození nebo časně po narození = mozková tkáň je zranitelná
- významnou roli hraje dědičnost (případně kombinace dědičnosti a výše uvedených faktorů)
- souvislost s lateralizací, poruchou spolupráce mozkových hemisfér, neurohumorální činností mozku, poruchami vývoje dítěte
- přímým důvodem nejsou **vnější příčiny**
 - nesprávné didaktické postupy, odlišné jazykové prostředí intelektové schopnosti dětí → většinou průměrné až nadprůměrné
- podkladem pro vznik SVPU je oslabení funkcí, které jsou potřebné pro osvojování čtení, psaní a počítání:
 - **funkce percepční** - smyslové vnímání (zrakové, sluchové)
 - **funkce kognitivní (poznávací)** - schopnost koncentrace pozornosti, paměť, myšlení, řeč, proces automatizace a matematické představy
 - **funkce motorické (pohybové)** - porucha hrubé a jemné motoriky ruky, očních pohybů a mluvidel
 - **porucha motorické koordinace** (souhry pohybů) a **rytmicity**
 - **porucha senzomotorické koordinace** - souhra smyslového vnímání a pohybu

Symptomatologie

- projevy ve školním prostředí:
 - **SPECIFICKÉ PROJEVY** - podmíněny konkrétním typem
 - **NESPECIFICKÉ PROJEVY** - nalezneme je ve větší či menší míře u většiny typů – NEJSOU VÁZÁNY NA KONKRÉTNÍ TYP PORUCHY
- deficity pozornosti - podmíněny zvýšenou unavitelností organismu a psychiky žáků (zrakové, sluchové podněty)
- zvýšená unavitelnost – může vyrušovat svým chováním
- deficity paměti – paměť zraková, sluchová a motorická (porucha krátkodobé pracovní paměti)
- motorické deficity – psaní, kreslení
- obtíže v časoprostorové orientaci a ve vnímání posloupnosti → dítě má obtíže odhadnout dobu na dokončení úkolu
- obtíže v pravolevé orientaci
- obtíže v jazyce a v řeči – snížená úroveň jazykového citu
- emoční labilita, psychomotorická instabilita → nečekané chování, regrese
- poruchy aktivity (hyperaktivita, hypoaktivita)
- poruchy senzorické integrace

Dyslexie

- **specifická porucha čtení**
- nejznámější a zároveň nejčastějším typem specifické poruchy učení
- snížená či úplná neschopnost naučit se číst, přestože má dítě přijatelné rozumové schopnosti a nechybí mu ani přiměřená výchovná a výuková péče

Dysgrafie

- **specifická porucha psaní**
- projevuje se sníženou či úplnou neschopností naučit se psát, přestože má dítě přijatelné rozumové schopnosti a nechybí mu ani přiměřená výchovná a výuková péče
- postihuje grafickou stránku písemného projevu (čitelnost, úprava)
 - písmo je nečitelné, příliš malé nebo příliš velké
 - tvary písmen a spoje mezi písmeny jsou nesprávné
 - tempo psaní je pomalé, vyžaduje mnoho energie
 - žák často škrtá, přepisuje písmena
 - často je patrné špatné držení psacího náčiní

Dysortografie

- **specifická porucha pravopisu**
- narušená schopnost zvládat gramatické jevy mateřského jazyka
- projevy:
 - zvýšeným počtem specifických dysortografických chyb v písemném projevu
 - obtížemi při osvojování gramatického učiva a aplikaci gramatických jevů

Dyskalkulie

- **porucha matematických schopností**
- postihuje manipulaci s čísly, číselné operace, matematické představy, geometrii → narušené aritmetické dovednosti jsou v protikladu s průměrnými či nadprůměrnými rozumovými schopnostmi
- výskyt je nižší, než v předchozích případech
- první obtíže se projevují již v předškolním věku při zvládání předčíselných představ (větší – menší, více – méně)

Dyspinxie

- **specifická porucha výtvarných schopností**
- snížená schopnost či neschopnost zvládnout technickou stránku kresby
- zacházení s tužkou je neobratné, tvrdé, neschopnost převést představu z trojrozměrného prostoru na dvojrozměrný papír
- potíže s pochopením perspektivy
- projevy jsou podobné jako u dysgrafie

Dysmuzie

- **specifická porucha osvojování hudebních dovedností**
- postihuje schopnost vnímání a reprodukce hudby → obtíže v rozlišování tónů, dítě si nepamatuje melodii, nerozlišuje a není schopno reprodukovat rytmus
- má potíže naučit se zpívat anebo se naučit na nějaká hudební nástroj

Dyspraxie

- **specifická porucha motorické funkce**
- obtíže při osvojování a automatizaci pohybů → výrazná pohybová nemotornost – rozpor s věkem a intelektovými předpoklady
- obtíže v hrubé motorice (chůze, lezení), jemné motorice (stříhání, motorika mluvidel)
- narušena koordinace složitějších, přesných a cílených pohybů

Diagnostika

diagnostika SVPU

- je východiskem výchovně-vzdělávacího procesu a především reedukace
- slouží jako optimální nastavení PO během vzdělávání a umožňuje kompenzaci potíží, které tyto poruchy provázejí
- **cíl** - stanovení úrovně vědomostí a dovedností, poznávacích procesů, sociálních vztahů, osobnostních charakteristik a dalších faktorů, které se podílejí na úspěchu, či neúspěchu dítěte

Diagnostické metody v předškolním věku

- Pozorování dítěte v přirozeném prostředí (školka, rodina).
- Screeningové testy a orientační vyšetření:
 - o Testy školní zralosti (např. Jiráskův test, Kernův test).
 - o Specifické testy zaměřené na fonemický sluch, grafomotoriku, sluchovou a zrakovou paměť.
- Psychologická a speciálně-pedagogická diagnostika:
 - o Vyšetření školní zralosti školním psychologem nebo speciálním pedagogem.
 - o Vyšetření kognitivních funkcí (např. WISC test).
- Spolupráce s odborníky:
 - o Logoped, psycholog, speciální pedagog

Screeningové metody poruch učení

- **SINDELAROVÁ, Předcházíme poruchám učení** (pro děti předškolního věku a 1. ročníku ZŠ), Vychází z teorie o deficitech dílčích funkcí, Cvičení pro děti předškolního věku, Diagnostická část a soubor cvičení (rozvoj oslabených oblastí)
- **POKORNÁ, KUCHARSKÁ, ŠVANCAROVÁ, Test ke screeningu specifických poruch** (56 položek ve 13 subtestech, probíhá ve školním prostředí s poradenským pracovníkem, neslouží k posouzení rozumových schopností, součástí je obrazový materiál, 20-30 min), Oblasti: Sluchové vnímání, Zrakové vnímání a zraková paměť, Artikulace, Jemná motorika, Intermodalita, Tvoření rýmů
- **Feuersteinova metoda** – (Rozšířeno POKORNOU) - Tato metoda rozvíjí kognitivní i intelektový potenciál. Tato metoda se uplatňuje u dětí i u dospělých s poruchou i bez.
- **Sheffieldský screeningový test diagnostiky dyslexie** – Pro předškolní věk (pro ČJ upravila O. Zelinková) - Rychlé jmenování 20 obrázků, Navlékání korálků 30sek, Určení, zda se jedná o stejná slova, Zjištění tělesné stability, Rýmování a poznávání první hlásky ve slově

Pedagogická diagnostika dílčích funkcí

- **dílčí funkce** = základní funkce, bez kterých nelze získávat a rozvíjet další dovednosti jako je **trivium** (čtení, psaní, počítání)
- **Deficity dílčích funkcí** = lze vymezit jako snížení výkonu jednotlivých faktorů nebo prvků v rámci většího funkčního systému, který je nezbytný ke zvládnutí určitých komplexních procesů adaptace

- dílčí funkce jsou při osvojování čtení, psaní a počítání neustále aktivní → a proto právě oslabení kterékoliv z nich může vést k obtížím při učení
- DDF nejsou na první pohled patrné, přitom na práci s dětmi mohou mít klíčový dopad
- nehovoříme o poruše, ale deficitu některé z dílčích funkcí → projevují se v různé míře a intenzitě, nemusí být u všech jedinců s SPU
- zjišťování úrovně rozvoje dílčích funkcí podmiňujících úspěšné osvojování čtení, psaní a počítání je důležitou součástí pedagogické diagnostiky v období před nástupem a na počátku školní docházky
- děti, které nemají dostatek vhodných podnětů a příležitostí k rozvoji těchto funkcí v předškolním věku, mohou mít následně obtíže při osvojování základních školních dovedností
- pokud včas zjistíme oslabení některé funkce, můžeme vhodnou stimulací podpořit její rozvoj a zmírnit či zcela eliminovat pozdější problémy s osvojováním základních školních dovedností.
- Šindelářová (2007, 2013) řadí mezi dílčí funkce
 - o zrakové vnímání
 - o sluchové vnímání

* nejedná se o zrakové či sluchové vady, ale nedostatečné zpracování zrakové, resp. sluchové informace v mozku

 - o prostorovou orientaci
 - o intermodální spojení
 - o vnímání časového sledu (někdy označované jako serialita).
 - o Jemná motorika
 - o vizuomotorická koordinace
- každá z dílčích funkcí má zároveň určitou posloupnost vývoje → v rámci diagnostiky potřebujeme zjistit nejen to, zda má dítě oslabenou některou z dílčích funkcí, ale také to, na jaké úrovni rozvoje se oslabená funkce aktuálně nachází → tuto informaci potřebujeme k tomu, abychom mohli zvolit účinné postupy k podpoře jejího dalšího rozvoje
- Pokud bychom u dítěte, které ještě nemá dostatečně rozvinuté sluchové rozlišování, v rámci reedukačních aktivit zařadili úlohy zaměřené na rozvoj sluchové paměti, reedukace nebude účinná
- K rozvoji vývojově vyšších funkcí totiž přistupujeme až po úplném zautomatizování funkcí vývojově nižších.
- Posloupnost rozvoje jednotlivých dílčí funkcí znázorňuje následující tabulka:

5. vnímání časového sledu – vizuálně		5. vnímání časového sledu – auditivně
4. intermodální spojení – vizuálně-auditivní		4. intermodální spojení – auditivně-vizuální
3. vizuální paměť	3. prostorová orientace	3. auditivní paměť
2. vizuální diferenciaci tvarů	2. tělesné schéma	2. auditivní diferenciaci řeči
1. vizuální členění (rozlišení figury a pozadí / výběr podnětů)	1. taktilně-kinestetické vnímání	1. auditivní členění (rozlišení figury a pozadí / výběr podnětů)

ZRAKOVÉ VNÍMÁNÍ

- Sindelarova považuje za základní úroveň schopnost **rozlišení figury a pozadí**
 - schopnost zaměřit pozornost na konkrétní podnět ve zrakovém poli a zároveň utlumit vnímání dalších (v daném okamžiku méně podstatných) podnětů
 - při čtení se tato schopnost projevuje tak, že dítě je schopné zaměřit pozornost na konkrétní písmeno či slovo v souvislém textu
 - pokud tato funkce není dostatečně rozvinutá, dítě má problém zaměřit pozornost na konkrétní podnět a utlumit zaměření pozornosti na další zrakové informace – v souvislém textu není schopné rozlišit jednotlivá slova či písmena nebo mu to trvá nepřiměřeně dlouhou dobu
 - Pro diagnostiku a následný rozvoj schopnosti rozlišování figury a pozadí používáme následující úlohy:
 - Rozlišování navzájem se překrývajících obrázků – nejprve ověřujeme, zda dítě zvládá rozlišit konkrétní obrázky (nejprve se dvěma prvky, postupně počet prvků zvyšujeme na 3 až 5)
 - vyhledávání prvků na rušivém pozadí
- **diferenciace tvarů**
 - schopnost rozlišovat vnímané zrakové podněty – jejich tvar, velikost a pozici v prostoru
 - nejprve zjišťujeme, zda dítě rozliší konkrétní obrázky lišící se detailem, dále zda rozliší detailem se lišící abstraktní symboly a nakonec zda rozliší symboly, které se liší orientací v prostoru (otočením podle horizontální a vertikální osy). Dítě, které má začít s nácvikem čtení, by již mělo být schopné identifikovat rozdílnou pozici tvarově shodných abstraktních symbolů.
- **Krátkodobou zrakovou paměť**
 - hodnotíme a rozvíjíme s využitím následujících typů úloh:
 - Kimova hra – na stůl či podložku vyskládáme reálné předměty (počet uzpůsobujeme věku dítěte – 4 až 8 předmětů), necháme dítě sledovat předměty po dobu 15 až 20 sekund a poté předměty zakryjeme. Dítě má za úkol vyjmenovat předměty, které jsme mu ukázali a následně zakryli. Lze využít také obrázky, karty s písmeny, číslicemi nebo slovy. Obtížnější verze aktivity spočívá v tom, že dítě nejen určuje předměty/obrázky či písmena, ale také jejich pozici. Případně můžeme po zakrytí některé prvky odebrat či přidat nebo změnit jejich pozici.
 - Výběr obrázku – dítěti po dobu cca 5 sekund ukážeme obrázek, který následně skryjeme. Poté mu ukážeme tři jiné obrázky, z nichž jeden je shodný s původním obrázkem. Dítě určuje, který obrázek vidělo. Dítě v období školní docházky by si mělo umět zapamatovat i abstraktní symboly.
 - Určení/dokreslení obrázku – dítěti ukážeme soubor 4 až 8 obrázků po dobu cca 15 sekund, který pak zakryjeme, následně dítěti ukážeme stejný soubor s jedním či více chybějícími obrázky. Dítě určuje, případně dokresluje, který obrázek chybí.
 - Kreslení z paměti – dítěti po dobu cca 20 sekund ukážeme obrázek, který následně schováme, a necháme dítě obrázek nakreslit z paměti.

SLUCHOVÉ VNÍMÁNÍ

- Základní schopností je opět schopnost **rozlišení figury a pozadí**
 - schopnost zaměřit pozornost na konkrétní zvuk a utlumit vnímání dalších zvukových podnětů
 - ke zhodnocení úrovně schopnosti rozlišení figury a pozadí lze využít:
 - aktivitu, kdy dítěti přehrajeme nahrávku, na které je zároveň několik známých zvuků (případně zvuky vytváříme sami) – dítě určuje jednotlivé zvuky
 - aktivitu, kdy dítěti říkáme jednotlivá slova, případně krátké věty při zvukové kulise. Tlumeně pustíme písničku či mluvenou nahrávku a dítěti říkáme slova či krátké věty, které dítě opakuje. Můžeme též zadávat krátké pokyny, které

dítě plní (zvedni ruku, zavři oči). Zvukovou kulisu můžeme postupně zesílit na úroveň hlasitosti naší řeči.

- **sluchová diferenciacie řeči**

- o schopnost rozlišit zvuky lidské řeči
- o pro nácvik čtení je třeba, aby dítě již bezpečně rozeznalo i zvukově podobné hlásky a slabiky
- o Vhodné aktivity pro zhodnocení a rozvoj sluchového rozlišování hlásek:
 - Hledání rozdílů – posadíme se zády k dítěti a zřetelně říkáme dvojice slov s cca vteřinovou pauzou mezi slovy. Dítě určuje, zda jsou stejná, či ne. Aktivitu s dítětem nejprve na jedné až dvou dvojicích slov vyzkoušíme, aby vědělo, co má dělat. Nejprve využíváme dvojice smysluplných slov např.: luk – puk, buk – buk, maso – laso, lom – lom, brát – drát, dál – dal. Následně také dvojice nesmyslných slov např.: dírt – dýrt, zdun – zdun, šrop – srop, nikl – nykl, šlam – šlam, stýl – stíl.
 - Pokud má dítě obtíže s rozlišováním hlásek, je třeba ověřit a do nácviku zahrnout rozlišování neřečových zvuků (rozlišování zvuků hudebních nástrojů, tónů apod.).

- **sluchová analýza a syntéza**

- o pomocí které dítě rozlišuje jednotlivé hlásky či slabiky ve slovech
- o **Analýza** = Zřetelně říkáme slova a dítě je rozkládá na jednotlivé hlásky – např. luk, maso, koleno, struna, šroubovák apod. Slova řadíme s rostoucí obtížností (slova prodlužujeme, přidáváme slova se souhláskovými shluky)
- o Sluchovou analýzu u dětí v předškolním věku ověřujeme a rozvíjíme v následujících úlohách:
 - Rozpoznání hlásky ve slově – ověřujeme, zda dítě rozlišuje jednotlivé hlásky v komplexním zvuku slova. Dítěti klademe otázky: např. Slyšíš „k“ ve slově motyka? Slyšíš „h“ ve slově chroust? Slyšíš „a“ ve slově maso?
 - Určování první hlásky ve slově – dítěte se ptáme na počáteční hlásky slov (Na co začíná slovo kočka, strom, lípa apod.).
 - U dětí v mladším školním věku hodnotíme schopnost rozkládat slova na jednotlivé hlásky a naopak také skládat slova z hlásek. Dětem předvedeme, co mají dělat.
- o **Syntéza** = Hláskujeme jednotlivá slova a dítě je vyslovuje dohromady. Doporučovaný interval mezi jednotlivými hláskami je 1 vteřina. – např. pes, laso, motyka, drát, zamykat, sbírka apod.

- **Krátkodobou sluchovou paměť**

- o vyhodnocujeme a rozvíjíme s využitím úloh, ve kterých si má dítě zapamatovat a zopakovat hlásky, slabiky, slova či krátké věty.
 - Příkladem takové aktivity je hra Přijela babička z Číny a přivezla si..., kdy s dítětem postupně doplňujeme slova (Přijela babička z Číny a přivezla si kolo, pandu, deštník...). Při každém doplnění je zároveň třeba zopakovat všechna předešlá slova v nezměněném pořadí
 - Dítě také může opakovat sérii slov, písmen či slabik (postupně ověřujeme, jaký počet prvků si dítě zvládne zapamatovat – začínáme s menším počtem, který postupně zvyšujeme). Lze také využít sérii kratších nesmyslných slov (3 až 5 slov – např. strum, lam, dot, kres, hout).

- **tzv. intermodální spojení**

- o schopnost integrace vizuálních a sluchových informací
- o Ve čtení se tato funkce uplatňuje při spojování fonému s grafémem – při čtení písmen umožňuje okamžité vybavení odpovídajících hlásek
- o pokud toto spojení není zautomatizováno, dítě má obtíže při vybavování hlásek ke čteným písmenům, nebo naopak při vybavování tvarů písmen při diktátu.
 - U předškolních dětí a na začátku školní docházky můžeme využívat úlohy, kdy má dítě za úkol zapamatovat si sdělenou informaci o obrázku. Dítěti postupně ukazujeme jednoduché obrázky s jedním prvkem (např. hvězdou,

trojúhelníkem, čtvercem, kruhem a obdélníkem) a ke každému obrázku řekneme informaci, kterou si dítě musí zapamatovat. Např. Děti si z krabice vytáhly karty s obrázky. Tuto kartu si vytáhla Jana (před dítě položíme kartu s hvězdou), tuto si vytáhl Filip (trojúhelník), tuto si vytáhla Monika (měsíc), tuto Honza (kruh) a tuto si vytáhl Robert (obdélník). Názvy tvarů neříkáme. Postup ještě jednou zopakujeme (karty předkládáme ve stejném pořadí). Následně dítěti ukazujeme karty s obrázky v jiném pořadí a dítě říká, kdo si danou kartu vytáhl.

- U dětí ve školním věku můžeme použít úlohu, ve které dítěti s cca vteřinovým odstupem řekneme několik hlásek (5 až 7) s instrukcí, že si je má zapamatovat. Následně mu ukazujeme kartičky s písmeny abecedy a dítě říká, zda se jedná o písmeno, které si mělo zapamatovat, či ne.

VNÍMÁNÍ ČASOVÉHO SLEDU (SERIALITA)

- schopnost vytváření posloupností a správného řazení segmentů do souborů
- při čtení a psaní se projevuje správným řazením hlásek (písmen) ve slově
- Souvisí také se správnou organizací činností – dodržováním postupů, které se skládají z více kroků
 - Řada obrázků – před dítě postupně vyskládáme zleva doprava 4 až 6 obrázků s jedním prvkem (např. panenka, auto, kolo, míč apod.) a necháme dítě cca 5 vteřin sérii pozorovat. Poté obrázky sebereme, promícháme a položíme před dítě. Jeho úkolem je kartičky vyskládat tak, aby bylo dodrženo původní pořadí.
 - Řada slov – dítěti řekneme 4 až 6 slov, dítě následně vyzveme, aby je ve stejném pořadí zopakovalo.
 - Série symbolů či písmen – jedná se o písemnou úlohu. Dítě doplňuje řadu písmen/symbolů podle předlohy (dítě má za úloh opakovat sérii písmen ve stejném pořadí do konce řádku).

PROSTOROVÁ ORIENTACE

- základní schopností, ze které se prostorová orientace rozvíjí, je taktilně-kinestetické vnímání
- Důležitou úlohu v jejím rozvoji má také zrakové vnímání
- Taktilně-kinestetické vnímání hodnotíme a rozvíjíme např. prostřednictvím následujících aktivit:
 - Poznávání hmatem – dítě vyzveme, aby zavřelo oči (případně mu oči zakryjeme šátkem), a necháváme ho rukama poznávat známé objekty (hračky, předměty denní potřeby).
 - Kreslení na záda – dítěti kreslíme na záda jednoduché obrázky nebo písmena a dítě má za úkol je poznat.
 - Pohybová sestava – předvádíme různé pohyby, resp. pozice, a dítě je opakuje (rozpažení, předklon, spojení rukou za zády, vzpažení levé ruky a upažení pravé ruky, otočení těla vpravo o 360° apod.). Můžeme též ukázat sérii tří až čtyř pohybů či pozic a dítě má za úkol sérii ve stejném pořadí zopakovat.

Vnímání tělesného schématu

- další úrovní vývoje schopnosti prostorové orientace
- Jedná se o schopnost orientace na vlastním těle, znalost jeho jednotlivých částí a vnímání jeho celkového uspořádání.
 - Vnímání tělesného schématu ověřujeme prostřednictvím úloh, ve kterých dítě ukazuje na vlastním těle jednotlivé části těla dle pokynu (ukaz mi na svém těle rameno, oko, palec ruky, loket, koleno, bradu atd.). Můžeme též doplnit úlohou, kdy žák ukazuje části těla na těle druhé osoby (ukaz mi, kde mám dlaň, nos, ucho, lýtko...). Můžeme též klást doplňující otázky k proporcím a organizaci těla (např. Co je delší, ruka, nebo noha? Co máš na hlavě jednou a co dvakrát? Jsou ramena širší než hlava?). Pokud dítě nezná všechny pojmy, zaznamenáme si, které pojmy nezná, a ty ho postupně naučíme.

- Schopnost prostorové orientace dítěte, které se má začít učit číst, psát a počítat, by měla zahrnovat schopnost rozlišení pojmů nahoře – dole, vpředu – vzadu i vpravo – vlevo.

VIZUOMOTORICKÁ KOORDINACE

- schopnost integrace zrakové informace a motorické aktivity
- Uplatňuje se zejména při nácviu tvarů písmen a obecně při vykonávání motorické činnosti podle vzoru
- Vizuomotorickou koordinaci hodnotíme a rozvíjíme v následujících úlohách:
 - o Cestičky – dítě má za úkol vést nepřerušovanou čáru ve vymezeném prostoru. Nejprve volíme rovné širší čáry vymezující prostor, ve kterém dítě čáru vede, postupně prostor zužujeme a také volíme zakřivenou čáru (viz příklad).
 - o Překreslování podle vzoru – dítě má za úkol překreslit obrázek podle vzoru. Dítě, které si má začít osvojovat psaní, by již mělo být schopné napodobit tvary připomínající psací písmo.

1) PEDAGOGICKÁ DIAGNOSTIKA

- provádí učitel na ZŠ, školní speciální pedagog
- východiskem pro stanovení podpůrných opatření ve škole, navržení konkrétních intervenčních opatření
- v případě podezření na SPU navrhuje rodičům vyšetření ve ŠPZ
- **pedagog sleduje základní oblasti:**
 - ve čtení
 - znalost písmen, úroveň čtení a popis obtíží
 - čte s tichým skladem po písmenech + slabikuje vše nebo jen obtížná slova
 - nezvládá skupiny souhlásek, které souhlásky zaměňuje
 - přehazuje písmena
 - čte či nečte s porozuměním
 - přeřikává se, ukazuje si
 - v psaní
 - kterou rukou píše + úchop psacího náčiní
 - jak zvládá tvary písmen a velikost, sklon písma, úhlednost a dodržení lineatury
 - tempo psaní
 - jakých chyb se dopouští (záměny, vynechávky, délka samohlásek, měkčení, inverze) → zda jsou obtíže nápadnější v diktátu nebo v přepisu
 - v počítání
 - potřeba opory o názor
 - potíže s přechodem přes desítku
 - zvládání matematických operací a slovních úloh
 - základy v geometrii
 - potíže v ostatních předmětech
 - úroveň řečového projevu
 - schopnost soustředit se
 - chování dítěte
 - schopnost socializace jedince – adaptace, spolupráce se spolužáky
 - podřízení se autoritě, vztah ke školní práci, rodinné prostředí

2) DIAGNOSTIKA NA ODBORNÉM PRACOVÍŠTI – SPECIÁLNĚ PEDAGOGICKÁ DIAGNOSTIKA

- v PPP, SPC
- vyhláška č. 72/2005 sb., o poskytování poradenských služeb ve školách a školských poradenských zařízeních)
- na stanovení diagnózy spolupracuje: **psycholog, speciální pedagog, sociální pracovník**, další specialisté (dle potřeby – neurolog, foniatr, oftalmolog, pediatr)

- průběh:
 - a) **úvodní vyšetření:**
 - rozhovor s rodiči, rozhovor/písemné sdělení učitele, rozhovor s dítětem
 - zpracování osobní anamnézy, rodinné anamnézy a anamnézy prostředí
 - b) **diagnostika**
 - stanovení úrovně rozumových schopností dítěte, standardizované testy, vyšetření inteligence je nezbytnou součástí → provádí psycholog
 - c) **speciálněpedagogická diagnostika**
 - analýza pedagogických údajů, vyšetření výukové úrovně a percepčně motorických funkcí → provádí speciální pedagog
 - d) **závěrečné vytvoření diagnostické zprávy**
 - na základě komplexního vyšetření a poradenské pomoci - vypracována **zpráva a doporučení**
 - jsou zde uvedeny komplexní výsledky diagnostiky s určitými návrhy na metodická a didaktická doporučení
- přihlíží se také ke školnímu dotazníku → používají se standardizované baterie, které jsou doplňované samostatnými testy
- na základě výsledků je možné nastavit vhodnou reedukaci těchto poruch
- **oblasti speciálněpedagogické diagnostiky:**
 - ✓ sluchového a zrakového vnímání
 - ✓ motorických funkcí (hrubá a jemná motorika, grafomotorika, motorická a senzomotorická koordinace)
 - ✓ sledování vlastního výkonu čtení, psaní a počítání → rozlišuje specifickou a nespecifickou chybovost
 - ✓ kolísání schopnosti koncentrace pozornosti, kolísání výkonu, unavitelnost nebo schopnost regenerace při práci
 - ✓ průvodní jevy v chování dítěte – zvolené postupy při řešení, návyky a dovednosti

Diagnostické nástroje ve vztahu k žákům s SPU

- vyšetření inteligence je nezbytnou zkouškou celého diagnostického procesu
- podává významnou informaci o úrovni rozumových schopností a může odhalit řadu případů tzv. nepravých dyslexií
- provádějí ho pouze psychologové pomocí standardizovaných testů
- **testy rozumových schopností**
 - o Stanford-Binetův test inteligence
 - o Wechslerovy zkoušky inteligence pro děti (WISC-III R, WAIS-R, PDW)
 - o Kaufmanova hodnotící baterie pro děti (K-ABC)
- **Vyšetření výkonu čtení**
 - o Sledujeme rychlost čtení
 - o porozumění čtenému textu
 - o analyzujeme chyby ve čtení
 - o sledujeme chování dítěte při čtení
 - **normované texty vypracované Z. Matějčkem a kol.**
 - rychlost čtení je vyjádřena čtenářským kvocientem (ČQ)
- úroveň písemného projevu
 - o možné posoudit rozbořem jeho školních sešitů, z diktátu, opisu a přepisu
 - o hodnotí se kvalitativní a kvantitativní znaky písemného projevu (tvar písma, přehazování písmen, vynechávání háčeků, teček, ..., nerozlišuje měkčení, apod.)
- úroveň matematických schopností
 - o specifická součást inteligence
 - o pro diagnostiku dyskalkulie: Baterie testů (Psychodiagnostika Brno, J. Novák) → zahrnuje testy: Barvná kalkulie, Kalkulie IV, Číselný trojúhelník, Rey-Ostheriethova komplexní figura
- poruchy sluchového a zrakového vnímání

- lateralita
- poruchy vnímání prostorové orientace
- vyšetření představy prostoru
- vnímání časové posloupnosti
- NEMŮŽEME DIAGNOSTIKOVAT SPU V PŘEDŠKOLNÍM VĚKU, ALE MŮŽEME DIAGNOSTIKOVAT DEFICITY JEDNOTLIVÝCH DÍLČÍCH FUNKCÍ + EXTRÉMNÍ ODCHYLKY V PSYCHOMOTORICKÉM VÝVOJI

Varovné signály SPU v předškolním věku

- Tradičně se uvádí, že SPU lze identifikovat až v době školní docházky → nejvýrazněji se totiž projeví při osvojování čtení, psaní a počítání (někdy trvá několik let, než se potíže objeví – např. že si učitel dokáže s nedostatky poradit, dítěti se daří kompenzovat („maskovat“) dílčí deficity
- Někdy si lze už v předškolním věku všimnout varovných signálů
- **Screening** = vyšetření, které provádíme u dětí předškolního věku a u žáků po nástupu do školního vzdělávání → jsou zkoumány rizikové faktory, které přinášejí výukové obtíže

Rizikové faktory:

- Výraznější logopedické obtíže
 - o dlouhodobé obtíže s nácvičkou výslovnosti různých hlásek
 - o řeč se mu nedaří správně uchopit
 - o obtížně se učí nová slova, chybí v jejich výslovnosti
 - o v řeči se objevují nesprávné výrazy nebo gramatické chyby
→ příznaky vývojové dysfázie → ta jde často ruku v ruce s dyslexií, která se objeví v pozdějším věku
- Obtíže s uvědoměním si hlásek ve slovech (tzv. fonemické uvědomění)
 - o Děti si postupně začínají uvědomovat, že se slova skládají z menších částí → nejprve si osvojují slabikování → poté to, že se slova skládají z hlásek → určí první hlásku ve slovech → uvědomují si poslední hlásku → v průběhu začátku školní docházky umí bezpečně určit všechny hlásky
 - o Bez této dovednosti nelze osvojit adekvátně čtení a psaní
 - o Pokud dítě žádnou z uvedených dovedností nezvládá, lze to opět pokládat za varovný signál
- Zraková percepce
 - o důležité je i to, co vidíme → to se také během předškolního věku vyvíjí
 - o v době nástupu do školy by mělo:
 - určit odlišnost podobných tvarů či obrazců
 - umět identifikovat figuru a pozadí
 - nalézt shodné obrazce mezi podobnými
- předčíselné představy
 - o pro nácvičku počítání je důležité umět určit
 - co je větší a menší
 - delší a kratší
 - silnější a tenčí
 - názvy základních geometrických tvarů (kruh, čtverec, trojúhelník, obdélník)
 - o pokud tápe, důležité cíleně trénovat
- malování
 - o předškolák by měl správně držet pastelky i tužku
 - o měl by umět namalovat alespoň některé základní tvary (kruh, vlnka, svislá a vodorovná čára, kličky a klikaté čáry)
 - o pokud vůbec nebere do ruky pastelky, má ke kreslení odpor, stále jen čmárá – hrozí po nástupu do školy obtíže při nácvičce psaní
- trable se zapamatováváním jmen, básniček, písniček
- trable s udržováním konverzace, formulováním vět, rychlými reakcemi na promluvy druhých

- žádný z uvedených projevů sám o sobě nemusí nic znamenat → varováním může být spíše kombinace více obtíží současně
- zmíněné deficity mohou být důvodem pro odklad školní docházky ALE všechny dovednosti lze trénovat a zdokonalovat ALE nelze slíbit, že když se obtíže odstraní, SPU se neobjeví

Ke screeningu rizikových faktorů lze použít **testy a preventivní programy**:

Prediktivní baterie testů pro předvídání obtíží ve čtení podle A. Inizana (česká verze Lazarová)

- predikují nejen obtíže ve čtení, ale úspěšnost dítěte ve škole vůbec
- **Sheffieldský screeningový test diagnostiky dyslexie pro předškolní věk** (upravila Zelinková)
 - Sleduje oblast vývoje sluchového vnímání a rýmování, JM a tělesné stability, paměť a schopnost kopírování tvarů
- **Škála rizika dyslexie pro předškolní věk M. Bogdanowicz**
 - Lze využít také pro posouzení školní zralosti – sleduje oblast motoriky, senzomotoriky, laterality, prostorové orientace a orientace v tělovém schématu, zrakovou pozornost, paměť a vývoj řeči X chybí oblast sluchového vnímání
- **Test rizika poruch čtení a psaní pro rané školáky** (Kucharská a Švancarová)
 - Zrakové a sluchové vnímání, motoriku, artikulační neobratnost, smysl pro rým a rytmus
- **Předcházíme poruchám učení B. Sindelarové**
- **Diagnostika dítěte předškolního věku** (J. Bednářová a V. Šmardová)
 - Motorika, ZV, SV, paměť, vnímání prostoru a času, řeči, základních matematických představ, sociálních dovedností, sebeobsluhy a hry
 - Doplněno pracovními sešity

Podpora žákům s SPU

- Musí být zaměřena v různých rovinách:
 - **Vztahy** – nemusí se přes své deficity cítit emocionálně přijati → nutné posilovat jejich sebevědomí (využívat kompenzační činitele, zaměřit se na to co zvládá a co ho zajímá, hovořit s žáky o skutečných příčinách jejich selhávání)
 - **Konzultace s rodiči** – zaměřujeme se na odbourávání pocitů viny souvisejících s neúspěchem jejich dítěte, objasnit jim emocionální situaci dítěte (pocity selhávání, snížené sebevědomí, neschopnost vyjádřit své pocity)
 - **Výkonnost** – nutné, aby žáci nebrali své chyby jen jaké něco negativního, ale chápali je jako podstatnou součást učebního procesu → učit je jak pracovat s chybou, postavit to na jeho silných stránkách

Poradenské služby pro žáky se SVPU

- **ŠPZ (Školská poradenská zařízení)**
 - PPP (Pedagogicko-psychologická poradna)
 - SPC (Speciálně pedagogické centrum)
- **ŠPP (Školní poradenské pracoviště)**

Reedukace SVPU

Vymezení reedukace

- náprava, obnovení, rozvoj porušených nebo nerozvinutých funkcí
- soubor všech speciálně pedagogických metod a postupů, které jsou zaměřeny na rozvoj porušených nebo nevyvinutých funkcí → v případě SVPU se jedná o rozvoj funkcí potřebných pro čtení, psaní, počítání
- náročný a dlouhodobý diagnosticko-terapeutický proces, jehož cílem je odstranění nebo zmírnění obtíží dítěte a zlepšení celkového stavu psychiky dítěte
 - podílí se na něm jak děti se SVPU, tak rodiče, vyučující a další odborníci
 - Individuálně X skupinově (5) → od toho se odvíjí obsah reedukační práce

- neprobíhá jen na pracovišti, ale měla by probíhat i v přirozených podmínkách (spec. Pedagog navštíví ČJ, M, TV) – může zůstat i na přestávku

Zásady reedukace

- individuální proces
- reedukace vychází z rozboru příčin, z diagnostiky odborného pracoviště → zpráva, která obsahuje typ poruchy a stupeň závažnosti a její projevy + konkrétní doporučení pro reedukaci = na jakou oblast se u dítěte zaměřit
- reedukace není doučování
- orientační program reedukace s konkrétním dítětem
- začátek reedukace by měl vždy probíhat na úrovni, jakou ještě dítě s jistotou zvládá → poté se teprve obtížnost zvyšuje
- pozitivní motivace a vyjádření podpory, nezdůrazňovat chyby
- začínat vždy nácvikem percepčně-motorických funkcí- vždy by se mělo začínat se smyslovým cvičením
- používáme multisenzorický přístup
- přitažlivá reedukační cvičení
- není důležitá kvantita, ale kvalita proto by měla být reedukace spíše kratší a probíhat častěji
- zhodnocení efektu reedukace

Oblasti reedukace

- cílena do 3 oblastí, které se vzájemně prolínají:
 - funkcí, které společně podmiňují poruchu
 - utváření dovedností správně číst, psát a počítat
 - působení na psychiku jedince s cílem naučit jej s poruchou žít, utváření adekvátního konceptu sebe samého
- **poruchy jednotlivých funkcí**
 - u některých typů SVPU stejné či obdobné, některé jsou typické pro jednu danou poruchu, ale mohou se objevit i u jiných typů → z toho důvodu je nutné vědět, jaké potřeby má daný žák se SVPU, které dílčí funkce jsou poškozené, nezvinuté, v jakém rozsahu a v jaké kombinaci

Reedukace percepčně-kognitivních funkcí

Sluchové vnímání

- cvičení sluchové analýzy, syntézy
- cvičení sluchového rozlišování
- vnímání a reprodukce rytmu
- nácvik sluchové paměti, sluchové orientace
- nácvik naslouchání a vnímání zvuků

Zrakové vnímání

- rozlišování figury a pozadí
- cvičení zrakové analýzy, syntézy
- cvičení zrakového rozlišování
- cvičení očních pohybů
- rozlišování barev, velikosti, tvarů
- nácvik zrakové paměti

Prostorová orientace

- nácvik orientace v prostoru
- nácvik pravolevé orientace

Serialita

- vnímání časového sledu

Reedukace čtenářských dovedností

- rozvíjení percepčně-motorických funkcí, řeči a dalších dovedností, které se čtením souvisí

Nácvik čtení

- **Technická stránka čtení**

- osvojení písmen
- rozlišování a fixace tvarově podobných písmen
- spojení písmen do slabik a slabik do slov
- čtení vět a souvislého textu
- **Pomůcky:** Textilní písmena, kostky s písmeny, postřehovací slabiky, čtenářské tabulky, čtecí záložky/okénka, vytvořené karty s písmeny (tiskací/psací/velká/malá), pracovní sešity...
- **Porozumění čtenému textu** – klademe návodné otázky, předvídání, plnění úkolu s využitím poznatků z textu, kombinace poslechu s vlastní četbou...

Reedukace dysgrafie

- rozvoj motoriky, grafomotoriky
- jemná motorika – navlékání korálků, omalovánky, modelování, třídění drobných předmětů, dále např. k namotávání cívek, uvolňovací cviky
- hrubá motorika – pohyby dlaní, paží v úvodu hodiny
- **Pomůcky:** nástavce na psací náčiní, využití sešitu s pomocnými linkami, stírací tabulky, vhodné psací potřeby

Reedukace dysortografie

- zaměřujeme se na: nedostatečně rozvinuté percepčně-kognitivní funkce, odstraňování specifických chyb a na zvládnutí mluvnického učiva
- vhodné – zejména činnosti a hry, které slouží k nácviku sluchové analýzy, syntézy a sluchového rozlišování
- rozlišování měkkých a tvrdých slabik
- reedukace vynechávání písmen ve slovech
- rozlišování krátkých a dlouhých samohlásek
- rozlišování hranic slov v písmu
- rozvoj slovní zásoby, osvojování a fixace pravopisných pravidel
- **Pomůcky:** mačkadla, bzučák, dysortografické tabulky, pracovní sešity

Reedukace dyskalkulie

- rozvíjení percepčně-motorických funkcí a dalších dovedností, které s počítáním souvisí.
- předčíselné představy (třídění předmětů podle tvaru, barvy...)
- číselné představy (utváření pojmu číslo – využívání názorných pomůcek)
- základní matematické operace (slovní vyjádření příkladu, žák ukazuje, které znaky by použil...)
- slovní úlohy (využití herních situací k tvoření příkladu – příklady se zvířátky, pomocí manipulace s předměty)
- geometrie
-

ROZDÍL MEZI DYNAMICKOU A STATICKOU DIAGNOSTIKOU

Statická (standardizovaná, nestandardizovaná)	Dynamická
• Zjištění aktuálního výkonu dítěte • Obsah vázaný na znalost, zkušenost • Prezentace podnětového materiálu, sběr dat i jejich vyhodnocení probíhá podle striktních pravidel.	• Důraz kladen na proces • Zjištění potenciálu učít se • Učení součástí diagnostiky • Výkon s asistencí dospělého, zprostředkované učení

15. Úloha rodičů v diagnostickém procesu – jak mohou rodiče přispět k diagnostickému procesu a jaký mají vliv na výsledky?

- Rodiče jsou klíčovými informátory o vývoji dítěte, jeho chování a případných obtížích
- Jsou prvními, kdo si často všimnou odchylek nebo problémů (např. opožděný vývoj řeči, obtíže se soustředěním, změny v chování)
- Mohou poskytnout informace o rodinném zázemí, genetických predispozicích a raném vývoji dítěte

Jak mohou rodiče přispět k diagnostickému procesu?

- Poskytování anamnestických údajů
 - o Těhotenství a porodní anamnéza (komplikace, předčasný porod, hypoxie aj.)
 - o Raný vývoj (motorický, kognitivní, řečový, sociální)
 - o Vývojové milníky a jejich případné opoždění
 - o Rodinná anamnéza (dědičné predispozice, psychické poruchy, neurologické onemocnění)
- Spolupráce při vyšetření
 - o Vyplňování dotazníků a škál (např. ADHD dotazníky, hodnocení autistických rysů)
 - o Pozorování dítěte v domácím prostředí a sdílení poznatků s odborníky
 - o Aktivní účast na rozhovorech s psychologem, speciálním pedagogem nebo lékařem
- Podpora dítěte v průběhu diagnostiky
 - o Pomoc dítěti zvládnout stres z vyšetření
 - o Motivace ke spolupráci s odborníky
 - o Zajištění vhodných podmínek pro testování (např. dostatek spánku, klidné prostředí před testováním)

Vliv rodičů na výsledky diagnostiky

a) Pozitivní vliv

- Otevřenost a upřímnost při sdělování informací odborníkům
- Aktivní zájem o diagnostiku a následná doporučení
- Spolupráce s odborníky na dalším postupu (terapie, speciální pedagogická podpora)
- Motivace dítěte
 - o Pokud rodiče dítě podporují a vysvětlují mu smysl vyšetření, dítě se chová přirozeněji a podává lepší výkon.
 - o Naopak stres nebo negativní přístup rodičů může vést ke zkreslení výsledků (např. úzkost, neochota spolupracovat).

b) Negativní vliv

- Popírání či zkreslování informací (např. bagatelizace problémů, vyhýbání se nepříjemným tématům) → To může ovlivnit přesnost diagnostiky a doporučení odborníků
- Ovlivnění dítěte v odpovědích (např. přímé navádění dítěte, odpovídání za něj)
- Nedostatečná podpora dítěte v průběhu diagnostiky (stresové situace, tlak na výkon)
- Dítě vyrůstající v podnětném a stabilním prostředí má často lepší výsledky než dítě z nefunkční rodiny, i když mají podobné obtíže.
- Rodiče mohou (ne)vědomě přispívat k problémům dítěte – např. přílišná přísnost, nedostatek hranic, nedostatek emocionální podpory.
 - o Rodiče jsou nepostradatelnou součástí diagnostického procesu
 - o Jejich aktivní spolupráce a otevřený přístup mohou významně přispět k přesné diagnostice a následné podpoře dítěte
 - o Naopak, jejich nepřipravenost nebo zkreslování informací může výsledky negativně ovlivnit
 - o Proto je klíčové, aby odborníci s rodiči aktivně komunikovali a podporovali je ve spolupráci

Důležitost spolupráce rodičů s odborníky

- Multidisciplinární přístup (spolupráce rodičů, psychologů, pedagogů, lékařů).
- Vzdělávání rodičů v problematice dítěte.
- Následné kroky po diagnostice – plánování podpory dítěte, terapeutických intervencí, spolupráce se školou.
- Rodič se vzhledem ke zdravotním problémům svého dítěte ocitá společně s ním ve středu odborné, mnohdy celoživotní péče → Musí nést odpovědnost z hlediska zvládání situací vyplývajících z léčby a provádění např. rehabilitačních či jiných odborných terapií (operace, speciální vyšetření, následná péče, docházka do školy, výběr pomůcek)
- Rodič se velmi často (bez ohledu na svoje vzdělání a předchozí zkušenosti) učí pracovat s vlastním dítětem odlišným způsobem a strategiemi, než zná ze své vlastní historie a prostředí

Rodič se učí:

- nacházet funkční mechanismy
- rozumět celkové situaci z hlediska zdravotního stavu, psychického vývoje a prognóz vývoje
- chápat své dítě v jeho jinakosti
- rodič velmi často potřebuje slyšet pochvalu, podporu v tom, co se daří. Místo, v praxi obvyklé, v čem jeho dítě zaostává a opakovaně selhává

Rodič potřebuje:

- mít na koho se obrátit/obracet s konzultací své situace
- radit se a sdílet zkušenosti
- dostatek kvalitních informačních a metodických zdrojů
- Z hlediska vyjmenovaných atributů je důležitý podpůrný a PARTNERSKÝ přístup lékařů i dalších odborníků k celé rodině s dítětem s mentálním postižením
- Rodiče nemusí napadnout, že jeho výchovné a pedagogické taktiky jsou neúčinné a neefektivní → Často vychází z vlastního získaného rodinného vzorce, který aplikují na své děti. Avšak v jiné době a na děti s odlišnými potřebami, s kterými často nemají zkušenosti.
- Bez míry uvědomění a náhledu samotného rodiče a jeho snahy pracovat se změnou, je nemožné nastavit efektivní podporu dětem se speciálními potřebami.

Role rodiče v péči o dítě se zdravotním postižením:

- koordinace péče
- participace na realizaci péče
- Jednou ze základních metod, která umožňuje práci s výše jmenovanými faktory, je v raném věku dětí (od 0 do 7 let), individuální **podpora poradcem rané péče**
 - o Poradenství probíhá v domácím prostředí klienta nebo u poskytovatele
 - o Je zaměřeno na základní a odborné poradenství v oblasti sociální a pedagogické péče
 - o Dále podporuje rodiče a jeho dítě v základních informacích, provází ho nácvikem speciálních metod, používáním speciálních pomůcek a hraček
- Výborným prostředkem sdílení a výměny dobré praxe jsou **svépomocné rodičovské skupiny**
- V pozdějším věku, kdy děti jsou již zařazeny do školského systému, se jedná o společnou participaci převážně na volnočasových aktivitách. Postupem času, je-li to možné, může dojít k zařazení dospělého „dítěte“ na trh práce a do podporovaného bydlení
- Rozvolnění rukou rodiče a „**sdílení péče**“ o své dítě s jinými pečujícími složkami, je důležitou součástí kvality života celé rodiny
 - o Sdílená péče je proces, který probíhá v rámci tzv. komplexní péče o dítě se zdravotním postižením
 - o Ve středu této péče vždy stojí rodiče s dítětem se zdravotním postižením, kteří jsou v neustálé interakci s dalšími odborníky vstupujícími do péče (zdravotníci, sociální pracovníci, pedagogové)
 - o Smyslem je pomoc a podpora vedoucí k otevření a upevňování procesu osamostatňování dětí se zdravotním postižením

- jedná se o cílenou přípravu samotných rodičů a dítěte na příjem péče ze strany i jiné osoby, než je rodič či jiný rodinný příslušník (např. asistent, školské zařízení, poskytovatelé soc. služeb)
- Cílem je využití stávajících nabízených specializovaných, zejména sociálních služeb člověkem, který tuto pomoc potřebuje
- Následný efekt oddělení (separace) a soběstačnost dítěte se zdravotním postižením vede ke snížení závislosti péče na rodičích s dopadem na udržení a upevnění zdravých rodinných vztahů
- Smyslem procesu sdílené péče je nastavení aktivní spolupráce rodičů a jejich dětí se ZP na zajištění aktivit všedního dne (soběstačnost a sebeobsluha) s cílem zvyšování kvality života celé rodiny.

Co rodiče ovlivňuje a limituje:

- psychický stav
- neporozumění odborné terminologie ze strany odborníků
- nedostatek podpory/času ze strany odborníků
- nedostatek dobrých a kvalitních informačních zdrojů
- nedostatek sdílení příkladů dobré praxe jinými rodiči

Rodič potřebuje:

- kvalitní informační zdroje, kterým rozumí a může se k nim kdykoliv vracet a které reflektují měnící se potřeby dítěte se ZP s ohledem na věk, druh a stupeň postižení
- psychologickou pomoc a podporu rodiče se zaměřením na jeho stabilizaci
- partnerský a trpělivý přístup odborníků k rodiči a jeho dítěti
- sdílet s ostatními, vyměňovat si zkušenosti (např. ve svépomocných skupinách)

Co potřebuje dítě:

- mít možnost participovat na všedních denních aktivitách úměrně svému věku a schopnostech
- úměrnou podporu
- přiměřenou pomoc, která by se dala vyjádřit „Pomoz mi, abych to dokázal sám.“

Faktory ovlivňující chování rodičů mentálně postiženého dítěte směrem k odborníkům

- Mezi nejčastější faktory ovlivňující chování, postoj a životní aktivitu rodičů patří:
 - neošetřená/nezpracovaná akutní stresová porucha pramenící z narození dítěte se zdravotním postižením
 - dlouhodobé stresové nebo krizové stavy rodičů pramenící z náročné péče o dítě se ZP
 - neporozumění informacím a neschopnost s nimi pracovat

1. Akutní stresová porucha

- a. může vzniknout u některých rodičů při sdělování prvotní diagnózy nebo v okamžiku sdělování prognóz vývoje
- b. na projevech se může podílet nešetrné sdělování informací bez následné podpory

2. Posttraumatická stresová porucha (nebo také posttraumatický stresový syndrom)

- a. přináší přechodné poruchy zahrnující příznaky s projevy např. výrazné úzkosti, hněvu, neadekvátní hyperaktivity nebo nekontrolovatelného zármutku
- b. Mohou nastávat i poruchy spánky, koncentrace
- c. V případě podezření je potřebné rodiče dítěte s mentálním postižením podpořit citlivým, empatickým přístupem, případně předat kontakt na krizové centrum
- d. Při komunikaci velmi pomáhá dodržovat některá pravidla krizové intervence, a to zejména kladením otevřených otázek, nasloucháním a snahou porozumět potřebám
- e. Taktéž snaha podporovat klienta tzv. normalizací jeho reakcí např. jedná se o normální reakce v nenormální situaci.

3. Dlouhodobé stresové nebo krizové stavy rodičů souvisí s nejistotou a neporozuměním co se s jeho dítětem děje a co potřebuje, neuspokojením rodiče až frustrací z dlouhodobých neúspěchů svého dítěte, které logicky bere jako svá selhání

4. Z hlediska komunikace a kontaktu rodič – odborník

- a. je nutné si uvědomit, že mnohá nepochopení a neadekvátní a emotivní reakce rodiče pramení právě z dlouhodobé celkové zátěže rodiče a nezvládnutých stresových stavů
 - b. Dlouhodobé stresové stavy ovlivňují nejen fyzický stav (nemocnost, aktivitu rodiče), ale mimo jiné vnímání a vzájemnou komunikaci se všemi složkami péče a podpory.
- 5. **Komunikace odborníka/poskytovatele služby v okamžiku kontaktu opět vyžaduje dodržování pravidel krizové intervence a jednoduchými srozumitelnými informacemi, ke kterým je třeba se opakovaně vracet a pracovat s nimi**
- 6. **Odborník musí počítat s tím, že rodič mnohdy NEUMÍ formulovat zakázku**
 - a. co chce, co potřebuje, čemu nerozumí nebo proč se zlobí
 - b. na formulaci zakázky je třeba společně pracovat
 - c. Porozumění informacím, jejich interpretace a používání v praxi je pro rodiče součástí procesu učení se v oblasti speciální péče o své dítě.
- 7. **Správné informace, ve správný čas, na správném místě**
 - a. je důležité, aby rodič měl pro vzdělávání se ve speciální péči o své dítě a o sebe kvalitní informační zdroje, ke kterým se může vracet a pracovat s nimi
 - b. Mohou to být knihy, časopisy, internetové stránky
 - c. Nestačí však jen soubor informací
 - d. Rodič zpracovává sdělované informace prostřednictvím zkušeností prožitku, to je postupným prožíváním jednotlivých etap vývoje svého dítěte
 - e. Získané poznatky používá v praxi, sleduje výsledky procesu, na jehož základě se spojí kruh porozumění – co dělám, jak to dělám a proč to dělám
- 8. Příkladem mohou být prováděné **pedagogické, fyzioterapeutické, ergoterapeutické stimulační a nácviky, ritualizace chování, důsledný respektující přístup, speciální komunikační metody**
- 9. Nedílnou součástí učícího procesu je **podpora rodiče odborníkem z hlediska následné zpětné vazby** prováděných úkonů, výměna zkušeností příkladů dobré praxe a v neposlední řadě podpůrný partnerský přístup zaměřený na podporu a pochvalu.

17. Základy psychodiagnostiky u dětí – které psychologické testy a metody se používají u dětí raného a předškolního věku?

https://psych.upol.cz/fileadmin/userdata/FF/katedry/pch/studentum/Studium/Bc/Bc._nova_akreditace/Psychodiagnostika_dospelych_a_deti.docx

Okruhy (je zde vždy určitá kategorie a nabídka testů)

Předmět: Psychodiagnostika dětí a dospělých

Garant: doc. PhDr. Radko Obereignerů, Ph.D.

Psychodiagnostika dětí

25. Vymezení psychodiagnostiky dětí

- Vymezení psychodiagnostiky dětí jako součásti dětské klinické psychologie, specifické rysy psychodiagnostiky dětí, zvláštnosti vyšetření adolescentů, strategie klinicko-psychologického vyšetření dětí, vedení vyšetření a dokumentace. Aplikační oblasti psychodiagnostiky dětí. Charakteristika vývojových poruch.

26. Klinické a interakční metody v dětské psychodiagnostice

- Diagnostický rozhovor s dítětem, s rodinou, pozorování, anamnéza, analýza výtvarů dítěte. Pomocné metody k pozorování a vedení rozhovoru.
- Testy zkušební okruhu: Projektivní interview, Dotazník chování předškolních dětí (DCHP), Vernonův záznamový arch

27. Diagnostika útlého věku

- Charakteristika novorozeneckého, kojeneckého a batolecího vývojového období. Zvláštnosti diagnostiky dětí útlého věku. Význam a klinické využití vývojových škál a testů raného psychického vývoje.
- Testy zkušební okruhu: *Škály chování novorozence*: Skóre Apgarové, Brazeltonova neonatální behaviorální škála (NBAS), Neurobehaviorální posouzení nedonošených dětí (Kornerové škála, NAPI). *Vývojové škály do tří let věku*: Gesellovy vývojové škály, Bayleyové vývojové škály (BSID), Bühlerové-Hetzerové Kleinkindertest, Mnichovská funkční vývojová diagnostika, Griffithové škála. Kochův záznam neuropsychického vývoje, Kovaříkův vývojový screening, Metoda domácího pozorování (HOME, Caldwell, Bradley), Posuzovací škála normálního vývoje sluchu a řeči (NIDCD)

28. Diagnostika v předškolním období a diagnostika školní zralosti

- Charakteristika vývojového období před vstupem do školy, znaky školní zralosti, školní nezralost. Vyšetření řeči u dětí.
- Testy zkušební okruhu: Vinelandská škála sociální zralosti, Orientační test školní zralosti, Zkouška znalostí předškolních dětí, Obrázkově slovníková zkouška, Pozorovací schéma na posuzování školní zralosti, Posouzení školní zralosti (IMV-5), Test laterality, Zkouška duševního obzoru a informovanosti (DOI), Heidelberský test řečového vývoje (HSET), Peabodský obrázkově slovníkový test, IV. vydání

29. Výkonové testy a testy inteligence

- Specifika a diagnostické využití inteligenčních testů u dětí. Charakteristika významných inteligenčních souborů.

- Testy zkušebního okruhu: Stanfordský-Binetův inteligenční test IV. revize (SB-IV), Woodcock-Johnsonův test kognitivních schopností (WJ-IE-Cog), Ravenovy barevné matice, Kohsovy kostky, Wechslerova inteligenční škála pro předškolní děti (WPPSI-IV), Test struktury inteligence (IST-70, IST-2000-R), Inteligenční a vývojová škála pro děti ve věku 5 - 10 let (IDS), Inteligenční a vývojová škála pro předškolní děti (IDS-P)

30. Výkonové testy a testy inteligence – Wechslerova inteligenční škála pro děti (WISC-III),

- Charakteristika metody, její struktura.
- Výsledkové ukazatele (inteligenční kvocienty, indexové skóry) a jejich využití v klinické psychologii a školní psychologii (např. význam pro diagnostiku specifických vývojových poruch učení).

31. Testy speciálních schopností pro děti – testy motoriky, zrakové a sluchové percepce, čtení a psaní

- Test jednotlivých smyslových modalit, testy jemné motoriky. Význam diagnostiky smyslových postižení.
- Testy zkušebního okruhu: Test motoriky pro děti (MABC-2), Oseretzkého škála, Orientační test dynamické praxe (OTDP), Zkouška sluchové diferenciaci, Zkouška sluchové analýzy a syntézy, Zkouška čtení, Zkouška psaní a pravopisu, Edfeldtův reverzní test, Rekogniční test reverzní tendence, Test diskriminace tvarů, Vývojový test zrakového vnímání

32. Testy speciálních schopností pro děti – testy pozornosti, paměti a schopnosti učení

- Vývoj a charakteristiky pozornosti u dětí, možnosti jejího testování. Stručné rozdělení paměti (časové hledisko, modalita paměti) a možnosti její diagnostiky. Učení a jeho vymezení.
- Testy zkušebního okruhu: Číselný čtverec, Číselný obdélník, Test koncentrace pozornosti, Bourdonův test, Test cesty (TMT), Test nacházení známých obrázků (TE-NA-ZO) Rey-Osterriethova komplexní figura (ROCF), Bentonův vizuálně-retenční test (BVRT), Paměťový test verbálního učení

33. Neprojektivní kresebné techniky

- Stádia vývoje dětské kresby. Význam diagnostiky kresby. Významné odchylky neprojektivní povahy u vybraných psychopatologických kategorií (ADD/ADHD, mentální retardace, pervazivní vývojové poruchy)
- Testy zkušebního okruhu: Kresba postavy, Zkoušky obkreslování, Bender-Gestalt test

34. Projektivní metody

- Specifika projektivních metod u dětí, jejich využití v oblasti klinické psychologie, poradenské a školní psychologie. Nositelé projekce v kresebných testech. Vývojová specifika projekce u dětí.
- Testy zkušebního okruhu: Rorschachův test (vývojová stádia), Dětský apercepční test (CATO), Tématický apercepční test (TAT), Apercepční karty pro adolescenty (AAC), Rosenzweigův obrázkově frustrační test pro děti (PFT, PFT-CW), Test ruky, projektivní ukazatele kresebných testů (Test kresby lidské postavy, Test stromu, Kresby rodiny, Kresba začarované rodiny), Scénotest, Projektivní test citové vazby pro adolescenty (AAP), Test barevného diferenciálu (TSBD)

35. Testy osobnosti

- Vývoj osobnosti u dětí, základní přístupy, vybrané teorie osobnosti, otázky psychopatologického vývoje osobnosti u dětí. Komplexní osobnostní dotazníky a inventáře, jednodimenzionální dotazníky psychických vlastností a stavů.
- Testy zkušebního okruhu: Pětifaktorový osobnostní dotazník pro děti (FFPI-C), Eysenckův osobnostní dotazník pro děti (JEPI, B-JEPI), Cattellův osobnostní dotazník pro mládež (HSPQ), Cattellův-Porterův osobnostní dotazník pro děti (CPQ), Škála manifestní úzkosti pro děti (CMAS), Škála klasické sociálně situační anxiety a trémy (KSAT), Dotazník úzkosti a úzkostlivosti u dětí (ŠAD), Dotazník dětské depresivity (CDI)

36. Testy sociálních vztahů

- Vymezení sociálních oblastí dítěte. Specifika sociálních vztahů dle vývojových období.
- Testy zkušebního okruhu: ADOR, Test rodinného systému (FAST), Test rodinných vztahů (A-B), Rohnerova diagnostika rodinných vztahů, Škála rodinného prostředí, Test morální zralosti Kotáskové, Dotazník sebepojetí školní úspěšnosti (SPAS), Škála sebepojetí u dětí, 2. vydání (PHSCS-2)

37. Diagnostika u organických poškození CNS, diagnostika mentální retardace

- Vymezení organického postižení a jeho projevy u dětí. Vymezení termínu mentální retardace, rozdělení, klinické projevy
- Diagnostické možnosti, příklady doporučených diagnostických metod.

38. Diagnostika psychické deprivace, diagnostika v soudně znalecké praxi

- Vymezení psychické deprivace, klinické projevy u dětí do tří let, v předškolním období, v období školní docházky a puberty, důsledky psychické deprivace.
- Příklady doporučených diagnostických metod.

39. Diagnostika specifických vývojových poruch učení

- Výskyt, příčiny, druhy poruch a jejich projevy (dyslexie, dysgrafie, dysortografie, dyskalkulie).
- Možnosti diagnostiky vývojových poruch učení, včetně širších diagnostických okruhů – posouzení auditivní analýzy a syntézy řeči, auditivní diferenciací, vizuálního a prostorového rozlišování, pozornosti, slovní zásoby, matematických dovedností.

40. Diagnostika pervazivních vývojových poruch (poruchy autistického spektra)

- Rozdělení a klinické projevy pervazivních vývojových poruch, příklady doporučených diagnostických metod.
- Metody zkušebního okruhu: Diagnostika a hodnocení poruchy autistického spektra (ADOS-2), Škála dětského autistického chování (CARS), Dětské autistické chování (DACH), Diagnostické interview autismu (ADI-R), Australská škála Aspergerova syndromu, Screening Aspergerova syndromu (ASSQ), Modifikovaná škála autistických projevů v batolecím věku (M-CHAT)

Základní dělení

Psychodiagnostika je aplikovaná psychologická disciplína, jejímž předmětem je pozorování, měření a hodnocení. Cílem psychodiagnostiky je zjišťování a měření duševních vlastností a stavů a konečné stanovení diagnózy.

DIAGNOSTICKÁ ČINNOST – cílem je stanovit diagnózu

1. určení stupně vývoje
2. zjištění příčin odchýlného vývoje od věkové normy
3. zjištění individuálních zvláštností osobnosti
4. zjištění podstaty, podmínek a příčin individuálních rozdílů
5. prognóza nebo predikce

Psychometrický přístup, je charakteristický pro práci s testovými metodami (testová psychodiagnostika). Testové metody (standardizované, psychometrické) – představují standardizovaný způsob vyšetření, při němž dodržujeme určitá pravidla, užíváme jednotných pomůcek a jednotným způsobem vyhodnocujeme získané informace.

Dělíme je:

- a) podle způsobu komunikace – verbální a neverbální
- b) podle počtu zkoumaných dimenzí – jedno- či multidimenzionální
- c) podle zaměření – testy inteligence, jednotlivých funkcí a schop.
- d) podle hlavního principu – testy výkonové, projekční, dotazníkové

Klinický přístup je typický pro práci s klinickými metodami (klinická, netestová psychodiagnostika). Klinické metody (netestové, kvalitativní) – jsou nestandardní postupy, které nejsou psychometricky podloženy. Získané údaje mají kvalitativní charakter (kazuistické zpracování výsledků). Jsou orientovány na poznání konkrétního individua v jeho celistvosti a jedinečnosti. Zachycují jedince v dynamice vývoje a vytváří o něm celkový obraz.

Existují 4 skupiny metod: diagnostický rozhovor, pozorování, získávání anamnestických údajů, hodnocení výtvarů. Klinické metody jsou spíše spojeny s použitím ve zdravotnické oblasti.

- a) klinický postup není vázán přísnými pravidly, nemá statistický základ a proto může obměňují své postupy
- b) testový postup se řídí standardními postupy, jež jsou psychometricky podloženy a nemůžou se libovolně měnit (má statistický základ)

Problémy testování

- testují se často vlastnosti a psychické stavy, které lze měřit jen přibližně
- řada nástrojů je označována jako test, ale nemají funkci měření

Oba přístupy se doplňují :

psychometrický přístup

– vysuzování

neúplná indukce (závěry nelze vysoudit ze všech údajů – skok mezi fakty a závěry)

klinický přístup – naopak, doplnění informací údaji z psychometrických nástrojů

Interpretace psychodiagnostických údajů (vyvoz. závěrů z pdgn údajů)

Interpolace – co je možné vyvodit z výsledků testu (např. osoba se obává soc. kontaktů – dle manuálu)

Extrapolace – časová interpr. – jak se bude chovat v bud. nebo chovala v min.

Transponování – jak se dá výsledek vztáhnout na jiné formy chování

Generalizace – celkový závěr o osobě (je úzkostná a tento rys převažuje)

+ Interpretace: situační, vývojová, neuropsychologická, individuální, syndromologická

Etické souvislosti: existují normy a zásady, jež mají chránit psychodiagnostické metody před zneužitím neodborníky a společnost před neadekvátním používáním testů. Podle zásad

Československé psychologické společnosti může psychodiagnostické metody používat jen odborný psycholog, kt. musí respektovat etický kodex povolání a etické zásady společnosti vůbec. Psycholog nesmí zveřejňovat metody nebo jejich části a nesmí je poskytnout nekvalifikovaným osobám.

Psycholog musí výsledky pečlivě vyhodnotit a interpretovat takové závěry, kt. nepoškodí klienta. Je povinen mlčet ohledně údajů osobního charakteru, kt. při testování získal. Úkolem psychologa není člověka hodnotit, ale poskytnout objektivní informace o jeho osobě, kt. povedou k vyřešení jeho problému. **Objektivita:** výsledky testu tedy musí být nezávislé na osobě, která test předkládá a která jej vyhodnocuje, a ani vyšetřovaná osoba by neměla mít možnost záměrného zkreslení výsledku testu. Instrukce a podmínky pro práci s testem musí být pro všechny testované osoby stejné.

+ ETIKA V PSYCHODIAGNOSTICE:

- používání testových metod
- zásada mlčenlivosti
- vztah psychologa a klienta
- psychologická zpráva
- profesionální a osobnostní kvality psychologa

Pojem měření v psychologii: měření je součástí psychodiagnostické činnosti (psychometrie), je to měření psychických jevů (registrace pozorovaného chování). **Cílem psychometrie** je konstrukce a ověřování psychodiagnostických metod. Než může být jakákoli psychodiagnostická metoda použita, musí projít procesy konstrukce, ověřování a standardizace (umožňuje nám zvážit, jakou metodu, pro jaký problém funkčně použít).

Vyšetřovaná osoba – je třeba mít na paměti obecné i individuální postoje, které mohou mít řadu forem – názor, reflexe, předsudky, mínění.

I přes rozšíření psychologie v posl. letech nemá většina populace zkušenosti s psychologií a s psychologem. Situace psych. vyšetření je pro ně nová, chybí zkušenosti--> časté projevy úzkosti, ještě umocňovány použív. psychodgn metod. Klient je ve stavu zkoušky – tréma, obavy, zda uspěje. Redukce této testové anxiety je prvořadým úkolem psychologa (vliv úzkosti na výkon).

Nastolit optimální podmínky – místnost, místo, osvětlení atp.

Specifika diagnostiky dětí

1. psychický vývoj dítěte je rychlejší než u dospělých, vývojová období jsou kratší; pro diagnostiku je nutná znalost jednotlivých vývojových stupňů
2. u dětí se obtížněji odlišují tzv. hraniční stavy, projevy duševních nemocí a širší norma od patologie; čím je dítě mladší, tím je rozlišení obtížnější; obtížná je i diferenciální dg u dětí a mládeže; u dětí je nutno dokonale znát kvality jejich myšlení, projevy fantazie, úroveň hry atd.
3. dítě je více než dospělý závislé na svém sociálním prostředí, je tedy nutné při výběru metod i při interpretaci výsledků brát v úvahu životní podmínky dítěte
4. dítě má velkou potřebu jistoty, hlavně v zátěži – nejistota, strach, separační úzkost narušují průběh vyšetření a zkresluje výsledky
5. v dětské diagnostice mají metody specifickou míru využitelnosti, většina testů vyžaduje spolupráci vyšetřovaného a urč. stabilitu chování, děti bývají zvýšeně unavitelné, pozornost je labilnější, mají malou schopnost introspekce => užívá se převážně metod klinických
6. z toho všeho vyplývá i obtížnější interpretace výsledků, u mladších dětí bývá predikce vývoje méně přesná, omezujeme proto predikci na nejbližší vývojové období
7. psychodiagnostika adolescentů má další specifika související s komplikovanými procesy a změnami dospívání

Doporučené praktiky:

Rané dětství: užívat kombinaci otevřených a uzavřených otázek, nesnažit se mít rozhovor zcela pod kontrolou, omezit komplexnost otázek, užívat hračky, rekvizity, nastolit akceptující, nenucenou atmosféru (ne příliš familiérní)

Střední dětství: vyhnout se abstraktním otázkám, spoléhat se na známé podmínky a aktivity, vyhýbat se stálému očnímu kontaktu, nabízet obrázky či příklady a vyžadovat verbální reakce, rekvizity v kontextu mohou být užitečné

Adolescence: vzít v úvahu možnost emocionální lability a stresu, vyhýbat se soudům založeným výhradně na normách dospělých, dávat najevo respekt

Při motivaci dítěte k vyšetření je ve hře mnoho proměnných – věk, pohlaví, minulá zkušenost, osobnostní charakteristiky atd.. Předškolní děti mívají často obavy před cizími lidmi, jsou plaché, bázlivé, nesmělé – je dobré být tedy uvolněný a přátelský, dávat dostatek času a prostoru k projevení, být flexibilní a předkládat test jako hru.

Starší školáci mohou být motivováni prvky soutěživosti. Pro motivaci starších školních dětí či adolescentů lze využít motiv individuální prestiže. Motivační potíže mohou nastat s dětmi frustrovanými ve škole, s osobami emočně narušenými apod.. Historie psychodiagnostiky

Historie psychodiagnostiky

před více než 3000 lety – první písemné zmínky o testování – imperátor v Číně požadoval, aby jeho úředníci byli testováni každý 3. rok – zda jsou schopni setrvat v úřadě

staří Řekové – systematické testování fyzic. a psychic. dovedností testování na evropských univerzitách (např. r. 1200 v Boloni, 1600 Oxford, Jezuitský řád – 1500-písem.zkoušky) Od poč. 20.stol. přispívali experimentální psychologové jako Cattell a biologové jako Galton a Pearson k vývoji, konstrukci a evaluaci psych. testů:

1890 - Cattell zavedl termín mentální test

1905 – Binet a Simon – škála - klasifikování ment. retardovaných žáků – pro francouz. ministerstvo školství nebo amer. testování branců během

1. sv. války - testy Army alfa a Army beta 1. světová válka – nové metody mezi válkami – Čs. Ústav práce, Sociodiagnostický ústav - C. Stejskal, J. Váňa, J. Doležal, J. Stavěl

1921 Rorschachův test

1935 Murray - TAT

1939 Wechslerův test inteligence (Wechsler- Bellevue)

Bratislava - Psychodiagnostické a didaktické testy, dnes Psychodiagnostika

Praha – Testcentrum

Historie testování má 3 klíčové oblasti: testování schopností, zájmů a osobnosti.

Definice testu: test je v podstatě experimentem, neboť vyvolává chování vyšetřované osoby v kontrolovaných podmínkách. Neexistuje jediná obecně přijímaná definice testu. Jako příklad uvádím tyto dvě definice: „Test je de facto objektivní a standardizované měření vzorců chování“. „Test je standardizovaná metoda pro vyšetření duševních funkcí, schopností a osobnosti s možností zachytit jejich stav, změny a poruchy“.

Základní dělení testů:

- a) testy schopností
- b) testy dovedností
- c) testy osobnosti

klinické metody

- 1. pozorování
- 2. rozhovor
- 3. anamnéza
- 4. analýza spontánních produktů

testové metody

a. výkonové testy

- 1. testy inteligence (jednodimenzionální a komplexní testy inteligence)
- 2. testy speciálních schopností a jednotlivých psychických funkcí (testy paměti, zkoušky kreativity, zkoušky parciálních a kombinovaných schop., testy technických schop., zkoušky verbálních a matematických schop., testy uměleckých schop., testy organicity)
- 3. testy vědomostí

b. testy osobnosti

- 1. projektivní testy (verbální, grafické, testy volby)
- 2. objektivní testy osobnosti
- 3. dotazníky (jednorozměrné, vícerozměrné)
- 4. posuzovací stupnice (sebeposuzovací a „objektivní“ posuzovací stupnice) přístrojové metody

Jednotlivé testy a vývojové škály jsou rozepsány v tomto dokumentu (ke každé skupině bych zvolila cca 3 testy)

Vývojové škály

<https://www.uhk.cz/file/edee/pedagogicka-fakulta/pdf/pracoviste-fakulty/ustav-socialnich-studii/dokumenty/publikace-ke-stazeni/pedagogicko-psychologicka-diagnostika.pdf>

Prostřednictvím vývojových škál lze získat posouzení celkové neuromotorické zralosti dítěte a orientačně zjistit úroveň dílčích kognitivních schopností. Výsledky vždy musíme interpretovat s ohledem na celkové hodnocení vývoje dítěte, jeho chování a rodinné prostředí. Zaměřujeme se na definici deficitů a silných stránek dítěte. Na základě stanovení vývojového profilu a zhodnocení celkového vývojového tempa se snažíme stanovit prognózu dalšího vývoje dítěte.

Gesellova vývojová škála je metoda určená pro vyšetření dětí od 4 týdnů do 36 měsíců věku. Získávají se informace o temperamentu a sociálních dovednostech dítěte, emoční stabilitě a dráždivosti. Vývoj je hodnocen v pěti širších oblastech: adaptivní chování, hrubá a jemná motorika, řeč a sociální chování.

Škály N. Bayleyové jsou nejrozšířenější. Metodu lze použít k vyšetření dětí od 1 měsíce věku do 3,5 let. Obsahuje mentální škálu a motorickou škálu, které zachycují percepční bystrost, vokalizaci a počátky řeči, řešení jednoduchých úkolů. Obsahuje také záznam o chování dítěte.

Diagnostiku dítěte předškolního věku neboli co by dítě mělo umět ve věku od 3 do 6 let (Bednářová, Šmardová, 2007):

- Komplexně zaměřený diagnostický materiál určený také pedagogům, rodičům.
- Pracuje s kritériální normou – co by dítě v daném věku již mělo umět.
- Je určena pro posouzení vývojové úrovně motoriky, grafomotoriky, kresby, zrakového vnímání a paměti, vnímání prostoru a prostorové představivosti, vnímání času, sluchového vnímání a paměti, základních matematických představ, hry i sociálních schopností.
- Obsahuje také úkoly a cvičení pro navazující stimulaci.
- Většina škál je schopná v kojeneckém věku relativně spolehlivě zachytit středně těžké a těžké opoždění mentálního a motorického vývoje a závažnější smyslové vady.
- Od batolecího věku lze již vyslovit podezření i na lehčí stupeň postižení.
- K získání komplexnějšího obrazu o vývojové úrovni schopností dítěte je nezbytné kombinovat vývojové škály s pozorováním chování dítěte (zájem o okolí, testový materiál atd.).
- Diagnostiku pomocí vývojových škál v ČR provádí psycholog

Zatímco kojenci většinou přijímají i cizí osoby bez obtíží (pokud jsou v dobrém fyzickém stavu), **od konce prvního roku věku dítěte** často musí vyšetřující osoba většinou **vynaložit velké úsilí k navázání kontaktu s dítětem** a zajištění jeho dostatečné motivace.

Strach z cizího a neznámého bývá největší u dětí okolo **jednoho roku**, obzvláště tehdy, má-li dítě již nějakou negativní zkušenost (např. nepříjemná lékařská vyšetření). Někdy situaci ještě více komplikují obavy rodičů a pochyby o tom, že dítě vyšetření zvládne, které se přenášejí i na dítě samotné.

Pro co nejlepší navázání kontaktu s dítětem je třeba mu **nechat dostatek času, aby se v novém prostředí dostatečně zorientovalo a zvyklo si na něj**. Nesnažíme se o rychlé navázání kontaktu s dítětem.

18. Zásady tvorby individuálního vzdělávacího plánu (IVP) - jak se vytváří IVP na základě diagnostických výsledků?

Kompetence při vytváření IVP

Vytváření IVP je proces, na kterém by se měly společně podílet tři hlavní zúčastněné strany: **škola, poradenské zařízení a rodina**. 1) V míře, v jaké je toho schopen a v jaké je to vhodné, by se měl vytváření IVP aktivně účastnit i nezletilý žák, přestože to zákon výslovně nestanovuje.

Škola

Protože se jedná o individuální vzdělávací plán, je pochopitelné, že jeho hlavním autorem a realizátorem je škola. Koordinátorem vypracování IVP je obvykle třídní učitel. Je to vhodné zejména proto, že je s dítětem, rodinou i ostatními pedagogy v častém kontaktu. Méně vhodnou variantou je, pokud vypracovává, resp. koordinuje vypracování, výchovný poradce, školní speciální pedagog nebo další pracovník, který s dítětem a rodinou v běžném kontaktu není. Tím však nezpochybujeme, že i IVP zpracovaný v jejich koordinaci, nemůže být zpracován kvalitně, pouze poukazujeme na to, že mají pravděpodobně náročnější práci.

Je-li žák na druhém stupni, je třeba, aby se na tvorbě IVP podíleli **všichni učitelé jednotlivých předmětů**, aby byl zachován charakter vzdělávacího plánu. Pro každý předmět by měl být vypracován dílčí plán s vlastními vzdělávacími cíli, jejich harmonogramem (upraveným tematickým plánem), kritérii hodnocení atd. Toto „umístění“ těžiště vypracování IVP sleduje logiku těžiště jeho realizace. Hlavní zodpovědnost za efektivní vzdělávání dítěte je pochopitelně na učiteli, a vyplývá tedy z povahy věci, že by měl mít také hlavní zodpovědnost za vypracování plánu, který bude realizovat.

Je vhodné, aby bylo do tvorby IVP zapojeno **Školní poradenské pracoviště**. Z hlediska školy je tvorba IVP nezbytně týmovou prací, a to především vzhledem k jeho obtížnosti, pro kterou vyžaduje konzultace a předávání zkušeností. Zvláště tvoří-li IVP začínající učitel, je důležitý pohled zkušeného kolegy, a to především při nejobtížnějším kroku, kterým je stanovení náročnosti požadavků na dítě. Jak již bylo řečeno, členové ŠPP, např. výchovný poradce nebo školní speciální pedagog či psycholog by ale při vypracovávání IVP neměli nahrazovat jednotlivé učitele, kteří jsou v přímé práci s dítětem.

Ředitel školy je zodpovědný za celý proces tvorby IVP a na jeho konci jej předkládá k podpisu rodičům. 2) Je vhodné, aby byl také posledním, kdo IVP za školu podepisuje. Ředitel zodpovídá za IVP navenek, může ale pověřit jiného pedagogického pracovníka školy, aby zákonného zástupce žáka s IVP seznámil. Tím se ze své odpovědnosti za zpracování IVP nevyvazuje.

Zákonní zástupci

Rodina má zejména roli „advokáta“ svého dítěte, obhájce jeho potřeb a práv. Tato její role je přirozená a není na místě, aby ji škola považovala za projev nedůvěry nebo nevraživosti. Naopak, bylo by alarmující, pokud by rodina o uplatnění práv svého dítěte neusilovala.

Dále má rodina zodpovědnost za mnohé skutečnosti, které souvisejí se vzděláváním dítěte ve škole vnějším způsobem. Např., aby dítě do školy docházelo, aby byly naplňovány jeho základní životní potřeby, aby si osvojovalo mravní pravidla i pravidla společenského chování. Dále aby mělo vhodné podmínky a čas pro domácí přípravu, včetně dohledu rodičů na její uskutečňování.

Častým problémem při vzdělávání dětí se SVP je nedostatečné pochopení rozdělení kompetencí školy a rodiny. Již zmíněný proces vyjasňování kompetencí může být velmi prospěšný, a často je dokonce základní podmínkou řešení obtížné situace žáka. Tento proces by měl vést pracovník zodpovědný za vypracování IVP. Před vlastním podpisem IVP je vhodné uspořádat 1–2 schůzky zainteresovaných

učitelů a výchovného poradce s rodiči i žákem. Rodičům je vhodné, v některých případech nutně, vysvětlit podstatu IVP a význam rolí a odpovědností jednotlivých účastníků.

Postavení školy v tomto procesu je dáno především její zodpovědností za vzdělávání dítěte a za to, co se odehrává ve škole. Často je zodpovědnost za vzdělávání neúměrně delegována na dítě samotné (neumí, protože je líný, protože se neučil...) nebo na rodinu (neučí se s ním, neumí ho přitáhnout...). Tento postoj je nejen nesprávný, protože za vzdělání žáka je zodpovědný především pedagog, ale zároveň ve skutečnosti oslabuje postavení školy v míře, v jaké škola neuvědoměle odmítá svou zodpovědnost. Vědomí zodpovědnosti dodává každé ze zúčastněných stran v procesu vytváření a realizace IVP pozici „silného hráče“. Samozřejmě to ale neznamená, že bychom se zodpovědnosti rodiny či žáka zříkali, jde však o míru a spoluúčast na zodpovědnosti.

Zjištění problému

Zjištění problému je **rozhodujícím momentem** pro tvorbu a realizaci IVP. Obvykle je to učitel, který díky své zkušenosti a odborným pedagogickým znalostem, každodenní práci se žákem a možnosti srovnání s ostatními spolužáky, rozpozná u žáka možný problém a zahájí nezbytné kroky pro spolupráci s rodinou, zahájení diagnostiky v ŠPZ a tvorbu IVP. Tato úloha učitele platí zejména u největší skupiny žáků se SVP, kterými jsou žáci se SPU. Rozpoznat možnou přítomnost SVP je vážnou zodpovědností zejména třídního učitele, která předznamenává klíčové postavení, které by měl mít v celém procesu tvorby a realizace IVP.

Schopnost rozpoznat problém, být si **vědom své role** a **iniciovat** řešení přitom předpokládá profesionální angažovanost ve prospěch žáka. Závažnost rozpoznání problému a zahájení potřebných kroků je zřejmá: problém žáka ovlivňuje nejen školní prospěch, ale celý jeho vývoj, sociální začlenění, motivaci, budoucí úspěšnost na trhu práce, a vzhledem k tomu, že neřešené problémy jsou obvykle zdrojem neúměrného stresu, který dítě dlouhodobě zatěžuje.

Nedostatky v rozpoznání a zahájení procesu mohou být způsobeny nedostatečnou teoretickou přípravou učitele (pedagogická diagnostika), nedostatkem zkušeností, ale také nedostatkem dalších zdrojů, jakými jsou především čas, snadno dostupné poradenství a motivující klima. Učitel může přehlížet nebo disimulovat problém, protože představuje novou neznámou situaci, protože se obává obtíží při jeho řešení, vlastního selhání, komunikace s odborníky a rodiči. Zde je důležitá role vedení školy, aby vytvářelo takové podmínky, které usnadní učitelům přístup k nezbytným zdrojům. Problémem v iniciování pomoci může být i rezistence ze strany rodiny žáka.

Právní vymezení, že žádost o IVP podává zákonný zástupce dítěte nebo zletilý žák, nesnižuje důležitost iniciativy ze strany školy. IVP je předpokladem kvalitní pedagogické práce, a je tedy důležitou podmínkou pro činnost školy. Rodiče často nejsou dostatečně seznámeni s postupy, někdy neumí domyslet důsledky problému dítěte pro jeho celý vývoj i pro edukační proces, a z neznalosti nebo zanedbání potřebné kroky pro nastavení potřebných podmínek pro vzdělávání dítěte nekonají. V takovém případě by měla vyvinout zvýšenou iniciativu škola a poradenské zařízení, které mají, stejně jako rodina, jednat v nejlepším zájmu dítěte.

Ideální situací je, pokud má škola nastavený **systém monitorování výsledků žáků** tak, aby se co nejdříve projevy SVP zachytily. K tomu často dochází v průběhu školního roku, a bylo by pochopitelně nesprávné čekat s řešením problému až na vytvoření IVP v novém školním roce. Škola má možnost, která je podpořena novou legislativou, vytvořit v rámci podpůrných opatření **podpůrný plán**, na základě kterého může bez nutnosti formalit začít pracovat se žákem individualizovaným způsobem. Součástí tohoto plánu by měly být i potřebné kroky pro vytváření IVP pro další rok.

Jedním z prvních kroků po zjištění možného problému by mělo být pozvání žáka (s přihlédnutím k jeho věku) na schůzku TU s pracovníky ŠPP, na které by došlo ke stanovení plánu dalšího postupu.

Zde je několik důležitých pravidel, která je vhodné dodržovat v průběhu celé spolupráce s rodiči

✓ **Dát si práci s dostatečným informováním rodičů o smyslu a průběhu IVP a všech činností a procedur s tím spojených.** Rodiče obvykle nejsou odborníci na oblast školství ani SVP a často se cítí zmatení a nejistí, což následně působí mnoho problémů v komunikaci i v realizaci IVP. Nestačí, že byly informace rodičům předány. Množství nových informací, pojmů, požadavků, předaných v krátkém čase, může vést k tomu, že toho velmi málo pochopí a zapamatují si, i když často vše odsouhlasí, protože se stydí za svou neznalost. Někdy se při schůzkách cítí natolik „ztracení“, že nejsou schopni 4) Viz Reiman et. al., 2010. 23 Procesní schéma tvorby a realizace IVP ani dobře vnímat, o čem se hovoří. Zmatek ohledně postupů a dalších informací potom často vede rodiče k celkovému pocitu nespokojenosti s prací školy a dalších institucí a k nespolečnosti.

✓ **Cíleně vytvářet situaci partnerské rovnocennosti zástupců školy a rodiny.** Znamená to vést jednání v demokratickém duchu, a překonávat zakořeněný model, ve kterém je instituce nadřazena občanům. Jak již bylo mnohokrát řečeno, tento model vede k oslabování zodpovědnosti, aktivní spolupráce a schopnosti rozhodovat. Důsledkem pro učitele je mj. to, že převážná tíha zodpovědnosti a úkolů bude ležet na něm, s tím, že zároveň jeho skutečná schopnost jednat bude snížena, protože nebude moci ovlivnit ty situace, které budou v reálné kompetenci pasivní druhé strany.

✓ **Naslouchat příspěvkům, názorům a vyjádřeným postojům rodičů a dávat jim váhu.** To může být pro učitele, který je zvyklý na roli toho, kdo předává jako nezpochybnitelná autorita informace dětem, nesnadný úkol.

✓ **Skutečně ocenit přínos rodičů.** Skutečné ocenění je součástí partnerského přístupu. Znamená to být skutečně otevřený i představám rodiče o tom, jak by mělo být jeho dítě vzděláváno nebo hodnoceno.

✓ **Být pružný a připraveni měnit navrhovaná řešení.** Skutečné naslouchání a zhodnocení příspěvků druhého musí jít dál než pouhé komunikační ocenění. Někdy jedna strana sice druhou vyslechne a slovně její příspěvek ocení, ale potom dál nezměněným způsobem postupuje ve vlastní argumentaci. Skutečné naslouchání předpokládá pružnost a schopnost tvořivě začleňovat do plánu pohledy druhé strany, v případě nepřijatelnosti návrhu rodičů trpělivě vysvětlit důvody, případně hledat vhodný kompromis.

✓ **Zapojit rodiče do formulování cílů.** Obecně platí, že čím více se budou rodiče na jejich formulaci podílet, tím větší bude jejich aktivní zapojení do jejich realizace.

✓ **Nemít již text IVP předem připravený a rodiče přizvat jen k formální schůzce nebo k pouhému podpisu IVP.** Tento postup je známkou pravděpodobně zcela zbytečného plánu, který těžko bude realizován v duchu a podmínkách, které od počátku popírá. Toto obdobně platí i pro případné části IVP, jako jsou např. cíle, u přípravných schůzek.

✓ **Jednat s rodiči a o rodičích vždy způsobem, který sděluje respekt vůči nim.** Profesionální postup školy v takovémto případě je preventivní. Vytváří podmínky pro co nejlepší komunikaci, často zkvalitňuje sebepojetí rodičů a v důsledku toho jejich lepší zapojení, vytváří prostředí důvěry. Zároveň si tím škola upevňuje svou autoritu jako vzdělávací instituce. Způsob komunikace s rodiči má pochopitelně dopad i na dítě a je sám o sobě výchovným působením. Respektující komunikací zlepšuje pedagog i své vlastní sebepojetí a svou pozici. V neposlední řadě může být tento postoj pro

učitele i chránící tam, kde se snaží rodina jednat se školou z pozice síly, protože zmírňuje agresivitu nebo alespoň nedává rodině argumenty k napadání školy včetně podávání žalob.

<https://inkluzivniskola.cz/wp-content/uploads/2012/12/metodika-3.pdf>

Užitečný odkaz se základy a právním vymezením:

<https://archiv-nuv.npi.cz/t/ivp-digi.html>

IVP v MŠ

<https://inkluzivniskola.cz/individualni-vzdelavaci-plan-ivp-v-ms/>

Individuální vzdělávací plán (IVP) je samostatným podpůrným opatřením, které zároveň stanovuje další podpůrná opatření a popisuje jejich vzájemné doplňování. IVP se zpracovává pro dítě od druhého stupně podpůrných opatření na základě doporučení školského poradenského zařízení (ŠPZ) a žádosti zákonného zástupce dítěte nebo zletilého žáka. Mateřská škola tedy nezpracovává IVP automaticky všem dětem s druhým a vyšším stupněm podpůrných opatření, ale pouze těm, kterým toto opatření stanovilo ŠPZ.

IVP vychází ze školního vzdělávacího programu (ŠVP) a jeho naplňování vyhodnocuje ŠPZ ve spolupráci se školou nejméně jednou ročně. Podpůrná opatření se realizují na základě písemného souhlasu rodičů.

Forma plánu je standardizovaná a závazná; formulář IVP je součástí [vyhlášky č. 27/2016 Sb.](#), o vzdělávání žáků se speciálními vzdělávacími potřebami a žáků nadaných, a musí být tedy v dané podobě používán. Plán obsahuje mimo jiné následující položky:

- **Cíle plánu**
- **Metody výuky**
- **Úpravy obsahu vzdělávání**
- **Úprava očekávaných výstupů vzdělávání**
- **Organizace vzdělávání**
- **Způsob zadávání a plnění úkolů**
- **Způsob ověřování vědomostí a dovedností žáka**
- **Hodnocení žáka**

Zaměření plánu je komplexní; u vícejazyčných dětí je však důležité systematicky plánovat rozvoj češtiny. Přílohou plánu může být i část zaměřená na jazyk. Při individuální práci s dítětem je vhodné vycházet z jazykové diagnostiky, tedy zmapovat, co už dítě umí a v čem potřebuje podpořit v jednotlivých čtyřech jazykových rovinách. Pedagog by se neměl soustředit pouze na slovní zásobu, ale také na gramatiku či výslovnost. Pomůckou může být následující tabulka, která udává směr, čemu věnovat pozornost při posuzování jazykových schopností dítěte.

Umí pozdravit, reaguje na pozdrav	
Reaguje na jednoduché instrukce	
Mluví ve větách, dokáže vyjádřit své potřeby, dokáže říct, co je obrázku.	
Dovede mluvit souvisle, vypráví zážitky, dokáže popsat situaci či vyprávět příběh podle obrázků.	
Vyslovuje správně všechny hlásky	
Mluví gramaticky správně (užívá správně rod, pád, číslo, čas, tvary slov, předložky aj.)	
Rozumí a správně používá slovní zásobu - Části těla - Barvy - Tvary - Zvířata - Jídlo - Oblečení - Předměty ve třídě - Dopravní prostředky - Přídavná jména - Slovesa - Pojmy časoprostorové orientace (pod, nad, dole, nahoře, dříve, později, včera, dnes atd.)	
Běžně komunikuje s dětmi i dospělými, je schopno dialogu, v komunikaci si je jisté	

Aktuální úroveň rozvoje může učitel zjišťovat pozorováním a prostřednictvím různých interakcí s dítětem (rozhovorů, připravených úkolů atd. Pro inspiraci lze rovněž použít metodiku BEDNÁŘOVÉ, J. a ŠMARDOVÉ, V. Diagnostika dítěte předškolního věku. Computer Press, 2011.

Soustředíme-li se na systematický rozvoj češtiny, bude po úvodní jazykové diagnostice zásadní stanovení cílů (co chceme v rámci určitého období dítě naučit) a volba metod (jak budeme s dítětem pracovat).

Cíle:

Cíle by měly být konkrétní a snadno uchopitelné, je třeba se vyvarovat obecným frázím typu: Dítě rozvine své jazykové schopnosti a rozšíří slovní zásobu“ (takový cíl neudává žádný směr, ani nelze následně ověřit).“

Konkrétní cíle mohou vypadat například takto:

- Dítě se naučí 15 nových slov v tematické oblasti domácí zvířata.

- Dítě vnímá skloňování“ (tento cíl může předcházet správnému skloňování, tedy dítě rozpozná různé tvary téhož slova a chápe, že se jedná o totéž. Dítě také případně zkouší skloňovat, což je cenné i pokud nepoužívá správné tvary).
- Dítě rozumí a správně používá slova: velký – větší, malý – menší, dlouhý – delší, krátký – kratší).

Cíle by měly být dosažitelné a smysluplné, musí se vztahovat k aktuálním jazykovým potřebám dítěte. Důležité je také vycházet z plánovaných tematických oblastí a činností pro třídu. Vytipovaná slova z plánu dítěte pak lze zapojit i do dalších činností v rámci práce s celou třídou, aby dítě mělo více příležitostí si je zapamatovat.

Metody výuky:

Po stanovení cílů hledáme vhodné prostředky k jejich naplnění. Můžeme zvlášť popsat podporu dítěte při různých formách práce. (individuální, skupinová v kurzu češtiny, řízená činnost s celou třídou.) Praktické je promyslet jednotlivé činnosti. V rámci kurzu češtiny si můžeme navrhnout a vypsát vhodné typy jazykových her:

„Hledání a pojmenovávání obrázkových kartiček rozházených po třídě (slovní zásoba, kterou chceme dítě naučit)“

„Koukání skrz dalekohled a pojmenovávání toho, co vidíme na vybraných obrázcích (vidím + 4. pád, například vidím hrušku.)“

„Skládání vět s KIKUS kartami“

„Práce s pracovními listy pro nečtenáře z www.inkluzivniskola.cz“...

Doporučení:

IVP slouží také k rozvržení dalších podpůrných opatření. Mateřská škola při jeho tvorbě vychází z doporučení, které obdrží z ŠPZ (PPP nebo SPC), ve kterém bývají již vytyčené cíle i metody výuky. K plánu je možné zpracovat podrobnější přílohu, kde se k jednotlivým opatřením i cílům rozepíšeme – tato příloha nám bude užitečná při vyhodnocení, je zde prostor zdůvodnit konkrétní postupy i navrhnout jiné pro následné IVP. S plánem pracujeme jako s živým materiálem, který nám udává rámec pro práci s vícejazyčným dítětem – plánujeme zhruba na měsíc dopředu, jak a na co se s daným dítětem zaměříme, ale podle jeho pokroků můžeme IVP upravovat i z hodiny na hodinu. Důležité je práci s dítětem individualizovat a diferenciovat pro něj výstupy i aktivity tak, aby je mohlo podle své jazykové úrovně zvládnout.

Oficiální formulář IVP včetně návodného textu k vyplnění je k dispozici [zde](#).

Vzor IVP

<https://www.msvpraxi.cz/onb/33/individualni-vzdelavaci-plan-v-materske-skole-uniqueidmRRWSbk196FNf8-jVUh4Eo4HAVsVtiwk7njW7m8uf-6LV4wcZRqCHQ/>

19. Kritéria pro posuzování školní zralosti a připravenosti – která kritéria se používají k posuzování školní zralosti/připravenosti dětí?

Zahájení školní docházky je velmi důležitou a mimořádnou událostí v životě dítěte. Nástup do školy je završením dosavadního vývoje a vstupem do nové životní etapy. Dítě se na vstup do školy připravuje v předškolním zařízení, kde by měl být respektován tzv. individuální přístup :

- měla by být akceptována přirozená vývojová specifika dětí předškolního věku a důsledně promítána do obsahu, forem a metod jejich vzdělávání,
- měl by být umožněn rozvoj a vzdělávání každého jednotlivého dítěte v rozsahu jeho individuálních možností a potřeb,
- za všech okolností by měly být maximálně podporovány individuální rozvojové možnosti dětí a umožňováno tak každému dítěti dospět v době, kdy opouští mateřskou školu, k optimální úrovni osobního rozvoje a učení (k úrovni, která je pro dítě dosažitelná),
- plnit i úkol diagnostický – tzn. na základě dlouhodobého a každodenního styku s dítětem i jeho rodiči poznat předpoklady a možnosti každého jednotlivého dítěte.

Je důležité si uvědomit, že děti stejného věku mohou být různě fyzicky, mentálně či sociálně vyspělé. Dále je nutné si uvědomit, že velké rozdíly mohou být mezi dětmi, které jsou různě staré při vstupu do první třídy. Rozdílné jsou také podmínky, které dětem poskytuje rodina - např. míra podpory, kvalita domácí přípravy, klima rodiny apod. (Bednářová, 2010)

Školní zralost a její význam (Urbanovská E. a kol., 2019)

- Školní zralost je klíčovým předpokladem pro úspěšnost ve škole.
- Pokud je do školy přijato nezralé dítě, může to mít negativní dopady na jeho zdraví, psychiku i učení.

Školní zralost

- Souvisí především s biologickou a psychologickou stránkou vývoje dítěte
- Označuje schopnost dítěte vyrovnat se s nároky školního vzdělávání z hlediska vývoje a fyzické zralosti (Syslová a kol., 2018)
- Souvisí se zráním CNS, projevuje se odolností vůči zátěži, schopností soustředit se a emoční stabilitou (Zelinková, 2001)
- Dosažení takového stupně vývoje v oblasti fyzické, mentální a emocionálně-sociální, aby se dítě mohlo účastnit výchovně-vzdělávacího procesu bez větších obtíží (Bednářová & Šmardová, 2015)

Školní připravenost

- Zaměřuje se na konkrétní dovednosti a schopnosti získané učením a výchovou
- Definice: Úroveň předškolní přípravy z hlediska schopností, vlivu prostředí a výchovy (Zelinková, 2001)
- Definice: Školní připravenost je definována jako způsobilost a stav rozvoje obecných a praktických dovedností, návyků a sociálních dovedností (grafomotorických dovedností, zvládání sebeobsluhy, zacházení s tužkou, překonávání nezdarů a přijetí určitého společného řádu a pravidel v něm apod.), které dítěti umožní pokračovat ve svém vývoji prostřednictvím školního vzdělávání (Koťátková, 2014).
- Zahrnuje kompetence v oblasti kognitivní, emocionálně-sociální, pracovní a somatické
- Připravenost na zvládání specifických úkolů a dovedností potřebných pro školní úspěch (Goleman, 1997, in Bednářová & Šmardová, 2010)

Dle Thorové (2015) je vhodnější používat jednotný zažitý termín školní zralost, protože tento termín zahrnuje jak zralost, tak připravenost. Stejně tak na problematiku nazírá Mertin (2010) a Langemier s Krejčířovou (2006). Syslová a kol. (2018) dále uvádí, že termín školní zralost pochází z vývojové psychologie a má u nás delší tradici, zdůrazňuje však spíše biologický aspekt.

V pedagogické praxi se však častěji přikláníme k termínu **školní připravenost**. Dle Golemana (1997, in Bednářová, Šmardová, 2010) je školní připravenost dítěte ovlivněna sedmi aspekty: sebevědomím, zvědavostí, schopností jednat s určitým cílem, sebeovládáním, schopností pracovat s ostatními, schopností komunikovat a schopností spolupracovat.

„Pro úspěšné zvládnutí role školáka jsou potřebné také mnohé kompetence, které se rozvíjejí učením, a jsou tudíž závislé na specifické zkušenosti. V obvyklém pojetí vyjadřuje termín školní připravenost souhrn předpokladů nutných pro úspěšné zvládnutí všech nároků školy“ (Vágnerová, 2000)

Hlavní oblasti posuzování školní zralosti/připravenosti(Bednářová, Šmardová, 2015):

1. Tělesný (somatický) vývoj a zdravotní stav

- Hodnotí praktický lékař pro děti a dorost nebo odborný lékař
- Zahrnuje tělesnou vyspělost (výška, váha) - není prioritním, ale důležitým ukazatelem
- Zvláštní pozornost vyžadují děti s drobnější konstitucí, předčasně narozené, s nízkou porodní hmotností, s problémy v motorice, se smyslovými vadami nebo častou nemocností
- Hodnotí se i celková odolnost organismu vůči zátěži

2. Úroveň poznávacích (kognitivních) funkcí

- Klíčové pro zvládnutí základních školních dovedností (čtení, psaní, počítání)
- Zahrnuje posouzení:
 - Vizuomotoriky a grafomotoriky (schopnost koordinace zraku a pohybu ruky)

Motorika je celková pohybová schopnost člověka. Je spjata s rozvojem řeči, myšlení a lateralitou.

Motorika – základní informace

- Motorika = celková pohybová schopnost člověka.
- Úzce souvisí s **řečí, myšlením a lateralitou**.

Hrubá motorika

- Zapojení **celého těla a velkých svalových skupin**.
- Rozvoj vyžaduje:
 - **Přirozený pohyb**
 - **Věku přiměřené sportovní aktivity**

Jemná motorika

- Pohyby **rukou a malých svalových skupin**.
- Trénuje se např. při:
 - **Stolování**
 - **Nácviku oblékání**
 - **Hygienických dovednostech**
 - **Pomoci v domácnosti**

- **Důležité:** Dítě by mělo **samo vykonávat činnosti, které už zvládne.**

Vhodné aktivity

- Hra se **stavebnicemi, skládkami, mozaikami**
- **Navlékání korálků**
- **Rukodělné činnosti:**
 - Modelína, modurit
 - Stříhání, lepení

Grafomotorika

- **Základ pro osvojení psaní** ve škole.
- Důležité je:
 - **Správné postavení ruky**
Špetkový úchop psacího náčiní

Projevy nevyzrálosti jemné motoriky a grafomotoriky u dítěte v předškolním věku:

- Nevyhledává činnosti vyžadující obratnost a koordinaci jemných pohybů
- Může být méně obratné při každodenních činnostech, sebeobsluze
- Nevyhledává kreslení a malování - Linie kresby jsou často kostrbaté a vytlačené
- Obsah kresby je v porovnání s vrstevníky chudší - Kresba odpovídá kresbě dítěte mladšího věku, a to jak po stránce formální, tak obsahové

Lateralita

Označuje dominantní oko, ruku, nohu, tedy situaci, kdy dítě převážně při činnostech používá určitou ruku či nohu, např. pokud se dítě dívá do krasohledu, zvolí vždy stejné oko, tužku při kreslení drží vždy v pravé ruce apod.

Jsou však také děti, které při kreslení ruce střídají, tzv. ambidextrie, či mají dominantní pravou ruku, ale levou nohu či oko, tzv. zkřížená lateralita.

Pro diagnostiku této oblasti odpovíme například na:

- Je dítě při běhání či skákání nebo obecně při pohybu neobratné?
- Daří se mu chytat míč, házet správným směrem?
- Má potíže s koordinací?
- Kreslí rádo?
- Drží při kreslení správně tužku?
- Staví rádo lego?
- Omalovává rádo?
- Daří se mu postavit komín z kostek?
- Naučilo se jezdit na kole bez přídavných koleček?
- Tlačí hodně na pastelku?
- Přetahuje hodně při vybarvování?
- Jsou čáry při kresbě přerušované, neplynulé, kostrbaté, vytlačené?
- Je obsah kresby chudší než u vrstevníků?
- Stěžuje sem že ho při kreslení bolí ruka?

○ Řečových a jazykových schopností

Ve škole jsou na řeč a komunikační schopnosti kladeny velké požadavky, proto je nutné, aby dítě mluvenému slovu správně porozumělo, a také aby se umělo samo vyjádřit. Je to velmi důležité z hlediska porozumění výkladu při vyučování, ale také pro to, aby se dítě umělo projevit v kolektivu a sdělit to, co si myslí. Pokud mají děti opožděný nebo nedokonalý vývoj řeči, mívají častěji obtíže ve čtení a psaní a ve zvýšené míře se u nich vyskytnou specifické poruchy učení. Pro správný rozvoj řeči a také pro bohatost slovní zásoby, která je pro úspěšnou školní docházku také podstatná, je vhodné učit děti písničky, básničky, říkadla, číst jim. Pokud je problém v této oblasti, je důležité navštívit včas odborníka, v tomto případě logopeda, příp. foniatra či jiného specialistu.

Pro diagnostiku této oblasti si zkusíme odpovědět například na následující otázky:

- Objevuje se u dítěte dyslálie?
- Používá všechny skupiny hlásek?
- Vynechává nebo je nahrazuje jinou hláskou?
- Je již v péči logopeda?
- Umí zformulovat otázky a vyjádřit svůj nápad, myšlenku?
- Mluví gramaticky správně?
- Užívá minulý, přítomný a budoucí čas? Vypráví spontánně?
- Vytváří posloupnosti? Nadřazené pojmy? Pamatuje si kratší text?
- Navazuje při rozhovoru oční kontakt?
- Vypráví zážitky, přání, mluví o pocitech?

○ Sluchového vnímání (rozlišování zvuků, hlásek, slabik)

Sluchové vnímání má zásadní význam pro vývoj řeči. Pokud je **oslabené sluchové vnímání**, mohou na začátku školní docházky **nastat opět problémy ve čtení a psaní, problémy se zapamatováním si**.

Pro podporu rozvoje sluchového vnímání je dobré dětem číst, hrát různé zvukové hry, kdy hádají, odkud se ten který zvuk ozývá, děti mohou určovat, co to bylo za zvuk, co zvuk vydává atd. Dále lze procvičovat rozeznávání zvuků z prostředí, hledání rýmů, poznávání počtu slabik ve slově, určování první a poslední hlásky ve slově, vhodná je hra „slovní kopaná“, „tichá pošta“. Opět lze doporučit učit se písničky, básničky, rozpočítadla, říkanky s pohybovým doprovodem aj.

Otázky pro diagnostiku (příklady):

- Určí první souhlásku ve slově?
- Určí první samohlásku ve slově?
- Určí poslední samohlásku / souhlásku ve slově?
- Rozliší slova lišící se ve hlásce?
- Rozliší délku slabik ve slově?
- Zvládá rytmiizaci?

○ Zrakového vnímání (rozlišování tvarů, detailů, figura-pozadí)

Zrak ovlivňuje **rozvoj řeči (resp. myšlení), vizuomotorickou koordinaci, prostorovou orientaci, základní matematické představy**. V tomto období je to nutné proto, aby děti **rozpoznaly** písmena, číslice, pro správné čtení, psaní, počítání.

Dítě v předškolním věku by mělo **pojmenovat** běžné barvy a je vhodné učit ho rozlišovat i odstíny barev. Dále by dítě mělo **zvládnout** rozlišit figuru od pozadí, tzn. že dítě musí mezi mnoha podněty téhož druhu jeden vybrat a udržet ho v centru pozornosti. Toto můžeme procvičovat např. tím, že dítě hledá změny na obrázku, pozná určité části na obrázku, kde jsou nedodělané obrysové čáry, odlišuje dva překrývající se obrázky, sleduje určitou linii mezi ostatními liniemi, orientuje se v bludišti apod.

Rozvoj zrakového rozlišování lze procvičovat také např. tím, že dítě určuje obrázky, které se od ostatních odlišují tvarem, velikostí, detailem, polohou, může přiřazovat obrázek ke stínu, shodné tvary.

Zrakové rozlišování lze trénovat např. hrou pexeso, různými mozaikami, hrou loto, domino, skládáním stavebnic podle předlohy. Aby se dítě naučilo celek skládat či naopak rozkládat, můžeme využít puzzle, zase skládání stavebnic podle předlohy, pracovat se skládankami, mozaikami. Doma s ním můžeme hrát hry na to, jak si zapamatovalo předměty, které dáme třeba na stůl, chvíli ho na ně necháme dívat a pak nějaký předmět schováme a dítě má hádat, jaký předmět to byl nebo je schováme všechny a dítě hádá, které všechny předměty tam byly. Pokud si dítě listuje knihou, prohlíží či řadí obrázky, je potřeba, aby se naučilo postupovat zleva doprava, je to proto, aby později udrželo pohyb očima po řádku (zleva doprava), to je důležité opět pro správný nácvik čtení a psaní.

Otázky pro diagnostiku (příklady):

- Daří se dítěti skládat puzzle?
- Daří se mu najít rozdíl mezi dvěma podobnými obrázky?
- Pojmenuje, který předmět chybí (ze šesti předmětů)?
- Vzpomene si, kde který obrázek ležel?
- Hraje rád pexeso?

○ **Vnímání času a prostorové orientace**

Vnímání prostoru je důležité **pro orientaci v prostředí, pro osvojování sebeobslužných dovedností, pro rozvoj herních aktivit, grafomotoriky, školních dovedností**. U žáka ovlivňuje čtení, psaní, matematiku, geometrii, orientaci v mapách a notových zápisech, působí na tělesnou výchovu, rukodělné činnosti. Pro nás toto znamená zejména to, že dítě nejprve obvykle chápe a později i aktivně chápe pojmy: nahoře - dole, pak vpředu - vzadu a nakonec vpravo - vlevo.

Do vnímání prostoru zahrnujeme rovněž i chápání : na, do, v, před, za, nad, pod, vedle, mezi, hned za, hned před apod. Dítě by mělo umět pojmenovat a směr správně ukázat na vlastním těle, v prostoru, na formátu. S dítětem můžeme toto procvičovat při každodenních činnostech - venku na procházce, v místnosti, při pohybových aktivitách, v knížce, na obrázku, k tomuto účelu dobře poslouží pracovní listy pro děti.

Vnímání času je důležité pro to, aby dítě bylo schopné uvědomit si časovou posloupnost, posloupnost úkonů při vykonávání běžných činností, např. osvojování si jednotlivých kroků při sebeobsluze, při plnění různých úkolů. Je to důležité proto, aby si dítě umělo ve škole rozvrhnout síly. Dítě učíme orientovat se v základních činnostech, které jsou obvyklé pro určitou dobu, tzn. ráno, dopoledne, poledne, odpoledne, večer. Také činnosti, které jsou obvyklé pro určité dny v týdnu, změny, které jsou v jednotlivých ročních obdobích, měli bychom si s nimi povídat o tom, co bude nejdříve, později, naposled, teď, zítra, pozítří aj.

Otázky pro diagnostiku (příklady):

- Zvládne napodobit pohyb podle dospělého nebo podle předlohy?
- Orientuje se na svém těle?
- Ubrzdí včas tříkolku?
- Bojí se míče, který na něj letí?
- Pojmenuje, co je nahoře, co je dole?
- Chápe a pracuje a pojmy „doprostřed“, „pod“, „za“, „vlevo“, „vpravo“, „první“, „poslední“, „daleko“, „blízko“?
- Orientuje se v prostoru školky?
- Chápe pojmy – včera, dnes, zítra?
- Ví, co se dělá na jaře, v létě, na pozdím, v zimě?

- Orientuje se v čase: ví, kdy snídáme, jdeme do školky, obědváme, večeříme?,

- **Základních matematických představ**

Na vytvoření základu tzv. předčíselných představ, ze kterých se utvářejí číselné představy, se podílí v předškolním období motorika, vnímání zrakové, sluchové, hmatové, prostorové, časové a řeč. Dítě začíná porovnáváním předmětů (malý - velký, dlouhý - krátký, málo - hodně, stejně, víceméně), potom třídí předměty podle druhu (ovoce, zelenina, jídlo, oblečení), podle barvy, podle velikosti, podle tvaru, pak dokáže dítě roztrždit předměty podle dvou i více kritérií (např. velké modré knoflíky), mělo by poznat, co do skupiny nepatří (do skupiny obrázků, slov atd.)

Řazení podle velikosti (velký – střední - malý), podle množství (hodně, více, nejvíce). Pro rozvoj základních matematických představ je důležité pracovat nejprve s předměty a poté s obrázky. Předškolák by měl chápat množství do šesti. Při rozvoji matematických představ lze použít třeba i hry jako je Člověče nezlob se, domino.

Otázky pro diagnostiku (příklady):

- Chápe a používá pojmy vypovídající o velikosti?
- Zvládá číselné řady? Do kolika?
- Umí přiřadit k číslu potřebné množství?
- Zvládne doplnit množství, když řeknete dopln předměty do pěti/šesti?
- Rozumí významu slov nic, všechno, nikdo, všichni, málo, žádní, někteří?
- Ubere předmět podle instrukce o jeden méně?
- Rozezná, pojmenuje a nakreslí kruh, čtverec, trojúhelník, obdélník?
- Seřadí předměty (4–6 předmětů) dle velikosti?
- Rozumí stupňování přídavných jmen (př. malý menší, nejmenší)?
- Pozná, co do dané skupiny nepatří?
- Třídí předměty podle barvy, velikosti a tvaru?

3. Úroveň práce schopnosti

- Hodnotí se schopnost soustředit se na zadaný úkol
- Posuzuje se vytrvalost, intenzita, stálost pozornosti a odolnost vůči rušivým vlivům
- Důležitá je přiměřená míra samostatnosti při práci
- Zkoumá se zájem dítěte o učení a chuť poznávat nové věci
- Souvisí s vyzářlostí osobnosti a výchovným působením

Pro kvalitní školní činnost je v tomto bodě důležité zmínit, že dítě by mělo být schopno dostatečné záměrné koncentrace pozornosti na daný úkol, mělo by mít, svému věku přiměřený, smysl pro povinnost, zodpovědnost, uvědomění, že je třeba úkol dokončit. Předpokládá se přiměřená míra samostatnosti při přechodu od jedné činnosti ke druhé (např. při přípravě věcí do školy, orientaci v učebnici aj.), při vypracovávání úkolu. Je nutné vést dítě k respektování určitých pravidel, podporovat jeho samostatnost, dávat mu doma drobné povinnosti, které je schopné splnit.

Dalším úkolem je nenechat dítě nudit se, umožnit mu pohrát si a probouzet u něj zájem o různé činnosti. Zajímavé jsou pro děti jistě i různé úkoly, které se vyskytují v dětských časopisech, pracovních sešitech pro předškoláky. Tím může být trénována jeho koncentrace pozornosti. Při hrách se učí respektovat a dodržovat i určitá pravidla.

4. Úroveň emocionálně-sociální zralosti

- Zahrnuje emocionální stabilitu a odolnost vůči frustraci
- Posuzuje se schopnost přiměřeně zvládat emoce a sebeovládání
- Hodnotí se sociální vyspělost:

- Schopnost odloučit se od rodiny
- Fungování v novém prostředí a s novými lidmi
- Respektování autority učitele
- Začlenění do skupiny vrstevníků
- Komunikační schopnosti
- Porozumění pravidlům

Zde je nutné, aby dítě bylo schopné odpoutat se z emocionální vazby na matku či jiného člena rodiny, na kterého je dítě citově závislejší, aby bylo schopno vytvořit si kladný vztah ke školní práci a také pozitivní vztah k dětem ve třídě. Dítě by mělo být schopno emoční stability, což znamená, že při případném nezdaru zvládne tuto situaci překonat bez výbuchů vzteku či nadměrného pláče nebo vztekání. Dále je důležitá schopnost začlenit se do skupiny vrstevníků, respektovat učitele jako autoritu. Dítě by mělo znát základní pravidla slušného chování (poprosit, poděkovat, pozdravit, vhodně se chovat např. v obchodě, u lékaře aj.)

Otázky pro diagnostiku (příklady):

- Těší se dítě do školy?
- Má potřebu poznávat nové věci?
- Je samostatné?
- Přemýšlí nad řešením předloženého úkolu?
- Nedělá mu obtíže pozdravit, rozloučit se, poděkovat?
- Má potíže se separací od rodičů?
- Nedělá mu obtíže počkat, až na něj přijde řada?
- Má potíže se separací od rodičů?
- Zvládá své emoce a chová se přiměřeně zvyklostem ve známém prostředí?
- Je schopno přijmout názor druhého člověka?
- Zvládá překážky?
- Při komunikaci s druhými projevuje občas agresi?
- Při komunikaci s druhými ustupuje?
- Při komunikaci s druhými se vzteká?

Kritéria školní připravenosti:

1. Sedm aspektů této schopnosti podle Golemana (1997 in Bednářová, Šmardová, 2015 - Školní zralost)

- **Sebevědomí:** Přiměřená sebedůvěra ve vlastní schopnosti
- **Zvědavost:** Zájem o poznávání nových věcí a učení
- **Schopnost jednat s určitým cílem:** Prání a schopnost ovlivňovat dění a jednat vytrvale. Souvisí s uvědomováním si vlastních schopností.
- **Sebeovládání:** Schopnost regulovat vlastní chování a emoce
- **Schopnost spolupráce:** Umění pracovat společně s ostatními
- **Komunikace:** Dovednost vyjadřovat se a porozumět druhým
- **Schopnost práce s ostatními:** Fungování v kolektivu a respektování druhých

2. Konkrétní dovednosti podle Paulíka (2005 In Urbanovská s kol.)

- **Grafomotorické dovednosti:** Kresba úplné lidské postavy a základních tvarů
- **Pracovní návyky:** Schopnost soustředit se a ovládat potřebu pohybu
- **Předčtenářské dovednosti:** Nápodobení písmen
- **Rozlišovací schopnosti:** Identifikace základních materiálů (dřevo, kov)
- **Porozumění a paměť:** Vykonání tří příkazů najednou
- **Sebeobsluha:** Samostatné oblékání a dodržování hygieny
- **Základní znalosti:** Počítání do deseti, recitace básničky

- **Orientace a řeč:** Povědomí o rodině, bydlišti a okolí, plynulé vyjadřování ve větách se správnou výslovností

Individuální přístup k posuzování (Urbanovská a kol. - info z kapitoly 1 - Školní připravenost z pohledu speciálního pedagoga):

1. Respektování individuality dítěte

- Každé dítě má specifické předpoklady a individuální tempo vývoje
- Školní připravenost nelze hodnotit jednotně pro všechny děti
- Nutnost přizpůsobit hodnocení individuálním potřebám a schopnostem dítěte

2. Specifika dětí se SVP

- Potřeba zohlednit nejen zdravotní stav, ale i faktory jako rodinné zázemí a sociální opora
- Důležité posoudit vliv vývojových možností a omezení na celkový potenciál dítěte k úspěchu ve škole
- Role PPP a SPC při diagnostice a rozhodování o odkladu školní docházky

Současné trendy v přístupu ke školní připravenosti:

1. Změna paradigmatu

- Přesun důrazu od připravenosti dítěte na školu k připravenosti školy pro dítě (Splavcová, 2019)
- Zapojení rodiny, školy a předškolního vzdělávání do celkového hodnocení připravenosti
- Inkluzivní přístup zohledňující různorodé potřeby dětí

2. Včasná diagnostika a intervence

Kdy: prosinec-květen (poslední ročník MŠ)

- Klíčová pro předcházení školním obtížím a neúspěchům (Petrová, 2012)
- Včasné odhalení deficitů v rozvoji dítěte umožňuje nápravu před nástupem do školy
- Prevence prohlubování obtíží a vzniku tzv. Matoušova efektu (Bast & Reitsma, 1998; DiPrete & Eirich, 2006)

Metody hodnocení školní zralosti

1. Screening / depistáž

- Skupinový nebo individuální test v MŠ
- Cíl: odhalení dílčích problémů (např. zraková percepce)

2. Podrobné posouzení

- Na žádost rodičů nebo doporučení odborníků (učitelka MŠ, pediatr)

Používané testy a nástroje

► Kern-Jiráskův orientační test školní zralosti

- Kresba lidské postavy
- Opakování geometrických obrazců (kolečko, křížek, čtvereček)

- Přepis vět (Eva je tu. Sev pa li.)
- Obkreslení 10 bodů

► Další testy

- **Test hvězd a vln** (jemná motorika, prostorová orientace)
- **Orientační zkouška připravenosti na školu** (Kollárik)
- **MaTeRS** – hodnotí 10 oblastí (vizuomotorika, řeč, pozornost...)

Podrobné hodnocení oblastí školní připravenosti

1. Sluchová percepce (fonologická diferenciacie)

- **Wepman-Matějčkův test**: rozlišení dvojic slov – max. 5 chyb u 6letého dítěte
- **Test rizika poruch čtení a psaní**: určování hlásek, analýza hláskových skupin

2. Fonologická analýza a syntéza

- **Test sluchové analýzy** – určování hlásky ve slově

3. Zraková percepce

- Pro čtení a psaní: diferenciacie detailů, koordinace očí
- Testy:
 - **Reverzní test (Edfeld)**
 - **Test zrakového vnímání (Frostig)**
 - **Felcmanová** – v přípravě

4. Grafomotorika

- **Kresba lidské postavy** (realistická kresba s detaily)
- **Obkreslování obrazců, písma**
- Testy:
 - Test obkreslování (Matějček)
 - Subtesty z Testu rizika poruch čtení a psaní
 - Felcmanová – subtest 6 (zraková percepce)

5. Řeč

Hodnocení rozhovorem (atraktivní téma, popis obrázku, opakování slov)

Oblasti:

- **Foneticko-fonologická rovina**: výslovnost, artikulační obratnost, plynulost
- **Lexikálně-sémantická rovina**: aktivní a pasivní slovní zásoba

3. Role rodiny a předškolních zařízení

- Rodina má zásadní vliv na rozvoj sociálních kompetencí a celkovou přípravu na školu (Vágnerová, 2000)
- Předškolní zařízení doplňují rodinnou výchovu, zejména v oblasti socializace a komunikačních dovedností
- Důležitá spolupráce všech aktérů pro optimální přípravu dítěte na školní docházku

Povinná školní docházka – zákonná úprava (Kapitola z Pedagogicko-psychologická diagnostika, Kučírek, 2022)

Zákon č. 561/2004 Sb., školský zákon, § 36:

- Povinná školní docházka začíná **počátkem školního roku** po dni, kdy dítě **dovrší 6 let**.
- **Možnost odkladu** školní docházky o **1 rok**, nejdéle do začátku školního roku, kdy dítě dovrší 8 let.
 - Potřeba:
 - **Písemná žádost** zákonného zástupce
 - **Doporučení ŠPZ** a odborného lékaře

ODKLAD ŠKOLNÍ DOCHÁZKY

U některých dětí je vhodný odklad školní docházky, který má smysl ovšem jen tehdy, pokud některá z výše uvedených složek není dostatečně rozvinutá, ale je pravděpodobnost, že během odkladu dojde k takovým kvalitativním změnám, které umožní úspěšné zahájení školní docházky. Odklad školní docházky může být na škodu tam, kde není potřeba. Dítě, které je na školní docházku dostatečně připravené po všech stránkách, se pak může ve škole nudit, nemotivuje ho, může se také obtížně zařadit do skupiny o rok mladších spolužáků, kteří jsou na nižším stupni vývoje. Odklad školní docházky doporučí lékař praktický, či v případě potřeby i odborný a poradenské pracoviště, buď speciálně pedagogické centrum nebo pedagogicko-psychologická poradna. O odklad školní docházky si žádá rodič u ředitele školy. Dodatečný odklad může být ředitelem školy povolen do konce prvního pololetí první třídy.

Pro některé dítě se však může dodatečný odklad a následný přestup zpět do mateřské školy stát velmi stresujícím a může ho těžce prožívat.

Děti, u kterých je vhodné zamyslet se nad odkladem školní docházky:

- děti zdravotně oslabené,
- děti s výrazným rozumovým opožděním,
- děti s pomalejším nebo nerovnoměrným rozumovým vývojem,
- děti nezralé v oblasti sebeobsluhy,
- děti nezralé v oblasti sociálně – citové,
- děti s problémy v oblasti řeči a komunikačních dovedností,
- děti s problémy s pozorností a soustředěností,
- děti s problémy v rozvoji grafomotoriky,
- děti s problémy v pracovním tempu (výrazná pomalost).

Důsledky nástupu nezralého dítěte do školy

- Dítě nezvládá výuku kvůli nedostatečně rozvinutým funkcím.
- Dlouhodobý stres z přetížení a nesplnitelných požadavků.
- Zvýšená unavitelnost, vyčerpání, nemocnost.
- Riziko školní neúspěšnosti, kterou dítě často vnímá jako trauma.
- Možnost vzniku syndromu neúspěšného dítěte.

Možné následky syndromu neúspěšného dítěte

- Fobie ze školy
- Poruchy příjmu potravy
- Poruchy chování (negativismus, agresivita...)
- Psychosomatické obtíže
- Narušené sebepojetí a sebevědomí

Projevy školské nezralosti

- Opožděný rozvoj sluchové/zrakové percepce
- Nízké verbální schopnosti
- Nedostatečné logické uvažování
- Nízká koncentrace, rychlá unavitelnost
- Slabá regulace chování (impulzivita, nízké volní úsilí)
- Emoční nezralost (fixace na matku, nízká frustrační tolerance)

Dodatečný odklad školní docházky - lze realizovat po nástupu šestiletého dítěte do školy, nejpozději do konce kalendářního roku, pokud jsou k tomu patřičné důvody. Vzhledem k psychologickým důvodům (především vlivu na sebehodnocení dítěte) je vhodné situacím „vrácení dítěte do MŠ“ předcházet a využívat tuto možnost opravdu v krajním případě.

Předčasný nástup do školy u dítěte, které dosáhne věku šesti let v době od září do prosince kalendářního roku, ve kterém navštěvuje 1. ročník ZŠ, je možný, pokud je dítě zralé a připravené zvládat nároky školní docházky. V tomto případě se podává žádost řediteli školy a posouzení zralosti stačí pouze v rámci zápisu.

Předčasný nástup do školy u mimořádně nadaného dítěte, které dosáhne šesti let teprve v době od ledna do konce června ve školním roce, kdy navštěvuje 1. ročník ZŠ. Podmínkou přijetí je doporučení lékaře a zároveň doporučení školského poradenského zařízení (obvykle PPP).

Zdroje:

Urbanovská E. a kol. - Školní připravenost pohledem speciálního pedagoga
Bednářová, Šmardová, 2015 - Školní zralost
Kučerík, 2022 - Pedagogicko-psychologická diagnostika

23. Rizikové faktory vývoje – které rizikové faktory mohou ovlivnit vývoj dětí se zdravotním postižením?

(Vágnerová, 2008 In Potměšil a kol.): Osobnost dítěte s postižením se formuje zejména podle zvoleného přístupu a výchovy rodičů a velmi důležitou roli zde sehrává i mír a kontaktu s druhými lidmi.

Matka - rizikový faktor

Kojenecký věk

- vrozené vady - vývoj za ztížených podmínek
- v tomto období je podstatný sociální kontakt - citový vztah mezi matkou a dítětem - může probíhat odlišně
- velká obava - ze strany matky k nadměrné fixaci
- opak - matka dítě odmítá - umístěno do institucí

Batolecí věk

- Vágnerová (2008 In Pot.): “fáze první emancipace” - se d. osamostatňuje a poznává svět samo, rozvoj motoriky a myšlení -> přes ZP je omezený, složitější a někdy i nemožné
- odpoutávání se od matky - důležitá role - přílišná závislost matky na d. → dítě bude pasivní, nemůže rozvinout svůj potenciál
- Symptomy ZP jsou v tomto období znatelnější - rodina + okolí - uvědomění, že se nevyvíjí obvyklým způsobem → pro rodiče stresující až natolik, že zažádají o institucionální p., protože si budou myslet, že to nezvládnou

Rodina jako rizikový faktor

Rodina je základním pilířem počátku i průběhu péče o zdravotně postižené dítě. Rodiče si s dítětem již v prenatálním období vytvářejí citové pouto, očekávají narození zdravého potomka, který jejich život zásadním způsobem obohatí. Narození postiženého dítěte v nich tedy pochopitelně vyvolá různé emoce, pocity spojené s neadekvátním chováním, aktivizaci obranných mechanismů apod. „Postižené dítě neodpovídá představě matky, kterou si o něm vytvořila, a traumatizuje její sebehodnocení v oblasti mateřské role. Později vzniklé postižení nepůsobí jako znehodnocení rodičovského statutu“ (Kysučan, 2007).

Základní funkce rodiny (Kraus, 2008 In Potměšil a kol.2015):

- (porucha) biologicko-reprodukční - přínos i pro společnost.
- sociálně-ekonomická - zapojení do pracovního procesu -> finanční zajištění, vhod domácnosti, možnosti života rodiny atd.;
- ochranná - zajištění základních potřeb (biolog., hygien., zdravotních)
- socializačně výchovná - d. se v rodině učí přizpůsobovat životu, osvojuje si základy chování a návyky společnosti. Výchova rodičů (Styly např. Lewin: autokratický, liberální, sociálně integrační - demokratický)
- emocionální - nejvýznamnější (prostředí něhy, lásky a porozumění)

Specifika požadavků na rodiny dětí se ZP (sluchově) Potměšil a kol. 2015

- transparentnost - jasná a srozumitelná komunikace -> funkční zdůraznění vyjadřování citů a pocitů. Protože většina je všechno doprovázeno slovy, hlasem atd.-> u d. se SP musí se vše viditelně zdůraznit, tak aby byli evidentní

- předvídavost - schopnost porozumět projevům dítěte a předvídat jeho reakce na určité podněty
- motivace - nastavit uchopitelnou formu pozitivní zpětné vazby. Nutné připravit rodiče, aby postupně byli schopni různé situace, kde dítě může být úspěšné, připravit + aby se opakovaly (formou hry)
- bezpečné prostředí - potřeba pocitu bezpečí, klidu a jistoty. bezpečí z pohledu psychiky - učit se experimentovat, dělat chyby -> d. nebue nebude za neúspěch káráno
- jasná pravidla (pokud limitováno sluch.v.) - vztahují se k chování dítěte, projevům + činnosti s dopomcí/samostaně. Vymezit jasně a citlivě - dítě tak má možnost kontrolovat prostředí, předpokládat a do jisté míry ovlivňovat

Poruchy rodiny

- rodina by měla zajistit dítěti harmonický rozvoj - dostatek p. lásky, bezpečí a jistoty
- nedostatek nebo narušení - hrubě narušit nebo ovlivnit vývoj dítěte se ZP

Kraus (2008 In Potměšil a kol. 2015) - poruchy rodiny

- funkční - plní všechny fce
- dysfunkční - jenom některé
- afunkční - vůbec to nezvládá, rozvrat, narušení vývoje dítěte

Dunovský (1986 In Potměšil a kol.) - poruchy rodiny:

- porucha biologicko-reprod.- bezdětné páry nebo naopak velký počet dětí, Matějček (2005): ocenit páry - se stanou s plným vědomím bezdětnými jenom proto, že zamezí/přeruší možné pokračování geneticky či jinak podmíněného postižení svého potomstva
- p. ekonom.-zabezpeč.- rodiče nemohou nebo nechťejí účastnit prac. procesu -> nedostatek financí
- p. emocionální fce - nedostatečná nebo vůbec emocionální podpora od rodičů k dětem. citově ploché rodiče (měli během dětství nedostatek lásky a něhy)
- p. socializačně-výchovná - jedná se o situace r. nemohou, nechťejí. neumějí dostatečně postarat o d.

Příčiny vzniku poruch r.

- zneužívání a závislost na psychoaktivních látkách;
- závislost na alkoholu;
- pracovní problémy- nezaměstnanost;
- nevhodné bytové podmínky, bezdomovectví;
- domácí násilí,
- CAN syndrom (synd. týraného, zneužívaného a zanedbávaného d.)
- synd. deprivovaného dítěte - po psychické stránce -> Matějček (193 - In Potměšil) - "psychická deprivace je stav vzniklý následkem životních situací, kdy subjektu není dána příležitost k ukojení některé jeho základní (vitální) psychické potřeby v dostačující míře a po dosti dlouhou dobu"
- + se může objevit subdeprivace - rodina fce zvládá, ale děti strádají po citové stránce (kontakt, cit, chybí společné zájmy apod.) - důsledek: špatný škol. prospěch, nízká sebedůvěra a sebehodnocení, problémy s navázáním kontaktu s vrstevníky (Vágnerová, 2008 In Potměšil a kol., 2015)

Psychické potřeby Matějček a Langmeier (1974, Náhradní rodinná výchova; Matějček - Prvních 6 let ve vývoji dítěte, 2005):

1. Potřeba (přiměřené) stimulace

Dítě potřebuje dostatek podnětů pro svůj psychický i fyzický vývoj. To zahrnuje smyslové vjemy (zrakové, sluchové, hmatové aj.), sociální interakce a možnost objevovat okolní svět. Nedostatek stimulace může vést ke zpomalení vývoje, zejména v oblasti poznávacích schopností a emocí.

2. Potřeba smysluplného světa

Dítě musí vnímat svět jako srozumitelný a předvídatelný. Znamená to, že jeho prostředí by mělo být logické a konzistentní – například pevné rodinné vztahy, jasně daná pravidla a stabilní režim. Chaos nebo nepředvídatelnost mohou vést k pocitům úzkosti a nejistoty.

3. Potřeba životní jistoty

Každé dítě potřebuje cítit bezpečí a jistotu, což znamená, že ví, že o něj bude postaráno a že jeho potřeby budou uspokojovány. Základem této jistoty je pevný citový vztah k rodičům nebo jiným pečujícím osobám. Pokud dítě tuto jistotu nemá, může trpět úzkostí a nejistotou v mezilidských vztazích.

4. Potřeba pozitivní identity neboli vlastního “já”

Dítě se učí vnímat sebe sama jako hodnotného člověka. Tato potřeba souvisí s pocitem vlastní důležitosti a sebevědomím. Pokud dítě není podporováno a je neustále kritizováno nebo přehlíženo, může se u něj rozvinout nízké sebevědomí nebo pocit méněcennosti.

5. Potřeba otevřené budoucnosti

Dítě potřebuje mít pocit, že jeho život má směr a že se může rozvíjet. Znamená to, že mu okolí poskytuje podněty a příležitosti k učení a růstu. Pokud dítě nevidí žádné možnosti - životní perspektivu, co ho “táhne” život dopředu pro svou budoucnost, může být demotivované nebo bez cíle - uzavřená budoucnost: zoufalství, útlum, nicotu.

První známky/krůčky, když něco začne “předjímat”. (čekat” až se táta vrátí domů”, bude se těšit, bude mít z něčeho strach apod.). V pravém slova smyslu dětem dlouho trvá než objeví budoucnost - v 11 či 12 let dítěte.

Oproti deprivaci může být riziko: Přesycení dítěte podněty (Potměšil a kol. 2015)

- přestimulování, příliš mnoho podnětů, přesycení a zahlcení dítěte informacemi či podněty - projeví jako snížená pozornost, menší zájem, zvýšená únava
- dojít při nesprávném načasování - podnětů je stále více a více - odraz dospělého, který není příliš trpělivý, citlivý vůči individuálním potřebám

Rizikové faktory vývoje dítěte se zdravotním postižením

1. Rodinné a sociální prostředí

- **Neinformovanost rodičů o zdravotním postižení dítěte** – omezuje schopnost rodičů vyhledat a využívat odbornou pomoc

- **Nízký socioekonomický status rodiny** – může ztížit přístup k potřebným službám a snížit kvalitu života dítěte - Potměšil, 2015;
- **Zdravotní nebo psychické problémy rodičů** – například deprese nebo závislost mohou negativně ovlivnit schopnost rodičů o dítě pečovat a vyhovět jeho potřebám (Potměšil a kol., 2015).

2. Institucionální a vzdělávací faktory

- **Nedostatek odborné pomoci a rané intervence** – absence včasné a cílené péče může výrazně zpomalit rozvoj dítěte (lékaři, raná péče,...)
- **Nízká kvalita speciálněpedagogické podpory** – školní a předškolní instituce nemusí mít dostatečně přizpůsobené podmínky pro děti se zdravotním postižením
- **ŠKOLA - Neinkluzivní prostředí** – pokud není vytvořeno podpůrné prostředí, může dítě čelit sociální izolaci a diskriminaci (Vítková, 2004)
- umístění dítěte mimo rodinu - ústavní péče/náhradní rodinná péče

3. Zdravotní faktory dítěte (Vítková In Pipeková a kol., 1998)

- **Kombinace různých typů postižení** – např. tělesné postižení a poruchy komunikace, které mohou ztížit každodenní činnosti a rozvoj sociálních dovedností (Vítková, 2010).
- **Chronické onemocnění** – může zvyšovat únavu a snižovat možnosti pro aktivní účast v terapiích a běžném životě
- **Zdravotní problémy, jako je epilepsie nebo chronické bolesti** – mohou omezit schopnost dítěte zapojit se do běžných aktivit

4. Psychosociální faktory <https://sancedetem.cz/psychicky-vyvoj-ditete-se-zdravotnim-postizenim>

- **Nízké sebevědomí a sociální izolace** – děti se zdravotním postižením mohou zažívat šikanu nebo být vyčleněny z kolektivu, což zhoršuje jejich psychický stav (Langmeier & Krejčířová, 2006).
- **Prostředí mezi vrstevníky** (Vágnerová, Lisá 2021) - Chybějící přijetí kolektivem – nedostatek přátelských vztahů může vést k dalším problémům v oblasti komunikace a sebevnímání
- **Psychické problémy dítěte** – např. úzkost nebo deprese, které mohou zhoršovat schopnost dítěte se učit a adaptovat na nové prostředí

5. Omezené příležitosti k rozvoji

- **Nedostatek podnětů a stimulace** – málo interakcí s okolím nebo omezený přístup k různým aktivitám může zpomalit kognitivní a motorický vývoj (Matějček, 2007).
- **Nedostatečné přizpůsobení aktivit** – pokud jsou činnosti buď příliš náročné, nebo naopak příliš jednoduché, dítě se nevyvíjí optimálně (Vágnerová, 2008).
- **Přehnaná ochrana ze strany rodičů** – rodiče mohou omezit dítě v samostatnosti a sebedůvěře, pokud příliš chrání jeho slabiny

21. Intervence a rehabilitace po diagnostice – které intervenční postupy se doporučují po diagnostice?

1. Koncept včasné intervence (Šándorová, Z., 2017; Michalík, Baslerová, Felcmanová a kol., 2015)

Definice

- Systematická podpora poskytovaná dětem se zdravotními riziky nebo vývojovými obtížemi a jejich rodinám s cílem optimalizovat vývoj dítěte

Legislativní rámec

- Zákon č. 108/2006 Sb. o sociálních službách
- Vyhláška č. 27/2016 Sb. o vzdělávání žáků se speciálními vzdělávacími potřebami

Význam včasnosti

- Princip neuroplasticity mozku
- Kritická období vývoje
- Prevence sekundárních obtíží

Principy efektivní intervence

- **Individualizace** - respekt k jedinečným potřebám každého dítěte
- **Komplexnost** - zaměření na všechny oblasti vývoje
- **Systematičnost** - pravidelnost, návaznost a strukturovanost intervencí
- **Včasnost zahájení** - co nejdříve po identifikaci obtíží
- **Participace rodiny** - aktivní zapojení rodičů jako klíčový faktor úspěchu

2. Diagnostický proces jako výchozí bod intervence

Typy diagnostiky relevantní pro intervenci

- **Diferenciální diagnostika** - určení konkrétního typu postižení/narušení
- **Vývojová diagnostika** - určení vývojové úrovně v jednotlivých oblastech
- **Funkční diagnostika** - identifikace silných stránek a potenciálu dítěte
- **Ekologická diagnostika** - zhodnocení vlivu prostředí na vývoj dítěte

Diagnostické nástroje specifické pro raný a předškolní věk (Kucharská a kol., 2007; Říčan, Krejčířová, 2006)

- **Vývojové škály** - Gesellova vývojová škála, Bayleyové škály, BSID-III
- **Screeningové metody** - CARS (dětský autismus), M-CHAT (poruchy autistického spektra)
- **Specifické diagnostické nástroje** - Portage, SON-R
- **Pozorování a analýza hry** - Transdisciplinary Play-Based Assessment

Přenos diagnostických zjištění do intervence

- **Formulace intervenčních cílů** - SMART cíle, hierarchie potřeb

- **Stanovení priorit** - určení klíčových oblastí vyžadujících intervenci
- **Výběr vhodných metod** - na základě specifik diagnózy a individuality dítěte
- **Vypracování intervenčního plánu** - časový harmonogram, zodpovědné osoby

3. Individuální plánování (přednášky od profesora, 2024 - předmět Individuální plánování)

Obecné zásady

- **Časové hledisko:** Čím mladší dítě, tím kratší úseky plánování. U starších dětí lze plánovat delší období.
- **Účastníci procesu:** Instituce/zařízení a rodina
- **Prostředí:**
 - Instituce (MŠ) mají pevně daný systém (vyhlášky, plány)
 - Rodina je flexibilnější, zde se odehrává většina individuálního plánování
 - Pro efektivní plánování je klíčové detailně poznat rodinné prostředí

Strukturování individuálního plánu

- **Domény:** Motorika, smyslové vnímání, komunikace, sociální interakce atd.
- **Úrovně výkonu:** Hodnocení dle škály (nezvládá, s pomocí, samostatně...) např. jsme viděli v Tamtamu vytvořenou jima

Teorie mnohonásobné inteligence (Howard Gardner) - důležitá v kontextu speciální pedagogiky

- **Identifikace silných stránek** - Teorie pomáhá pedagogům identifikovat oblasti, ve kterých děti se speciálními vzdělávacími potřebami vynikají, i když mohou mít obtíže v tradičně hodnocených oblastech (jazykové nebo logicko-matematické).
- **Alternativní přístupy k učení** - Umožňuje vytvářet výukové strategie, které využívají silnějších typů inteligence k podpoře rozvoje těch slabších. Například dítě s dyslexií může mít silnou prostorovou nebo hudební inteligenci, kterou lze využít při výuce čtení.
- **Zlepšení sebepojetí** - Uznání různých typů inteligence pomáhá dětem se speciálními potřebami budovat pozitivnější sebehodnocení, protože vidí, že v některých oblastech mohou být úspěšné.
- **Inkluze** - Podporuje inkluzivní přístup, kdy jsou oceňovány různé typy schopností a talentů, což může vést k většímu přijetí různorodosti ve třídě.

Vychází z předpokladu, že člověk může být v některých oblastech nadaný, v jiných slabší. Teorie mnohonásobné inteligence byla navržena Howardem Gardnerem, americkým vývojovým psychologem, v roce 1983. Gardner zpochybnil tradiční pohled na inteligenci jako jednotnou, obecnou schopnost měřitelnou standardními IQ testy.

Podle Gardnera existuje osm různých typů inteligence:

1. **Jazyková inteligence** - schopnost efektivně používat jazyk, citlivost ke zvukům a významům slov
2. **Logicko-matematická inteligence** - schopnost analyzovat problémy logicky, provádět matematické operace
3. **Prostorová inteligence** - schopnost rozpoznávat a manipulovat s prostorem, vizualizovat objekty

4. **Hudební inteligence** - dovednost rozpoznávat a vytvářet hudební tóny, rytmy
5. **Tělesně-kinestetická inteligence** - schopnost koordinace těla, zručnost
6. **Interpersonální inteligence** - schopnost rozumět úmyslům, motivacím a přáním druhých lidí
7. **Intrapersonální inteligence** - schopnost porozumět sobě samému, vlastním pocitům a motivacím
8. **Přírodní inteligence** - schopnost rozpoznávat a kategorizovat objekty v přírodě

Později Gardner navrhl i možnou devátou inteligenci - **existenciální inteligenci**, která se týká schopnosti zabývat se základními otázkami existence.

Hlavní myšlenkou této teorie je, že každý člověk má všechny typy inteligence, ale v různé míře rozvinuté. Tradiční vzdělávací systémy často kladou důraz především na jazykovou a logicko-matematickou inteligenci, zatímco ostatní typy mohou být opomíjeny.

Aplikace této teorie ve vzdělávání vedla k rozmanitějším výukovým přístupům, které se snaží rozvíjet všechny typy inteligence a respektovat individuální silné stránky žáků.

Klíčové prvky individuálního plánu

- **Měřitelné cíle a postupy:** Využití škál (ano, skoro, vždycky, občas...)
- **Zaměření na identifikovatelné oblasti potřeby:** Co nejvíce trápí dítě a rodinu
- **Efektivní zaznamenávání:** Pozorovat, zapisovat, ideálně jednoduché formy (zaškrťování)
- **Pravidelná komparace:** Sledování pokroku, všímání si změn

4. Úpravy ve vzdělávacím procesu pro děti se ZP

Specifika učení dětí se zdravotním postižením

- Zdravé dítě získává informace dvěma základními cestami: záměrně a nezáměrně
- V individuálním plánu je nutné reflektovat, o co děti s postižením přicházejí
- Je třeba správně nastavit všechny úpravy a reflektovat rozdíly mezi zdravými dětmi a dětmi s postižením

Metody práce a didaktické postupy

- Přizpůsobení obsahu, vědomostí a zkušeností
- Změna přístupu k dítěti
- Potřeba vzdělávat i rodiče v oblasti specifických přístupů

Speciální postupy a související služby

- Asistivní technologie
- Audiologie
- Poradenství
- Rehabilitace
- Řečová/jazyková terapie
- Psychologické služby
- Sociální služby
- Doprava

5. Aktivní účast všech stran v procesu plánování

Role rodičů / pečujících osob

- Plná a aktivní účast
- Porozumění procesu
- Sdílení představ, názorů a priorit
- Poskytování informací jako důležitý zdroj
- Rozvoj "amatérské profese"

Role dítěte

- Účast při plánování (přiměřená věku a schopnostem)
- Poskytování zpětné vazby

Role speciálního pedagoga

- Hledání zdrojů
- Dodržení procesních standardů
- Poskytování smluvených služeb

6. Klíčové prvky úspěšné intervence

Pozorování a komunikace

- **Pozorování dítěte rodičem:** Základní nástroj, vyžaduje nácvik a podporu
- **Monitoring průběhu aktivit:** Sledování, jak dítě reaguje, zda čeká, potřebuje motivaci
- **Sdílení informací:** Vzájemná výměna mezi odborníky a pečovateli
- **Efektivní komunikace:** Důraz na jednoduchý, srozumitelný přenos informací, dostatek času na vyjádření

Hodnocení a rozvoj

- **Pojmenování postupu a vývoje:** Specifikace cílů a kroků
- **Úspěch a neúspěch:** Nutné počítat s oběma možnostmi, neúspěch není nutně důkazem chyby
- **Pravidelné vyhodnocování:** Reflexe fungování plánu, identifikace příčin případných problémů

7. Komponenty individuálního plánu

Materiály a nástroje

- **Smyslová integrace:**
 - Smyslové hračky a aktivity
 - Stimulace smyslů a podpora smyslové integrace
 - Adaptivní vybavení
- **Vizualizace:**
 - Vizuelní pomůcky pro komunikaci a porozumění
 - Obrázkové karty, fotografie, tabulky, vizuelní plány

- Technologické nástroje (tablety, počítače)
- **Knihy a kreativní materiály:**
 - Knihy přiměřené věku se speciálním zaměřením
 - Umělecké potřeby pro podporu kreativity a sebevyjádření
 - Literatura pro rodiče
- **Modifikace prostředí a přístupnost:**
 - Herní vybavení upravené pro děti se zdravotním postižením
 - Úpravy prostředí (rampy, houpadla s oporou zad)

8. Plánování intervence zaměřené na rodinu/instituci

Potřeby dítěte jako základ

- **Cíl:** Poskytnutí podpory rodičům/pečujícím (pomoc vs. podpora)
- **Identifikace bariér:** Kognitivní, fyzické, smyslové, emocionální omezení v každodenních činnostech
- **Syndromické vs. nesyndromické postižení:** Rozdílné přístupy (PAS, DMO, DS vs. kombinace)

Včasná intervence

- **Diagnóza:** Může, ale nemusí být stanovena
- **Role:** Zásadní při řešení vývojových opoždění
- **Přínos:** Včasná identifikace a intervence výrazně zlepšuje výsledky
- **Komplexnost:** Terapie, asistivní technologie (AAK), podpora rodiny

Cíle individuálního plánování

- Zajištění celostního rozvoje a celkové pohody dítěte
- Popis specifických potřeb a intervencí
- Nastavení spolupráce mezi rodiči, vychovateli, terapeuty a zdravotníky
- Komplexní posouzení schopností a výzev dítěte
- Stanovení specifických cílů pro každou vývojovou oblast

Konzistence plánu

- Plán by měl být konzistentní ve všech prostředích, kde se dítě vyskytuje
- Poskytování jasných pokynů pro učitele a pečovatele

9. Problémy a výzvy individuálního plánování pro rodiče dětí se ZP

Praktické obtíže

- **Nedostatek zdrojů:** Obtížné hledání relevantních informací
- **Finanční omezení:** Specializované služby mohou být nákladné
- **Časová tíseň:** Dítě stárne každým dnem, nelze propásnout vhodnou dobu pro intervenci

Emoční zátěž

- **Stres:** Pocit nutnosti podávat 120% výkon
- **Obavy o budoucnost:** Co bude zítra/příští týden?
- **Úzkost a bezmoc:** Složitý systém péče a odborníků
- **Pocit zahlcení a izolace:** Náročné udržet vše pod kontrolou

Procesní komplikace

- **Množství rozhodnutí:** Výběr vhodných terapií, vzdělávacího prostředí
- **Dynamičnost procesu:** Neustálé přizpůsobování měnícím se potřebám
- **Spolupráce s odborníky:** Nutnost orientace ve více systémech péče
- **Komunikační výzvy:** Potřeba efektivně komunikovat s různými specialisty

10. Rodinná dynamika a plánování intervence

Rodinný systém jako celek

- **Složitá síť vztahů:** Rodiče, sourozenci, širší rodina, pečovatelé
- **Dynamika v rodině:** Komunikační vzorce, role, rozhodovací procesy
- **Cíl hodnocení:** Pochopit rodinný systém pro účinnější intervenci

Silné stránky a výzvy v rodině

- **Identifikace silných stránek:** Budování odolnosti a pozitivních změn
- **Podpůrné vztahy:** V rodině i širším okolí
- **Nové výzvy:** Hledání podpory, finanční potíže, duševní zdraví

Spolupráce a spoluúčast

- **Zodpovědnost:** Podpora pocitu účasti a "vlastnictví" procesu
- **Spoluautorství:** Při konstrukci intervenčních plánů
- **Kulturní hodnoty:** Respektování přesvědčení a tradic rodiny

11. Hodnocení a evaluace individuálního plánu

Důvody k evaluaci

- Vytváření personalizovaných strategií
- Řešení jedinečných potřeb a výzev
- Posouzení reálného dopadu na život dětí a rodin

Cílové položky u dítěte

- Dopad na celkovou pohodu
- Posouzení vývoje ve všech oblastech
- Sledování pokroku vzhledem k cílům
- Frekvence a forma intervence
- Vzorce chování a potřeby

Cílové položky u rodiny

- Dopad plánování na fungování rodiny
- Role rodiny při podpoře dítěte
- Poskytnutí zdrojů a informací
- Posílení rodiny zapojením do rozhodování
- Identifikace zdrojů stresu

Metody hodnocení

- Monitorování pokroku
- Škálování pro měření cílů
- Standardizované postupy
- Průběžné hodnocení
- Kontrolní seznamy (checklists)

12. Alternativní a augmentativní komunikace (AAK) v individuálním plánování

Cíle AAK

- Vyjadřování myšlenek, potřeb a přání
- Zlepšení kvality a efektivity komunikace
- Snížení náročného chování
- Zvýšení úrovně asertivity
- Rozšíření vzdělávacích a společenských příležitostí
- Zvýšení kvality života a nezávislosti

Metodika implementace AAK

- **Přiměřenost:** Vůči dítěti, rodičům, věku, vývoji
- **Přístupnost:** Dostupnost doporučených metod
- **Efektivita:** Co přináší reálný efekt
- **Pozorování:** Učit rodiče sledovat své dítě
- **Akceptace rozdílů:** Přesvědčit rodiče o nutnosti přijetí odlišností

Potenciální rizika při zavádění AAK

- Nejasná metodika
- Neakceptování "normálního" vývoje
- Nerealistická očekávání rodičů
- Nedostatečný trénink
- Příliš sofistikované pomůcky
- Cílový stres
- Slabá podpora

13. Systém rané péče jako klíčová intervenční služba

Organizace a zajištění rané péče (Hradilková T. a kol, 2018)

- **Střediska rané péče** - specializace dle typu postižení (zrakové, sluchové, mentální, kombinované)
- **Formy poskytování** - terénní služby (návštěvy v domácím prostředí), ambulantní služby
- **Personální zajištění** - poradci rané péče, speciální pedagogové, fyzioterapeuti, psychologové
- **Návaznost služeb** - spolupráce s dalšími institucemi (SPC, zdravotnická zařízení)

Oblasti podpory v rámci rané péče

- **Posílení kompetencí rodiny** - edukace, praktický nácvik, emoční podpora
- **Stimulace vývoje dítěte** - konkrétní techniky a programy dle typu obtíží
- **Sociální poradenství** - orientace v systému dávek a podpor, právní aspekty
- **Půjčování pomůcek** - speciální hračky, rehabilitační pomůcky, kompenzační pomůcky

Zhodnocení efektivity rané péče

- **Evaluační nástroje** - průběžné hodnocení pokroků, dotazníky spokojenosti
- **Faktory ovlivňující úspěšnost** - intenzita služeb, kvalifikace personálu, spolupráce rodiny
- **Výzkumná zjištění** - dopad na vývojové a edukační výsledky dětí

14. Specifické intervenční přístupy dle typu obtíží

Intervence u dětí s opožděným psychomotorickým vývojem (Vítková, M., 2006)

- **Vojtova metoda reflexní lokomoce** - princip, indikace, postupy
- **Bobath koncept** - handling, polohování, facilitace pohybu
- **Senzomotorická stimulace** - vestibulární, propioceptivní, taktilní stimulace
- **Orofaciální regulační terapie** - při poruchách příjmu potravy a orofaciální motoriky

Intervence u dětí s poruchami autistického spektra

- **Strukturované učení** - vizualizace, strukturalizace času a prostoru - Žampachová, Čadilová
- **Aplikovaná behaviorální analýza (ABA)** - princip podmiňování, token systém
- **TEACCH program** - principy, struktura, aplikace v předškolním věku
- **Rozvoj komunikace** - PECS, VOKS, znakový jazyk, využití AAK

Intervence u dětí se smyslovým postižením

- **Sluchové postižení** - bilingvální přístup, orální metoda, totální komunikace
- **Zrakové postižení** - zraková stimulace, rozvoj kompenzačních smyslů
- **Multisenzorická stimulace** - Snoezelen, bazální stimulace
- **Techniky zástupnosti smyslů** - sluchová kompenzace zraku, haptická kompenzace

Intervence u dětí s narušenou komunikační schopností (Klenková, Lechta, Bytešníková)

- **Myofunkční terapie** - při poruchách artikulace a oromotoriky
- **Stimulace preverbálních dovedností** - orofaciální stimulace, dechová cvičení
- **Augmentativní a alternativní komunikace** - obrázkové systémy, technická zařízení
- **Jazykové stimulační programy** - rozvoj slovní zásoby, gramatiky, pragmatiky

15. Vzdělávací intervence v předškolním věku

System podpurných opatření v MŠ (Michalík, Baslerová,..)

- **Stupně podpory** - charakteristika jednotlivých stupňů (1-5)
- **Formy podpory** - personální, organizační, materiální
- **Individuální vzdělávací plán** - struktura, tvorba, evaluace
- **Plán pedagogické podpory** - využití před formálním stanovením diagnózy (1.PO)
-

Integrace a inkluze v předškolním vzdělávání

- **Modely začlenění** - běžná MŠ s podporou, speciální třída, speciální MŠ
- **Role asistenta pedagoga** - kompetence, činnosti, spolupráce s učitelem
- **Úpravy prostředí a režimu** - fyzické podmínky, časová struktura
- **Spolupráce s poradenskými zařízeními** - SPC, PPP, koordinace podpory

Stimulační a intervenční programy pro předškolní věk (Bednářová, Šmardová, 2015)

- **Předškolní příprava** - rozvoj předškolních dovedností, grafomotorické programy
- **Stimulační programy** - Maxík, HYPO, Metoda dobrého startu, KUPREV
- **Programy pro specifické oblasti** - Elkonin (fonematické uvědomování), Kumot (motorika)
- **Preventivní screeningové programy** - identifikace rizik školní neúspěšnosti

16. Práce s rodinou jako součást intervence

Role rodiny v intervenčním procesu (Dittrichová, Papoušek a kol 2004)

- **Rodiče jako primární terapeuti** - přenos technik do každodenního života
- **Rodičovské kompetence** - posilování, podpora, rozvoj
- **Sourozenci a širší rodina** - zapojení, edukace, podpora vztahů
- **Rodinná resilience** - faktory podporující odolnost rodiny

Formy podpory rodiny

- **Poradenství** - praktické, psychologické, sociální
- **Rodičovské skupiny** - sdílení zkušeností, vzájemná podpora
- **Psychoterapeutická podpora** - při adaptaci na diagnózu, zpracování zátěže
- **Respitní služby** - odlehčení zátěže, prevence syndromu vyhoření

Modely spolupráce s rodinou

- **Partnerský model** - rovnocennost rolí odborníků a rodičů
- **Empowerment přístup** - posilování kompetencí rodiny, zplnomocňování
- **Rodinně centovaná intervence** - rodina jako systém, práce s celým systémem
- **Kulturní senzitivita** - respekt k různým rodinným modelům a hodnotám

17. Koordinace a kontinuita intervenční péče

Multidisciplinární spolupráce

- **Složení týmu** - pediatr, neurolog, psycholog, speciální pedagog, terapeuti
- **Koordinace péče** - sdílení informací, společné plánování, case management
- **Kompetenční rozhraní** - vymezení rolí a odpovědnosti jednotlivých odborníků
- **Modely spolupráce** - interdisciplinární vs. transdisciplinární přístup
- **TOD** - týmově orientovaná diskuze

Přechody mezi jednotlivými formami péče

- **Návaznost služeb** - přechod z rané péče do předškolního vzdělávání
- **Příprava na školní docházku** - zhodnocení školní zralosti, výběr vhodné školy
- **Překážky kontinuity** - organizační, komunikační, systémové bariéry
- **Strategie zajištění kontinuity** - plán přechodu, adaptační období, sdílení informací

Dokumentace intervenčního procesu

- **Typy dokumentace** - diagnostické zprávy, intervenční plány, záznamy o průběhu
- **GDPR a ochrana dat** - zásady, praktické aplikace, informované souhlasy
- **Sdílení informací mezi institucemi** - právní rámec, etické aspekty
- **Zapojení rodiny do dokumentace** - společná tvorba záznamů, portfolia

18. Evaluaace a výzkum efektivitv intervencí

Metody hodnocení efektivitv intervence

- **Krátkodobé vs. dlouhodobé efekty** - bezprostřední zlepšení vs. udržitelnost změn
- **Kvantitativní hodnocení** - standardizované nástroje, vývojové škály, testy
- **Kvalitativní hodnocení** - případové studie, analýza videozáznamů
- **Participativní evaluace** - zapojení rodičů do hodnocení pokroků

Faktory ovlivňující úspěšnost intervence

- **Faktory na straně dítěte** - typ a závažnost postižení, kognitivní schopnosti
- **Faktory na straně rodiny** - zapojení, socioekonomický status, resilience
- **Faktory na straně intervence** - včasnost zahájení, intenzita, kvalifikace odborníků
- **Systémové faktory** - dostupnost služeb, financování, legislativní rámec

19. Etické aspekty intervence a rehabilitace (Pipeková a kol. 2010, Valenta a kol. 2014)

Etické principy v práci s dětmi raného věku

- **Nejlepší zájem dítěte** - jako primární kritérium rozhodování
- **Respekt k důstojnosti** - i při závažném postižení
- **Autonomie vs. beneficence** - vyvažování samostatnosti a potřeby pomoci
- **Zplnomocňování vs. expertní přístup** - dilema odborné a rodičovské role

Etická dilemata v intervenční praxi

- **Právo odmítnout intervenci** - postoj rodiny vs. nejlepší zájem dítěte
- **Alokace omezených zdrojů** - spravedlivé rozdělení služeb při jejich nedostatku
- **Kulturní a hodnotové rozdíly** - respekt k různým pohledům na postižení
- **Stanovení realistických cílů** - mezi optimismem a realistickým hodnocením prognózy

Informovaný souhlas a participace dítěte

- **Informovaný souhlas rodičů** - náležitosti, proces, průběžná aktualizace
- **Participace dítěte** - přiměřená věku a schopnostem
- **Komunikace nepříznivých zpráv** - etické zásady sdělování diagnózy
- **Dokumentace etických rozhodnutí** - transparentnost procesu

20. Závěr a perspektivy rozvoje intervenční praxe

Aktuální trendy v intervenční praxi (Šándorová, 2017, Baslerová a kol., 2012)

- **Využití moderních technologií** - mobilní aplikace, telemedicína, asistivní technologie

Zdroje:

- profesor - přednáška z Individuálního plánování - 2024
- ŠÁNDOROVÁ, Z. (2017). *Raná péče v referenčním poli speciální pedagogiky a sociálních služeb*. Pardubice: Univerzita Pardubice.
- MICHALÍK, J., BASLEROVÁ, P., FELCMANOVÁ, L. a kol. (2015). *Katalog podpůrných opatření pro žáky s potřebou podpory ve vzdělávání z důvodu zdravotního nebo sociálního znevýhodnění*. Olomouc: Univerzita Palackého.
- KUCHARSKÁ, A. a kol. (2007). *Obligatorní diagnózy a obligatorní diagnostika ve speciálně pedagogických centrech*. Praha: IPPP ČR.
- ŘÍČAN, P., KREJČÍŘOVÁ, D. a kol. (2006). *Dětská klinická psychologie*. Praha: Grada.
- HRADILKOVÁ, T. a kol. (2018). *Praktický průvodce ranou péčí pro rodiny dětí se zrakovým a kombinovaným postižením*. Praha: Společnost pro ranou péči.
- OPATŘILOVÁ, D., NOVÁKOVÁ, Z. (2012). *Raná podpora a intervence u dětí se zdravotním postižením*. Brno: Masarykova univerzita.
- VÍTKOVÁ, M. (2006). *Somatopedické aspekty*. Brno: Paido.
- OPATŘILOVÁ, D. (2008). *Metody práce u jedinců s těžkým postižením a více vadami*. Brno: Masarykova univerzita.
- KLENKOVÁ, J. (2006). *Logopedie*. Praha: Grada Publishing.
- LECHTA, V. a kol. (2016). *Terapie narušené komunikační schopnosti*. Praha: Portál.
- BYTEŠNÍKOVÁ, I. (2017). *Koncepce rané logopedické intervence v České republice*. Brno: Masarykova univerzita.
- BARTOŇOVÁ, M., BYTEŠNÍKOVÁ, I., VÍTKOVÁ, M. (2012). *Děti se speciálními vzdělávacími potřebami v mateřské škole*. Brno: Paido.
- ŠMARDOVÁ, V., BEDNÁŘOVÁ, J. (2015). *Školní zralost: Co by mělo umět dítě před vstupem do školy*. Brno: Edika.
- DITTRICHOVÁ, J., PAPOUŠEK, M., PAUL, K. a kol. (2004). *Chování dítěte raného věku a rodičovská péče*. Praha: Grada.
- PIPEKOVÁ, J. (ed.) (2010). *Kapitoly ze speciální pedagogiky*. Brno: Paido.
- VALENTA, M. a kol. (2014). *Přehled speciální pedagogiky: rámcové kompendium oboru*. Praha: Portál.
- BASLEROVÁ, P. a kol. (2012). *Katalog posuzování míry speciálních vzdělávacích potřeb – část II. (diagnostické domény pro žáky s tělesným postižením a zdravotním znevýhodněním)*. Olomouc: Univerzita Palackého.

22. Vzdělávací potřeby dětí se zdravotním postižením – jaké jsou specifické vzdělávací potřeby dětí se zdravotním postižením?

Specifické vzdělávací potřeby dětí se zdravotním postižením

Vzdělávací potřeby dětí se zdravotním postižením jsou odlišné podle druhu a míry postižení, ale obecně se dají rozdělit do několika klíčových oblastí. Všechny děti s postižením vyžadují individuální přístup, a to jak v oblasti metodiky výuky, tak i v úpravách prostředí a materiálních pomůcek. Při vytváření vzdělávacího programu je potřeba brát v úvahu nejenom samotný typ postižení, ale i schopnosti a silné stránky dítěte, na kterých je možné stavět.

Obecné vzdělávací potřeby dětí se zdravotním postižením

- **Úpravy učebního prostředí:** Děti se zdravotním postižením často potřebují specifické úpravy ve školním prostředí. Může to být např. přizpůsobení prostoru pro dítě na vozíčku, zajištění dostatečného osvětlení pro děti se zrakovým postižením, nebo vybavení třídy vhodnými pomůckami pro děti s poruchami sluchu. Předškolní zařízení by měla být bezbariérová a přístupná pro všechny děti.
- **Individuální přístup a individuální vzdělávací plán:** Každé dítě se zdravotním postižením by mělo mít vypracovaný individuální vzdělávací plán (IVP), který by reflektoval jeho specifické potřeby. Tento plán by měl zahrnovat jak cíle ve vzdělávání, tak specifikace podpůrných opatření a pomůcek.
- **Podpůrné techniky a pomůcky:** Děti mohou potřebovat speciální kompenzační pomůcky, jako jsou sluchadla, optické pomůcky (např. lupy pro děti se zrakovým postižením), nebo i specifické výukové materiály (Braillovo písmo pro děti se slepotou). Podpůrné technologie mohou být rovněž součástí podpůrného opatření, například speciální software pro děti s poruchami učení nebo mobilní aplikace, které podporují rozvoj komunikačních dovedností u dětí s autismem.

Vzdělávací potřeby v předškolním věku

V předškolním věku je vzdělávací potřeba dětí se zdravotním postižením často zaměřena na rozvoj základních dovedností, které budou pro dítě klíčové pro školní docházku. Tento věk je obzvláště důležitý pro raný vývoj, protože mnohé dovednosti, které budou pro dítě základem pro celý život, se rozvíjejí právě v tomto období.

1. **Rozvoj komunikačních dovedností:** Děti s různými typy postižení mohou mít omezené komunikační schopnosti. Děti s poruchami sluchu potřebují přístup k znakové řeči nebo vizuálním pomůckám, zatímco děti s mentálním postižením mohou mít problémy s verbální komunikací a potřebují alternativní způsoby, jak se vyjádřit.
2. **Podpora motoriky a pohybu:** U dětí s tělesným postižením je potřeba zaměřit se na rozvoj základních motorických dovedností, a to jak v oblasti jemné motoriky (např. uchopení předmětu), tak hrubé motoriky (chůze, běh, skákání). Je důležité využívat fyzioterapeutické a ergoterapeutické metody, které podporují rozvoj těchto schopností.
3. **Sociální interakce a začleňování do kolektivu:** Děti s autismem nebo s jinými vývojovými poruchami mohou mít problémy se začleňováním do kolektivu. V předškolních zařízeních je kladeno důraz na rozvoj sociálních dovedností, jako je schopnost navázat vztahy s vrstevníky, spolupracovat a podílet se na skupinových aktivitách.
4. **Podpora kognitivního rozvoje:** V předškolním věku by měl být kladen důraz na rozvoj základních kognitivních schopností, jako je paměť, pozornost, schopnost rozlišovat barvy a

tvary, stejně jako na rozvoj jazyka a řeči. U dětí s mentálním postižením je třeba pracovat s přizpůsobenými výukovými materiály.

Vzdělávací potřeby v mladším školním věku

V mladším školním věku se potřeby dětí se zdravotním postižením zaměřují na zajištění základního vzdělání v rámci běžného školního prostředí. Tento věk je klíčový pro rozvoj dovedností, které dítě využije ve své budoucí vzdělávací kariéře.

1. **Zaměření na individuální vzdělávací plán (IVP):** V tomto věku je potřeba, aby každý žák s postižením měl individuální vzdělávací plán, který by obsahoval přizpůsobené učební metody, pomůcky a tempo výuky. Tento plán se vytváří ve spolupráci s pedagogy, odborníky (např. psychologem, logopedem) a rodiči.
2. **Rozvoj sociálních dovedností:** V mladším školním věku je důležitá integrace dítěte do kolektivu, a to jak v rámci spolužáků, tak ve vztazích s pedagogy. Děti s poruchami chování nebo autismem mohou potřebovat zvláštní podporu v sociálních interakcích a kognitivní terapii, která je učí správnému chování ve skupině.
3. **Kognitivní a akademický rozvoj:** Děti s mentálním postižením nebo poruchami učení (např. dyslexie) potřebují specifický přístup k výuce, který je zaměřen na přizpůsobení vyučovaného materiálu jejich schopnostem. U dětí s tělesným postižením je nezbytné zajistit potřebnou podporu pro fyzický pohyb, například asistenci při přemísťování mezi třídami nebo speciální pomůcky, které usnadní psaní a práci s počítačem.

KPO – MŠ

Předškolní vzdělávání je zpravidla realizováno ve věku 3–6 let dítěte (respektive do 7 let věku dítěte v případě realizace odkladu povinné školní docházky), nejdříve však pro děti od 2 let. Zákonní zástupci své dítě přihlašují k předškolnímu vzdělávání v měsíci květnu. Pro přijetí dítěte je ze strany mateřské školy požadováno vyjádření dětského lékaře, který se vyjadřuje ke zdravotnímu stavu dítěte a vhodnosti zahájení předškolního vzdělávání. V současné době se řeší výrazné tendence a tlaky společnosti zahájit předškolní vzdělávání již ve věku 2 let dítěte. Díky nižšímu počtu starších dětí hlásících se k předškolnímu vzdělávání se zvyšují tendence dětí ve věku 2 let přijímat. Předškolní vzdělávání je aktuálně, v souladu s § 33 zákona č. 561/2004 Sb., o předškolním, základním, středním, vyšším odborném a jiném vzdělávání (dále školský zákon), koncipováno tak, aby podporovalo rozvoj osobnosti dítěte předškolního věku, podílelo se na jeho zdravém citovém, rozumovém a tělesném rozvoji a na osvojení základních pravidel chování, základních životních hodnot a mezilidských vztahů. Povinnost předškolního vzdělávání stanovuje školský zákon od září 2017, a to pro děti, které dosáhly do konce srpna daného kalendářního roku 5 let. Předškolní vzdělávání má vytvářet základní předpoklady pro pokračování ve vzdělávání a napomáhat vyrovnávání případných nerovnoměrností vývoje dětí před vstupem do základního vzdělávání. V neposlední řadě také poskytuje speciálně pedagogickou péči dětem se speciálními vzdělávacími potřebami. Předškolní vzdělávání v sobě zahrnuje výchovu, vzdělávání a péči o předškolní děti.

Děti předškolního věku se primárně vzdělávají v mateřských školách (tzv. běžné mateřské školy) nebo dle § 16 odst. 9 školského zákona se děti mohou vzdělávat ve škole, třídě, oddělení a studijní skupině pro děti s mentálním, tělesným, zrakovým nebo sluchovým postižením, závažnými vadami řeči, souběžným postižením více vadami nebo autismem (tzv. speciální mateřské školy) nebo ve třídě běžné školy zřízené dle § 16 odst. 9 školského zákona (tzv. speciální třída v běžné mateřské škole). Od září 2017 zákonní zástupci mohou v případě plnění povinného předškolního vzdělávání využívat jiný způsob plnění povinnosti předškolního vzdělávání dle § 34b Individuální vzdělávání dítěte (v praxi to znamená, že u dítěte se speciálními vzdělávacími potřebami, které plní povinné předškolní vzdělávání jiným způsobem, se edukace uskutečňuje bez pravidelné denní docházky dítěte do mateřské školy, je

vzděláváno v domácím prostředí zpravidla jedním ze zákonných zástupců, event. zákonní zástupci využívají soukromých zařízení, které nenesou statut školy). Zákonní zástupci často využívají služeb a edukace i v jiných zařízeních, která nemají statut školy. V praxi se nejčastěji jedná o dětské skupiny a zdravotnická zařízení.

Zákonní zástupci v těchto zařízeních hradí veškerou péči a služby. Na tato zařízení se nevztahují podpůrná opatření ve smyslu školské legislativy. Společné vzdělávání (inkluzivní vzdělávání) vytváří podmínky pro vzdělávání dětí předškolního věku speciálními vzdělávacími potřebami v předškolním zařízení – mateřské škole. Podpora dětí se speciálními vzdělávacími potřebami se realizuje prostřednictvím podpůrných opatření, která představují konkrétní pomoc při vzdělávání dítěte.

Podpůrná opatření jsou definována školským zákonem č. 561/2004 Sb., o předškolním, základním, středním, vyšším odborném a jiném vzdělávání, ve znění účinném od 1. 9. 2016, a vyhláškou č. 27/2016 Sb., o vzdělávání žáků a studentů se speciálními vzdělávacími potřebami a žáků nadaných, ve znění pozdějších předpisů. Podle rozsahu a obsahu se podpůrná opatření člení do 1.–5. stupně.

Stupeň 1 podpůrných opatření je plně v kompetenci školy.

Stanovení konkrétních podpůrných opatření v 2.–5. stupni je plně v kompetenci školského poradenského zařízení (speciálně pedagogické centrum nebo pedagogicko-psychologická poradna), a to na základě diagnostiky speciálních vzdělávacích potřeb dítěte (včetně vyjádření lékařů a dalších odborníků), případně z vyhodnocení účinnosti nižších stupňů podpůrných opatření poskytovaných dítěti. Na podpůrná opatření v 2.–5. stupni se vztahuje normovaná finanční náročnost.

Podpůrná opatření lze vymezit jako soubor opatření – organizačních, personálních, vzdělávacích, jež školy poskytují těm dětem, které tato opatření ze zákona rámcově vymezených důvodů potřebují. Týkají se těchto oblastí: metody výuky, úprava obsahu a výstupů vzdělávání, organizace výuky, individuální vzdělávací plán, personální podpora, hodnocení, intervence a pomůcky.

Stupně podpory se mohou v období předškolního vzdělávání měnit a výrazně lišit v souvislosti s průběhem diagnostického procesu a diferenciální (rozlišovací) diagnostiky. Děti ve věku tří let zpravidla nemají stanovenou primární diagnózu (pokud se nejedná o dítě s vrozenou vývojovou vadou), je realizována podrobná diferenciální diagnostika, která může trvat až dva roky. Diferenciální diagnostika představuje dlouhodobý proces a vyžaduje multidisciplinární spolupráci odborníků. Při nástupu dětí do mateřské školy se mnohdy odhalí prvotní potíže či deficity ve vývoji především v oblasti komunikace, sociální interakce, představitosti, adaptability, zrakového a sluchového vnímání, chování aj.

KPO – obecná část

Žákem se speciálními vzdělávacími potřebami (SVP) je žák, který potřebuje ke svému vzdělávání nejen úpravy v prostředí školy a třídy, ale i úpravu dalších aspektů týkajících se průběhu vzdělávání.

Konkrétní podoba a míra podpory se odvíjí od znevýhodnění daného žáka a jeho dopadu do vzdělávání. Za takové znevýhodnění školský zákon v platném znění považuje zejména nepříznivý zdravotní stav či odlišné kulturní nebo životní podmínky žáka.

Hlavním cílem při vzdělávání žáka se SVP je maximálně rozvinout jeho vzdělávací potenciál, poskytnout mu odpovídající podpůrná opatření, která mu umožní překonat či minimalizovat dopady daného znevýhodnění do vzdělávání i zapojení v kolektivu a připravit ho co nejlépe na budoucí povolání a roli ve společnosti.

Výše uvedené pojetí SVP má základ v novele školského zákona účinné od 1. 9. 2016 (zákon č. 82/2015 Sb., kterým se mění zákon č. 561/2004 Sb., o předškolním, základním, středním, vyšším odborném a jiném vzdělávání a některé další zákony, v platném znění), konkrétně pak v novele § 16

tohoto zákona. V souvislosti s touto novelou se v České republice začalo intenzivně diskutovat o pojmu inkluze, který byl často naprosto neadekvátně spojován s představou hromadné až násilné integrace žáků se SVP do běžných škol. Tento názor však nemá oporu ani v samotném znění novelizovaných ustanovení školského zákona, ani v povinně vykazovaných statistických údajích o formách vzdělávání žáků se SVP.

Především je třeba připomenout, že počet žáků se SVP v prostředí škol hlavního vzdělávacího proudu (dále též běžných škol) kontinuálně stoupal po celé poslední čtvrtstoletí, nejvíce však po roce 2005, kdy školský zákon stanovil právo každého žáka (včetně žáka se SVP) navštěvovat spádovou základní školu.

Z celkového počtu 95 631 žáků se zdravotním postižením v základním školství jich bylo ve školním roce 2017/2018 vzděláváno v běžných základních školách 68 419, to je 72 %, přičemž převážnou většinu (56 953) tvořili žáci, kteří měli přiznán status žáka se zdravotním postižením z důvodu specifických vývojových poruch učení a chování. Převažující podíl žáků se zdravotním postižením v běžných školách byl však již před zavedením výše uvedené novely školského zákona. Ve školním roce 2015/2016 se např. v běžných základních školách vzdělávalo 56 % dětí se sluchovým postižením a 74 % dětí se zrakovým postižením.

Reálným důvodem a smyslem novely školského zákona (novelizovaného znění § 16) bylo:

Nově definovat pojem speciální vzdělávací potřeby jako míru podpory, kterou žák potřebuje ke vzdělávání na rovnoprávném základě s ostatními. Tato míra se promítá do stupňů podpůrných opatření.

Stanovit právní nárok žáka se SVP na bezplatné využití podpůrných opatření, která odpovídají jeho potřebám.

Legislativně definovat a do praxe přinést nová podpůrná opatření, která doposud nebyla systémově hrazena.

Nově stanovit postup přiznávání SVP a jednotlivých podpůrných opatření, včetně práv žáků a jejich zákonných zástupců, škol i školských poradenských zařízení.

Novela školského zákona v ustanovení § 16 odst. 9 zákona č. 561/2004 Sb., o předškolním, základním, středním, vyšším odborném a jiném vzdělávání, v platném znění (dále jen školský zákon), rovněž zajistila pokračování existence speciálních škol (platná legislativa již školy tímto pojmem neoznačuje). Jsou to školy (třídy, oddělení nebo skupiny), které jsou na základě uvedeného ustanovení zřizovány pro děti, žáky a studenty s mentálním, tělesným, zrakovým nebo sluchovým postižením, závažnými vadami řeči, závažnými vývojovými poruchami učení, závažnými vývojovými poruchami chování, souběžným postižením více vadami nebo autismem.

Zásadním přínosem novely školského zákona je definice pojmu (a obsahu) podpůrných opatření a stanovení nárokovosti jejich bezplatného poskytování.

Takto je žákovi, jeho zákonným zástupcům, ale i škole samotné garantováno, že při splnění stanovených postupů budou podpůrná opatření žákovi zajištěna, včetně jejich úhrady. Toto ustanovení např. zásadně ovlivnilo počet asistentů pedagoga v českém školství (ve školním roce 2015/2016 působilo v českých školách 10 382 asistentů pedagoga, ve školním roce 2017/2018 to bylo již 21 039 asistentů pedagoga). Školy ale získaly i další podporu, která byla dříve jen obtížně dosažitelná. V souvislosti s novelou školského zákona logicky došlo k navýšení prostředků na podporu vzdělávání žáků se SVP. Jedná se však spíše o zmírnění deficitu financování této oblasti z předchozího období, kdy školy sice měly zákonnou povinnost podporu žákům se SVP poskytovat, prostředky na to však dostávaly jen v omezené míře.

Konkrétnějším vymezením obsahu podpůrných opatření došlo také k podpoře zajištění práva žáka na ta opatření, která někdy mohla zůstat mimo hlavní pozornost školy, byla pokládána za formalitu, a proto nebyla důsledně aplikována (např. doporučení úprav metod, forem práce či hodnocení). Nová definice speciálních vzdělávacích potřeb také zahrnuje skupinu žáků, kteří jsou ohroženi školním neúspěchem díky dílčím deficitům či aktuálně nepříznivé životní situaci. Řešení jejich problémů je plně v kompetenci školy (jedná se o pedagogická opatření) a vychází plně z posouzení potřeb žáka pedagogem. Zda je škola schopna žákovi poskytnout „záchrannou síť“ zamezující prohloubení stávajících problémů, záleželo vždy na profesionalitě školy a jejích pedagogů. Nyní zákon každému žákovi garantuje právo na zohlednění méně závažných („drobných“) či situačně podmíněných překážek v učení (jedná se o méně závažné obtíže s pozorností, přestěhování, delší onemocnění, ztíženou rodinnou situaci apod.). Jde o důležité opatření prevence rozvoje závažnějších obtíží, které jsou řešeny za pomoci podpůrných opatření 2. až 5. stupně, přestože by v jejich počáteční fázi postačovala jen citlivě volená, i když málo náročná pedagogická opatření.

Zásadní změnou, kterou novela § 16 školského zákona přinesla, je pojetí a postup stanovení SVP žáka. Speciální vzdělávací potřeby určovala před rokem 2016 do značné míry diagnóza žáka. Záleželo tedy v první řadě na lékaři (případně na psychologovi či logopedovi) a pracovnících školského poradenského zařízení (v případě specifických poruch učení), zda klasifikují postižení či znevýhodnění žáka. Teprve pak byl zařazen mezi žáky se SVP. Jednalo se tedy do velké míry o medicínské pojetí speciálních vzdělávacích potřeb.

Současná úprava školského zákona naopak preferuje pedagogický model: **pro určení speciálních vzdělávacích potřeb není primárně určující zdravotní stav žáka či jeho sociální status, ale dopady těchto znevýhodnění do jeho vzdělávání.** To umožňuje diferenciaci podpůrných opatření do pěti stupňů podle pedagogické, organizační a finanční náročnosti.

Finanční prostředky poskytované na podpůrná opatření žáka tak nyní primárně nesouvisí s jeho diagnózou (ta je společná mnoha dětem), ale s konkrétními dopady do vzdělávání konkrétního žáka, které vznášejí různé nároky na personální, organizační a materiální zajištění. Např. míra podpory u žáků s poruchou autistického spektra je často naprosto rozdílná ve své podobě, intenzitě i finanční náročnosti. Z pohledu potřeb žáků i škol je aktuální systém klasifikace speciálních vzdělávacích potřeb velmi přínosný.

Potřeby

Základní biologické a psychické potřeby představují nejhlubší motivační zdroje lidského chování a jejich uspokojování je podmínkou zdravého vývoje člověka. Vedle základních biologických potřeb, které jsou nezbytné pro přežití člověka jako organismu (vzduch, voda, světlo, teplo, jídlo, spánek, sex, prostor...), jsou rozhodujícím faktorem vývoje lidské osobnosti potřeby psychické. Nejsou-li psychické potřeby v náležitě míře uspokojovány, dochází k tzv. psychické deprivaci, která může mít nepříznivý dopad na vývoj lidské osobnosti.

V dnes již klasických studiích o deprivaci definovali prof. Jiří Langmeier a prof. Zdeněk Matějček na základě empirických studií čtyři základní psychické potřeby, k nimž na podkladě jiných zkoumání připojili ještě potřebu pátou (Langmeier, Matějček 1986, 35–36; Matějček, 1992, 42, 115–116). K těmto pěti vitálním potřebám patří:

- Potřeba stimulace – potřeba určitého množství, proměnlivosti a kvality vnějších podnětů, jejíž uspokojování umožňuje naladit organismus na žádoucí úroveň aktivity.
- Potřeba smysluplného světa – potřeba určité stálosti, řádu a smyslu v podnětech, jejíž uspokojení umožňuje, aby se z podnětů, které by jinak byly chaotické a nezpracovatelné, staly zkušenosti, poznatky a pracovní strategie.
- Potřeba životní jistoty – potřeba citových vztahů (u dětí se jedná o prvotní emocionální a sociální vztahy, tj. vztahy k osobě matky a dalších primárních vychovatelů). Uspokojování

této potřeby přináší pocit životní jistoty, který je podmínkou pro vnitřní integraci osobnosti a umožňuje cílevědomou poznávací, pracovní a společenskou aktivitu.

- Potřeba identity – potřeba vědomí vlastního „já“, autonomie vlastní osoby. Její uspokojení je podmínkou sebeúcty, sebevědomí a společenské hodnoty, které umožňují uspokojivé zařazení do společnosti.
- Potřeba otevřené budoucnosti – potřeba naděje či životní perspektivy, jejíž uspokojení dává lidskému životu časové rozpětí a podněcuje a udržuje v člověku jeho životní aktivitu.

Matějček a Langmeier (1986, 36) dále poznamenávají, že „tyto potřeby nejsou zdaleka omezeny jen na dětský věk nebo na dobu, než člověk dosáhne dospělosti, ale že působí stejně vydatně v dospělém věku“, třebaže nedostatek jejich uspokojení již nemá tak dramatické následky jako v dětství. Ve vztahu k rodině je pak cenný další poznatek autorů, že „uspokojování potřeb dospělého věku se do značné míry děje právě soužitím s dětmi či vůbec s příslušníky následující generace. Děti jsou významným činitelem v uspokojení či neuspokojení těchto potřeb, a tedy v utváření osobnosti dospělého člověka, jeho sociálních vztahů a vlastně celého životního běhu.“

Naplňování potřeb

Podnětný pohled na základní potřeby a jejich vzájemnou provázanost představuje vývojový model Pesso-Boyden psychoterapie (Pesso Boyden System Psychomotor Therapy), který představuje pět základních vývojových potřeb. Zcela základními potřebami jsou v tomto kontextu instinktivní očekávání (jaké potřeby mají být uspokojeny) a potřeba vztahů (kdy a kým mají být uspokojeny).

K naplňování vývojových potřeb dochází na třech rovinách:

- konkrétní (doslovné, tělesné, fyziologické) – zajišťované nejprve dělohou matky, po narození dítěte rodiči;
- symbolické (psychologické, metaforické, abstraktní) – naplňované rodinou a dalšími blízkými osobami;
- internalizované (zvnitřněné, dosažení autonomie) – naplňované jedincem samotným, tedy stav, kdy uspokojujeme své potřeby sami.

Základní vývojové potřeby z hlediska Pesso-Boyden přístupu jsou:

- Potřeba místa – potřeba mít své místo na světě, své „doma“, své „kořeny“. Nejprve toto místo představuje děloha matky, poté náruč rodičů, a to jak v rovině konkrétní, tak symbolické – tedy místo dítěte v srdcích a myslích rodičů.
- Potřeba péče, syčení, živení – potřeba potravy a doteků na rovině konkrétní, ale také syčení pozorností, zájmem, podněty a informacemi v rovině symbolické.
- Potřeba podpory – na konkrétní rovině potřeba podpory, dokud dítě samo nechodí, a opory při prvních krůčcích, symbolicky pak podpora rodičů v jeho rozvoji k samostatnosti.
- Potřeba ochrany – na konkrétní rovině zajištění bezpečí a ochrana před ohrožujícími vnějšími vlivy, na rovině symbolické pak zejména ochrana před nepřiměřenou emocionální zátěží nebo stimulací.
- Potřeba hranic – na konkrétní rovině zajišťují rodiče nejprve hranice ostatních základních potřeb (hladu nasycením, bolest konejšením...), později pak také nastavují hranice jeho pudů a vnitřním energiím (sexualitě, agresivitě, vzteku).

Specifika v naplňování potřeb dětí s postižením

Specifika základních biologických potřeb dětí s postižením přímo vyplývají z rozsahu a povahy zdravotního postižení a limitů vývoje dítěte. Jsou spojeny s potřebou zajištění zdravotní a psychické pohody, s vyšší potřebou specifické péče a s volbou vhodných kompenzačních a rehabilitačních postupů, které umožní dítěti rozvíjet se přes omezení postižení a uspokojovat jeho vývojové potřeby.

Vedle překonávání fyzických omezení a běžných krizí osobnostního vývoje se děti se zdravotním postižením musí vyrovnávat s nejistými a nevyváženými přístupy svých rodičů či pečujících osob, souvisejících se starostmi o ně, a později často i se společenskými předsudky a stereotypy. Součástí sociální zkušenosti dětí se zdravotním postižením je totiž konfrontace se společenskou stigmatizací (Goffman, 2003). Takové děti často mohou zažívat pocit sociálního vyloučení pro své zdravotní postižení, pro svou „jinakost“. Pro dítě se zdravotním postižením je důležité mít se o koho opřít a být přijímané, i když může v určitých momentech socializace zažívat neúspěch a selhávat.

23. Přístup k diagnostice v různých kulturních kontextech – jak se diagnostické přístupy liší v různých kulturních kontextech?

1. Úvod

Diagnostika dětí se zdravotním postižením a vývojovými poruchami je klíčovou součástí speciální pedagogiky, psychologie a dalších interdisciplinárních oblastí. Včasná a správná diagnostika nejenže umožňuje odhalení specifických potřeb dítěte, ale také ovlivňuje následné vzdělávací a terapeutické přístupy. V rámci diagnostiky je nezbytné zajistit, aby použité nástroje a metody byly relevantní a kulturně kompetentní, protože každá kultura má své specifické hodnoty, normy a očekávání týkající se chování a vývoje dětí. Kulturní kontext tedy může významně ovlivnit, jak jsou diagnostikovány vývojová zpoždění, poruchy chování nebo kognitivní problémy. Pokud diagnostické nástroje neberou v úvahu kulturní rozdíly, mohou být výsledky zkreslené a vést k nesprávným závěrům, což může mít závažné důsledky pro dítě a jeho budoucí vývoj. Cílem tohoto textu je prozkoumat, jak se diagnostické přístupy liší v různých kulturních kontextech, jaké jsou výzvy při diagnostice u dětí z kulturně různorodých prostředí a jak zajistit spravedlivé a přesné výsledky diagnostického procesu.

2. Vliv kulturního kontextu na diagnostické přístupy

Kulturní kontext ovlivňuje nejen to, jak je dítě hodnoceno, ale i to, jaké chování se považuje za normální, jaké vlastnosti se u dítěte očekávají a jaký je vztah k autoritám a institucím. Kultura formuje očekávání ohledně vývoje dítěte, které může být odlišné v různých částech světa. Například v některých asijských nebo afrických kulturách je kladen důraz na kolektivní hodnoty, respekt vůči starším a rodinnou loajalitu. V těchto kulturách může být považováno za normální, že dítě vykazuje větší závislost na rodině nebo komunitě, než je tomu v individuálně orientovaných západních kulturách, kde se často klade důraz na rozvoj samostatnosti a autonomie dítěte. Takový kulturní rozdíl může mít zásadní vliv na to, jak bude dítě posuzováno během diagnostiky. Chování, které by v západním kontextu bylo považováno za známku vývojové poruchy, může být v jiných kulturách vnímáno jako normální projev chování, který se vyviněním přirozeně změní.

Dalším důležitým faktorem je způsob, jakým je diagnostický proces strukturován. V západních kulturách, zejména v USA a Evropě, jsou běžně používány standardizované testy a kvantitativní metody hodnocení, které poskytují objektivní údaje o kognitivních schopnostech, motorických dovednostech a dalších aspektech. Naopak v některých východních kulturách, například v Japonsku nebo v Indii, se více spoléhají na kvalitativní metody hodnocení, které zahrnují rozhovory s rodinami a komunitními členy, pozorování chování dítěte v přirozeném prostředí a zapojení širšího sociálního kontextu. Tento přístup umožňuje lépe pochopit, jak dítě zapadá do svého kulturního rámce a jaký vliv mají na jeho vývoj kulturní normy a hodnoty.

3. Diagnostika ve východních versus západních kulturách

V západních kulturách, jakými jsou Spojené státy nebo většina evropských zemí, se diagnostika dětských vývojových poruch zaměřuje na objektivní měření chování a kognitivních schopností pomocí standardizovaných testů, jako jsou IQ testy, testy motorických dovedností a specifické nástroje pro hodnocení poruchy pozornosti, autistických rysů a dalších vývojových problémů. Tyto testy se zakládají na rozsáhlých databázích a na statistických normách, které byly vytvořeny na základě populací z těchto kultur. Tento přístup je silně empirický a využívá kvantitativní data k dosažení co nejobjektivnějších závěrů. Nicméně, jak ukázal výzkum, může mít tento přístup omezenou platnost pro děti z jiných kulturních prostředí, protože standardizované testy často neberou v úvahu kulturní a jazykové rozdíly. Pokud dítě neovládá testovaný jazyk nebo jeho kulturní zázemí ovlivňuje jeho chování, výsledky mohou být zkreslené.

Ve východních kulturách, jako je Čína, Japonsko nebo Indie, se při diagnostice více klade důraz na širší sociální a kulturní kontext. Diagnostici v těchto zemích často využívají metody, které zohledňují nejen individuální vývoj dítěte, ale i jeho integraci do širší rodiny a komunity. Kromě toho je důležitým prvkem psychologických a pedagogických přístupů v těchto kulturách větší důraz na vztahy mezi generacemi, respekt ke starším a kolektivismus. Diagnostické procesy mohou zahrnovat rozhovory s rodiči a komunitními vůdci, pozorování chování dítěte v různých sociálních situacích a hodnocení, jak dítě interaguje s rodinou a jak zapadá do kulturního rámce, který je v dané zemi považován za normální. Tento přístup může být výhodný pro posouzení celkové pohody dítěte a jeho schopnosti integrovat se do svého kulturního prostředí, ale může být složitější na implementaci, pokud jde o porovnání mezi jednotlivými kulturami.

4. Kultivované a kulturně specifické diagnostické nástroje

Ve snaze přizpůsobit diagnostické nástroje různým kulturním skupinám byly vyvinuty specifické nástroje, které jsou navrženy tak, aby zohledňovaly kulturní, jazykové a sociální faktory. Tyto nástroje jsou navrženy s cílem eliminovat kulturní bias, který by mohl vést k nesprávným závěrům. Například, v případě dětí z etnicky rozmanitých skupin v USA byly vyvinuty diagnostické nástroje, které mají kulturně relevantní referenční rámce. Tyto nástroje mohou zahrnovat alternativní metody hodnocení, které se zaměřují na jiné aspekty chování nebo vývoje, než jaké jsou běžně posuzovány v tradičních západních testech.

V některých případech se kulturně specifické nástroje mohou zaměřovat na jedinečné aspekty chování a vývoje, které jsou běžné pouze v určité kultuře. Například v některých afrických nebo asijských zemích může být hodnotíno, jak dítě vykazuje úctu k dospělým, jak se zapojuje do rodinných aktivit nebo jak projevuje kolektivní odpovědnost. Takové hodnocení může lépe odrážet skutečnou situaci dítěte v dané kultuře, aniž by došlo k mylnému závěru na základě zcela jiných hodnotových měřítek.

Kulturní specifické nástroje také zahrnují překlad a adaptaci běžně používaných diagnostických testů tak, aby byly citlivé na jazykové a kulturní rozdíly. Například nástroje určené pro hodnocení motorických schopností nebo kognitivního vývoje mohou být upraveny tak, aby braly v úvahu různé kulturní normy týkající se rodinného života, vzdělání a celkového vývoje dítěte.

5. Jazykové bariéry a jejich vliv na diagnostiku

Jazykové bariéry představují jednu z největších výzev v diagnostickém procesu, zejména u dětí z jazykově odlišných prostředí. Pokud diagnostický nástroj není přizpůsoben jazyku dítěte nebo rodiny, může dojít k nesprávné interpretaci výsledků. To platí zejména v případě standardizovaných testů, které jsou navrženy na základě konkrétního jazyka, a tak mohou být nevhodné pro děti, které neovládají tento jazyk. Tento problém se objevuje například v případě, kdy dítě z přistěhovalecké rodiny, která neovládá jazyk testu, vykazuje nižší výkon v testu, než by tomu bylo v jeho rodném jazyce.

Další komplikací je potřeba kvalitního tlumočení. Při použití tlumočnicka během diagnostiky může dojít k chybám ve výkladu testových položek nebo otázek, což může mít zásadní vliv na výsledek hodnocení. I když se používají odborní tlumočníci, kteří mají zkušenosti s psychologickými testy, jazykové nuance a kulturní rozdíly mohou způsobit chyby v přenosu informací, což ovlivňuje validitu a spolehlivost diagnostiky.

6. Etické a politické aspekty diagnostiky v multikulturním prostředí

Etické otázky v diagnostice dětí z různých kulturních prostředí se týkají především rovnosti přístupu k diagnostickým službám a zajištění, že diagnóza je spravedlivá a respektuje kulturní hodnoty dítěte a jeho rodiny. Odborníci musí zajistit, že nebudou aplikovány stereotypy nebo předpoklady, které by mohly vést k diskriminaci nebo nespravedlivému hodnocení dítěte. Kulturní kompetence diagnostiků je tedy klíčová pro zajištění etického a spravedlivého procesu.

V multikulturním prostředí je nezbytné, aby diagnostici byli vědomi kulturní citlivosti a nezaopatosti ve všech fázích diagnostického procesu. Etické otázky souvisejí s tím, jak odborníci přistupují k výběru testů a metod hodnocení, aby nepoškodili kulturní identitu dítěte a jeho rodiny. Například pokud je dítě z menšinové skupiny, je důležité vyhnout se tomu, aby se soustředili pouze na negativní aspekty, které mohou být vnímány jako „neobvyklé“ v rámci dominantní kultury, aniž by vzali v úvahu širší kulturní a rodinný kontext.

Další etické dilema vyvstává v otázce souhlasu rodičů. V některých kulturách, zejména v konzervativnějších nebo více autoritativních komunitách, může být rodičům nabídnuté možnosti diagnostiky nebo intervence neznámé nebo podezřelé. V takových případech musí odborníci zajistit, že rodiče rozumí všem aspektům diagnostického procesu a souhlasí s navrhovanými opatřeními, což může zahrnovat i vysvětlení přínosů a rizik z pohledu dítěte a komunity.

Dalším politickým problémem v diagnostice je přístup k diagnostickým službám v různých kulturních prostředích. V některých zemích a komunitách mohou být diagnostické služby pro děti s vývojovými poruchami omezené nebo nedostupné. To může mít za následek, že děti z marginalizovaných skupin nebudou mít přístup k včasné diagnostice nebo adekvátní péči. Kromě toho, v některých případech může politická situace ovlivnit, jakým způsobem jsou diagnostické přístupy financovány nebo poskytovány, což může mít vliv na rovnost přístupu k těmto službám.

Co může diagnostiku ovlivňovat:

1. Kulturní citlivost v diagnostických nástrojích

Jedním z největších výzev při diagnostice dětí z etnických menšin je výběr správných diagnostických nástrojů. Tradiční diagnostické metody a testy, které byly vyvinuty v rámci většinové kultury, mohou být nevhodné pro děti z jiných etnických nebo kulturních skupin. Testy, které měří například kognitivní schopnosti, mohou obsahovat kulturní bias (zkreslení), protože jsou založeny na znalostech a zkušenostech, které nejsou pro dítě z menšinového etnického prostředí přirozené.

Z tohoto důvodu je nezbytné přizpůsobit diagnostické nástroje tak, aby byly relevantní pro konkrétní kulturní a jazykové podmínky dítěte. V praxi to znamená, že diagnostici by měli hledat testy a metodiky, které byly buď vyvinuty pro multikulturní kontext, nebo které byly validovány pro konkrétní etnické skupiny. Pokud není k dispozici vhodný nástroj, může být nutné použít alternativní metody, jako je pozorování, rozhovory s rodiči nebo komunitními pracovníky, nebo dokonce adaptovat stávající testy tak, aby lépe odrážely specifika dané kultury.

2. Jazyková bariéra a její vliv na diagnostiku

Jazyková bariéra je dalším klíčovým faktorem, který může negativně ovlivnit diagnostický proces u dětí z etnických menšin. Mnohé děti z menšinových etnických skupin vyrůstají v domácnostech, kde se mluví jazykem, který není dominantní v širší společnosti (např. romština, arabština, vietnamština apod.). Pokud diagnostický proces probíhá v jiném jazyce, než je rodný jazyk dítěte, může to mít zásadní vliv na validitu výsledků.

Například při kognitivních testech nebo testech jazykových schopností může dítě, které není plynulé v jazyce testování, vykazovat nižší výsledky, než jaké by odpovídaly jeho skutečným schopnostem. Z tohoto důvodu je důležité, aby diagnostikové byli schopni nabídnout testování v rodném jazyce dítěte, nebo alespoň použít tlumočníka, který rozumí nejen jazyku, ale také kulturním specifikům, která mohou ovlivnit komunikaci.

3. Sociální a ekonomické faktory

Sociální a ekonomické podmínky, ve kterých dítě z etnické menšiny žije, mohou výrazně ovlivnit jakýkoliv diagnostický proces. Děti z chudších rodin, častěji žijící v prostředí s nižším přístupem k

vzdělání, zdravotní péči a podpoře, mohou vykazovat známky opožděného vývoje nebo specifických problémů, které nejsou způsobeny vrozenými poruchami, ale spíše nedostatečnými životními podmínkami.

Například nízký socioekonomický status může vést k vývojovým zpožděním, zhoršenému kognitivnímu nebo jazykovému vývoji, které by mohly být zaměněny za příznaky poruchy, když jsou neadekvátně interpretovány diagnostickými nástroji. V tomto ohledu je důležité mít na paměti širší kontext života dítěte a jeho rodiny. Různé etnické menšiny mohou mít odlišné zkušenosti se zdravotní péčí a vzděláváním, a to může ovlivnit i samotný diagnostický proces.

4. Kulturní normy a přístup k diagnostice

V některých etnických komunitách mohou být přístupy k diagnostice a léčbě odlišné, což může mít vliv na to, jak jsou přijímány odborné diagnózy. Například v některých tradičních kulturách může být přítomná tendence vysvětlovat zdravotní nebo vývojové problémy dítěte v rámci spirituálních nebo rodinných důvodů, což může vést k odmítání diagnostických služeb západní medicíny. Tento aspekt může být výzvou pro odborníky, kteří se snaží poskytnout diagnostiku, kterou rodiny mohou považovat za cizí nebo neúplnou.

Odborníci by měli být schopni pracovat s těmito kulturními rozdíly a nabídnout takový diagnostický přístup, který bude přijatelný pro rodiče a zároveň bude vycházet z odborných vědeckých základů. To může zahrnovat aktivní komunikaci s rodinou, edukaci o možných přínosech diagnostiky a vysvětlení, jak diagnostika a následná intervence mohou zlepšit kvalitu života dítěte.

5. Etické aspekty diagnostiky u etnických menšin

V neposlední řadě je důležitá etická dimenze diagnostiky dětí z etnických menšin. Odborníci musí být vědomi rizika kulturního zkreslení a předsudků, které mohou ovlivnit jejich rozhodování. Je zásadní, aby diagnóza nebyla ovlivněna kulturními stereotypy, ale byla prováděna na základě objektivních a relevantních informací. To zahrnuje zajištění, že diagnóza není negativně ovlivněna preconcepcními názory o určité etnické skupině, například že některé etnické skupiny jsou „méně schopné“ nebo „více náchylné“ k určitým poruchám.

To znamená, že diagnostici musí být dobře vyškoleni v kulturní kompetenci, a musí se aktivně snažit omezit svůj vlastní kulturní bias. Významná je také transparentnost celého diagnostického procesu vůči rodinám, aby byly jasně vysvětleny všechny kroky, zajištěn souhlas rodičů a poskytnuta podpora po diagnóze.

Kulturní vlivy na diagnostiku:

- **Komunikace:**

- Různé kultury mají odlišné komunikační styly. Například v některých kulturách je běžné používat nepřímou komunikaci, zatímco v jiných je preferována přímá komunikace.
- Neverbální projevy se také liší. Například oční kontakt může být v některých kulturách považován za projev respektu, zatímco v jiných za projev neúcty.
- Jazykové nuance mohou být obtížné pro tlumočníky, kteří nerozumí kulturním nuancím. Proto je klíčové používat tlumočníky, kteří jsou nejen jazykově zdatní, ale také kulturně kompetentní.

- **Vnímání zdraví a nemoci:**

- Kulturní definice zdraví a nemoci se mohou lišit. Například v některých kulturách mohou být psychické problémy stigmatizovány, což může vést k tomu, že rodiny nebudou ochotny vyhledat odbornou pomoc.
- Tradiční léčebné postupy mohou být v některých kulturách preferovány před moderní medicínou. Je důležité respektovat kulturní přesvědčení rodiny a spolupracovat s tradičními léčiteli, pokud je to možné.
- **Hodnoty a přesvědčení:**
 - Kulturní hodnoty a přesvědčení mohou ovlivnit očekávání ohledně vývoje dítěte. Například některé kultury mohou klást větší důraz na poslušnost a disciplínu, zatímco jiné na kreativitu a samostatnost.
 - Rodinné role se také liší. Například v některých kulturách hrají významnou roli prarodiče nebo širší rodina. Je důležité zohlednit tyto role při diagnostickém procesu.

Legislativa

- **Zákon č. 561/2004 Sb., o předškolním, základním, středním, vyšším odborném a jiném vzdělávání (školský zákon):**
 - Tento zákon upravuje oblast vzdělávání v České republice, včetně vzdělávání dětí se speciálními vzdělávacími potřebami.
 - Důležitá je zejména část, která se týká inkluzivního vzdělávání a podpůrných opatření.
- **Vyhláška č. 27/2016 Sb., o vzdělávání žáků se speciálními vzdělávacími potřebami a žáků nadaných:**
 - Tato vyhláška stanovuje podrobnosti o vzdělávání dětí se speciálními vzdělávacími potřebami, včetně diagnostiky a podpůrných opatření.

Metodické doporučení

- **Metodika pro diagnostiku a práci s dětmi se speciálními vzdělávacími potřebami a sociálně znevýhodněnými dětmi v mateřské škole:**
 - Tato metodika poskytuje praktické rady a postupy pro diagnostiku dětí v předškolním věku, včetně dětí z odlišného sociálně kulturního prostředí.
 - Dostupné například zde: [Metodika pro diagnostiku a práci s dětmi se speciálními vzdělávacími potřebami a sociálně znevýhodněnými dětmi v mateřské škole - IS MUNI](#)
- **Rámcový vzdělávací program pro předškolní vzdělávání:**
 - Tento program stanovuje cíle a obsahy předškolního vzdělávání, včetně důrazu na individuální přístup a inkluzi.

Podpora žáka se znevýhodněním vyplývajícím z odlišného sociálně-kulturního prostředí.

Jedná se o děti a žáky nově přicházející ze zahraničí, většinou bez znalosti nebo s nedostatečnou znalostí vyučovacího jazyka. Žáci z odlišných kulturních a životních podmínek, žáci, kteří pocházejí z prostředí s nízkým sociálně kulturním statutem, žáci s nařízenou ústavní výchovou nebo žáci s

nařízenou ochrannou výchovou. Mohou to být také děti cizinců, které se zde narodily a vyrostly, ale doma hovoří jiným než českým jazykem. Patří sem také děti, jež mají české občanství, ale doma se používá i jiný než český jazyk (jedná se o děti z bilingvního prostředí nebo děti s dvojím občanstvím).

Žák z odlišného kulturního prostředí přichází do České republiky z různých kulturních a výchovných poměrů. Jiný může být systém hodnot v původní zemi, odlišné zvyky a tradice. Podstatnou roli hraje i věk, ve kterém žák přichází do České republiky, a zda již má zkušenosti ze školského prostředí. Základním specifickým žáků z odlišného kulturního prostředí je to, že vyučovací jazyk je pro ně cizím (resp. druhým) jazykem.

Při jejich vzdělávání tedy dochází k situaci, kdy si současně osvojuje nový jazyk a zároveň se prostřednictvím tohoto jazyka učí.

Jazyková bariéra je tedy při vzdělávání zásadní překážkou, která může výrazně limitovat studijní úspěchy žáků. Důležité je nezapomínat na to, že děti se doposud rozvíjely ve svém mateřském jazyce a mohou v něm mít již mnoho dovedností a vědomostí. O tyto kulturní rozdíly je nutné se aktivně zajímat. V některých situacích se např. může zdát, že žák odmítá plnit zadaný úkol. To však ještě nemusí znamenat, že nechce poslechnout pokyn, který je pro něj z nějakého důvodu nepřijatelný. Proto je důležité se alespoň v základních rysech o odlišnou kulturu žáků cizinců zajímat a seznamovat s ní i ostatní žáky. Důležitá je též perspektiva těchto žáků. Začínají úplně od začátku, bez znalosti vyučovacího jazyka se v něm mají vzdělávat, dále se dobře adaptovat, zvládat sociální dovednosti a přizpůsobovat se novému prostředí.

Projevy chování ve škole v důsledku kulturní odlišnosti a možnosti řešení:

- žáci zvýšeně inklinují ke vzájemné spolupráci v rámci výuky
- tuto tendenci žáka podporujeme a využíváme v rámci skupinové práce
- při činnostech, které vyžadují samostatnou práci (např. psaní testů), může mít žák větší sklon spolužáky do své práce zapojovat (např. opisovat), proto je třeba jim dostatečně vysvětlit rozdíl mezi skupinovou a samostatnou prací (zdůvodnit, proč je třeba, aby pracovali samostatně)
- nižší aktivita a nesamostatnost při plnění individuálních úkolů – zařazujeme úkoly vyžadující současně individuální odpovědnost a kooperaci žáků – kooperativní učení
- žák může být v domácím prostředí veden k tomu, že s dospělým může hovořit pouze tehdy, když ho dospělý osloví
- proto je vhodné s žákem aktivně zahajovat komunikaci, vyzývat ho k projevu (např. vyjádření názoru ve vztahu k probíranému učivu), klást mu otázky a průběžné ověřovat, zda rozumí sdělovaným instrukcím a pokynům
- respektovat oční kontakt, pro některé kultury (např. asijské) je upřený oční kontakt s osobou, která má autoritu, projevem neúcty a arogance
- proto u žáka respektujeme jeho způsob neverbální komunikace a zpočátku žáka nenutíme do pro naše kulturní prostředí obvyklé způsoby neverbální
- znalost jednotlivých náboženských systémů nám pomůže se orientovat při zadávání individuálních úkolů – např. ve výtvarné výchově nezadáme kresbu nebo malbu lidské postavy žákům islámské víry, ale zvolíme náhradní úkol s jinou tematikou

- respektujeme i určitá omezení v rámci hodin tělesné výchovy (např. povolení úboru, který respektuje náboženské vyznání žáka, zároveň však umožňuje bezpečný pohyb a využívání tělocvičných pomůcek).

Legislativa vztahující se k podpoře ve vzdělávání a k poskytnutí podpůrných opatření u žáků cizinců Ve školském zákoně 561/2004 Sb. se vzděláváním cizinců zabývá § 20:

Pro žáky cizince se též vztahuje možnost poskytnutí podpůrných opatření ve vzdělávání podle § 16 školského zákona 561/2004 Sb. Spadají do kategorie žáků se speciálními vzdělávacími potřebami vyplývajících z odlišného kulturního a životního prostředí. Tato podpůrná opatření se dělí do pěti stupňů, a kromě prvního stupně je k jejich poskytnutí nezbytné doporučení školského poradenského zařízení. Přehled podpůrných opatření ve vzdělávání je ve vyhlášce 27/2016 ve znění pozdějších předpisů.

Ve chvíli, kdy žák z odlišného kulturního prostředí začne navštěvovat školu v České republice, je nutné informovat i o dalších možnostech jazykových kurzů, které probíhají v každém kraji ČR. V případě, že ve škole, kam tento žák nastoupí, již probíhá vzdělávání českého jazyka pro cizince, je velmi výhodné žáka do tohoto předmětu zapojit, a to bez delší časové prodlevy na základě prvního stupně PO.

Podpůrná opatření pro žáky z odlišného kulturního prostředí:

- pro žáky z odlišného kulturního prostředí je možné využívat podpůrná opatření prvního až třetího stupně. Pokud se jedná o žáka s dalšími závažnými obtížemi, je možné nastavit podporu vyšších stupňů podpory.

24. Vliv zdravotního postižení na vrstevnické vztahy – jaký vliv má zdravotní postižení na interakci s intaktními vrstevníky, sourozenci?

1. Vliv zdravotního postižení na interakci s vrstevníky (ve srovnání se zdravými dětmi)

Dítě se zdravotním postižením může mít omezený přístup k běžným aktivitám, které jsou pro děti zdravé přirozené. Například dítě s fyzickým postižením může mít potíže se zapojením do her, které vyžadují fyzickou aktivitu, což může vést k tomu, že bude ignorováno nebo vyloučeno z vrstevnické skupiny. U dětí s mentálním postižením může být problém v rozvoji komunikačních dovedností, což ovlivňuje jejich schopnost účastnit se běžných rozhovorů nebo rozumět komplexním sociálním interakcím. Děti s postižením mohou být také více náchylné k negativním reakcím okolí, což může vést k pocitům osamělosti a izolace.

Zdravé dítě naopak zažívá plynulý vývoj motorických a kognitivních dovedností, což mu umožňuje snadné zapojení do společenských her a rozvoj komunikace s vrstevníky. Zdravé děti si rychle vytvářejí přátelství na základě společných zájmů a her. Mají přístup k široké škále aktivit, ať už jde o sport, hudbu, výtvarnou výchovu nebo jinou formu sebevyjádření, což podporuje jejich pozitivní sociální interakce. Zdravé děti také bývají většinou lépe schopné rozumět sociálním normám a pravidlům, což usnadňuje jejich zapojení do širší společnosti.

2. Specifické typy postižení a jejich vliv na vrstevnické vztahy (ve srovnání se zdravými dětmi)

Fyzické postižení u dítěte může být překážkou v zapojení do některých her, zejména těch, které vyžadují aktivní pohyb. Děti s těžšími formami pohybového postižení mohou čelit výrazné sociální izolaci, pokud nemají přístup k rehabilitačním programům nebo adaptivním sportovním aktivitám. Vzhledem k těmto omezením může být dítě vnímáno jako "jiné", což může vést k frustraci a sociálnímu vyloučení.

Zdravé dítě se naopak pohybové aktivity účastní bez výrazných omezení. Rychle se učí kooperaci, spolupráci a komunikaci prostřednictvím fyzických aktivit, což přispívá k rozvoji přátelství a pozitivních vztahů s vrstevníky. Zdravé dítě má větší příležitost pro spontánní interakce, což posiluje jeho schopnost vytvářet a udržovat vztahy.

Mentální postižení (např. Downův syndrom) může ovlivnit schopnost dítěte správně interpretovat složité sociální signály, což vede k tomu, že dítě někdy neví, jak správně reagovat ve skupině. Tato situace může způsobit problémy při vytváření vztahů, ale také může vést k negativním reakcím od ostatních dětí, pokud neporozumí výjimečnosti chování takového dítěte.

Zdravé dítě se rozvíjí v kognitivní oblasti běžným tempem, což znamená, že jeho schopnosti v oblasti řeči a komunikace se rozvíjejí v souladu s vývojovými milníky. To podporuje jeho schopnost navazovat vztahy s ostatními dětmi, protože rozumí tomu, co od něho ostatní očekávají, a dokáže komunikovat prostřednictvím verbálních i neverbálních signálů.

Smyslové postižení (např. sluchové nebo zrakové postižení) také může mít vliv na interakci s vrstevníky. U dětí se sluchovým postižením může být komunikace omezena, pokud se nevyužívá znaková řeč nebo technické pomůcky. U dětí se zrakovým postižením může být problém s orientací v prostoru a zapojením do her, které závisí na vizuálních podnětech.

Zdravé dítě má plně funkční smysly, což mu umožňuje snadno se zapojit do komunikace a her. Smyslová vnímavost je klíčová pro rozvoj řečových dovedností, schopnosti vnímat nonverbální signály a interagovat s okolím. Zdravé děti mají přístup ke všem podnětům a jsou schopny je správně interpretovat, což usnadňuje jejich sociální interakce.

3. Vliv zdravotního postižení na vztahy se sourozenci (ve srovnání se sourozenci zdravých dětí)

Sourozenci dítěte se zdravotním postižením mohou čelit specifickým výzvám, jako je větší zodpovědnost za péči, což může ovlivnit jejich vlastní potřeby a vztahy v rodině. Mnohé děti, které vyrůstají po boku sourozence s postižením, se mohou cítit zanedbávané nebo nedostatečně oceněné, protože jejich potřeby nejsou vždy tak viditelné jako potřeby dítěte s postižením. To může vést k pocitům frustrace, žárlivosti, a dokonce k rozvoji negativních emocí, jako je úzkost. Na druhou stranu, sourozenci mohou rozvíjet silnou empatii a schopnost pomáhat druhým, což jsou pozitivní stránky tohoto soužití.

Zdravé dítě má obvykle stejné věkové vývojové milníky jako jeho sourozenci, což znamená, že všechny děti v rodině dostávají přiměřenou pozornost a podporu. Děti se zdravými sourozenci mohou lépe navazovat vztahy a společně si hrát, protože nejsou omezeny zdravotními problémy. Zdravé děti mají větší možnost pro spontánní interakce a rozvoj přátelství, což přispívá k vyváženým rodinným vztahům.

Sourozenci dětí se zdravotním postižením mohou mít složitější dynamiku vztahů než sourozenci zdravých dětí, což si žádá zvýšenou pozornost rodičů a péči o emocionální rovnováhu všech dětí v rodině.

4. Podpora od rodiny a komunity

Kromě institucionalizovaných přístupů, jako jsou školy, je klíčovým faktorem, který ovlivňuje interakci dětí s postižením s vrstevníky, podpora rodiny a širší komunity. Rodiny mohou hrát zásadní roli v podpoře dítěte při navazování přátelství, zejména tím, že poskytují příležitosti k socializaci, organizují interakce s vrstevníky a učí dítě vhodné sociální dovednosti.

Komunita může rovněž ovlivnit, jak jsou děti s postižením vnímány. Pokud je komunita inkluzivní a otevřená, děti s postižením mají větší šanci na úspěšnou integraci a pozitivní interakce s vrstevníky. To zahrnuje nejen školní prostředí, ale i mimoškolní aktivity, volnočasové programy nebo komunitní organizace.

V raném a předškolním věku hrají vrstevnické vztahy klíčovou roli v sociálním a emocionálním vývoji dítěte. Zdravotní postižení může tyto vztahy významně ovlivnit, a to jak pozitivně, tak negativně.

Skupiny postižení a jejich vliv na vrstevnické vztahy

- **Tělesné postižení:**

- Děti s tělesným postižením mohou mít omezené možnosti zapojení do her a aktivit, což může vést k sociální izolaci.
- Vrstevníci mohou mít obavy z toho, jak s dítětem komunikovat nebo si s ním hrát.
- Příklad: Dítě na vozíku se nemůže zapojit do honičky nebo lezení na prolézačky.

- **Zrakové postižení:**

- Děti se zrakovým postižením mohou mít potíže s orientací v prostoru a s neverbální komunikací, což může ovlivnit jejich interakci s vrstevníky.
- Vrstevníci mohou mít potíže s porozuměním, jak se s dítětem se zrakovým postižením hrát.
- Příklad: Dítě, které nevidí, se nemůže zapojit do her, které vyžadují vizuální vnímání.

- **Sluchové postižení:**

- Děti se sluchovým postižením mohou mít potíže s komunikací a porozuměním řeči, což může vést k sociální izolaci.
- Vrstevníci mohou mít potíže s komunikací s dítětem se sluchovým postižením.
- Příklad: Dítě, které neslyší, se nemůže zapojit do skupinové konverzace.
- **Mentální postižení:**
 - Děti s mentálním postižením mohou mít potíže s porozuměním sociálním situacím a s navazováním vztahů.
 - Vrstevníci mohou mít potíže s porozuměním chování dítěte s mentálním postižením.
 - Příklad: Dítě s mentálním postižením může mít potíže s dodržováním pravidel hry.
- **Poruchy autistického spektra (PAS):**
 - Děti s PAS mohou mít potíže se sociální interakcí a komunikací, což může vést k sociální izolaci.
 - Vrstevníci mohou mít potíže s porozuměním chování dítěte s PAS.
 - Příklad: Dítě s PAS se může vyhýbat očnímu kontaktu nebo mít potíže s porozuměním emocím druhých.

Pozitivní vlivy

- Zdravotní postižení může vést k rozvoji empatie a tolerance u intaktních vrstevníků.
- Vrstevníci se mohou naučit, jak komunikovat a spolupracovat s dětmi s postižením.
- Inkluzivní prostředí může vést k rozvoji silných přátelství.

Vliv zdravotního postižení na sourozenecké vztahy

Sourozenecké vztahy hrají také významnou roli v sociálním a emocionálním vývoji dítěte. Zdravotní postižení jednoho ze sourozenců může tyto vztahy významně ovlivnit.

Možné vlivy

- **Zvýšená zodpovědnost:** Intaktní sourozenci mohou cítit zvýšenou zodpovědnost za péči o svého sourozence s postižením.
- **Pocity žárlivosti a zanedbávání:** Intaktní sourozenci mohou cítit žárlivost nebo zanedbávání kvůli zvýšené pozornosti, kterou věnují rodiče dítěti s postižením.
- **Empatie a tolerance:** Sourozenci se mohou naučit empatii a toleranci vůči odlišnostem.
- **Komunikace:** Vztah mezi sourozenci může být ovlivněn tím, jak moc je dítě s postižením schopno komunikovat.
- **Pocity viny:** Intaktní sourozenec může pociťovat vinu za to, že je zdravý.

Rodina a možnosti intervence

Rodina hraje klíčovou roli v podpoře sociálního a emocionálního vývoje dítěte s postižením.

Možnosti intervence

- **Podpora rodičů:** Rodiče potřebují informace, poradenství a podporu, aby mohli efektivně podporovat své dítě.

- **Podpora sourozenců:** Sourozenci potřebují informace, poradenství a podporu, aby se mohli vyrovnat s náročnou situací.
- **Podpora vrstevníků:** Vrstevníci potřebují informace a vedení, aby se naučili, jak komunikovat a spolupracovat s dětmi s postižením.
- **Inkluzivní vzdělávání:** Inkluzivní prostředí umožňuje dětem s postižením rozvíjet sociální dovednosti a navazovat přátelství s intaktními vrstevníky.
- **Speciálně pedagogická intervence:** Speciální pedagogové mohou pomoci dětem s postižením rozvíjet sociální dovednosti a komunikaci.
- **Psychologická intervence:** Psychologové mohou pomoci dětem s postižením a jejich rodinám zvládat emocionální problémy.
- **Zapojení do komunitních aktivit:** Zapojení do komunitních aktivit umožňuje dětem s postižením navazovat kontakty s vrstevníky a rozvíjet sociální dovednosti.

Faktory ovlivňující pozici postiženého dítěte ve skupině, vliv skupinových norem a hodnot. Možnosti řízení nebo ovlivnění skupinových procesů.

Vliv na skupinu

- Pokud ve třídě pracuje dítě s tělesným handicapem (například je upoutáno na vozík), naskýtá se pozorovateli úžasná možnost sledování postupného formování charakterů. Mnohé děti si začínají pomalu uvědomovat hodnotu zdraví a lidské solidarity. Někteří učitelé tvrdí že s příchodem takového žáka, se třída začíná měnit přímo před očima a do pomoci nemocnému spolužákovi se zapojují až na výjimky skoro všichni. Děti se vlastně stávají lepšími a poznat je to i na vzájemných vztazích ve třídě. Časem u některých dětí počáteční nadšení pomáhat sice trochu ustupuje, ale většina vytrvá. Pokud se ve třídě vyskytuje zdravotní handicap, který není na dítěti na první pohled vidět – třeba epilepsie nebo cukrovka, dokážou jeho spolužáci reagovat na zhoršení jeho zdravotního stavu a vědí, co mají dělat při epileptickém záchvatu nebo hypoglykemickém kómatu. V budoucnu by tak mohli dokázat leckomu třeba zachránit život.

Postavení ve skupině

- Každý žák má ve třídě určité postavení, které je ovlivněno mírou sympatií a oblíbenosti. Vágnerová a Klégrová (2008) v třídní hierarchii rozlišují postavení neformálního vůdce, pozici hvězdy, přijatelného spolužáka a pozici neoblíbeného, odmítaného a přehlíženého. Žák, který získal první zmíněnou pozici se může prezentovat pozitivními i negativními vlastnostmi. Nicméně se vyznačuje značnou prestiží a velkým vlivem ve třídě. Pozici hvězdy pak zaujímá třídou oblíbený žák, se kterým se chtějí všichni kamarádit. Průměrným vlivem a taktéž oblíbeností ve třídě je charakterizována pozice přijatelného spolužáka, který ničím nevyniká, ale není problémový ani nesympatický. Pozici neoblíbeného, odmítavého a přehlíženého zaujímají žáci, jejichž chování, zevnějšek jsou něčím odlišné. Jedinci s tímto postavením mezi spolužáky mívají nižší sociální inteligenci, což se projevuje obtížemi v sociálním začlenění i v horších výsledcích ve výuce (Vágnerová, Klégrová, 2008). Hájková a Strnadová (2010) uvádí, že právě poslední pozice se často týká integrovaných dětí, žáků a studentů se speciálními vzdělávacími potřebami.

Postoj učitele

- Postoj učitelů k integrovaným žákům může být mnohdy jiný než k jeho spolužákům, tzn. může převažovat soucit, možnost přispět ke snížení zátěže jeho zvýhodněním. Mnohdy dochází ke snižování požadavků na žáka, protože ho učitel nechce zbytečně zatěžovat a také k mnohem mírnějšímu hodnocení výsledků. Třídou je takováto klasifikace považována za nespravedlivou a učitel se setká s její odmítavou reakcí. Pedagog by se tedy měl spíše snažit odhadnout možnosti dítěte s postižením, podle kterých pak stanoví reálné cíle. Předpokladem úspěšného výukového vedení je osobnost a postoj pedagoga (Potměšil a kol., 2012a), znalost zdravotního stavu, vyšetření jedince a konzultace se speciálním pedagogem (Vágnerová, 2005). V rámci upevnění pozitivního klimatu třídy zdůrazňuje Petlák (2006) osobnost učitele s

neformálním přístupem k žákům, dále je zapotřebí stanovit stručné, srozumitelné požadavky na žáky, jednotný přístup celého pedagogického sboru ke všem žákům, být vzorem pro žáka a usilovat o jeho poznání.

Sociální vztahy dítěte s postižením

- Integrovaný žák navazuje podstatně méně sociálních vztahů oproti ostatním spolužákům bez handicapu. Integrovaný žák vnímá sociální vztahy jako velmi hodnotné, a jestliže jsou nenaplněné, sociálními poměry ve třídě se trápí. Spolužáci víceméně rozumějí obtížím integrovaného žáka, nemají potíže s přijímáním individuálních a specifických pedagogických přístupů k integrovaným žákům. Pochopí, že spolužák potřebuje více času na písemné práce nebo je zkoušený jiným způsobem. Do určité míry jsou ochotni spolužákovi pomoci. S tím ale souvisí problém nucené závislosti, která je integrovaným žákem vnímán negativně. Pomoci spolužáků si však váží.
- Neutrální neboli nulové vztahy mezi integrovaným žákem a majoritní skupinou spolužáků bývají žákem s handicapem interpretovány v negativním světle. Žáci s postižením říkají, že drobné škodolibosti a posměšky říkají „vidíme tě, bereme tě na vědomí“ a vesměs je takového vyjádření spolubytí lepší než naprostá ignorace.
- Nepříjemná sociálně vztahová zkušenost celoživotně žáka poznamená, můžou se objevit stavy úzkosti, depresí, sociálních fobií, pocitů méněcennosti a sníženého sebevědomí. Školní integraci pojmáme jako bránu socializace, modelem formující určitou kognitivní svébytnost a sebevědomí. Jsou-li integrační snahy v kombinaci s adekvátním vytvářením sociálních vztahů kvalitně rozvíjeny, představuje úspěšná integrace i prostředek, jak se žák může vyrovnat se svým handicapem.

Vliv postižení na integraci žáka

- Víceméně v celkové hierarchii třídy na tom byli v porovnání lépe ti žáci se specifickými vzdělávacími potřebami, jejichž handicap byl lehčího stupně, byli samostatní a nevyžadovali od spolužáků a učitelů výraznou pomoc.
- V podstatě bylo zjištěno, že stupeň handicapu má v některých případech při navazování spolužáckých vztahů znatelnější vliv než osobnost (vlastnosti, temperament, charakter). U skupiny respondentů bylo zjištěno, že největší bariérou v navazování vztahů je řečový handicap (například v důsledku dětské mozkové obrny).
- Častým jevem bylo, že integrovaný žák přesouvá pozornost od nenaplněných sociálních vztahů do vyššího výkonu ve škole. Má potřebu se seberealizovat v nějaké jiné oblasti, kterou většinou bývá školní prospěchová úspěšnost. Samotné vzdělání jim potvrzuje jejich normalnost a kvalitu, je tedy jistým „hnacím motorem“, jak se dále vyrovnávat se svým handicapem.
- Předsudky pedagogů: Z příběhů bylo interpretováno, že viditelný handicap a obtíže, které z něho plynou (kupř. pomalé psaní v důsledku zhoršené jemné motoriky) jsou pedagogové ochotni respektovat daleko snáze než obtíže, které jsou sekundárně způsobeny podstatou handicapu, ale jsou skryté, proto bývají podceňovány a zlehčovány. Učitel například nemohl pochopit problémy s prostorovou orientací ve slepých mapách, které měla jedna respondentka v důsledku dětské mozkové obrny. Důležité je též zmínit se o haló efektu, kterému učitelé rádi podléhají, a to v pozitivním i negativním světle. Učitelé mnohdy žákům s handicapem nadřezují, vidí v nich více než v nich doopravdy je. Naopak se stává, že podceňují jejich schopnosti, integrovaní žáci bývají méně zkoušeni a tážani. Obojí přístup učitele se může odrazit do sociálních vztahů uvnitř třídy.

Riziko eliminace

- Respondenti – žáci se specifickými vzdělávacími potřebami – byli poměrně často vylučováni ze sociální hierarchie školní třídy, v častých případech se stávali oběťmi posměšků a jemných forem ostrakizování. To do jisté míry může být způsobeno zákonitostmi vývojové psychologie a utvářením vrstevnických a skupinových vztahů. Respondenti často uváděli, že spolužáci zažívali těžké období puberty, a proto jejich útočné chování vůči nim chápali. Mnohdy se projevy šikany s vyšším věkem vytratil.
- Lepší vztahy jsou patrné ve třídě, kde bylo současně přítomno hned několik žáků se speciálními vzdělávacími potřebami. Roli tu hrála četnost odlišností (ve vyšší míře může být

vnímána jako přirozenost) a spřízněnost, „žák nebyl v kolektivu sám“. Nezbytné je poznamenat, že vztahy uvnitř třídy jsou ovlivněny i typem a stupněm školy.

Výhody integrace

- Dítě je řádným žákem běžné školy, nejlépe v místě bydliště.
- Žák postupuje se svým ročníkem a jeho věk zhruba odpovídá věkovému průměru dětí ve třídě (společné dospívání vrstevníků).
- Při integraci nedochází k segregaci (vyločení) ze společnosti.
- Intaktní („nepostižení“) žáci mohou pozitivním způsobem posouvat dítě s postižením ve vzdělávání.
- Snaha dítěte s postižením vyrovnat se spolužákům může působit velice motivačně.
- Dítě se připravuje na dospělý život v běžném prostředí.
- Dostává se mu kvalitnějšího vzdělávání v důsledku vyšších nároků v běžném prostředí.
- Kontakt se spolužákem se zdravotním postižením přináší intaktním dětem snazší přijetí rozdílů mezi lidmi i v jejich budoucím (dospělém) životě.
- Přítomnost jedince s postižením působí v intaktní skupině pozitivně na chování ostatních, učí je toleranci a respektu k odlišnostem.
- Dochází k většímu zapojení rodičů.
- Náhled společnosti jako na žáka běžné školy přináší do budoucna pro dítě s postižením méně problémů v socializaci.

Nevýhody integrace

- Oproti takzvaným běžným školám je ve speciálních školách lepší vybavení – speciální zařízení a pomůcky slouží k ulehčení pobytu a k větší efektivnosti vyučování. Výchovný a vzdělávací proces zde zajišťují odborně připravení speciální pedagogové. Bývá zde běžně dostupná i odborná léčebná, rehabilitační a sociální péče a poradenská služba.
- Ve třídě s větším počtem žáků je menší možnost individuálního přístupu. Ve speciálních školách je počet žáků ve třídě nižší a pedagog má dost prostoru pro individuální přístup.
- Může dojít k odmítání integrovaného žáka intaktními spolužáky. Odmítavý a negativní postoj k žákovi s postižením mohou mít i rodiče ostatních dětí.
- Intaktní žáci často negativně hodnotí „výhody“ spolužáka s postižením, vytváří se mezi nimi odstup či nenávisť a závist.
- Pro žáka s postižením mohou v některých oblastech představovat intaktní spolužáci nedostupnou konkurenci.
- Na straně dítěte se zdravotním postižením může nastat stres z nezvládnutého učiva.
- Integrace v sobě zahrnuje i možnost, že se dítě s postižením nechá vmanipulovat do role nemohoucího, bezmocného.

Podmínky úspěšné školní integrace:

- Vytvářet vhodné podmínky pro učitele, aby měli dostatek času na konzultace, plánování, seberozvíjení.
- Jednotnost v přístupech, cílech a formách práce pedagogů.
- Zabezpečení vhodných pomocných materiálů.
- Organizační předpoklady školy.
- Upravené počty žáků ve třídě, jak to ukládá zákon.
- Přizpůsobení učiva na základě individuálního vzdělávacího plánu.
- Používání speciálních učebních metod, pomůcek, učebnic.
- Přítomnost speciálního pedagoga.
- Pro žáka může být v případě potřeby nutné zabezpečení speciální pedagogické péče (kupříkladu individuální výuka se speciálním pedagogem).
- Spolupráce s odborníky a s rodiči (například do tvorby plánu je zapojen třídní učitel, odborní pracovníci speciálně pedagogických center, rodina a v případě potřeby i další pracovníci, jako asistent učitele nebo osobní asistent).
- Další vzdělávání učitelů.
- Asistent je vedený určeným odborným pracovníkem školy nebo externím odborným pracovištěm (například speciálně pedagogickým centrem).
- Vytvoření vztahů mezi spolužáky.

- Skupinové normy a hodnoty (skupinové normy = očekávání týkající se toho, jak se mají chovat členové skupiny = kontrolují chování členů skupiny, aby bylo v souladu se skupinovými cíli, za jejich dodržování = sankce (pozitivní sankce = odměny, souhlas, uznání; negativní sankce = tresty, posměšky, fyzické napadání))
- skupinové normy = pravidla chování, která specifikují vhodnost určité činnosti členů. Obsah a závaznost norem pramení z cílů a hodnot skupiny. Proti překračování norem působí skupinový tlak. Jeho neviditelnou složkou je společné očekávání členů skupiny, že každý člen bude normy dodržovat. Normy mají funkci sjednocovací (platí pro všechny) i specializační (pro různé pozice a role platí různé normy)
 - normy orientované dovnitř = chování členů vůči sobě – projevování typického skupinového chování, respektování skupinových hodnot a rituálů, respektování hierarchie ve skupině
 - normy orientované navenek = prezentování členstva skupiny navenek – chování na veřejnosti
- Jednou z důležitých funkcí sociálních norem je, aby skupina dosáhla svého cíle. Tím, že na sociálních normách skupiny jsou závislé sociální hodnoty skupiny. Mezi základní řadíme kooperaci, kompetici, individualismus, altruismus a agresi. (Krejčová, 2011)
- sociální identifikace – velmi podstatná součást skupinové identity, kdy se vytváří ve třídě společné „my“, někdy toto vymezení, kdo je členem a nečlenem skupiny může být i velmi prospěšné, může to skupinu jako celek spojovat. Je to naše základní potřeba oddělovat „my a vy“. Konflikt nastává, když se začnou i jednotlivé podskupiny v rámci skupiny proti sobě vymezovat, dochází tak k narušení koheze skupiny, vzniká fúze a je potřeba znova nastavit skupinové normy, cíle a role, tak aby mohla být většina potřeb svých členů sycena a znovu se zvýšila soudržnost skupiny a společného „my“.
- Sociální reprezentace – členové skupiny mají tendenci vnímat své skupinové názory jako správnější než názory nečlenů skupiny. Členové skupiny mohou mít odlišné názory a zájmy, ale postupem času se utvářejí sdílená přesvědčení, na kterých se členové shodují a jedinec si je zasadí do své představy reprezentace.
- Sociální normy působí jako mantinely, co si jaký jedinec může dovolit, některé normy jsou platné pro všechny a jiné se vážou k roli jedince
- hierarchie pozic ve skupině:
 - 1. populární osoby (pro většinu členů přitažlivé);
 - 2. oblíbené osoby (pro mnohé členy jsou přitažlivé);
 - 3. akceptované osoby (část skupiny se preferuje);
 - 4. trpěné osoby (malá část skupiny je preferuje);
 - 5. mimo stojící osoby (nikdo ze skupiny je nepreferuje).
- Jiná kategorizace seřadila členy podle hlediska skupinové akceptace jedince prosazování ve skupině:
 - 1. přehlížené osoby (rády by se uplatnily, ale nemohou se prosadit);
 - 2. odmítané osoby (chtějí se uplatnit, ale nemohou);
 - 3. osamocené osoby (rády by se uplatnily, ale vzdalují se a izolují od ostatních členů);
 - 4. izolované osoby (nechtějí se prosazovat a ani nemohou se skupinou spolupracovat).

Ovlivnění a řízení skupinových procesů:

- U vztahů mezi žáky je důležité snažit se, aby soudržnost třídy stoupala a převažovala pozitivní orientace třídy. Je vhodné organizovat akce i mimo třídu a školu, aby se žáci a učitelé poznali i v jiných sociálních situacích než jen při vyučování. Učitel by měl do výuky zařadit také situace, kdy žáci musí spolupracovat např. připravit úlohy, které jdou řešit ve skupinách, nebo využívat učení ve dvojicích či skupinovou výuku. Učitel musí vést žáky tak, aby uměli vhodně řešit mezilidské konflikty a snažit se z života třídy eliminovat projevy agrese, šikany apod.
- V rámci ovlivňování klimatu třídy k lepšímu by se měl zvýšit zájem žáků o průběh výuky. To znamená, učinit vyučování pro žáky zajímavější. Učitel může do výuky zařazovat úlohy ukazující praktickou užitečnost učiva. Může také zadávat témata, jež vedou k překračování školského kontextu a k navazování kontaktu s dalšími lidmi (rodiči spolužáků, specialisty z oboru, sociálními pracovníky atd.). Je také vhodné snažit se u žáků uspokojovat potřeby

kompetence a potřeby sebeuplatnění. Základem je dobrá funkční komunikace jak mezi žáky, tak s učitelem – přesnost, srozumitelnost, jasnost instrukcí...

- Styl výuky – z této oblasti nejvíce ovlivňuje klima hodnocení učitele, které by mělo být spravedlivé, adekvátní, spíše soukromé (neverejné), dále způsob organizace aktivit, existence jasných pravidel chování. Klima třídy má zásadní vliv na motivaci žáků a jejich postoj k učení. Výsledek může být buď strach a 2-4 vysoká míra stresu, což určitě není dobrý motivující činitel, nebo naopak spokojenost, vnitřní vyrovnanost a klid (Hermochová, 2005). Z hlediska podpory procesu učení žáků se za optimální považuje takové klima třídy, které je možno charakterizovat jako cílevědomé, orientované na úlohy, se smyslem pro pořádek, ale zároveň jako uvolněné, vřelé a podporující žáky. Takové klima napomáhá procesu učení v podstatě tím, že vytvoří a udržuje kladné postoje žáků k výuce a také k jejich vnitřní motivaci.

SO-RA-D jako nástroj k ověření změny klimatu

- SO-RA-D = „Sociometricko-ratingový dotazník Vladimíra Hrabala st.“ vznikl na základě potřeby rozpoznat sociální klima třídy, pokud možno jednoduchou metodou. K tomuto účelu vytvořil V. Hrabal st. v 70. letech 20. století v návaznosti na obdobný výzkum u nás i ve světě sociometricko-ratingový dotazník (socius a metrus – měření druhého, rating – hodnocení, v tomto případě se jedná o pětibodovou škálu Likertova typu).
- Hrabal vychází z předpokladu, že školní třída nelze rozumět bez znalosti osobností, které ji vytváří. Z tohoto důvodu byl dotazník koncipován tak, aby poskytoval dostatečná data pro diagnostiku jednotlivce i celé skupiny. Vypovídá především o aktuálním stavu, ale z výsledků můžeme usuzovat i o stabilnějších vlastnostech jednotlivců i skupiny.
- Použijeme-li SO-RA-D opakovaně (což jsem ve své práci učinila), můžeme zjistit například změnu stavu po intervenci, nebo dynamický vývoj třídy i jedinců. Případně můžeme stanovit prognózu dalšího vývoje třídy. Výsledky je možné analyzovat jak z hlediska celé třídy, tak i vzájemných vztahů uvnitř sociometrické struktury. Obecným cílem metody je sonda do struktury meziosobních vztahů ve třídě, zvláště zjišťování pozic z hlediska vlivu a oblíbenosti jednotlivých žáků. Naplnění tohoto cíle je velice jednoduché, každý žák ohodnotí své spolužáky ve třídě ze dvou hledisek: 1. za jak vlivné je považuje, 2. jak jsou mu sympatičtí. Toto hodnocení provádí žáci pomocí škály 1-5, kde jednička znamená nejlepší a pětka nejhorší hodnocení v daném kritériu. Číselné hodnocení doplňují žáci vlastním slovním hodnocením, kterým zdůvodňují své sympatie (např. rozešel se, je s ním sranda, strká do nás atd.).

Možnosti změny klimatu ve třídě skrze intervenci:

- Nejprve je důležité provést diagnostiku a až pak intervenci (např. zaměření se na vedoucí osobnosti třídy, skrze ně dosáhnout většího pedagogického působení na ostatní, jde o tzv. restrukturalizaci třídy, dále spolupráce se zdravým jádrem třídy)
- Mezi hlavní kompetence napomáhající rozvoji pozitivního sociálního klimatu řadí Helus (2007, str. 255-256) tyto:
 - „1. Jasně a plynule prezentovat žákům učivo, organizovat učební aktivity samotných žáků a adresně vzhledem k nim konkretizovat úkoly a požadavky.
 - 2. Čerpat z reakcí, činností a výkonů žáka zpětné informace o účinnosti svého vlastního pedagogického působení na ně, o efektivitě svého vyučování.
 - 3. Projevovat ve vztahu k žákům bytostný osobní zájem o jejich vzdělávací pokroky a osobnostní rozvoj. Dávat žákům přesvědčivě najevo, že mu nejsou lhostejní, ale naopak, že se s nimi identifikuje, že spoluprožívá jejich úspěchy a neúspěchy, jako by byli jeho vlastní, že s jejich pokroky spojuje smysl svého snažení.
 - 4. Projevovat intelektuální nadšení pro vyučovací předmět a konkrétní učivo, které s žáky probírá, tj. strhnout žáky pro svůj předmět a pro dané učivo tím, že je dokáže přesvědčit, že on sám je tímto předmětem a učivem také stržen.
 - 5. Motivovat žáky přejímat za své vzdělání a za svoji budoucnost, za své studijní úspěchy i kvalitu vzájemného soužití osobní a kolektivní zodpovědnost.“
- Sociálně psychologické hry
 - Podle Hermochové (2005, str. 22) můžeme rozeznávat hry dvojího charakteru, kdy v jedné skupině jsou hry: „...didaktické, strategické či manažerské (tj. takové, kde skupina má společně dojít k jednomu správnému řešení), ...“ Do druhé skupiny

zařazuje: „...především neverbální techniky a cvičení zaměřené na sebepoznání a percepci druhých."

- Daná cvičení je možno přizpůsobit aktuálním potřebám, to znamená zaměřit jejich reflexi na jednotlivce nebo skupinu a na daný problém. Pozitivním faktorem her je to, že žáci získávají sociální dovednosti nenásilnou formou, která zároveň vnáší do hodiny uvolňující charakter a podporuje kreativitu žáků. Díky hravé formě cvičení můžeme odlehčit závažné problémy a pomocí prožití rolí je řešit.
- „Můžeme dětem pomoci objasnit jejich hodnoty a stanovit priority; pomoci jim k tomu, aby byly tolerantnější, flexibilnější a pozornější; aby se méně bály, byly méně stresované a necítily se tak osamělé. Můžeme je naučit jednoduché životní moudrosti: Přezkoumej svou situaci a rozhodni se, nenechej se vláčet osudem; důležité jsou vztahy, musíme je pěstovat, aby nezanikly. - Neočekávej, že ostatní dovedou číst tvé myšlenky; řekni jim, co bys chtěl, co cítíš a co si myslíš. - Nezraňuj ostatní děti a neponižuj je. - Nevylévej si vztek na ostatních, když se tobě samému nedaří!"
- Pozitivní důsledky psychosociálních her jsou již v praxi ověřené: „Ve všech případech, kde se o využití hravých postupů zasadili, došlo ke změnám v klimatu třídy i školy – popsáno je snížení agresivity, školních přestupků, případů užívání drog, šikany i nižší výskyt absencí."
- Při hře by měl učitel poskytnout žákům co největší prostor pro vlastní rozhodování a vyjádření, a sám by se měl soustředit hlavně na to, aby hra směřovala ke svému cíli (například řešení nastalého problému). Je důležité, aby měli žáci při hře pocit bezpečí a aby se nebáli otevřeně mluvit o svých zážitcích nebo problémech. Žáci by neměli mít pocit časové tísně nebo obavy ze zesměšnění. Učitel je zde v roli moderátora, dohlíží na průběh hry a příliš do ní nezasahuje. Na konci hry by mělo být vyhodnocení, ve kterém by měl učitel žáky pochválit a mluvit s nimi o jejich pocitech a reakcích během hry. Pokud se hra dobře reflektuje, tak si z ní žáci odnesou více cenných zkušeností.
- Seznamovací hry:
 - Házení předmětu v kroužku a říkání jmen, komu to házím.
 - Předvedení mého jména a u toho taneček/pohyb – celá skupina zopakuje
 - Slunce svítí na toho – kroužek, sed, o jednu židli míň, kdo je uprostřed říká slunce svítí na toho, kdo... a doplní kteroukoliv věc, koho se to týká, ten si vymění místo
- Sebepojetí:
 - Místo po mé pravici je volné pro... - kruh, sed, o jednu židli víc, kdo má volné místo po pravici si tam může zavolat jménem koho chce a říct proč („Místo po mé pravici je volné a chci, aby tam seděl..., protože...“) V reflexi se zaměřit na: Byl jsem zvolen? Kdo mě zvolil? Co znamená, že byl někdo vybrán hodně? A co málo?
 - Moje klady – tužka, papír, odpovědět na otázku: Napsat co nejvíc vlastních kladných vlastností. Vyhodnocení: Kolik, kdo měl počet kladů. Nechat ostatní poradit dětem, co nevěděly o sobě nic. O čem vypovídají rozdíly v počtu kladů? Dál můžeme ve skupinách vlastnosti roztrždit do skupin tělesné vlastnosti, duševní vlastnosti a rozumové vlastnosti. Které své kladné vlastnosti byste chtěli rozvíjet? Co ses dozvěděl o spolužácích?

Zdroje:

- <https://clanky.rvp.cz/clanek/c/S/15253/VLIV-SOCIALNIHO-KLIMATU-VE-TRIDE-NAKVALITU->
- [INTEGRACE-ZAKA-S-HANDICAPEM---3-CAST.html/](https://www.uhk.cz/file/edee/pedagogicka-fakulta/veda-a-vyzkum/projekty/interniprojekty/specificky-vyzkum/specificky-vyzkum-2012/zz-2106-vitova-sv2012.pdf)
- [https://www.uhk.cz/file/edee/pedagogicka-fakulta/veda-a-vyzkum/projekty/interniprojekty/](https://www.uhk.cz/file/edee/pedagogicka-fakulta/veda-a-vyzkum/projekty/interniprojekty/specificky-vyzkum/specificky-vyzkum-2012/zz-2106-vitova-sv2012.pdf)
- [specificky-vyzkum/specificky-vyzkum-2012/zz-2106-vitova-sv2012.pdf](https://dspace5.zcu.cz/bitstream/11025/27749/1/Karolina%20Kiglerova-%20Diplomova%20prace-%20Integrace%20handicapovanych%20deti%20do%20beznych%20skol.pdf)
- [https://dspace5.zcu.cz/bitstream/11025/27749/1/Karolina%20Kiglerova-%20Diplomova%20prace-%20Integrace%20handicapovanych%20deti%20do%20beznych%20skol.pdf](https://theses.cz/id/ctydf0/BP_Trstlov.pdf)
- https://theses.cz/id/ctydf0/BP_Trstlov.pdf
- https://is.cuni.cz/webapps/zzp/download/120094816__

25. MOŽNOSTI DIAGNOSTIKY V PŘEDŠKOLNÍCH ZAŘÍZENÍCH

Úvod

Diagnostika v předškolním vzdělávání představuje klíčový prvek systému včasné podpory dětí s rizikovým vývojem, speciálními vzdělávacími potřebami, zdravotním postižením, sociálním znevýhodněním nebo odlišnostmi v individuálním tempu a stylu učení. Jedná se o proces systematického a kontinuálního zjišťování individuálních charakteristik dítěte s cílem zajištění podpory, která je co nejpřesněji přizpůsobena jeho potřebám.

Diagnostika v mateřské škole probíhá v prostředí, které je dítěti přirozené, a proto může poskytnout velmi přesný a funkční obraz o tom, jak dítě funguje v reálných situacích. Výsledky diagnostiky jsou zásadní nejen pro nastavení vzdělávacího procesu, ale i pro rozhodování o dalším směřování dítěte, například o zařazení podpůrných opatření, odkladu školní docházky nebo odeslání k odbornému vyšetření.

Celý proces je opřen o legislativní rámec a kurikulární dokumenty, které zdůrazňují právo každého dítěte na kvalitní a individualizované vzdělávání.

Legislativa

Diagnostika v předškolním vzdělávání je ukotvena ve školské legislativě:

- **Zákon č. 561/2004 Sb., školský zákon**, konkrétně § 16 definuje děti se speciálními vzdělávacími potřebami a zavádí systém podpůrných opatření od 1. do 5. stupně. Diagnostika je prostředkem k odhalení těchto potřeb a podkladem pro jejich přiznání.
- **Vyhláška č. 27/2016 Sb. o vzdělávání dětí, žáků a studentů se speciálními vzdělávacími potřebami** stanovuje postupy při poskytování podpůrných opatření, kde diagnostika tvoří vstupní krok.
- **RVP PV (Rámcový vzdělávací program pro předškolní vzdělávání)** uvádí, že výchovně-vzdělávací práce má být vedena s ohledem na individualitu dítěte, jeho možnosti a potřeby. Diagnostika je chápána jako nástroj, který umožňuje učitelce včas identifikovat odchylky a přizpůsobit vzdělávání tak, aby bylo co nejefektivnější a spravedlivé.

Pedagogická diagnostika

Pedagogická diagnostika je základní formou diagnostiky v předškolním zařízení. Realizuje ji učitelka mateřské školy v rámci své každodenní pedagogické práce. Jde o průběžné, neformální, ale systematické sledování dítěte v přirozených situacích – při hře, v běžné komunikaci, při organizovaných i spontánních činnostech. Cílem je zjistit aktuální úroveň vývoje dítěte, jeho schopnosti, dovednosti, zájmy, způsob učení a případné odchylky.

Používané metody zahrnují pozorování, rozhovor s dítětem i rodiči, analýzu produktů činnosti (např. kresby, pracovní listy), záměrné pedagogické situace a také screeningové nástroje (např. dotazník školní zralosti, test předčtenářských dovedností, diagnostické archy k RVP PV).

Diagnostické oblasti zahrnují:

- Hrubou a jemnou motoriku, lateralitu, grafomotoriku.
- Řečové a komunikační dovednosti.
- Kognitivní dovednosti – paměť, pozornost, myšlení, porozumění.
- Sociálně-emocionální vývoj – adaptace na kolektiv, navazování vztahů, regulace emocí.
- Sebeobsluhu – samostatnost při oblékání, hygieně, stolování.

Pedagogická diagnostika má být vedena nenásilně, s respektem k vývojové úrovni dítěte a v souladu s etickými zásadami. Slouží jako podklad pro plánování individualizovaných vzdělávacích strategií.

Speciálně pedagogická diagnostika

Speciálně pedagogická diagnostika slouží k identifikaci specifických vzdělávacích potřeb dítěte, zejména v případě podezření na vývojovou poruchu učení, poruchu chování, vývojovou poruchu řeči nebo jiné postižení. Provádí ji speciální pedagog v rámci SPC (speciálně pedagogického centra) nebo přímo ve školském poradenském pracovišti MŠ, pokud je k dispozici.

Diagnostika se opírá o specializované metody a nástroje, například Diagnostiku jazykových schopností dle Elkonina, Metodu dobrého startu, nebo testy zrakového a sluchového vnímání. Důležitou roli hraje i individuální práce s dítětem, systematické pozorování, cílené úkoly a spolupráce s pedagogy i rodiči.

Diagnostické oblasti zahrnují:

- ✓ Riziko specifických poruch učení (např. dyslexie, dysgrafie).
- ✓ Poruchy chování a pozornosti (např. ADHD, ADD).
- ✓ Poruchy autistického spektra.
- ✓ Narušené komunikační schopnosti (vývojová dysfázie, dysartrie, mutismus).
- ✓ Poruchy percepčně-motorické koordinace.

Diagnostika jazykových schopností podle Elkonina

- ✓ **Věk dítěte:** cca 5–7 let (vhodné už ke konci MŠ)
- ✓ **Cíl:** Zjištění úrovně fonemického sluchu, sluchové analýzy a syntézy, sluchové paměti – oblast tzv. jazykového uvědomování
- ✓ **Využití:** Při podezření na specifické poruchy učení (např. dyslexii), vývojovou jazykovou poruchu, vývojovou dysfázii

- ✓ **Popis:** Dítě např. určují první hlásku ve slově, skládá slova z jednotlivých slabik, rozkládá slova na hlásky apod. Jde o úkoly, které předcházejí schopnosti číst a psát – proto velmi cenný screening.

Metoda dobrého startu (MDS) – Marta Bogdanowicz

- ✓ **Věk dítěte:** od 5 let (předškolní děti)
- ✓ **Cíl:** Diagnostika a současně rozvoj zrakového vnímání, sluchové percepce, motoriky a koordinace pohybu s rytmem (multisenzorický přístup)
- ✓ **Využití:** Při oslabené grafomotorice, percepčních problémech, nerovnoměrném vývoji, poruchách pozornosti
- ✓ **Popis:** Dítě rytmitizuje říkanku nebo písničku a zároveň kreslí vzory. Sleduje se přesnost pohybů, koordinace, rytmus i kvalita výtvaru. Získané informace slouží jako vodítko pro individuální intervenci.

Test školní zralosti (Jirásek-Zelinková)

- ✓ **Věk dítěte:** 5–7 let
- ✓ **Cíl:** Komplexní posouzení školní připravenosti dítěte
- ✓ **Využití:** V rámci poradenského šetření v MŠ, při rozhodování o odkladu školní docházky
- ✓ **Popis:** Dítě kreslí postavu, vybarvuje, pojmenovává předměty, rozlišuje zvuky, opakuje rytmy, provádí grafomotorické úkoly. Test je snadno použitelný i v prostředí MŠ a ukazuje připravenost dítěte na školní prostředí – nejen z hlediska schopností, ale i samostatnosti a soustředění.

4. Diagnostika percepčně-motorických dovedností (podle Bednářové a Šmardové)

- ✓ **Věk dítěte:** cca 4–7 let
- ✓ **Cíl:** Zjištění úrovně zrakového a sluchového vnímání, prostorové orientace, koordinace pohybů, laterality, pozornosti
- ✓ **Využití:** U dětí s podezřením na poruchy učení, ADHD, opožděný vývoj percepčních funkcí
- ✓ **Popis:** Obsahuje např. úkoly na hledání rozdílů, rytmické opakování, určení polohy předmětů, spojování obrázků podle předlohy apod. Výsledky slouží k tvorbě individuálního stimulačního plánu.

Zkouška laterality (např. podle Matějčka a Žlaba)

- ✓ **Věk dítěte:** cca od 4 let

- ✓ **Cíl:** Zjištění, která ruka, noha, oko a ucho je u dítěte dominantní (určení laterality – praváctví, leváctví, nevyhraněnost)
- ✓ **Využití:** Důležité při rozvoji grafomotoriky a psaní – nevyhraněná nebo zkřížená lateralita může způsobit školní obtíže
- ✓ **Popis:** Dítě vykonává běžné činnosti (např. hází míč, kouká do kukátka, kreslí) a sleduje se, kterou končetinou či smyslem preferenčně používá. Výsledky pomáhají rozhodnout o postupu při nácviku psaní.

Výstupem je zpráva o výsledcích diagnostiky, návrh podpůrných opatření a doporučení pro úpravu vzdělávání.

Psychologická diagnostika

Psychologická diagnostika se zaměřuje na psychický vývoj dítěte, včetně intelektových schopností, emoční zralosti, osobnostních rysů a sociálních dovedností. Provádí ji odborný psycholog z pedagogicko-psychologické poradny (PPP) nebo z klinického prostředí.

Používají se standardizované testy inteligence (např. WPPSI – Wechslerova škála pro předškolní děti), projektivní techniky (kresba postavy, kresba rodiny, Baum test), rozhovory s dítětem i rodiči a řízené pozorování dítěte v přirozeném prostředí.

Psychologická diagnostika se soustředí na oblasti jako:

- Kognitivní úroveň – mentální věk, myšlenkové operace, logika.
- Sociálně-emocionální zralost – vztahy s vrstevníky, separace, adaptace.
- Osobnostní charakteristiky – temperament, emoční stabilita, schopnost zvládat stres.
- Behaviorální problémy – úzkosti, agresivita, impulzivita, strachy.

Výsledkem může být doporučení podpůrných opatření, včetně individuálního vzdělávacího plánu (IVP), případně návrh další odborné intervence.

Příklady:

Wechslerova škála pro předškolní a primární věk (Wechsler Preschool and Primary Scale of Intelligence)

- ✓ **Věk dítěte:** 2,5 až 7 let
- ✓ **Cíl testu:** Zjištění celkové intelektové úrovně dítěte
- ✓ **Co měří:** Verbální i neverbální složky inteligence – např. slovní zásobu, porozumění, vizuálně-prostorové vnímání, pracovní paměť, rychlost zpracování informací

- ✓ **Popis:** Dítě plní řadu úkolů (např. skládání obrázků, odpovídání na otázky, opakování čísel, určování podobností). Test je standardizovaný, s normami pro jednotlivé věkové skupiny. Na základě výsledků je možné posoudit, zda je dítě intelektově průměrné, podprůměrné nebo nadprůměrné, případně zda má rozvojové disproporce mezi verbální a neverbální složkou.

Stanford-Binetův test inteligence

- ✓ **Věk dítěte:** od 2 let
- ✓ **Cíl testu:** Diagnostika intelektového nadání i mentální retardace
- ✓ **Co měří:** Pět hlavních faktorů inteligence – plynulé uvažování, znalosti, kvantitativní uvažování, vizuálně-prostorové zpracování, pracovní paměť; každý faktor se zkoumá verbálně i neverbálně
- ✓ **Popis:** Test je složen z řady podúkolů, které dítě řeší podle svých schopností. Umožňuje velmi přesné stanovení IQ a je vhodný i pro děti s jazykovými nebo komunikačními obtížemi (díky neverbální části). Používá se i při podezření na mentální retardaci nebo naopak nadání.

Kresba postavy

- ✓ **Věk dítěte:** cca od 3–4 let
- ✓ **Cíl testu:** Hrubé zjištění mentální úrovně dítěte, případně i jeho emočního ladění
- ✓ **Co měří:** Vývojový stupeň zobrazení lidské postavy – přítomnost detailů, proporce, vztahy mezi částmi těla
- ✓ **Popis:** Dítě dostane pokyn „nakresli člověka“ (případně „sama sebe“). Čím více detailů a proporčně správných prvků dítě znázorní, tím vyšší je jeho vývojová úroveň. Zkušený psycholog může také vyvodit určité závěry o emočním stavu (např. úzkost, nejistota, agrese, apatie), ale nejedná se o klinickou diagnostiku.

Kresba stromu (Baum test)

- **Věk dítěte:** přibližně od 4 let
- ✓ **Cíl testu:** Projektivní metoda k orientačnímu zhodnocení osobnosti
- ✓ **Co měří:** Emoční stav, sebedůvěru, vnitřní napětí, vztah ke světu
- ✓ **Popis:** Dítě dostane pokyn „nakresli strom“ – následně se kresba analyzuje podle tvaru kmene, koruny, síly čar, detailnosti aj. Např. velmi tenký kmen může signalizovat nízkou psychickou odolnost, zatímco silné čáry a velké rozměry mohou ukazovat na impulzivitu či obranu.

Kresba rodiny

- ✓ **Věk dítěte:** od 4 let
- ✓ **Cíl testu:** Zhodnocení vnímání vlastních rodinných vztahů, emočního napětí, přítomnosti problémů
- ✓ **Co měří:** Projektivně odráží citové vazby, bezpečí/ohrožení, místo dítěte v systému
- ✓ **Popis:** Dítě je požádáno, aby nakreslilo svou rodinu. Důležité jsou nejen zobrazené osoby, ale i jejich umístění, velikost, detaily, přítomnost dítěte, vztahy mezi členy. Např. nepřítomnost otce může (ale nemusí) signalizovat narušené vztahy, emoční chlad, nebo jeho nedůležitost v životě dítěte.

Test školní zralosti (např. Jirásek-Zelinková)

- ✓ **Věk dítěte:** 5–7 let (při rozhodování o nástupu do ZŠ)
- ✓ **Cíl testu:** Posouzení školní zralosti a připravenosti dítěte na vstup do základní školy
- ✓ **Co měří:** Motoriku, grafomotoriku, zrakové a sluchové vnímání, pozornost, paměť, myšlení, orientaci v prostoru, sociální zralost
- ✓ **Popis:** Dítě plní různé úkoly – např. kreslení podle vzoru, rozlišování tvarů a zvuků, opakování vět, řešení jednoduchých logických úkolů, rozpoznávání emocí. Výsledek pomáhá rozhodnout, zda je dítě zralé pro nástup do školy, či zda je vhodný odklad.

Psychologické testy u dětí v předškolním věku jsou nástroje citlivé, vývojově přiměřené a slouží ke komplexnímu pohledu na dítě. Vhodně zvolený test umožňuje odhalit jak vývojové zpoždění, tak i potenciál pro rozvoj (např. nadání). Testování musí probíhat hravou a bezpečnou formou, bez stresu, a je vždy doplněno rozhovory, pozorováním a spoluprací s pedagogy i rodiči.

Logopedická diagnostika

Logopedická diagnostika slouží k identifikaci řečových poruch, opožděného vývoje řeči a poruch artikulace. Provádí ji klinický logoped nebo logoped ze školského prostředí.

Součástí diagnostiky je analýza spontánního jazykového projevu dítěte, zkoumání fonemického sluchu, oromotoriky, schopnosti tvořit věty, porozumění pokynům i zkoušky výslovnosti jednotlivých hlásek.

Diagnostické oblasti:

- Dyslalie – nesprávná výslovnost hlásek (např. sykavky, „r“, „ř“).
- Vývojová dysfázie – narušený vývoj řeči po stránce formální i obsahové.
- Koktavost (balbuties), breptavost – poruchy plynulosti řeči.
- Hlasové poruchy – chrapot, dysfonie, fonastenie.

Včasná logopedická diagnostika je důležitá pro prevenci školních obtíží, zejména v oblasti čtení a psaní, a pro úspěšnou komunikaci dítěte s okolím.

Lékařská diagnostika

Lékařská diagnostika má za úkol vyloučit organické příčiny obtíží dítěte nebo identifikovat přítomnost zdravotního postižení. Provádí ji pediatr, dětský neurolog, foniatr, oftalmolog, psychiatr nebo genetik.

Mezi metody patří neurologické vyšetření, EEG, MRI, audiometrie, zrakový screening, genetická vyšetření a celkové posouzení somatického stavu.

Nejčastěji diagnostikované oblasti:

- Neurologické poruchy – epilepsie, dětská mozková obrna, poruchy CNS.
- Senzorické vady – zrakové a sluchové postižení.
- Vrozené vady, genetické syndromy – např. Downův syndrom, Rettův syndrom.

Lékařská diagnóza bývá vstupním bodem k přiznání podpůrných opatření vyšších stupňů, k integraci dítěte a k nárokům na asistenta pedagoga či kompenzační pomůcky.

Sociální diagnostika

Sociální diagnostika se zabývá zkoumáním sociálního zázemí dítěte, které může významně ovlivnit jeho vývoj, vzdělávání a psychickou pohodu. Provádí ji školní sociální pracovník, kurátor OSPOD, nebo pracovník SPC.

Zdrojem informací je sociální anamnéza (rodinné vztahy, finanční situace, bytové podmínky), případně sociální šetření v domácnosti.

Zjišťují se faktory jako:

- Riziko zanedbávání, týrání, zneužívání.
- Nedostatečná stimulace nebo podpora vývoje dítěte.
- Návaznost na sociální služby, krizovou intervenci nebo právní ochranu.

Sociální diagnostika pomáhá posoudit, zda je dítě ohrožené ve vývoji z důvodu prostředí, ve kterém vyrůstá, a jaká opatření je třeba přijmout pro jeho ochranu a rozvoj.

Multidisciplinární spolupráce

Diagnostika dítěte má být vždy součástí širšího, týmového přístupu. Multidisciplinární spolupráce zajišťuje komplexní pohled na dítě a účinné nastavení vzdělávacích a podpůrných opatření.

Na diagnostice se podílí:

- učitelky a ředitelky MŠ,
- speciální pedagogové (např. SPC),
- psychologové (např. PPP),

- logopedi,
- zdravotníci,
- sociální pracovníci,
- rodiče dítěte.

Výsledkem spolupráce je individuální plán podpory dítěte, který může obsahovat IVP, zajištění asistenta pedagoga, úpravy prostředí, doporučení terapií, případně zařazení do speciálního zařízení.

Možnosti diagnostiky v předškolních zařízeních tvoří komplexní systém včasného rozpoznání potřeb dítěte, který umožňuje cílenou podporu, rozvoj potenciálu a prevenci potíží v budoucím školním životě. Úspěšná diagnostika stojí na kvalitní pedagogické práci, úzké spolupráci s rodiči a efektivním propojení všech odborníků v systému podpory dítěte. Právní i kurikulární rámce poskytují jasná vodítka a zdůrazňují, že každé dítě má právo být chápáno a vzděláváno podle svých možností a potřeb.

Zákony a dokumenty:

- Zákon č. 561/2004 Sb., školský zákon. § 16 – Děti se speciálními vzdělávacími potřebami, podpůrná opatření
- Vyhláška č. 27/2016 Sb. o vzdělávání dětí, žáků a studentů se speciálními vzdělávacími potřebami a dětí mimořádně nadaných
- RVP PV – Rámcový vzdělávací program pro předškolní vzdělávání

Odborná literatura:

- Pipeková, J. a kol. (2010). Kapitoly ze speciální pedagogiky. Brno: Paido. (přehledné vysvětlení základů diagnostiky, práce s dětmi se SVP, role SPC)
- Vágnerová, M. (2000; 2008). Vývojová psychologie: Dětství a dospívání. Praha: Portál. (vývojové milníky, psychologická diagnostika, vývojové poruchy)
- Vágnerová, M. (2014). Psychopatologie pro pomáhající profese. Praha: Portál. (využití psychologické diagnostiky v oblasti chování, emocí, osobnosti dítěte)
- Říčan, P. (2010). Psychologie pro učitele. Praha: Portál. (diagnostika v pedagogické praxi, práce s pozorováním, rozhovory, interpretace výsledků)
- Bednářová, J., Šmardová, V. (2010). Diagnostika dítěte předškolního věku. Brno: Computer Press. (praktický manuál, diagnostické archy, oblast řeči, motoriky, sociálního vývoje)
- Svoboda, M., Krejčířová, D., Vágnerová, M. (2013). Psychodiagnostika dětí a dospívajících. Praha: Portál. (podrobný přehled psychodiagnostických metod pro předškolní věk)
- Hříbková, L. (2013). Školní připravenost a její diagnostika. Praha: Karolinum. (praktický pohled na hodnocení školní zralosti, včetně popisu nástrojů)
- Chráska, M. (2007). Metody pedagogického výzkumu. Praha: Grada. (metody sběru informací, pozorování, analýza produktů činnosti, rozhovory atd.)
- Matějček, Z., Žlab, Z. (1992). Dětská neuropsychologie. Praha: Grada.

Doporučené webové zdroje:

- Národní pedagogický institut ČR – www.npi.cz (aktualizované verze RVP, metodická doporučení)
- Metodický portál RVP.CZ – www.rvp.cz (inspirace k diagnostice, příklady pedagogických nástrojů)
- SPC, PPP a NÚV portály – konkrétní materiály pro diagnostiku (např. Elkonin, testy školní zralosti)

26. VZDĚLÁVÁNÍ SPECIALISTŮ V OBLASTI DIAGNOSTIKY – JAKÉ VZDĚLÁVACÍ PROGRAMY EXISTUJÍ PRO SPECIALISTY V OBLASTI DIAGNOSTIKY?

Úvod

Specialisté, kteří se věnují diagnostice v oblasti speciální pedagogiky, hrají zásadní roli v systému včasné podpory dětí s vývojovými poruchami, zdravotním postižením, sociálním znevýhodněním či specifickými vzdělávacími potřebami. Aby mohli efektivně a kvalifikovaně vykonávat diagnostickou činnost, musí projít systematickým vzděláváním, které zahrnuje pregraduální, postgraduální a celoživotní formy přípravy.

Diagnostická kompetence není jednorázově dosažená, ale je třeba ji neustále prohlubovat a aktualizovat. Vzdělávání v této oblasti se proto neomezuje pouze na vysokoškolské studium, ale rozvíjí se prostřednictvím specializačních programů, certifikovaných kurzů a výzkumné činnosti.

1. Pregraduální vzdělávání

Specialisté se na diagnostickou činnost připravují již v rámci bakalářských a magisterských studijních programů.

Bakalářské studijní programy:

- Speciální pedagogika – základní orientace v pedagogické a speciálně pedagogické diagnostice, seznámení se s jednotlivými typy postižení a jejich diagnostikou (SPU, PAS, ADHD apod.).
- Logopedie (Bc.) – úvod do logopedické diagnostiky, základní dovednosti v oblasti vyšetřování komunikačních schopností.

Obsah výuky (Bc.):

- Úvod do pedagogické a speciálně pedagogické diagnostiky
- Základy logopedické diagnostiky
- Diagnostika specifických poruch učení a chování
- Pozorování, vedení záznamu, práce s diagnostickými archy
- Diagnostika ve školní praxi – kazuistiky, terénní výstupy

Navazující magisterské studijní programy:

- Speciální pedagogika se specializacemi (logopedie, surdopedie, psychopedie, etopedie, oftalmopedie, somatopedie)
- Logopedie (Mgr.) – detailní příprava na diagnostiku a terapii komunikačních poruch, práce s fonematickým sluchem, oromotorikou, jazykovými schopnostmi

Obsah výuky (Mgr.):

- Komplexní diagnostické přístupy (pedagogická, psychologická, logopedická, lékařská)
- Standardizované diagnostické metody (např. Elkonin, MDS, testy percepce)
- Diagnostika specifických vzdělávacích potřeb a vývojových poruch
- Praktické stáže ve školských poradenských zařízeních (PPP, SPC, kliniky)

2. Postgraduální vzdělávání a specializační studia

Specializační studium v rámci celoživotního vzdělávání:

- Studium pro poradenské pracovníky a koordinátory inkluze (např. v rámci NPI ČR)
- Studium speciálně pedagogické diagnostiky (např. organizováno NPI ČR, IPPP ČR)
- Kurzy zaměřené na jednotlivé oblasti (SPU, PAS, ADHD, logopedické vady, školní zralost)

Obsah specializačního studia:

- Detailní diagnostické postupy pro různé typy postižení a znevýhodnění
- Administrace a interpretace testů (např. WPPSI, Stanford-Binet, Woodcock-Johnson)
- Tvorba zpráv z diagnostiky, návrh intervenčních opatření
- Diagnostický rozhovor a poradenská komunikace
- Práce s rodinou a školním prostředím
- Vedení PLPP, podíl na IVP

Vzdělávací instituce:

- Národní pedagogický institut ČR (NPI ČR) – metodické kurzy, akreditovaná školení
- Institut pedagogicko-psychologického poradenství ČR (IPPP ČR) – školení pro PPP
- APLA ČR, SPC, univerzity, soukromé organizace – tematicky zaměřené kurzy

3. Doktorské studijní programy (Ph.D.)

Doktorské studium v oboru Speciální pedagogika (Ph.D.)

- Nejvyšší stupeň vzdělávání, zaměřený na odborný, výzkumný a metodický rozvoj v oblasti diagnostiky.
- Vede ke vzniku nových diagnostických nástrojů, výzkumů a metodik.

Obsah doktorského studia:

- Výzkumná metodologie v oblasti diagnostiky a speciálních vzdělávacích potřeb
- Vývoj a ověřování diagnostických nástrojů
- Statistická analýza diagnostických dat
- Tvorba odborných publikací, výzkumných zpráv, metodických doporučení
- Spolupráce na výzkumných projektech a inovacích v poradenské praxi

4. Krátkodobé kurzy a certifikace

Krátkodobé vzdělávací aktivity doplňují odbornou kvalifikaci. Umožňují specializaci na konkrétní diagnostické metody.

Příklady tematických kurzů:

- Pedagogická diagnostika v MŠ
- Diagnostika specifických poruch učení (SPU)
- Diagnostika poruch autistického spektra (např. ADOS-2)
- Screening školní zralosti a rizikových faktorů školního neúspěchu
- Inteligenční a vývojové škály pro děti (např. IDS-P, WPPSI, Vineland II)

Kurzy a semináře často probíhají ve spolupráci s:

- PPP, SPC, NPI ČR, IPPP ČR
- akreditovanými organizacemi a vysokými školami
- klinikami a specializovanými zařízeními

5. Odborné kompetence specialisty v oblasti diagnostiky

Specialista na diagnostiku (např. speciální pedagog v SPC, logoped, psycholog v PPP) by měl být vybaven následujícími kompetencemi:

- Znalost vývojových specifíků dětí se SVP
- Schopnost výběru vhodné diagnostické metody
- Administrace, interpretace a hodnocení výsledků
- Schopnost komunikace s dítětem a rodičem (diagnostický rozhovor)
- Záznam a vyhodnocení pozorování, práce s dokumentací

- Tvorba intervenčních a podpůrných plánů
- Schopnost týmové spolupráce (multidisciplinární tým)
- Etické a citlivé zacházení s diagnostickými daty

Vzdělávání specialistů v oblasti diagnostiky je komplexní, víceúrovňové a probíhá na základě propojení teoretické výuky, praktické zkušenosti a průběžného profesního rozvoje. Vysoké nároky na odbornou způsobilost reflektují citlivost oblasti, ve které tito odborníci působí – jejich práce zásadně ovlivňuje vzdělávací dráhu dítěte a kvalitu podpůrných opatření.

Celoživotní vzdělávání, specializační kurzy a výzkumná činnost zajišťují, že diagnostika v oblasti speciální pedagogiky je nejen aktuální, ale i efektivní a citlivá vůči individuálním potřebám každého dítěte.

Doporučená literatura:

- Bednářová, J., Šmardová, V. (2010). *Diagnostika dítěte předškolního věku*. Brno: Computer Press.
- Klenková, J. (2012). *Základy speciálněpedagogické diagnostiky*. Praha: Grada.
- Pipeková, J. a kol. (2010). *Kapitoly ze speciální pedagogiky*. Brno: Paido.
- Vítková, M. (2006). *Integrativní speciální pedagogika*. Brno: Masarykova univerzita.
- Vágnerová, M. (2012). *Vývojová psychologie: Dětství a dospívání*. Praha: Karolinum.
- Matějček, Z., Žlab, Z. (1992). *Dětská neuropsychologie*. Praha: Grada.
- NPI ČR – www.npi.cz
- IPPP ČR – www.ippp.cz

ROLE PSYCHOLOGŮ A SPECIÁLNÍCH PEDAGOGŮ V DIAGNOSTICKÉM PROCESU U DĚTÍ V RANÉM A PŘEDŠKOLNÍM VĚKU

Úvod

Diagnostický proces v raném a předškolním věku je klíčovým nástrojem včasné intervence. Umožňuje identifikaci vývojových odchylek, poruch nebo ohrožení a následné nastavení podpůrných opatření, která dítěti umožní plnohodnotný rozvoj a inkluzi do vzdělávání. V tomto období je dítě velmi tvárné, a proto může mít včasná diagnostika zásadní dopad na jeho budoucnost.

Podle Langmeiera a Krejčířové (2006) je právě rané dětství citlivým obdobím, ve kterém má prostředí zásadní vliv na vývoj. Diagnostika zde neznamena pouze označení problému, ale především porozumění individuálním potřebám dítěte.

Diagnostika je legislativně ukotvena ve školském zákoně č. 561/2004 Sb. (§ 16 – děti se speciálními vzdělávacími potřebami) a ve vyhlášce č. 27/2016 Sb., která upravuje činnost školských poradenských zařízení a poskytování podpůrných opatření.

Role psychologa v diagnostickém procesu

Zaměření:

Psycholog se soustředí na celkový psychický vývoj dítěte, zejména na kognitivní schopnosti, emoční stabilitu, osobnostní rysy a sociální adaptaci. Pracuje především v PPP, SPC, zdravotnických zařízeních, rané péči a výjimečně i přímo ve školách.

Diagnostika kognitivních funkcí a intelektových schopností:

SON-R

Neverbální inteligenční test určený dětem ve věku od 2,5 do 7 let.

Vhodný zejména pro děti s narušenou komunikační schopností, poruchou autistického spektra nebo se sluchovým postižením.

Test umožňuje zhodnotit úroveň logického myšlení, prostorového vnímání, paměťových schopností a schopnosti řešit úkoly bez potřeby řeči.

Kaufmanova baterie pro hodnocení schopností dětí

Test určený pro děti od 2,5 let věku.

Zaměřuje se na hodnocení způsobu zpracování informací, krátkodobé paměti, myšlení a řešení problémů.

Umožňuje zohlednit individuální styl učení dítěte a bývá využíván při podezření na vývojové poruchy učení nebo nerovnoměrný vývoj.

Ravenovy barevné progresivní matice

Neverbální test vhodný pro děti přibližně od 5 do 11 let.

Slouží ke zjištění schopnosti logického myšlení a vnímání vztahů mezi tvary a symboly.

Využívá se často u dětí s jazykovým znevýhodněním nebo dětí, u kterých je třeba snížit jazykový vliv na hodnocení inteligence.

Co hodnotí:

- Verbální i neverbální složku intelektu
- Paměť, logické myšlení, koncentraci
- Způsob řešení úkolu (strategie, adaptace)

Diagnostika osobnosti, emocí a sociálního vývoje

Nástroje:

- Projektivní metody (kresba postavy, kresba rodiny, test stromu – Baum test)
- Dotazníky pro rodiče
- Klinické rozhovory, pozorování, hra

Co hodnotí:

- Adaptace dítěte v kolektivu
- Emoční stabilitu, impulzivitu, agresi, úzkosti
- Sebepojetí, zvládání frustrace, vztahy k autoritám

C) Diagnostika vývojových a psychických poruch

Oblasti:

- PAS (pomocí ADOS-2, CARS)
- ADHD/ADD (Conners, pozorování)
- Poruchy citové vazby
- Posttraumatické projevy, trauma z odloučení, zanedbání

Intervenční činnost psychologa:

- Konzultace s rodiči, pedagogy
- Doporučení podpory, IVP
- Terapeutické vedení dítěte – herní terapie, nácviky sociálních dovedností
- Metodické vedení týmu

Role speciálního pedagoga v diagnostickém procesu

Zaměření:

Speciální pedagog se soustředí na **specifické vzdělávací potřeby dítěte**, identifikaci poruch učení, narušené komunikační schopnosti, percepční potíže či postižení.

Pracuje především v SPC, ale i v MŠ se zřízeným poradenským pracovištěm.

Diagnostika školní zralosti a rizika SPU

Nástroje:

- Jiráskův test školní zralosti, Kern-Jirasek
- Frostigová – test vizuální percepce
- Zkouška laterality (Matějček–Žlab)
- Edfeldtův test
- Elkoninova metoda – analýza fonemického uvědomění

Co hodnotí:

- Zralost pro vstup do ZŠ
- Rizika SPU (dyslexie, dysgrafie, dysortografie)
- Grafomotoriku, pravolevou orientaci
- Sluchové a zrakové vnímání

Diagnostika NKS (narušené komunikační schopnosti)**Nástroje:**

- Screeningová zkouška artikulace (Dvořáková)
- Heidelbergský test vývoje řeči (H-S-E-T)
- Rozhovor, poslech spontánního projevu

Hodnocení:

- Výslovnost, slovní zásoba, gramatika
- Porozumění a schopnost sdělování
- Nápadnosti ve vývoji řeči (opoždění, dysfázie)

Diagnostika postižení a specifických potřeb**Oblasti:**

- PAS, ADHD – pozorování, individuální úkoly
- Zrakové/sluchové postižení – adaptace na pomůcky, kompenzace
- Nácvik pracovních postupů

Intervence:

- Návrh podpůrných opatření (úpravy výuky, IVP)
- Reeducace, stimulace, metoda dobrého startu
- Spolupráce s rodinou, školou
- Metodické vedení MŠ

Multidisciplinární spolupráce psychologa a speciálního pedagoga**Význam:**

- Zajištění **celostního pohledu** na dítě – vývoj, chování, učení, prostředí
- Vzájemné **doplňování kompetencí** – jeden se soustředí na psychiku, druhý na vzdělávání
- Společná tvorba **diagnostické zprávy** a podpůrných opatření
- Návaznost na další odborníky – logoped, pediatr, neurolog, OSPOD

Formy spolupráce:

- Týmové porady a případové konference
- Konzultace v rámci SPC, PPP nebo MŠ
- Společné pozorování dítěte
- Koordinace podpory v rámci IVP

Psycholog a speciální pedagog jsou klíčoví aktéři diagnostického procesu v raném a předškolním věku. Psycholog se zaměřuje na osobnostní a kognitivní profil dítěte, zatímco speciální pedagog na vzdělávací předpoklady a potřeby. Jejich úzká spolupráce umožňuje komplexní pohled na dítě, přesnější diagnostiku a efektivní intervenci, která je základem pro rozvoj potenciálu každého dítěte včetně dětí se SVP.

Literatura:

- Langmeier, J., Krejčířová, D. (2006). *Vývojová psychologie*. Praha: Grada.
- Zelinková, O. (2003). *Pedagogická diagnostika*. Praha: Portál.
- Šmelová, E. (2017). *Pedagogická diagnostika v předškolním vzdělávání*. Olomouc: UP.
- Šikulová, R. (2012). *Diagnostika v předškolním a mladším školním věku*. Brno: MU.
- Matějček, Z., Žlab, Z. (1985). *Zkouška laterality*. Praha: Psychodiagnostika.
- Vyhláška č. 27/2016 Sb., o vzdělávání žáků se speciálními vzdělávacími potřebami.
- Školský zákon č. 561/2004 Sb.

28 Dlouhodobý monitoring a hodnocení – jak se provádí dlouhodobý monitoring a hodnocení dětí po diagnóze?

Monitoring ve školství je systematický proces sběru, analýzy a vyhodnocování dat o vzdělávacím procesu, jehož cílem je **zajistit kvalitu a efektivitu vzdělávání**.

- Umožňuje:
 - sledování pokroku žáků
 - hodnocení učitelů
 - zlepšování kurikula a celkové strategie vzdělávacího systému.

Dlouhodobý monitoring a hodnocení dětí po diagnóze je klíčovým procesem v oblasti speciální pedagogiky.

Cílem je sledovat vývoj dítěte, efektivitu intervenčních opatření a přizpůsobovat podpůrné strategie individuálním potřebám dítěte.

Monitoring probíhá v různých prostředích (škola, rodina, poradenská zařízení) a zapojuje multidisciplinární tým odborníků.

Hlavní cíle monitoringu

- Zajištění **rovnosti přístupu ke vzdělání**.
- Sledování **výsledků vzdělávání** na úrovni jednotlivců, škol i celého systému.
- Identifikace **nedostatků a problémů** v oblasti výuky a vzdělávací politiky.
- Podpora **zvyšování kvality škol** a profesního růstu učitelů.
- Ověření efektivity **reforem a vzdělávacích programů**.
- Podpora **evidence-based policymaking** (rozhodování na základě dat).

Cíle dlouhodobého monitoringu

- **Sledování vývoje dítěte** – kognitivní, sociální, motorické a komunikační dovednosti.
- **Hodnocení efektivity intervence** – účinnost speciálně pedagogických a terapeutických přístupů.
- **Přizpůsobení vzdělávacího plánu** – tvorba a úprava individuálního vzdělávacího plánu (IVP).
- **Zapojení rodiny** – podpora rodičů a jejich edukace ohledně specifických potřeb dítěte.
- **Předcházení sekundárním obtížím** – prevence frustrace, sociální izolace a emočních problémů.

Metody a nástroje dlouhodobého monitoringu

Kvantitativní metody

- **Standardizované testy a evaluace** (Maturita, SCIO testy, PISA).
- **Dotazníková šetření** (spokojenost žáků, rodičů, učitelů).
- **Statistická analýza školních výsledků.**

Kvalitativní metody

- **Pozorování výuky** (návštěvy školní inspekce, hospitace).
- **Rozhovory s učiteli, rodiči a žáky.**
- **Analýza školních dokumentů** (Školní vzdělávací program, výroční zprávy).

Technologie a digitální monitoring

- **Digitální žákovské knížky** (Bakaláři, EduPage).
- **Online testování a LMS systémy** (Moodle, Google Classroom).
- **Analýza big data ve vzdělávání** (sledování trendů v učení pomocí AI).

Pedagogická diagnostika

- **Pozorování** – sleduje se chování, komunikace, interakce s vrstevníky a učiteli.
- **Portfolio dítěte** – sběr prací, kreseb, písemných projevů, které dokumentují vývoj.
- **Školní výstupy** – analýza výkonu v jednotlivých předmětech, míra adaptace na školní prostředí.

Psychologická a speciálně pedagogická diagnostika

- **Standardizované testy** – např. Wechslerovy škály inteligence, testy školní zralosti, testy pozornosti.
- **Kazuistická analýza** – detailní popis vývoje dítěte v čase.
- **Hodnocení sociálních dovedností** – schopnost dítěte navazovat kontakty, adaptovat se v kolektivu.

Hodnocení zdravotního stavu a rehabilitace

- **Logopedická diagnostika** – sledování řečového vývoje, používání augmentativních a alternativních komunikačních metod (AAK).

- **Fyzioterapeutické hodnocení** – sledování hrubé a jemné motoriky, koordinace pohybů.
- **Foniatrické a audiologické vyšetření** – pro děti se sluchovým postižením, kontrola účinnosti sluchadel či kochleárního implantátu.

Sociální a emoční monitoring

- **Rozhovory s rodiči a pedagogy** – zjištění jejich vnímání pokroků dítěte.
- **Sociometrické testy** – postavení dítěte v kolektivu, vztahy s vrstevníky.
- **Sledování emoční pohody dítěte** – úroveň stresu, sebevědomí, případné projevy úzkostí nebo agrese.

Oblasti monitoringu ve školství

Monitoring výsledků žáků a studentů

- **Standardizované testování** (např. Maturita, PISA, TIMSS, PIRLS).
- **Formativní a sumativní hodnocení** (průběžné hodnocení vs. závěrečné testy).
- **Individuální vzdělávací pokrok žáků** (např. sledování úrovně čtenářské gramotnosti).

Monitoring práce učitelů

- **Hodnocení výuky** (pozorování ve třídě, analýza vyučovacích metod).
- **Spokojenost žáků a rodičů s výukou.**
- **Další vzdělávání pedagogů** (účast na školeních, kurzech).
- **Kariérní růst a profesní rozvoj učitelů.**

Monitoring škol a vzdělávacího systému

- **Analýza školních podmínek** (materiální vybavení, ICT technologie, kapacita škol).
- **Efektivita školních programů** (např. inkluze, podpora nadaných žáků).
- **Hodnocení ředitelů škol a školní inspekce.**
- **Ekonomická efektivita školství** (rozpočty, financování).

Proces hodnocení – fáze monitoringu

Vstupní hodnocení (diagnostika při první intervenci)

- Probíhá při prvním kontaktu s dítětem v poradenském nebo školním prostředí.
- Stanovení úrovně dovedností a potřeb dítěte.
- Určení vhodných podpůrných opatření.

Průběžné hodnocení (kontinuální sledování vývoje)

- Provádí se pravidelně (např. každých 6 měsíců nebo školní rok).
- Srovnání s předchozími výsledky.
- Úpravy vzdělávacího plánu podle aktuálních potřeb dítěte.

Závěrečné hodnocení (při přechodu na další stupeň vzdělávání)

- Shrnutí pokroků a dosažených cílů.
- Doporučení pro další vzdělávání a intervenci.
- Možná změna školy, úprava podpory v nové instituci.

Specifika monitoringu podle typu postižení

Sluchové

- Pravidelná audiometrická vyšetření.
- Kontrola správného používání sluchadel nebo kochleárního implantátu.
- Hodnocení rozvoje řeči a komunikačních dovedností.
- Spolupráce s logopedem a foniatrem.

Zrakové

- Sledování zrakové ostrosti a potřeby pomůcek (lupy, Braillovo písmo).
- Hodnocení prostorové orientace a samostatného pohybu.
- Adaptace vzdělávacích materiálů do hmatové či zvukové podoby.

Mentální

- Důraz na rozvoj kognitivních schopností a praktických dovedností.
- Posouzení schopnosti samostatnosti a sebeobsluhy.
- Pravidelná spolupráce s psychologem a speciálním pedagogem.

Tělesné

- Sledování motorického vývoje a možnosti zapojení do běžných aktivit.
- Hodnocení potřeby fyzioterapie a rehabilitačních pomůcek.
- Přizpůsobení školního prostředí (bezbariérovost, asistence).

Multidisciplinární přístup

Dlouhodobý monitoring vyžaduje spolupráci různých odborníků:

- **Speciální pedagog** – vzdělávací intervence, úprava výukových metod.
- **Psycholog** – hodnocení kognitivních funkcí, emoční podpora dítěte.
- **Logoped** – rozvoj řečových schopností a komunikačních dovedností.
- **Fyzioterapeut** – podpora motorického vývoje.
- **Sociální pracovník** – pomoc rodinám při zajištění pomůcek, asistence.

Legislativa a metodická podpora

Dlouhodobý monitoring se řídí legislativními předpisy a doporučeními:

- **Zákon č. 561/2004 Sb. (Školský zákon)** – stanovuje podmínky pro vzdělávání dětí se speciálními potřebami.
- **Vyhláška č. 27/2016 Sb.** – upravuje podpůrná opatření ve školství.
- **Metodické pokyny MŠMT** – např. k individuálním vzdělávacím plánům.

Organizace monitoringu v České republice

V ČR se monitoringem školství zabývá několik institucí:

- **Česká školní inspekce (ČŠI)** – hlavní orgán pro kontrolu kvality výuky a vzdělávacích institucí.
- **Ministerstvo školství, mládeže a tělovýchovy (MŠMT)** – stanovuje pravidla a strategie monitoringu.
- **Centrum pro zjišťování výsledků vzdělávání (CERMAT)** – organizuje státní maturity a další testování.
- **Národní pedagogický institut (NPI ČR)** – podpora profesního rozvoje učitelů.

Výhody a nevýhody monitoringu ve školství

Výhody

- Zajišťuje **zpětnou vazbu** pro učitele, školy i vzdělávací systém.
- Pomáhá identifikovat **problémy a nedostatky** ve školství.
- Podporuje **rovnost příležitostí** ve vzdělávání
- Umožňuje **srovnání úrovně vzdělání** v mezinárodním kontextu.
- Napomáhá **efektivnějšímu financování školství**.

Nevýhody

- Riziko **přílišné byrokracie** (učitelé a školy musí vyplňovat mnoho administrativních dokumentů).
- Možnost **zkreslení výsledků** (učitelé a školy se mohou soustředit jen na testy místo celkového rozvoje žáků).
- **Standardizované testování** nemusí odrážet všechny schopnosti žáků.
- **Nerovné podmínky** – školy s různými podmínkami mohou být nespravedlivě srovnávány.

Budoucnost monitoringu ve školství

V budoucnosti se monitoring bude pravděpodobně více zaměřovat na:

- **Digitalizaci** a využívání AI pro personalizované vzdělávání.
- **Měkké dovednosti a well-being žáků** (psychická pohoda, sociální dovednosti).
- **Individuální přístup k hodnocení** místo plošného testování.
- **Dlouhodobé sledování vzdělávací dráhy žáků** (od základní školy po pracovní trh).

Hodnocení dětí po diagnóze

Hodnocení dětí po diagnóze se liší od běžného hodnocení, aby dítě nebylo znevýhodněno svou poruchou nebo postižením.

- by mělo být **spravedlivé, motivující a podporující jejich individuální rozvoj**
- nutné klást důraz na pozitivní posilování, přizpůsobení výuky a spolupráci mezi školou, rodiči a odborníky

- Cílem je zajistit, aby každé dítě mělo možnost **využít svůj potenciál a úspěšně se vzdělávat** i přes své specifické potřeby.

Formy hodnocení

- **Slovní hodnocení** – místo známek popisuje pokrok, silné stránky, doporučení ke zlepšení.
- **Formativní hodnocení** – učitel sleduje průběžné pokroky a přizpůsobuje výuku individuálním potřebám dítěte.
- **Sebehodnocení** – dítě se učí hodnotit vlastní pokrok a učební strategie.
- **Portfolio** – sbírka prací dítěte, která ukazuje jeho pokrok v čase.
- **Hodnocení s přihlédnutím k diagnóze** – u dětí s dyslexií se nehodnotí pravopis, u dětí s ADHD se přihlíží k impulzivitě apod.

Adaptace klasického hodnocení

- **Přizpůsobené testy** – kratší úlohy, více času, možnost odpovídat ústně.
- **Zohlednění individuality** – hodnocení snahy, ne pouze výsledků.
- **Omezení stresových faktorů** – možnost psát test v klidné místnosti.

Role učitelů a školy v hodnocení dětí se SVP

- **Spolupráce s poradenskými zařízeními** (PPP, SPC).
- **Komunikace s rodiči** – společné nastavování vzdělávacích cílů.
- **Používání diferencovaných metod výuky** (např. vizuální podpora, strukturované úkoly).
- **Podpora pozitivního sebepojetí** dítěte – zaměření na úspěchy místo neúspěchů.

Vzdělávací přístupy pro děti se speciálními potřebami

- **Multisenzorická výuka** – kombinace vizuální, sluchové a pohybové složky.
- **Strukturované učení** – např. TEACCH pro děti s autismem.
- **Alternativní komunikační metody** – piktogramy, znaková řeč, augmentativní komunikace.

Výzvy a problémy při hodnocení dětí po diagnóze

Výzvy

- Riziko podhodnocení nebo nadhodnocení **dítěte**.
- Nedostatek kvalifikovaných asistentů pedagoga.
- Neochota některých škol přizpůsobit hodnocení.

- Administrativní náročnost IVP a podpůrných opatření.

Možná řešení

- Zvýšení odborné přípravy učitelů v oblasti speciální pedagogiky.
- Zlepšení spolupráce mezi školami a poradenskými zařízeními.
- Vyšší podpora inkluze a financování škol pro práci s dětmi se SVP.

Literatura:

- **Školský zákon č. 561/2004 Sb.** – upravuje podmínky pro vzdělávání dětí se speciálními vzdělávacími potřebami.
- **Vyhláška č. 27/2016 Sb.** – o vzdělávání žáků se speciálními vzdělávacími potřebami a žáků nadaných.
- **Vítková, M. (2015).** *Inkluzivní vzdělávání a podpora žáků se speciálními vzdělávacími potřebami.* Brno: Masarykova univerzita.
- **Slowík, J. (2007).** *Speciální pedagogika: Vybrané kapitoly.* Praha: Grada.
- **Pipeková, J. (2014).** *Kapitoly ze speciální pedagogiky.* Brno: Paido.
- **Michalík, J. (2020).** *Podpůrná opatření pro děti a žáky se speciálními vzdělávacími potřebami.* Praha: Wolters Kluwer.
- **Svoboda, E. (2016).** *Pedagogická diagnostika v práci učitele.* Praha: Portál.

29 Případové studie a jejich využití v diagnostice – které jsou výhody a nevýhody využívání případových studií v diagnostice

Případové studie jsou v **speciální pedagogice** cenným diagnostickým a výzkumným nástrojem, který umožňuje detailně zkoumat individuální potřeby dětí se speciálními vzdělávacími potřebami (SVP). Tyto studie se soustředí na komplexní analýzu konkrétního dítěte, jeho prostředí, obtíží i pokroků, což pomáhá při plánování a realizaci pedagogických intervencí.

případová studie ≠ kazuistika

Zatímco na případovou studii je nahlíženo jako na autonomní nebo komplementární metodu kvalitativní výzkumné strategie, kazuistiku považujeme za (sumarizační) formu představení analýzy případu, která může být prostředkem pro prezentování, vzdělávání nebo publikování. (Chrastina)

Případové studie jsou:

- klíčovým nástrojem v **diagnostice**
- **plánování intervencí**
- **sledování pokroku dětí se speciálními vzdělávacími potřebami**
- Poskytují **komplexní pohled na dítě** – jeho vzdělávací a sociální kontext a umožňují vytváření efektivních vzdělávacích strategií.
- je důležité jejich výsledky **kombinovat s dalšími diagnostickými metodami** -> zisk objektivnosti

VÝZKUMNÁ PŘÍPADOVÁ STUDIE	Kritérium	KAZUISTIKA
Autonomní nebo komplementární metoda výzkumné strategie uplatňované zejména v kvalitativním výzkumu	<i>Primární účel</i>	Analýza a popis (zajímavého, atypického) případu
Formát (deskriptivního, exploratorního nebo explanačního) kvalitativního výzkumu případu (osoba – sociální skupina – instituce apod.)	<i>Funkce</i>	Formát prezentování, vzdělávání nebo publikování. Jde o formu „poukázání“ na atypický, neobvyklý, nevyjasnitelný, kritický případ (nejčastěji jednotlivec, např. pacient)
Ilustrující pojetí	<i>Pojetí</i>	Ilustrativní pojetí

Hlubkový, detailní popis (sociálního) fenoménu, a proto je jí užíváno především v sociálněvědních oborech (pedagogika, speciální pedagogika, sociální práce a další)	<i>Aplikace</i>	Primárně užívána v oborech lékařských, nelékařských, ekonomických, právních aj. (případem je zde např. pacient, klient, advokátní kancelář, malá firma, fungování programu, evaluace apod.)
Nezbytný požadavek: (sociálně konstruovaný) kontext – kontextuálnost a jejich specifika	<i>Ohraničenost případu</i>	Popis případu a nacházení „řešení“ v podobě možných vysvětlení s cílem pochopení atypického fungování
Důraz kladen na exploraci a deskripci (sekundárně pak explanaci)	<i>Využitý prostředek</i>	Důraz kladen především na explanaci
Je metodologickým postupem, proto je konstituována některými nezbytnými postupy a zpracováními	<i>Logika postupu</i>	Je metodickým postupem, stává se prezentačním/edukačním/publikačním výstupem (než postupem)
Autonomní nebo komplementární metoda výzkumné strategie, která je korigována účelem/záměrem studie, cílem/cíli studie, výzkumnými otázkami a dalšími komponentami výzkumné práce	<i>Význam</i>	Syntéza nevýzkumné procedury, dílčích postupů, informací, výsledků, zjištění do „ucelené podoby“ selektivní povahy
Vhodný nástroj pro koncepční výzkum zkušeností (osoby)	<i>Transfer zkušeností</i>	Vhodný nástroj pro zprostředkování zkušeností (jiné osoby, s jinou osobou)
Metodologický postup	<i>Postup zpracování</i>	Metodický postup
Výsledky výzkumné práce a jejich interpretace do vědeckého světa v dopředu vymezených intencích výzkumných prací	<i>Předpokládaný výstup</i>	Možné vysvětlení vztahu příčina–důsledek, návrh nebo posouzení intervence, závěru, příp. doporučení pro praxi apod.

Případové studie v pedagogice a jejich využití

Případové studie jsou jedním z klíčových výzkumných nástrojů v pedagogice. Pomáhají hluboce analyzovat vzdělávací procesy, chování žáků a efektivitu výukových metod. Tento přístup umožňuje detailní pohled na konkrétní případy, což může vést ke zlepšení pedagogické praxe.

Co je případová studie?

- **Případová studie** je kvalitativní metoda výzkumu, která se zaměřuje na **podrobnou analýzu jednoho nebo několika případů** (např. jedno dítě, jedna třída, konkrétní škola).
- Je to **hlubkový výzkum**, který popisuje procesy a kontext daného případu.
- Využívá se zejména v **pedagogice, psychologii a sociálních vědách**.

Případová studie je samostatná nebo doplňková **výzkumná metoda**, která může pracovat jak s **kvalitativními**, tak **kvantitativními daty** (nebo jejich kombinací). Často se využívá i jako **pilotní studie**, tedy jako předvýzkum, který slouží k přípravě hypotéz nebo výzkumných otázek pro další (například kvantitativní) výzkum.

V rámci výzkumných přístupů rozlišujeme dvě základní pojetí:

– **Nomotetický přístup**

- Zaměřuje se na **větší skupiny lidí**.
- Cílem je najít **obecné zákonitosti** a průměrné ukazatele.
- Výzkum má **zobecňující charakter** a je založen na hledání kauzálních vztahů.
- Typický pro **kvantitativní výzkum**.

– **Idiografický přístup**

- Zaměřuje se na **jednotlivce nebo specifické případy**.
- Cílem je pochopit **jedinečnost konkrétního případu**, jeho specifika, kontext, vztahy atd.
- Tento přístup reprezentuje právě **případová studie** jako metoda kvalitativního výzkumu.
- Důraz je kladen na **individuální perspektivu** a hloubkové porozumění. (Chrastnia)

Hendl - Případová studie bývá **chápána jako výzkumná metoda** („research method“), a představuje tak metodu auto nomní, nebo jako technika sběru dat („data collection method“), kdy je postupem komplementárním. Ve vědeckém světě je případová studie také prostředkem sdělování („reporting method“) výsledků výzkumu

Ohraničenost, hranice případu („boundary of case“ nebo „bounded case“) se týká kontextu, ve kterém je konkrétní případ sledován, studován, popisován

Ohraničenost je odvíjena od:

- a) objektu samého nebo jeho entity (např. dítě v době stadia nevyléčitelnosti onemocnění);
- b) události (např. úmrtí dítěte v rodině);
- c) aktivity (např. nacházení možností pro zvládání náročných situací spojených s procesy loučení se s dítětem);
- d) procesu (např. nacházení možností, jak se na/učit žít bez vlastního dítěte);
- e) programu (např. nacházení smyslu života, sdílení zkušenosti s jinými nebo také iniciování skupinových setkávání s těmi, kteří zažívají nebo zažili stejně náročnou životní událost).

Typy případových studií v pedagogice

- **Popisná případová studie** – detailně popisuje konkrétní situaci ve školním prostředí (např. vzdělávání dítěte se speciálními potřebami).
- **Explorativní (průzkumná) studie** – zkoumá nové fenomény v pedagogice (např. vliv online výuky na výkon studentů).
- **Explanativní (vysvětlující) studie** – snaží se objasnit vztahy mezi různými jevy (např. jak ovlivňuje styl výuky motivaci žáků).
- **Intervenční studie** – testuje určitou pedagogickou metodu a sleduje její dopady (např. efektivita Montessori výuky ve srovnání s tradiční metodou).

Jak se provádí případová studie?

A) Plánování studie

- Definování cíle studie (Co chceme zjistit?)
- Výběr případu (Koho nebo co budeme zkoumat?)
- Stanovení metod sběru dat

B) Sběr dat

- **Pozorování** – sledování chování dětí ve třídě
- **Rozhovory** – s učiteli, rodiči, žáky
- **Analýza dokumentů** – školní záznamy, písemné práce, testy
- **Dotazníky** – kvantitativní i kvalitativní informace

C) Analýza a interpretace dat

- Identifikace klíčových vzorců a souvislostí
- Porovnání s jinými výzkumy
- Vytvoření závěrů a doporučení

Využití případových studií v pedagogice

- **Diagnostika žáků se speciálními potřebami** – např. jak se dítě s ADHD adaptuje na školní prostředí.
- **Hodnocení efektivity výukových metod** – např. zda kooperativní výuka zlepšuje výsledky žáků.
- **Řešení pedagogických problémů** – např. analýza příčin školní neúspěšnosti.

- **Vývoj individuálních vzdělávacích plánů (IVP)** – na základě analýzy potřeb konkrétního žáka.
- **Vzdělávání učitelů** – případové studie mohou být součástí jejich přípravy a profesního rozvoje.
- na metodu případové studie může být nahlíženo také jako na kompozici případové studie, která je vytvářena. Hovoříme o tzv. žánrech kvalitativního výzkumu:
 - **individuální (žité) zkušenosti** – fenomenologické přístupy, feministické studie anebo životní historie
 - **společnost a kulturu** – jsou studovány např. etnograficky a akčním výzkumem
 - **jazyk a komunikace** – jeví o ně zájem přednostně např. sociolingvistické přístupy nebo diskurzivní analýzy

Základní komponenty výzkumné případové studie – oblasti zkoumání a zájmu u případu/ů:

- a) potřeby,
- b) motivy – motivace,
- c) zkušenosti,
- d) prožívání,
- e) chování,
- f) vnímání,
- g) očekávání, přání,
- h) postoje, hodnoty,
- i) další dopředu zvolené a zdůvodněné oblasti zájmu.

Výhody a nevýhody případových studií

Výhody

- Poskytují **hluboký vhled** do individuálních vzdělávacích potřeb dítěte.
- Umožňují **dlouhodobé sledování vývoje** dítěte a efektivitu pedagogických intervencí.
- Pomáhají identifikovat **silné stránky dítěte** a využít je v procesu učení.
- Nabízejí možnost **kombinace metod** (pozorování, rozhovory, testy, analýza školní práce).
- Možnost individuálního přístupu k žákům
- Flexibilita ve sběru dat

Nevýhody

- Časová náročnost – vyžadují dlouhodobé sledování a detailní analýzu.

- Možnost subjektivity při interpretaci dat – interpretace může být ovlivněna osobním pohledem výzkumníka.
- Omezená možnost zobecnění výsledků – výsledky platí pro konkrétní dítě, nelze je aplikovat na všechny děti se stejnou diagnózou.

Základní zdroje dat k případové studii:

- dokumenty, dokumentace
- archivní záznamy, zdroje
- dotazování, rozhovory
- přímé pozorování
- fyzické, reálné artefakty

Využití případových studií ve speciální pedagogice

- **Diagnostika a intervence** – Případové studie pomáhají pedagogům, psychologům a speciálním pedagogům pochopit individuální potřeby dítěte, což usnadňuje návrh efektivních vzdělávacích strategií.
- **Sledování pokroku** – Dokumentují vývoj dítěte v čase, což umožňuje hodnotit účinnost použitých metod a upravovat přístupy podle aktuálních potřeb.
- **Porozumění vlivům prostředí** – Studie zkoumá nejen dítě, ale i jeho rodinné, školní a sociální prostředí, které má významný dopad na jeho rozvoj.
- **Vývoj individuálních vzdělávacích plánů (IVP)** – Detailní informace získané z případových studií umožňují lépe přizpůsobit vzdělávací plán konkrétním potřebám dítěte.
- **Podpora inkluze** – Pomáhají při hledání efektivních metod pro začlenění dítěte se SVP do běžného vzdělávacího systému.
- **Podklad pro výzkum** – Poskytují empirické údaje, které mohou být využity při vývoji nových pedagogických metod a strategií.

Typologie případových studií

Aktivní výzkumné sloveso v kvalitativní metodologii (anglicky/česky)	Aktivní výzkumné sloveso v metodě případové studie (anglicky/česky)	Typ případové studie využívající aktivní výzkumné sloveso (anglicky/česky)	Účel/záměr případové studie
to explore objevit, prozkoumat, probádat	to discover objevit, odkrýt, najít	<i>exploratory case study</i> exploratorní případová studie	- prozkoumat jen málo pochopitelné nebo pochopené jevy a identifikovat důležité kategorie různého významu - možnost generovat pracovní hypotézy pro pokračující nebo další výzkumné akce
to explain vysvětlit, objasnit, vyložit	to develop rozvíjet, vznikat, vyvíjet	<i>explanatory case study</i> explanatorní případová studie	- vysvětlit vzorce (vztahy, souvislosti) související s daným fenoménem - identifikovat hodnověrné vztahy utvářející studovaný fenomén
to describe popsat, vyličít, charakterizovat	to understand pochopit, porozumět, usuzovat	<i>descriptive case study</i> deskriptivní případová studie	- dokumentovat fenomén a jeho kontext - popisovat fenomén tématu studie v „jeho“ kontextu a ohraničenosti

Tři základní přístupy k výzkumné případové studii

YINOVÝ POJETÍ PŘÍPADOVÉ STUDIE

Robert K. Yin vnímá případovou studii jako plnohodnotnou výzkumnou metodu, která má své **pevné místo v sociálních vědách**. Jeho přístup je silně **pozitivistický**, s důrazem na **systematičnost, preciznost a validitu**.

- Yin klade důraz na **detailní plánování** výzkumu – od formulace otázek až po analýzu dat.
- Uvádí čtyři základní typy (designy) případových studií:

1. Jednopřípadová holistická studie

- Jeden případ je zkoumán **celostně jako jednotka**.
- Často se volí pro **významné nebo výjimečné případy**.

2. Jednopřípadová s vloženými jednotkami (embedded)

- Jeden případ, ale analyzovaný přes **více podsložek nebo dimenzí**.
- 3. **Vícepřípadová holistická studie**
 - **Více případů** zkoumáno jako **celky** (bez dělení na podsložky).
- 4. **Vícepřípadová s vloženými jednotkami**
 - **Kombinace více případů**, každý s vlastními podsložkami.

Yinova kritéria pro zajištění kvality výzkumu:

1. **Konstruktová validita**
 - Správná operacionalizace konceptů; spojení teorie, výzkumných otázek a metod sběru dat.
2. **Interní validita**
 - Určuje **kauzální vztahy**, využívá se hlavně u vysvětlujících studií (ne u popisných).
3. **Externí validita**
 - Možnost **generalizace zjištění** – přenositelnost výsledků pomocí **replikační logiky**.
4. **Reliabilita**
 - **Opakovatelnost výzkumu** – dosažena důkladnou dokumentací postupů a pečlivým archivováním dat

STAKEOVO POJETÍ PŘÍPADOVÉ STUDIE

Robert E. Stake přistupuje k případové studii **flexibilněji a kvalitativněji** než Yin.

(klade důraz na flexibilitu výzkumného designu)

Jeho pojetí je silně **konstruktivistické a interpretativní**, tedy zaměřené na porozumění významům, které lidé přikládají svému jednání a zkušenostem.

Čtyři klíčové charakteristiky případové studie podle Stakea:

1. **Holistická**
 - Zkoumá **fenomén v jeho přirozeném kontextu**, s ohledem na vzájemné vztahy a souvislosti.
2. **Empirická**
 - Zakládá se na **pozorování reálného světa**, sběru dat v terénu.
3. **Interpretativní**
 - Významná je **role výzkumníka a jeho interakce se subjekty** – důraz na porozumění významům a kontextům.
4. **Zprostředkující**

- Výzkumník zprostředkovává **zkušenosti účastníků výzkumu**, vnímá jejich perspektivu

Stake rozlišuje dva základní typy případových studií:

1. **Intrinsická případová studie**

- **Případ je sám o sobě zajímavý**, cílem je porozumět jeho specifikům.

2. **Instrumentální případová studie**

- **Případ slouží jako nástroj** pro pochopení širšího problému či jevu.

MERRIAMOVÉ POJETÍ PŘÍPADOVÉ STUDIE – SHRUTÍ

Sharan B. Merriam považuje případovou studii za **samostatnou a plnohodnotnou metodu kvalitativního výzkumu**, přičemž navazuje na přístup Stakea, nikoliv Yina.

Klíčové rysy jejího přístupu:

1. **Konstruktivistické východisko**

- Realita není objektivní, ale **mnohoznačná a konstruovaná jednotlivci** skrze interakce se sociálním prostředím.
- Cílem je porozumět **významům a interpretacím**, které lidé přikládají svému světu.

2. **Výzkumník jako interpret**

- Výzkumník **rekonstruuje a interpretuje realitu** účastníků výzkumu, přičemž výsledky jsou **filtrovány jeho vlastním pohledem**.
- Konečný výstup je tak kombinací **perspektiv účastníků a výzkumníka**.

Pojetí případu podle Merriam:

- **Případ je ohraničený a integrovaný systém** – např. program, instituce, osoba, proces nebo sociální skupina.
- Vnímá **případ jako fenomén v určitém kontextu**, což umožňuje **hluboký, holistický popis a analýzu**.
- **Definice případu je širší** než u Yina nebo Stakea – může jít o osobu, politiku, skupinu atd.

Metodologická orientace:

- Merriam klade důraz na **metodologickou korektnost** v kvalitativním výzkumu.
- Zdůrazňuje **odlišení případové studie od jiných kvalitativních metod**.

- Přesto zachovává **flexibilitu použití** případové studie a přizpůsobení konkrétním výzkumným situacím.

Příklady využití případových studií v praxi:

Dítě s poruchou autistického spektra (PAS)

- Studie sleduje reakce dítěte na různé pedagogické metody, jako je strukturované učení či vizuální podpora.
- Analyzuje, jak prostředí školy a rodiny ovlivňuje jeho sociální dovednosti a komunikační schopnosti.

Dítě s dyslexií

- Zkoumá, jaké metody čtení a psaní jsou pro dítě nejefektivnější (např. multisenzorický přístup).
- Sleduje jeho pokrok v porozumění textu a jeho motivaci ke čtení.

Dítě se sluchovým postižením

- Studie hodnotí efektivitu různých komunikačních metod (znakový jazyk, orální metoda, bilingvní vzdělávání).
- Zkoumá adaptaci dítěte na školní prostředí a jeho sociální interakce.

Dítě s ADHD

- Sleduje, jak různé strategie (např. vizuální plány, časté přestávky, individuální přístup) ovlivňují jeho soustředění a školní výkon.
- Posuzuje efektivitu spolupráce mezi školou, rodiči a odborníky.

Analýza dat

– případové studie nemají jasně definován proces analýzy dat a jeho konkrétní postupy

- Využívá se např. obsahové, tematické, interpretativní analýzy, dále analýzy obsahu, analytické indukce
- sedmifázový model analytické indukce (Marshall & Rossman, 2006):
 - Příprava a organizování dat
 - Ponoření se do dat, jejich studování a rozkrývání
 - Vytváření kategorií a témat

- Kódování dat
- Přehled, soupis interpretací obsahu dat s pomocí analytických poznámek
- Vyhledávání a studium alternativních vysvětlení a jejich pochopení
- Tvorba zprávy nebo jiného formátu pro prezentování, publikování studie (Chrastina)

Zdroje:

Helus, Z. (2007). *Psychologie dítěte školního věku*. Praha: Grada.

Hendl, J. (2005). *Kvalitativní výzkum: základní teorie, metody a aplikace*. Praha: Portál.

Chrastina, J. (2019). Případová studie: metoda kvalitativní výzkumné strategie a designování výzkumu = Case study: a method of qualitative research strategy and research design. Univerzita Palackého v Olomouci.

Pipeková, J. (2010). *Kapitoly ze speciální pedagogiky*. Brno: Masarykova univerzita.

Švaříček, R., & Šed'ová, K. (2007). *Kvalitativní výzkum v pedagogických vědách*. Praha: Portál.

Švarcová, I. (2006). *Speciální pedagogika*. Brno: Paido.

Mertin, V., & Gillernová, I. (2010). *Psychologie pro učitele*. Praha: Portál.

Květoňová, L., & Doubek, D. (2011). *Kazuistiky v pedagogicko-psychologické praxi*. Praha: Portál.

30 Trendy a inovace v oblasti speciálněpedagogické diagnostiky – jaké nové trendy a inovace se objevují v oblasti speciálněpedagogické diagnostiky?

- překlad testů ze zahraničí a standardizování na naše podmínky
- využití komplexnosti
- není centralizace – ve školském resortu může být psa diagnostikováno psychologickým testem
- Speciálněpedagogická diagnostika se neustále vyvíjí s ohledem na technologický pokrok, nové vědecké poznatky a změny v přístupu k inkluzivnímu vzdělávání.
- Moderní trendy se zaměřují na **individualizaci diagnostiky, využití technologií, mezioborovou spolupráci a časnou intervenci.**
- pro správný vývoj dítěte je **včasná diagnostika**

Formy speciálně pedagogické diagnostiky

- **Vstupní (počáteční) diagnostika** – probíhá při nástupu do školy či vzdělávacího zařízení. Pomáhá určit míru a typ podpory.
- **Průběžná (formativní) diagnostika** – sleduje vývoj žáka v čase, hodnotí efektivitu podpory a umožňuje úpravy vzdělávacího plánu.
- **Výstupní diagnostika** – zjišťuje dosažené vzdělávací výsledky a doporučení pro další vzdělávací či pracovní postup.
- **Diferenciální diagnostika** – rozlišuje mezi různými druhy poruch a postižení (např. odlišuje ADHD od poruch autistického spektra).

Metody speciálně pedagogické diagnostiky

- **Pozorování** – dlouhodobé sledování chování a reakcí dítěte v přirozeném prostředí.
- **Rozhovory** – s dítětem, rodiči, učiteli, asistenty pedagoga.
- **Testové metody** – standardizované testy pro diagnostiku intelektu, komunikačních schopností, školní zralosti.
- **Analýza produktů činnosti dítěte** – písemné práce, kresby, školní sešity, portfolia
- **Sociometrie** – zjišťuje vztahy ve třídním kolektivu, začlenění dítěte do skupiny.
- **Speciální pedagogické metody** – vyšetření smyslového vnímání, motoriky, grafomotoriky, kognitivních schopností apod.

Novinky v oblasti speciálně pedagogické diagnostiky

- **Digitální diagnostické nástroje** – využití online testů a aplikací pro zjišťování speciálních vzdělávacích potřeb.

- **Neurovědecké přístupy** – zapojení EEG a dalších neuropsychologických metod pro hlubší pochopení mozkových funkcí dětí se speciálními potřebami.
- **Personalizované vzdělávací plány** – diagnostika stále více směřuje k individualizovaným přístupům, využívání umělé inteligence k analýze vzdělávacích potřeb.
- **Multioborová spolupráce** – stále větší důraz na spolupráci speciálních pedagogů s psychology, logopedy, terapeuty a dalšími odborníky.

Digitalizace a využití moderních technologií

- **Adaptivní diagnostické nástroje:** Počítačové testování umožňuje přizpůsobení úrovně obtížnosti jednotlivým dětem (např. **CAT – Computer Adaptive Testing**).
- **Aplikace pro screening a monitorování vývoje:** Vznikají mobilní aplikace pro rodiče a učitele (např. **M-CHAT pro autismus**).
- **Virtuální realita (VR) a rozšířená realita (AR):** Použití VR pomáhá hodnotit děti se smyslovými nebo neurovývojovými poruchami (např. **Eye-Tracking technologie pro děti s PAS**).
- **Umělá inteligence (AI) v diagnostice:** AI je využívána k analýze řečových vzorců a chování dětí s poruchami komunikace (např. **AI diagnostika ADHD a dyslexie**).

Inovace v metodách diagnostiky

- **Dynamická diagnostika** (Lev Vygotsky) – důraz na proces učení místo statického měření výkonu.
- **Multidisciplinární přístup** – zapojení psychologů, logopedů, fyzioterapeutů a dalších specialistů do diagnostického procesu.
- **Ekologická diagnostika** – hodnocení dítěte v jeho přirozeném prostředí (třída, domov).

Personalizace diagnostiky a podpora inkluze

- **RTI (Response to Intervention)** – model hodnocení zaměřený na monitorování pokroku žáka v reálném čase.
- **Alternativní formy hodnocení** – portfolio žáka, pozorování, rozhovory namísto tradičních testů.
- **Využití neurověd** – neuropsychologické testy, snímání mozkové aktivity u dětí s poruchami učení.

Digitální diagnostické nástroje

- **Online diagnostické testy** – využívají umělou inteligenci pro přizpůsobení testů úrovni dítěte, což zvyšuje přesnost hodnocení.
- **Aplikace a software pro hodnocení vývoje dítěte** – například **PORTAGE**, který umožňuje podrobnou analýzu vývojových oblastí.
- **Virtuální realita (VR) a rozšířená realita (AR)** – pomáhá dětem se specifickými potřebami (např. autismus) lépe reagovat na různé situace.

Příklad: Tablety a interaktivní aplikace pro testování zrakového vnímání u dětí s poruchami učení (např. testy zrakové diferenciacce).

PORTAGE – Diagnostický a intervenční program

Portage je speciálněpedagogický program zaměřený na **diagnostiku a podporu raného vývoje dětí** se speciálními vzdělávacími potřebami. Využívá se především u dětí s opožděným vývojem, mentálním postižením, autismem nebo jinými vývojovými obtížemi.

Co je Portage?

- **Portage Early Education Program** byl vyvinut v USA v 60. letech 20. století jako **domácí vzdělávací program** pro rodiče dětí s vývojovým opožděním
- Dnes se používá **po celém světě** a je základem mnoha programů rané péče a speciálněpedagogické intervence.
- Název pochází z města **Portage (Wisconsin, USA)**, kde byl program poprvé aplikován.
- **Portage je efektivní nástroj pro diagnostiku a podporu dětí se speciálními vzdělávacími potřebami.**

Cíle Portage programu

- Podporovat rozvoj dítěte v přirozeném prostředí domova nebo školy.
- Posílit **rodičovské kompetence** a zapojit rodiče do edukace dítěte.
- Systematicky sledovat **vývojové pokroky** dítěte a nastavovat individuální cíle.
- Nabídnout **strukturované a praktické aktivity** pro rozvoj klíčových dovedností.

Portage pokrývá pět hlavních oblastí vývoje:

Kognitivní dovednosti

- Rozvoj myšlení, vnímání, pozornosti a paměti.
- Příklady aktivit: třídění předmětů podle barvy, tvary, jednoduché hádanky.

Motorické dovednosti

- Jemná motorika (držení tužky, skládání kostek) a hrubá motorika (chůze, skákání).
- Příklady aktivit: navlékání korálků, skákání přes čáru, házení míčem.

Jazyk a komunikace

- Rozvoj slovní zásoby, porozumění řeči a neverbální komunikace.
- Příklady aktivit: pojmenování předmětů, jednoduché věty, používání obrázkových karet.

Sociální a emoční dovednosti

- Spolupráce s ostatními, sdílení, porozumění emocím.
- Příklady aktivit: hraní rolí, společenské hry, napodobování výrazů emocí.

Sebeobsluha a samostatnost

- Hygiena, oblékání, jídlo, samostatné rozhodování.
- Příklady aktivit: čištění zubů, zavazování tkaniček, používání příboru.

Jak se Portage používá v praxi?

- Speciální pedagog nebo pracovník rané péče pracuje s dítětem a rodinou v domácím prostředí.
- Dítě je pravidelně **hodnoceno pomocí Portage checklistů** a nastavují se krátkodobé i dlouhodobé cíle.
- Program klade důraz na **opakování, motivaci a zapojení rodičů**.
- Činnosti jsou strukturované, ale přizpůsobené individuálním potřebám dítěte.

Výhody Portage programu

- **Individuální přístup** – přizpůsobuje se schopnostem a tempu dítěte.
- **Zapojení rodičů** – rodiče jsou aktivní součástí vzdělávání.
- **Praktická a srozumitelná metodika** – jednoduché úkoly pro každodenní použití.
- **Podpora celkového vývoje dítěte** – zlepšení v různých oblastech současně.
- **Lze kombinovat s jinými metodami** – např. ABA terapie, logopedická intervence.

Portage v Česku a na Slovensku

- Program Portage se využívá v rané péči, mateřských školách a speciálních školách.
- Používají ho organizace jako **Raný Start, Speciálněpedagogická centra (SPC)** nebo **různá centra pro děti se speciálními potřebami**.

Videotrénink interakcí (VTI)

- **Videotrénink interakcí (VTI)** je metoda využívající videozáznam k analýze komunikace mezi dítětem a pedagogem nebo rodičem.
- Pomáhá identifikovat silné a slabé stránky v interakci.
- Zlepšuje komunikaci a podporuje pozitivní chování.
- Umožňuje pedagogům a rodičům lépe porozumět potřebám dítěte.

Využití: Diagnostika dětí s poruchami autistického spektra (PAS) a mentálním postižením.

Neurovědecké přístupy v diagnostice

- **Neuropsychologické testování** pomáhá lépe pochopit kognitivní procesy dětí s poruchami učení a chování.
- EEG (elektroencefalografie) – sleduje mozkovou aktivitu při zpracování informací.
- Funkční magnetická rezonance (fMRI) – využívá se ve výzkumu jazykových a kognitivních schopností u dětí s vývojovými poruchami.

Příklad: Studie mozkové aktivity u dětí s dyslexií pomáhá lépe pochopit problémy se čtením.

Adaptivní testování

- **Adaptivní testování** – moderní diagnostická metoda, která přizpůsobuje otázky úrovni dítěte.
- Přesnější výsledky než tradiční testy.
- Snižuje stres dítěte během diagnostiky.
- Umožňuje individuální přístup.

Příklad: **WISC-V** – Wechslerova škála inteligence pro děti využívá adaptivní prvky ke zlepšení přesnosti měření kognitivních schopností.

Multioborová spolupráce

- **Spolupráce speciálních pedagogů s dalšími odborníky** (logopedy, psychology, lékaři, sociálními pracovníky) je stále důležitější.
- Vznik **interdisciplinárních týmů**, které pomáhají lépe hodnotit potřeby dítěte.
- **Individuální vzdělávací plány (IVP)** se stále častěji tvoří ve spolupráci s různými specialisty.
- **Telemedicína a online poradenství** – možnost konzultací na dálku.

Příklad: Ve školách se zavádějí tzv. **asistované diagnostické týmy**, které kombinují přístupy pedagogů a zdravotníků.

Diagnostika sociálně-emocionálních dovedností

- Nově se více zaměřuje na **hodnocení emoční inteligence a sociálních dovedností** u dětí se speciálními vzdělávacími potřebami.
- Testy zaměřené na emoční regulaci, empatii a schopnost spolupráce.
- Rozvoj metod pro **měření stresu a úzkosti** u dětí s PAS nebo ADHD.

Příklad: SEARS (Social-Emotional Assets and Resilience Scales) – nástroj pro měření sociálních a emočních dovedností dětí.

Speciálněpedagogická diagnostika

- Speciálněpedagogická diagnostika je proces zjišťování speciálních vzdělávacích potřeb dětí, žáků a studentů s různými druhy postižení nebo znevýhodnění.
- Cíl - určit individuální potřeby jedince a navrhnout vhodná podpůrná opatření ve vzdělávání.

Hlavní cíle diagnostiky

- **Identifikace speciálních vzdělávacích potřeb** – zjištění obtíží v učení, chování, komunikaci či jiných oblastech.
- **Návrh podpůrných opatření** – vytvoření individuálního vzdělávacího plánu (IVP), doporučení asistenta pedagoga apod.
- **Dlouhodobé sledování pokroku** – zhodnocení efektivity intervencí a jejich případná úprava.
- **Spolupráce s rodiči, školou a dalšími odborníky** – vytvoření optimálního prostředí pro dítě.

Školní zralost a připravenost

Diagnostika školní zralosti je jedním z klíčových prvků speciálněpedagogické diagnostiky. Zahrnuje hodnocení:

- **Tělesné zralosti** (výška, váha, osifikace, senzorická a motorická koordinace).
- **Kognitivní zralosti** (paměť, myšlení, vnímání, koncentrace).
- **Percepční zralosti** (sluchové a zrakové vnímání, prostorová orientace).
- **Emocionální a sociální zralosti** (schopnost pracovat ve skupině, přijímat autoritu, řešit konflikty).

K diagnostice se využívají například:

- **Kern-Jiráskův test školní zralosti** – kresba postavy, napodobení písma, překreslení bodů.
- **Vývojový test zrakového vnímání (Frostigová)** – zkoumá zrakovou diferenciaci a analýzu.
- **Zkouška vědomostí předškolních dětí (Matějček a Vágnerová).**

Novinky v diagnostice

- **Digitální diagnostické nástroje** – využití moderních technologií k hodnocení percepčních a kognitivních schopností dětí.
- **Videotrénink interakcí (VTI)** – metoda zaměřená na analýzu interakcí mezi dítětem a pedagogem.
- **Adaptivní testování** – testy, které se přizpůsobují výkonu dítěte a umožňují přesnější hodnocení.

Zdroje

České zdroje:

Vítková, M. (2015). *Inkluzivní vzdělávání a podpora žáků se speciálními vzdělávacími potřebami*. Brno: Masarykova univerzita.

Pipeková, J. (2014). *Kapitoly ze speciální pedagogiky*. Brno: Paido.

Slowík, J. (2019). *Speciální pedagogika*. Praha: Grada.

Česká odborná společnost pro inkluzivní vzdělávání (ČOSIV) – <https://cosiv.cz/>

Metodický portál RVP – <https://rvp.cz/>

Zahraniční zdroje:

American Psychological Association (APA) – <https://www.apa.org/>

World Health Organization (WHO) – Diagnostic Guidelines – <https://www.who.int/>

International Journal of Special Education – <https://www.internationalsped.com/>