

Katalog posuzování míry speciálních vzdělávacích potřeb Část II.

Diagnostické domény pro žáky s tělesným postižením a zdravotním znevýhodněním

Eva Čadová a kolektiv





INVESTICE DO ROZVOJE VZDĚLÁVÁNÍ

Inovace činnosti SPC při posuzování speciálních vzdělávacích potřeb
reg. č.: CZ.1.07/1.2.00/14.0020

Katalog posuzování míry speciálních vzdělávacích potřeb

Část II.

(diagnostické domény pro žáky s tělesným postižením
a zdravotním znevýhodněním)

Eva Čadová a kol.

Univerzita Palackého v Olomouci
Pedagogická fakulta
Olomouc 2012

Oponenti:

PhDr. Mgr. Libor Novosád, Ph.D.

PaedDr. Blanka Bartošová

Autorský tým:

Mgr. Eva Čadová

PaedDr. Pavlína Baslerová

Mgr. Kamila Červinková

Mgr. Dana Dvořáčková

Mgr. Olga Kelecsényiová

doc. Mgr. PaedDr. Jan Michalík, Ph.D.

Mgr. Dana Moravcová

prof. PhDr. PaedDr. Miloň Potměšil, Ph.D.

Mgr. Jitka Shánělová

prof. PaedDr. Milan Valenta, Ph.D.

Mgr. Monika Vějšochová

Neoprávněné užití tohoto díla je porušením autorských práv a může zakládat občanskoprávní, správněprávní, popř. trestněprávní odpovědnost

1. vydání

© Eva Čadová a kol., 2012

© Univerzita Palackého v Olomouci, 2012

ISBN 978-80-244-3052-2

Obsah

1	Domény a diagnózy v SPC pro TP.....	7
1.1	Domény	8
1.2	Onemocnění ovlivňující vzdělávací proces, s nimiž se ve školách a poradnách setkávají pracovníci SPC pro TP.....	9
1.3	Nejčastější pohybové dysfunkce či omezení u dětí, žáků a studentů, kteří jsou v péči SPC pro TP	10
1.4	Organické postižení a onemocnění CNS.....	12
2	Hrubá motorika	19
2.1	Deskripce domény (obecný popis domény).....	19
2.2	Specifika domény pro TP (tělesné postižení)	20
2.3	Diagnostika, specifika diagnostiky u TP a diagnostické materiály	21
2.4	Vyjádření míry úbytku funkce (kvalitativní diagnostika)	22
2.5	Náhradní formy lokomoce	26
3	Jemná motorika	28
3.1	Deskripce domény	28
3.2	Specifika domény u tělesného postižení	28
3.3	Diagnostické nástroje a diferenciální diagnostika (silné a slabé stránky diagnostiky této domény)	28
3.4	Vyjádření míry úbytku funkce (kvalitativní diagnostika)	30
4	Úchop.....	33
4.1	Deskripce domény.....	33
4.2	Specifika domény u osob s tělesným postižením	36
4.3	Diagnostické nástroje a diferenciální diagnostika (silné a slabé stránky diagnostiky této domény)	36
4.4	Vyjádření míry úbytku funkce (kvalitativní diagnostika)	37
5	Grafomotorika.....	40
5.1	Deskripce domény.....	40
5.2	Specifika domény u osob s tělesným postižením	40
5.3	Diagnostické nástroje a diferenciální diagnostika (silné a slabé stránky diagnostiky této domény)	40
5.4	Vyjádření míry úbytku funkce (kvalitativní diagnostika)	42
6	Lateralita	47
6.1	Deskripce domény (obecný popis domény).....	47
6.2	Specifika domény u TP.....	47
6.3	Diagnostika, specifika diagnostiky u TP, diagnostické materiály	47
6.4	Vyjádření míry úbytku funkce (kvalitativní diagnostika)	48
7	Komunikace	50
7.1	Deskripce domény.....	50
7.2	Specifika domény u TP a ZZ (zdravotně znevýhodněných)	53
7.3	Diagnostika, diagnostické materiály a specifika diagnostiky konkrétní domény u TP....	61
7.4	Kvalitativní diagnostika – vyjádření míry úbytku funkce.....	63

8	Intelekt	67
8.1	Deskripce domény	67
8.2	Poruchy intelektu a specifika u tělesně postižených	68
8.3	Diagnostika a specifika diagnostiky intelektových schopností u dětí s tělesným postižením	70
8.4	Vyjádření míry úbytku funkce	77
9	Kognitivní funkce	79
9.1	Popis domény	79
9.2	Specifika domény u tělesného postižení (zdravotního znevýhodnění)	81
9.3	Diagnostika a specifika diagnostiky	81
9.4	Vyjádření míry úbytku funkce	82
10	Smyslové vnímání	84
10.1	Zrakové vnímání	84
10.1.1	Deskripce domény (obecný popis domény)	84
10.1.2	Specifika domény ve vztahu k tělesnému postižení	85
10.1.3	Diagnostika zrakové percepce (diagnostické materiály a specifika diagnostiky u TP)	86
10.1.4	Vyjádření míry úbytku funkce	87
10.2	Sluchové vnímání	89
10.2.1	Vnímání sluchem v poznávacích procesech	89
10.2.2	Specifika domény u tělesného postižení	90
10.2.3	Diagnostika sluchové percepce (diagnostické materiály a specifika diagnostiky u TP)	90
10.2.4	Vyjádření míry úbytku funkce	93
10.3	Deficity dílčích funkcí	95
10.3.1	Deskripce domény	95
10.3.2	Specifika domény u tělesného postižení	97
10.3.3	Diagnostika deficitů dílčích funkcí	97
10.3.4	Vyjádření míry úbytku funkce (kvalitativní diagnostika)	98
10.4	Poruchy učení u TP žáků	101
10.4.1	Deskripce domény	101
10.4.2	Specifika domény u tělesného postižení	102
10.4.3	Diagnostika a specifika diagnostiky	102
10.4.4	Diagnostika poruch učení	103
10.4.5	Nepřímé zdroje diagnostických informací	103
10.4.6	Přímé zdroje informací – diagnostická kritéria	103
10.4.7	Vyjádření míry úbytku funkce (dyslexie, dysgrafie, dysortografie, dyskalkulie)	106
11	Pozornost	108
11.1	Deskripce domény	108
11.2	Specifika pozornosti u TP	109
11.3	Diagnostika a diagnostické nástroje	110
11.4	Vyjádření míry úbytku funkce (kvantitativní diagnostika)	111
12	Paměť	113
12.1	Deskripce domény	113
12.2	Specifika u tělesného postižení	115

12.3	Diagnostika a specifika diagnostiky.....	115
12.4	Vyjádření míry úbytku funkce.....	117
13	Emocionalita	119
13.1	Deskripce domény.....	119
13.2	Specifika emocionality a dětí tělesně postižených a zdravotně znevýhodněných	122
13.3	Diagnostika a specifika diagnostiky.....	123
13.4	Vyjádření míry úbytku funkce.....	124
14	Adaptabilita a sociabilita.....	126
14.1	Deskripce domény.....	126
14.2	Specifika u tělesného postižení	127
14.3	Diagnostika a diagnostické materiály	130
14.4	Vyjádření míry úbytku funkce.....	132
15	Pracovní dovednosti.....	134
15.1	Deskripce domény (obecný popis domény).....	134
15.2	Specifika domény pro TP	134
15.3	Diagnostika, specifika diagnostiky u TP a diagnostické materiály	134
15.4	Vyjádření míry úbytku funkce (kvalitativní diagnostika)	135
16	Sebeobsluha	138
16.1	Deskripce domény (obecný popis domény).....	138
16.2	Specifika domény u tělesně postižených.....	138
16.3	Diagnostika a diagnostické nástroje.....	138
17	Sociokulturní schéma.....	145
17.1	Rodina jako socializační a edukační prostředí	146
17.1.1	Deskripce domény (obecný popis).....	146
17.1.2	Specifika domény u tělesného postižení (zdravotního znevýhodnění)	147
17.1.3	Diagnostika rodinného zázemí (diagnostické materiály)	148
17.1.4	Vyjádření míry úbytku funkce (kvalitativní diagnostika).....	153
17.2	Třída jako vrstevnická skupina, socializační a edukační prostředí	154
17.2.1	Deskripce domény.....	154
17.2.2	Specifika domény pro děti, žáky a studenty s tělesným postižením (zdravotním znevýhodněním).....	155
17.2.3	Diagnostika třídy jako vrstevnické skupiny a edukačního prostředí.....	159
17.2.4	Vyjádření míry úbytku funkce (kvalitativní diagnostika).....	161
18	Metodika práce s Katalogem míry posuzování SVP.....	164
18.1	Pojetí Katalogu a možnosti jeho využití	164
18.2	Metodika práce a využití hodnotících kritérií Katalogu.....	167
18.3	Softwarová podpora poradenského pracovníka	176

1 Domény a diagnózy v SPC pro TP

Eva Čadová

Publikace vznikla v rámci projektu ESF „Inovace činnosti SPC při posuzování speciálních vzdělávacích potřeb“. Projekt vycházel z aktuální potřeby sjednotit vyšetřovací postupy a diagnostické závěry jednotlivých SPC tak, aby bylo možné na základě těchto diagnostických zjištění přiznávat žákům a studentům se zdravotním postižením stupeň podpůrných opatření ve škole.

Úkolem katalogu speciálních vzdělávacích potřeb je nabídnout speciálním pedagogům a psychologům SPC jednotící vyšetřovací postup, podle něhož mohou vyšetřit klienta a na základě výsledku vyšetření – změřených úbytků funkcí – budou moci lépe doporučit potřebnou míru podpůrných opatření (od speciálních učebnic až po asistenta pedagoga), bez kterých by klient v běžném vzdělávacím proudu neuspěl.

Katalog shrnuje diagnostické metody, postupy, nástroje užívané ve SPC. Vychází z platné školské legislativy a opírá se o Mezinárodní klasifikaci funkčních schopností, disability¹ a zdraví (MKF).

MKF je strukturou Světové zdravotnické organizace (WHO). ČR ji ratifikovala 30. 3. 2007 (Úmluva o lidských právech občanů s disabilitou). Od 1. 7. 2010 je závazná pro zdravotnictví, zároveň se uvažuje o zavedení ve školství (poradenství) a sociální oblasti. Jejím cílem je:

- poskytnout vědecké báze k pochopení a studiu zdraví a ke zdraví vztahujících se stavů, východisek a determinant,
- zavést společný jazyk při popisování zdraví,
- umožnit srovnání dat,
- poskytnout kódovací schéma.

Realizace podpůrných opatření ve škole je většinou vázána na využití navýšení finančních prostředků, a proto jsou poskytovány především žákům zařazeným ve školách samostatně zřízených pro daný typ postižení a žákům individuálně nebo skupinově integrovaným v běžných školách, kterým přísluší navýšený normativ. Často ani tento nestačí, a proto se školy snaží získat prostředky na potřebnou podporu žáků dle svých možností i jinde (spoluprací s pracovním úřadem – osobní asistence financovaná přes pracovní úřad, využíváním financování s podporou nadací, projekty ESF...).

Pro žáky, kteří potřebují vzhledem ke svým potřebám vycházejícím z funkčních dopadů jejich primární diagnózy podporu ve výuce a nemohou využít navýšení normativu (nemohou být integrováni, i když mají také speciální vzdělávací potřeby), jsou doporučována vyrovnávací opatření, která by měla realizovat škola s využitím vlastních možností, bez nároku na další dofinancování. Speciální potřeby dětí, žáků a studentů zjišťuje SPC na základě vyšetření.

Aby bylo možné objektivně posoudit tyto potřeby, byly stanoveny domény (oblasti), které výrazně ovlivňují možnosti získávání vědomostí, dovedností a návyků u dětí, žáků a studentů tělesně postižených a zdravotně znevýhodněných, kteří jsou klienty speciálněpedagogických center pro TP.

¹ Disabilita je snížení funkčních schopností na úrovni těla, jedince nebo společnosti, která vzniká, když se občan se svým zdravotním stavem (zdravotní kondicí) setkává s bariérami prostředí.

1.1 Domény

- **Hrubá motorika**
Způsob sezení, rovnováha, vnímání tělesného schématu chůze po rovině, chůze ze schodů a do schodů, pohyb v terénu a překonávání překážek, schopnost udržet rovnováhu, orientace v prostoru, koordinace pohybů, celková obratnost, náhradní formy lokomoce a využití pomůcek.
- **Jemná motorika**
Manipulace s předměty, koordinace pohybů, přesnost provádění pohybů, orientace na ploše, využití jedné nebo obou rukou, koordinace obou HK.
- **Úchop**
- **Grafomotorika**
Držení tužky, kresba, obkreslování, písmo, používání PC – psaní na klávesnici a ovládání pomůcek.
- **Lateralita**
- **Komunikace**
Motorika mluvidel, fatické funkce verbální – impresivní × expresivní, fatické funkce nonverbální – impresivní × expresivní, extralingvistická komunikace a paralingvistická komunikace, alternativní a augmentativní komunikace.
- **Intelektuální funkce**
Norma a excelence, hraniční pásmo, mentální retardace – lehká, střední, těžká a hluboká mentální retardace, disproporce verbální a neverbální složky intelektu.
- **Kognitivní funkce**
Myšlenkové operace – klasifikace, komparace, analýza, syntéza, abstrakce, generalizace, úsudek, organizace a plánování, náhled, řešení problémů.
- **Smyslové vnímání**
Hmat, sluchové vnímání, zrakové vnímání, dílčí funkce ovlivňující vnímání, poruchy učení.
- **Pozornost**
Udržení záměrné pozornosti, přesouvání pozornosti, rozdělení pozornosti.
- **Paměť**
Krátkodobá paměť, dlouhodobá paměť – mechanická × selektivní.
- **Emocionalita**
Schopnost řídit emoce, adekvátnost a rozsah emocí.
- **Adaptibilita a sociabilita**
Spolupráce a kontakty s dospělými, spolupráce a kontakty s vrstevníky, vyjádření potřeb, aktivita, schopnost snášet stres a neúspěch.
- **Pracovní dovednosti**
Samostatná práce, tempo, střídání činností, motivace a potřeba struktury.
- **Sebeobsluha**
Hygiena, oblékání, stravování, péče o své zdraví, příprava pomůcek a pracovního místa ve škole, obsluha kompenzačních pomůcek.
- **Sociokulturní schéma**
Rodina – výchovný styl, kultura, systém hodnot, motivace, podnětnost prostředí, třída jako vrstevnická skupina a edukační prostředí.

1.2 Onemocnění ovlivňující vzdělávací proces, s nimiž se ve školách a poradnách setkávají pracovníci SPC pro TP

- Alergická a astmatická onemocnění – astma bronchiale, cystická fibróza, alergie, různé etiologie, celiakie,
- kožní onemocnění – psoriáza, ekzémy (atopický ekzém),
- poruchy metabolických procesů – diabetes mellitus, chronické onemocnění ledvin, infekční onemocnění jater (hepatitida), fenyلكetonurie, galaktosemie,
- nádorová onemocnění – nádory zhoubné i nezhoubné, leukemie,
- záchvatová onemocnění – epilepsie,
- onemocnění trávicího traktu – Crohnova nemoc, ulcerózní kolitida, nespecifické záněty,
- zánětlivá i nezáneřtlivá onemocnění plic a dýchacích cest – tuberkulóza, orgánová nebo funkční poškození plicní ventilace,
- onemocnění krve a kardiologická onemocnění – hemofilie, vrozené srdeční vady,
- psychiatrická onemocnění zejména ve vazbě na TP – schizofrenie, psychózy, dětské úzkosti, deprese, poruchy příjmu potravy,
- jiná, méně častá onemocnění – Prader-Willy syndrom atp.

Tato onemocnění a jejich projevy mají velký vliv na zvládání učiva žáky v běžných školách. Problémy vždy nezpůsobuje ani tak onemocnění samotné, jako spíše narušení v konkrétních oblastech.

Vyrovňovacími opatřeními v těchto případech mohou být:

- speciální metody, formy a postupy realizované v rozsahu běžné kompetence vyučujícího,
- individuální přístup učitelů,
- využití individuálního vzdělávacího plánu při vzdělávání,
- vyrovnávací opatření, která jsou v kompetenci a možnostech školy.

Podpůrná nebo vyrovnávací opatření, která jsou často pro tyto žáky nutná, ale někdy nedostupná (z důvodu nutnosti navýšení finančních prostředků):

- vyčlenění prostor pro podávání medikace, aplikaci mastí, hygienu...,
- úprava prostředí školní třídy,
- využití speciálních pomůcek a vybavení,
- speciální formy, metody a postupy vzdělávání, využívání speciálních nebo alternativních učebnic,
- psychologická a speciálněpedagogická péče školního poradenského pracoviště,
- individuální podpora (doplnění učiva, doučování, e-learning),
- vzdělávání žáka mimo kolektiv spolužáků, individuální výuka (ve škole nebo v domácím prostředí),
- využití potřebných pomůcek, např. bezprašná tabule, čistička vzduchu, využití počítače ve výuce (k psaní i k výukovým programům),
- zařazení asistenta pedagoga do třídy, kde je zdravotně znevýhodněný žák vzděláván.

1.3 Nejčastější pohybové dysfunkce či omezení u dětí, žáků a studentů, kteří jsou v péči SPC pro TP

Děti, žáci a studenti s tělesným postižením představují velmi heterogenní skupinu. Jejich společným znakem je omezení pohybu. Tělesné postižení postihuje člověka v celé jeho osobnosti. Motorika, vnímání, kognice jsou od sebe neoddělitelné a vzájemně propojené. Tělesná motorika může být postižena jen mírně, při těžším motorickém postižení jsou však pohybové možnosti člověka omezeny podstatně.

Vítková (1998) dělí pohybové neboli ortopedické vady na dvě základní skupiny, k nimž patří poruchy vrozené, včetně dědičných, a poruchy získané. Podle postižené části těla rozeznáváme skupinu obrn centrálních a periferních, deformace, malformace a amputace.

Deformace jsou vrozené nebo získané vady, které se vyznačují nesprávným tvarem některé části těla. Mezi vrozené deformace řadíme **vývojové deformace lebky, kloubů a svalů**.

Mezi deformity lebky patří **mikrocefalie**, což je významné zmenšení obvodu hlavičky dítěte. Za fyziologických podmínek je růst hlavy nejdůležitějším ukazatelem normálního růstu mozku. Mikrocefalie může být zřejmá již hned po porodu nebo vzniká až v kojeneckém věku, případně v časném dětství. Příčinou mohou být nejrůznější inzulty v průběhu těhotenství (např. RTG záření, léky, virová infekce, onemocnění matky, dědičné faktory nebo vrozené poruchy metabolismu). V důsledku tohoto onemocnění bývá často postižen také intelekt, ale není to pravidlem. Lékaři musí vždy pečlivě sledovat a měřit obvod lebky a popřípadě závčas provést protěti předčasně srostlých švů, jinak hrozí nepříznivá prognóza.

Naopak je-li u nezralých novorozenců tempo růstu jejich hlavičky po porodu zhruba dvojnásobně větší, označuje se tato anomálie jako **makrocefalie**. Většina chorob, které provázejí makrocefalii, je spojena s mentální retardací nebo regresem, čemuž je zapotřebí věnovat náležitou pozornost.

Perthesova choroba – je to nemoc neznámého původu (někdy bývá uváděna jako příčina luxace nebo úraz). Vzniká ve věku kojeneckém, jindy okolo pátého roku nebo i později. Zánětlivý proces napadá hlavici stehenní kosti, která ztrácí odolnost a bývá tlakem deformována až rozmáčknuta. Pohyby jsou z počátku jen lehce omezeny, dítě si stěžuje na bolesti v kyčli, začíná kulhat, často odpočívá a pak odmítá chodit. Léčit je nutno za úplného klidu na lůžku.

Arthrogryposis multiplex congenita – postižení měkkých tkání kloubu vede ke koncentrickému omezení pohybu kloubů končetin. Základem je pravděpodobně porucha pojiva, skutečná příčina není známa. V průběhu onemocnění se objevují fibrózní kloubní změny kloubních pouzder s vývojem kontraktur, ztuhnutí kloubů končetin různého stupně, hlavně kyčle, kolena, zápěstí a klouby ruky. Ztuhlost není způsobena primárními změnami kloubními, ale změnami svalů. Dochází k oslabení svalového i kloubního reliéfu (amyoplazie), redukce podkožního tuku. Klouby postiženy symetricky. Většinou jsou postiženy horní i dolní končetiny.

Pes equinovarus congenitus – nejčastější nepolohová vrozená vada nohy, patří mezi nejčastější vývojové vady v ortopedii. Často bývá sdružena s jinými vrozenými vadami (vývojovou kyčelní dysplazií, meningomyelokélou).

Nesprávný vývoj kyčelních kloubů – bývá vyvolán vrozeným nedostatečným vývojem kyčelních kloubů, popř. úplným vykloubením hlavice (luxace) nebo částečným vykloubením hlavice (subluxace).

Vrozeným dědičným onemocněním, při němž dochází k narušení vývoje chrupavky, a tedy i kostí vznikajících na jejím základě, je **chondrodystrofie**. Toto onemocnění vede k disproporčním poruchám růstu. Charakteristická je kombinace nápadně krátkých končetin, poněkud větší hlavy a normálního trupu. Léčba spočívá spíše v časně ortopedické úpravě počínajících deformit, které mohou upravit vzhled nemocného, a tím posílit jeho sebevědomí.

Myopatie – je onemocnění svalů vzniklé na podkladě metabolické poruchy, svaly se postupně začínou měnit v tuk a vazivo, ubývá svalových vláken, která se rozpadají a zanikají. V začátku nebývá ještě

postižena hybnost, ale je snížena svalová síla. Postupem procesu je však porušena i hybnost, podle toho, které svaly jsou zasaženy. V pokročilém stadiu nemoci se nemocný již nepostaví a je odkázán na invalidní vozík. Vzhledem ke zhoršení činnosti dýchacích svalů je nutná zdravotní prevence před nachlazením a před úrazy. Nemoc se zpravidla nápadněji zhorší před nástupem do školy a v pubertě. Protože jde o geneticky podmíněný stav, nelze vlastní proces nijak ovlivnit. Je však možné systematickou, cílenou rehabilitací zlepšovat funkci postižených i zachovalých svalových skupin a bránit tendenci ke kontrakturám. Jedná se o onemocnění ve většině případů progresivní.

Forma postihující ramenní pletenec – ramena ční dopředu, lopatky odstávají, mění se též výraz obličeje, tato forma postihuje obě pohlaví, mívá lepší prognózu.

Forma postihující pánevní pletenec – dědičnost je dominantní, onemocní nejprve svalstvo pánve, později i svalstvo dolních končetin. Specifickým případem s nepříznivou prognózou je **Duchennova progresivní svalová dystrofie**, postihující chlapce.

Spinální svalové atrofie – SMA je po Duchenově svalové dystrofii druhé nejčastější neuromuskulární onemocnění. Projevuje se především výraznou svalovou hypotonií s hypo- až areflexií končetin, svalovou hypotrofií až atrofií a fascikulacemi jazyka.

Klasifikace SMA dle věku při počátku obtíží, motorického maxima a průměrného věku života:

SMA typ I. (*Werdnigův-Hoffmannův*) – obtíže do 6. měsíce věku, neschopnost samostatného sedu.

SMA typ II. – obtíže do 18. měsíce věku, neschopnost samostatné chůze.

SMA typ III. (*Kugelbergův-Welanderové*) – obtíže po 18. měsíci věku, schopen samostatné chůze.

SMA typ IV. – obtíže po 30. roku věku, schopen samostatné chůze.

Charcot Marie Tooth – jedná se o početnou skupinu geneticky podmíněných neuropatií. Někdy se označují zkratkou **CMT**. Degenerativní změny se týkají jak motorické, tak senzorycké složky. Změny jsou nejvýraznější na dolní končetině, obzvláště na chodidlech. Patří mezi nejčastější hereditární neuropatie. Vlastní onemocnění CMT sice není smrtelné a prakticky ani nezkracuje délku života, ale zásadně zhoršuje jeho kvalitu. V důsledku poškození periferních nervů se totiž u pacientů postižených touto chorobou postupně snižuje hybnost dolních a postupem času i horních končetin.

Příčinou je především oslabení svalstva, které není postiženými nervy dostatečně stimulováno. Zároveň dochází ke zhoršování funkce senzoryckých nervů, jež zprostředkovávají např. vnímání bolesti, doteku a hluboké citlivosti. Bývá tak snížena např. schopnost rozlišit horkou vodu od studené nebo schopnost rozlišovat předměty hmatem. Na rozdíl od svalové dystrofie, při které je postižena svalová tkáň, postihuje CMT nervy, které svaly zásobují.

Získané deformace mohou nastat jako důsledek těžkých úrazů, nemocí (TBC), nesprávného držení těla, změny v zakřivení páteře, návykově takto začínají některé druhy skolióz a kyfóz, skutečné deformity páteře se vyznačují trvalostí a stálostí. Páteř se může deformovat v rovině sagitální (předozadní rovina těla) – zvětšená krční lordóza (hyperlordóza), hrudní kyfóza (tzv. kulatá záda), plochá záda, bederní lordóza. Častější jsou však deformace v rovině frontální (čelní) a projevují se bočním vychýlením od středové roviny. Jedná se o různé druhy skolióz, které postihují asi 2,5 % dětí z populace a dělí se podle místa vzniku na krční, hrudní a bederní.

Malformace je vrozená vývojová vada, patologické vyvinutí různých částí těla, nejčastěji jsou to končetiny. Amelie značí vrozené nevyvinutí končetin, dysmelie jsou vrozené deformity končetin, fokomelie je stav, kdy na horní končetině nasedá víceméně normální ruka přímo na pletenec ramenní, na dolní končetině noha na pletenec pánevní.

Amputace je umělé odnětí části končetiny od trupu. Příčinou mohou být úrazy, cévní onemocnění, zhoubné nádory na končetinách, sepse infekčního původu.

Rozštěp páteře vzniká již v časném stadiu embryonálního vývoje, nedokonalým uzavřením medulární trubice. V nejtěžších případech je páteř rozštěpena v celé délce a mícha vyhřezá ven. Takto postižení jedinci brzy umírají. Často však bývá výhřez částečný, který se nejčastěji vyskytuje v bederní krajině.

Nejméně závažnou poruchou tohoto typu je meningokéla, kde se ve vývoji neuzavře páteřní kanál a ve vzniklém defektu se nachází vak tvořený míšními obaly a obsahující mozkomíšní mok. Kožní kryt často nebývá plnohodnotný, při porodu se často zraní a může se přidružit infekce, které někdy tyto děti podléhají. Proto se brzy provádí neurochirurgický zákrok, při němž se vak odstraňuje za úzkostlivého šetření nervové tkáně.

Asi u ¼ takto postižených dětí se později vyvine hydrocefalus, proto je u těchto dětí nutná dlouhodobá neurologická péče. Pokud do vaku proniká spolu s míšními obaly i mícha nebo míšní nervy, jedná se o těžší stupeň této vady – tzv. meningomyelokélu. Mícha a míšní kořeny jsou v místě malformace fixovány nebo stlačeny, čímž vznikají různé poruchy funkce míchy.

Nejtěžší stupeň této malformace – myelokéla – vzniká, jestliže se v průběhu vývoje základ pro míchu vůbec neoddelil od povrchového ektodermu a kožní kryt se neuzavřel. Vývoj postižené míchy není dokončen a zpravidla se vyskytují závažné poruchy její funkce. Asi u šedesáti procent dětí s meningo-myelokélou a myelokélou je hydrocephalus přítomen již při narození, u ostatních se v různém stupni může rozvinout v průběhu několika měsíců až let.

Je samozřejmé, že u případů, kde je zasažena i mícha, jsou příznaky mnohem těžší a četnější. Tyto děti mají ve většině případů poruchy funkce svěračů, projevující se inkontinencí moči i stolice. Časté bývají i poruchy hybnosti, především na dolních končetinách, které bývají postiženy chabou parézou nebo plegií. Dítě je drží nehybně, zpravidla zevně vytočené v kyčlích. Dolní končetiny jsou špatně prokrvené, často necitlivé.

Horní polovina těla bývá normálně vyvinuta. Je nutné těmto dětem posilovat horní končetiny, aby měly dostatek síly pro nácvik chůze ve zvláštních aparátech a s berlemi. V těchto aparátech se dolní končetiny zpevní v kolenou i v kotníku. Dítě se musí při této chůzi dobře vzepřít na berlích a pasivně přenášet dolní končetiny přehupováním.

Hydrocefalus – tato vada se často přidružuje k rozštěpu páteře. Jde o vadu, kdy z nějakého důvodu správně necirkuluje mozkomíšní mok nebo se ho tvoří nadměrné množství či se nedostatečně vstřebává. V důsledku toho rostou mozkové komory, zatímco mozková tkáň se ztenčuje. Vzniká vnitrokraniální tlak. Pokud se hydrocephalus vyvíjí v kojeneckém věku nebo u dítěte přibližně do 4 let, kdy ještě nejsou srostlé lebeční švy, roste i hlavička dítěte. Dítě špatně prospívá, je podrážděné, zvrací. Obvod hlavy vysoko překračuje normální hodnoty. Jestliže vznikne hydrocephalus u větších dětí, kdy jsou již lebeční kosti srostlé, obvod hlavy se nezvětší, ale následky tlaku mozkomíšního moku jsou výraznější a poškození mozku vážnější. Ve většině případů je nutno tuto situaci řešit operací. Inteligence takto postižených dětí bývá někdy normální, většinou však hydrocephalus má do určité míry vliv na mentální úroveň takto postižených dětí.

1.4 Organické postižení a onemocnění CNS

Co je to vlastně **organické postižení**?

- V užším smyslu – poruchy způsobené poškozením mozku (úraz, otrava, infekce, nádor, ...).
- V širším smyslu – poškození mozku a další drobné změny (genetické vady, individuální temperamentová výbava, individuální tempo zrání atd.).

Dětská mozková obrna (DMO)

Dětská mozková obrna patří mezi nejčtenější neurovývojová onemocnění i mezi nejčastější diagnózy v somatopedii. Je to chronické neprogresivní, ale ve svých projevech nikoliv neměnné postižení ne-

zralého mozku, vznikající před porodem, během něj nebo po porodu přibližně do jednoho až dvou let života. Jde o řadu poruch CNS postihujících motorický systém, dále také descendentní nervová vlákna z mozkové kůry, často společně s neurokognitivními, senzoryckými a senzitivními lézemi. K dalším možným projevům patří u některých jedinců poruchy komunikačních schopností nebo poruchy intelektu (až hluboká mentální retardace), poruchy sluchu, zraku, paměti, obtíže s příjmem potravy, poměrně často se mohou přidružovat epileptické paroxysmy. DMO je celoživotní úděl, proto je třeba individuálně vypracovat terapeutické přístupy, které příznivě ovlivní nejen tělesný, ale i psychický a emoční stav dítěte.

Nejčastěji způsobují DMO: hypoxie, intrakraniální krvácení či mechanické vlivy porodu. Celkový vývoj dětí s DMO bývá tímto postižením významně ovlivněn již od útlého věku.

Formy DMO

Hypotonická forma:

- nejhorší prognóza vzhledem k dalšímu kognitivnímu vývoji,
- bývá častá v raném věku, ale později přechází do jiného typu.

Hypertonická forma (spasticita):

- diparéza,
- hemiparéza,
- kvadruparéza.

Prognóza kognitivního vývoje se liší podle míry postižení. Nejhorší bývá u kvadruparéz (postižení všech končetin), nejlepší u diparéz (postižení dolních končetin), u hemiparéz (postižena polovina těla) záleží na straně postižení. Pravá polovina těla – často lehce subnormální, levá polovina těla – 50 % kognitivně nepostiženo, zbytek lehká mentální retardace.

Mozečková forma:

- dosti vzácná forma, výrazné pohybové postižení, bývá výrazné postižení intelektu.

Dyskinetická forma:

- nejméně často postiženy intelektové funkce,
- velmi těžké pohybové postižení zasahující všechny svalové skupiny,
- velmi těžko proveditelná psychologická diagnostika, vzhledem k postižení motoriky řeči hrozí podcenění psychické kapacity dítěte.

K mentální retardaci dochází asi u $\frac{1}{3}$ až $\frac{1}{2}$ případů. U 75 % dětí zaznamenáváme poruchy řeči a ve 20 % jsou přítomny poruchy sluchu. Velmi časté jsou poruchy pozornosti a vizuomotorické koordinace.

Psychologická problematika specifická pro DMO

Děti s DMO mají problémy již v novorozeneckém věku, tedy ještě před stanovením dg., která se upřesňuje až mezi 6.–12. měsícem. Jedním z vážných problémů je, že si dítě nedokáže zajistit vývojové úrovni

přiměřenou stimulaci. Zdravé dítě se do značné míry stimuluje samo přirozeným vývojem vertikalizace a svou vlastní aktivitou, ale dítě s DMO je dlouho závislé na stimulaci od okolí.

Nemoc dítěte také výrazně ovlivňuje výchovné postoje rodičů. Častá bývá hyperprotektivita nebo naopak podceňování schopností dítěte.

Stresory působící na rodiče:

- vědomí, že je jejich dítě postižené,
- časté návštěvy lékaře, nutnost pravidelné rehabilitace (dítě na ni reaguje bouřlivě negativně),
- nesrozumitelnost řeči dítěte,
- časté poruchy při přijímání potravy u dětí s DMO,
- necitlivé reakce sociálního okolí,
- nejistá prognóza v oblasti pohybové i mentální.

Krizová období v životě dítěte s DMO:

- narušen proces separace – individuace,
- prodlužuje se fáze negativismu,
- často se opoždí nástup dítěte do školy,
- problémy dospívání (problémy přijetí faktu vlastního postižení při hledání identity),
- neuropsychologická diagnostika: velice obtížná vzhledem k motorickému postižení, v prvním roce téměř nemožná, protože se klinický obraz teprve postupně vytváří (s vývojem motoriky).

Epilepsie

Epilepsie je velmi častým neurologickým onemocněním. Trpí jí až 4% dětí, přičemž většina epilepsií má svůj začátek v dětství. Dětské epilepsie tvoří **heterogenní** skupinu onemocnění (různé typy záchvatů, frekvence, etiologie, počátek a průběh, vliv na psychický stav a vývoj dítěte). Asi u 1/2 dětí jsou uváděny různé poruchy chování či učení nebo známky postižení intelektových schopností. Přibližně 20% dětí s epilepsií trpí současně i mentální retardací. Časté bývají poruchy řeči, většinou trvalé. Někdy se může vyskytnout přechodná afázie, objevující se po záchvatu či v době zhoršení onemocnění. Mnoho dětí mívá poruchu pozornosti spojenou s hyperaktivitou (u generalizovaných záchvatů). Některé děti bývají naopak utlumené, bradypsychické a mají tendence k ulpívání.

Vztah epilepsie k psychickým poruchám

Symptomatická epilepsie bývá častěji doprovázena organicky podmíněnými poruchami psych. funkcí (oproti epilepsii idiopatické).

Čím časněji nemoc vzniká, tím závažnější jsou její důsledky. Epilepsie s počátkem v kojeneckém věku bývá nejčastěji spojena s těžkou mentální retardací (Westův syndrom).

Při větší frekvenci záchvatů bývají následky nepříznivější.

Nejhorší vliv mají velké a psychomotorické záchvaty. Nejvíce psychických poruch bývá zachycováno, je-li ohnisko v oblasti frontálního, parietálního nebo temporálního laloku levé hemisféry.

V době nakušení záchvatů je typický následný útlum, který často znehodnotí výsledky vyšetření.

Děti s epilepsií trpí často **emočními poruchami a poruchami chování** (signifikantně nejen oproti zdravým, ale i oproti jiným organickým postižením). Kromě samotné choroby se na tom podílí: reakce rodičů a širšího sociálního okolí na nemoc, omezování aktivit dítěte atd. Ve starších učebnicích se setkáváme s pojmem „**epileptická osobnost**“, tato specifická porucha osobnosti však nikdy nebyla potvrzena. Nicméně platí, že některé typy epilepsie bývají doprovázeny zvýšenou impulzivitou a tendencemi k agresivnímu chování (hlavně psychomotorická epilepsie).

Tumory CNS

Klinické příznaky, které tumory vyvolávají, jsou podmíněny lokalizací nádoru CNS a průvodním syndromem nitrolební hypertenze, nejčastěji jsou to bolesti hlavy, zvracení, závratě, nejistá chůze, paréza apod.). V lékařské diagnostice se vychází z výsledků vyšetření počítačové tomografie (CT) a magnetické rezonance (MR).

Jedním z častých následků je pooperační hemiparéza a pooperační epilepsie.

V SPC se setkáváme s dětmi žáky a studenty po stabilizaci stavu nebo po odléčení a je zde řešena problematika následků po léčbě, promítajících se do výuky.

Infekce CNS (meningitidy, encefalitidy)

Psychické poruchy při neuroinfekcích lze rozdělit do **3 fází**:

- akutní (bezvědomí, delirium) – s těmito stavy se v SPC nesetkáváme,
- několik měsíců po nemoci (dominují percepčně-motorické obtíže),
- dlouhodobé (nejčastěji poruchy učení či jiné školní obtíže).

Obecně platí, že tato onemocnění mají na další vývoj dítěte tím nepříznivější vliv, čím časněji k nemoci došlo. Kritickým bodem je třetí rok. Onemocnění před třetím rokem vede často k intelektovému defektu, onemocnění po třetím roku věku dítěte vede spíše ke změnám osobnosti a chování.

Nejčastější obtíže:

- poruchy spánku, hyperaktivita (u 80 %),
- poruchy pozornosti,
- emoční labilita,
- zvýšené agresivní tendence.

Vesměs se dá říci, že je klinický obraz psychických poruch po infekcích CNS velice podobný tzv. lehkým mozkovým dysfunkcím. Jedná se tedy o lehká a difúzní postižení CNS.

Meningitidy – celkově méně závažné následky, intelekt postižen zcela výjimečně, častější bývají percepčně motorické poruchy.

Encefalitidy – častější postižení kognitivních schopností (asi u ¼ dětí, postižen hlavně intelekt a paměť), důsledky jsou tím závažnější, čím později byla zahájena adekvátní léčba.

Úrazy hlavy u dětí

V období krátce po úrazu má přechodné obtíže většina dětí. Tyto obtíže obvykle vymizí do 1–3 měsíců. U 30 % dětí však přetrvávají různé behaviorální poruchy. Co se týče přechodných kognitivních poruch, tak ty se upravují většinou do 6 měsíců (nejdéle do 1 roku). Musíme však počítat s tím, že po 2–5 letech se už přetrvávající poruchy spontánně neupraví.

Kognitivní následky vyplývají z rozsahu traumatu a závažnosti lokalizace léze. Významný vliv má délka bezvědomí. Pokud trvalo déle než 24 hodin, bývá defekt častější.

Následky po bezvědomí trvajícím déle než týden:

- často postižení motoriky,
- narušení intelektové kapacity (až 40 % dětí spadá do pásma mentální retardace).

U mladších dětí (předškolní a mladší školní věk) dochází k výraznější a rychlejší úpravě než u dětí starších. Liší se také v klinickém obrazu.

Mladší děti: zvýšená dráždivost a změny chování.

Starší děti: bolesti hlavy, poruchy učení a paměti.

Predikce trvalých neuropsychických následků:

- dlouhotrvající bezvědomí,
- krvácení do mozku, otok mozku,
- přítomnost posttraumatické amnézie,
- bezprostřední poúrazová deteriorace intelektových schopností.

Závěry psychologického vyšetření u organických postižení CNS by měly obsahovat:

- současný stav dítěte v oblasti intelektové a v oblasti specifických schopností,
- současná úroveň v oblasti výrazných kognitivních a specifických deficitů,
- vlivy nácviku a rehabilitace,
- prognóza z hlediska vzdělávání,
- u starších dětí (studentů) prognóza z hlediska zaměstnání,
- současný emoční stav, přítomnost a role úzkosti, deprese, popírání,
- mechanismy zvládání s ohledem na tělesné a psychické trauma, nároky vzdělávání a interpersonální požadavky.

Specifika neuropsychologické diagnostiky u dětí

Oblast dětské neuropsychologie je dosud značně neprobádaná. Závěry dosavadních výzkumných studií jsou mnohdy nejednotné a vzájemně si odporující.

Základní otázky, které si klademe v diagnostice:

- Jsou dané obtíže podmíněny organickým postižením CNS? (Problém s multifaktoriální povahou většiny potíží – organický původ, osobnostní charakteristiky, vlivy rodinného a školního prostředí atd.)
- Jaká je povaha poškození nebo poruchy? (Percepční, kognitivní, motorická atd. – to je důležité z hlediska rehabilitace a reedukace dítěte.)

Klinický obraz organického postižení CNS je v dětství závislý na věku, v němž k postižení došlo. Teprve od věku 7–8 let se začíná klinický obraz postižení podobat tomu, co nacházíme u dospělých. Vzhledem ke značným kompenzačním možnostem CNS v dětství musí být poškození mozku mnohem větší než u dospělého, aby došlo ke stejně závažné poruše. Například poškození levé hemisféry v časném věku obecně nevede k tak závažným postižením řeči jako u dospělých, neboť jiné části mozku mohou zřejmě v časných vývojových obdobích přejímat funkci řečových center. Jsou uváděny kazuistiky dětí, u nichž se řeč i po úplné hemisferektomii rozvíjela bez nápadností a celkový intelekt byl v rámci normy.

Zajímavá je také otázka **lateralizace** funkcí. U dospělých vede postižení levé hemisféry k poruchám řeči, verbální inteligence, bezprostřední paměti a abstraktního myšlení. Postižení pravé hemisféry vede k oslabení neverbálních intelektových výkonů, paměti pro neverbální materiál a k poruchám percepčně-motorických funkcí. U dětí je tento trend jen zhruba naznačen a projevy poškození nejsou zdaleka tak jednoznačné.

U difuzních postižení CNS (encefalitidy, meningitidy) to však bývá naopak. Čím dříve dojde k poškození, tím je prognóza horší.

Specifikem dětské neuropsychologie je také to, že se řada poruch neprojeví hned po poškození mozku, ale až v době, kdy vývoj dítěte dospěje na úroveň, na níž se aktualizují dané kognitivní funkce.

Některé poruchy jsou naopak patrné ihned, ale s rostoucím věkem spontánně ustupují (nejspíše vlivem zrání nervového systému). Jedná se zejména o organicky podmíněnou hyperaktivitu a některé obtíže prostorové orientace.

Nejčastější známky organicity u dětí:

- motorická neobratnost,
- poruchy aktivity,
- poruchy prostorové a pravo-levé orientace,
- horší vizuální paměť, než by odpovídalo celkové mentální úrovni,
- poruchy aktivity (hyper- nebo hypoaktivita),
- poruchy řeči, poruchy chování,
- narušení vizuomotorické koordinace,
- specifické grafomotorické obtíže – roztřesená nastavovaná čára, nerovnoměrný přítlak, obtíže vizuo-konstrukční.

Vesměs se dá říci, že dochází k poruchám v následujících **oblastech**:

- motorika,
- sensorika,

- pozornost,
- emoce,
- kognice,
- sociální sféra,
- osobnostní sféra.

Při vlastním **vyšetření dětí s organickým postižením** je vždy nezbytné celý postup přizpůsobit některým zvláštnostem v jejich chování. U dětí s vážným postižením může způsobovat obtíže již navázání kontaktu pro často celkově vyšší hladinu úzkosti a zejména pro déle přetrvávající separační úzkost. Při omezeném pohybu a současně i hyperprotektivních postojích rodiny mívají tyto děti obecně méně příležitostí k aktivnímu procvičování krátkých separací, ale více traumatických zážitků nucené separace při ev. hospitalizacích apod., ve starším věku pak při opožděném vývoji separace – individuace obvykle déle přetrvává i fáze negativismu. V předškolním a školním věku může působit při vyšetření rušivě někdy až extrémní motorický neklid těchto dětí.

Ve školním věku si děti již většinou dobře uvědomují důvod vyšetření, kterým někdy bývá i jejich školní neúspěšnost či zlobení, vyšetření samotné pak vnímají jako trest za zlobení, důvod a cíl vyšetření je proto nutné vždy hned zpočátku s každým dítětem podrobně probrat.

Při vyšetřování dětí s neurologickým onemocněním je nezbytně nutné přizpůsobit testové metody nejen specifikům jednotlivých chorob, ale hlavně každému dítěti. Nesmíme zapomínat na snadnou unavitelnost nebo potíže s pozorností či motorikou.

U nás nejpoužívanějšími metodami jsou: běžné vývojové škály, S-B test, PDW, Raven, rozličné kresebné zkoušky (obkreslování, test Benderové, kresba postavy), zkoušky k hodnocení motoriky, zkoušky paměti a pozornosti, specifické zkoušky sluchové a zrakové percepce (Edfeldt, Frostigová, Matějček, Žlab), hodnocení řeči, didaktické zkoušky, projektivní techniky (kresba rodiny, začarované rodiny, stromu).

Literatura

- AMBLER, Z. *Neurologie pro studenty lékařské fakulty*. 4. vyd. Praha: Karolinum, 2002. 399 s. ISBN 80-246-0080-3.
- BAŠTECKÁ, B., GOLDMANN, P. *Základy klinické psychologie*. 1. vyd. Praha: Portál, 2001. 436 s. ISBN 80-7178-550-4.
- DITTRICH, P. *Pedagogicko-psychologická diagnostika*. Jinočany: H&H, 1993. ISBN 80-85467-06-2.
- KOMÁREK, V., ZUMROVÁ, A. *Dětská neurologie*. Praha: Galén, 2000, ISBN 80-7262-081-9.
- KRAUS, J., a kol. *Dětská mozková obrna*. Praha: Grada, 2005. ISBN 80-247-1018-8.
- KULIŠŤÁK, P. *Neuropsychologie*. Praha: Portál, 2003. 336 s. ISBN 80-7178-554-7.
- PREISS, M., a kol. *Klinická neuropsychologie*. 1. vydání. Praha: Grada, 1998. ISBN-80-7169-443-6.
- ŘÍČAN, P., KREJČÍŘOVÁ, D., aj. *Dětská klinická psychologie*. 4., přepracované a doplněné vydání. Praha: Grada Publishing, 1997. ISBN 80-247-1049-8.
- SVOBODA, M. *Psychologická diagnostika dospělých*. Vydání druhé. Praha: Portál, 1999. 342 s. ISBN 80-7178-327-7.
- SVOBODA, M., ČEŠKOVÁ, E., KUČEROVÁ, H. *Psychopatologie a psychiatrie*. Praha: Portál, 2006. ISBN 80-7367-154-9.
- VÁGNEROVÁ, M. *Psychopatologie pro pomáhající profese: variabilita a patologie lidské psychiky*. Vydání 1. Praha: Portál, 1999. 448 s. ISBN 80-7178-214-9.
- WHO (2006). *MKN-10, Mezinárodní klasifikace nemocí – Duševní poruchy a poruchy chování*. Praha: Psychiatrické centrum.

2 Hrubá motorika

Jitka Shánělová

2.1 Deskripce domény (obecný popis domény)

Českým ekvivalentem pojmu motorika je hybnost. Slovo motorika vychází z latinského motus, tedy pohyb, nebo též ze slova motor, tedy hnací stroj.

Motorika člověka je souhrnem pohybových projevů a předpokladů, jejichž výsledkem je pohybová činnost. Motorická činnost je proces řízený CNS a je uskutečňovaný ve vzájemném působení člověka s jeho okolím za pomoci pohybové soustavy.

Hrubou motorikou rozumíme cílené pohyby celého těla, rukou, nohou (chůze, běh, skákání, lezení, házení a chytání míče, plavání, jízda na kole...). Hrubá motorika je zajišťována velkými svalovými skupinami. Je to souhrn pohybových aktivit dítěte, postupné ovládnutí a držení těla, koordinace horních a dolních končetin, rytmizace pohybů.

Formy pohybu

S vývojem každého jedince je neodmyslitelně propojen vývoj jeho pohybu. Jakýkoli typ pohybu ovlivňuje a podporuje vývoj částí těla, a tím také celého organismu. Stupeň vývoje organismu jako celku i jeho částí má vliv na stupeň a úroveň vývoje pohybu.

Aktivní pohyby můžeme rozdělit na:

- **pohyby reflexní**, což jsou jednoduché hybné odpovědi na podněty ze zevního i vnitřního prostředí zprostředkované centrální nervovou soustavou. Jsou většinou neuvědomělé, uplatňují se jako pohyby obranné, při udržování polohy těla v klidu i za pohybu. Jejich význam pro pohybovou činnost člověka zpravidla není doceňován. Reflexní pohyby tvoří bázi, na níž teprve vyrůstá volní motorika;
- **pohyby volní** jsou pohyby, při kterých si člověk určuje záměr a způsob jejich provedení. K nim lze zařadit lokomoční pohyby (lezení, chůzi, běh), změny polohy končetin, změny postavení hlavy a částí páteře, pohyby očí, jazyka, rtů, mimických svalů obličeje atd. Vyskytují se jak v podobě jednoduchých pohybů, tak i v pohybovém celku. Volní pohyb vzniká na základě volního rozhodnutí reagovat na určitý podnět;
- **pohyby mimovolní**, což jsou pohyby nechtěné a vůlí nepotlačitelné. Jsou patologické a často jsou projevem nervových poruch (ticky, třesy, křeče).

Dále jsou **pohyby získané**, které si osvojuje dítě již od raného dětství. Jsou jimi:

- **pohyby lokomoční**, tedy pohyby z místa na místo. Vývojově první lokomoční pohyb je lezení a plazení, následuje chůze, běh a skok;
- **pohyby nelokomoční**, kam se řadí ty pohyby, které způsobují změnu polohy nebo vzájemného postavení jednotlivých částí těla. Patří sem pohyby při zvedání a přemisťování nebo při překonávání síly druhého (přetahování, přetlačování);
- **pohyby manipulační**, kdy dítě manipuluje s hračkou a různými předměty při hře nebo jiných činnostech (uchopení, manipulace s předměty, házení, chytání).

2.2 Specifika domény pro TP (tělesné postižení)

Děti s různými typy dětské mozkové obrny (DMO) a dalšími onemocněními CNS vykazují výrazné problémy. Postižení motoriky je u dětí s TP dominantní, různé typy postižení s sebou nesou různý obraz změn motoriky, v motorických aktivitách, podle charakteru hybné poruchy.

Spastická forma DMO. Postihuje asi 70–80% takto nemocných dětí. Jejich svaly jsou v postižených partiích ztuhlé a trvale stažené (spastické). Pokud mají spastické obě dolní končetiny, mohou se vtáčet dovnitř a při chůzi křížit kolena přes sebe. Pokud vůbec chodí, je jejich chůze nemotorná, dolní končetiny jsou toporné a při chůzi se jim kolena navzájem dotýkají – takové chůzi se říká „nůžková“. Ke ztuhlosti svalů se někdy přidává třes.

Athetoidní nebo těž dyskinetická forma postihuje asi 10–20% dětí a je charakterizovaná mimovolnými pomalými kroutivými pohyby. Tyto abnormální pohyby postihují obvykle ruce, nohy, případně celé horní nebo dolní končetiny. V některých případech je postiženo svalstvo tváře a jazyka, což vede ke grimasování, žmoulavým pohybům úst, mlaskání apod. Ataktická forma (cerebelární nebo mozečková forma) je vzácná a postihuje především vnímání rovnováhy a tzv. hlubokou citlivost (propriocepci). Postižení mají často špatnou pohybovou koordinaci, jejich chůze je nestabilní, o široké bázi (připomíná opileckou chůzi), chodidla pokládají nezvykle daleko od sebe. Problémy nastávají při pokusu o rychlý a přesný pohyb, jako je např. psaní nebo zapínání knoflíků na oděvu. Může se objevovat také takzvaný intenzívní tremor, třes při úmyslném pohybu – například když se snaží uchopit hračku, ruka, kterou pro ni natahuje, se při cíleném pohybu roztřepe a třes se zvyrazňuje, jak se ruka přibližuje ke kýženému předmětu. Existují také smíšené formy DMO, při nichž se výše uvedené potíže kombinují.

Další skupinu tvoří děti s diagnózou progresivní svalové dystrofie (myopatie). Jedná se o degenerativní, progresivní onemocnění svalů, způsobené mutací genu kódujícího protein dystrofin. Toto onemocnění je typické postupným ochabováním kosterního svalstva. Dělí se na několik forem:

- a) Duchenneova svalová dystrofie (DMD),
- b) Beckerova svalová dystrofie (BMD).

Pro obě formy je charakteristické snížení svalové síly spojené s kolísáním velikosti svalových vláken, které se postupem času začínají přeměňovat na vazivovou a tukovou tkáň. U Duchenneova typu se děti rodí „zdravé“, jen jejich motorický vývoj bývá lehce opožděn. V období 1.–3. roku života se začínají projevit problémy s chůzí, u dětí předškolního věku jsou častější pády, problémy s chůzí do schodů, vstáváním ze země a během. V průběhu školního věku je pro ně charakteristická chůze po špičkách a zvětšování bederního zakřivení (lordóza). Vyskytují se problémy se zvedáním rukou nad hlavu a většina dětí ztrácí schopnost chůze během 7.–12. roku věku. Oslabení postihuje nejprve nohy, pánevní svalstvo, horní končetiny, krk a dýchací svaly. Beckerova svalová dystrofie je mírnější formou. První příznaky se objevují okolo 5. roku. Jedná se o křeče a svalové bolesti. Intelekt není většinou při této chorobě narušen.

Další diagnózou, která citelně ovlivňuje rozvoj hrubé motoriky, jsou rozštěpy páteře (meningomyelokéla). Meningomyelokéla je jednou z nejčastějších vrozených vad. Postihuje 0,2% narozených dětí. Patří do skupiny defektů vývoje neurální trubice. K tomuto postižení dochází přibližně 29. den těhotenství.

Rozštěpy páteře: okultní spina bifida – nevyžaduje chirurgický zákrok. U této formy je postižen jeden nebo více obratlů, mícha je nedotčena. Může se u populace vyskytovat, aniž by způsobovala nějaké komplikace a byla diagnostikována.

Meningokéla – vážnější forma, dochází k vyhrěznutí plen míšních skrze obratle ven z páteře a k vytvoření viditelného vaku (meningocela) naplněného mozkomíšním mokem. Mícha bývá nepoškozena, vzniklá porucha se řeší chirurgicky.

Meningomyelokéla – stav, kdy vyhřezává s plenami i samotná mícha. Útvar vytvořený na zádech dítěte může být překryt kůží nebo je obnažen. Meningomyelokéla je závažná hlavně z důvodu rizika poškození míchy pod místem vyhřeznutí a následného postižení inervace svalů. S meningomyelokélou je poměrně často spojený hydrocefalus. Jedná se o stav, kdy je narušen přirozený odtok mozkomíšního moku a hromadící kapalina začne utlačovat mozek. To vede k jeho vážnému poškození, někdy i k záchvatům, slepotě. Hydrocefalus se řeší chirurgickou cestou pomocí shuntu.

Amputace končetin přináší velký zásah do života člověka. Je to umělé oddělení části končetiny od trupu. K amputaci se přistupuje tehdy, pokud již není možné končetinu zachránit či vyléčit. Pro člověka je to nová, náročná situace, se kterou se musí vyrovnat. Amputace končetin lze rozdělit na amputaci horních a dolních končetin.

Další nepříjemnou diagnózou je SMA – spinální svalová atrofie. Toto onemocnění patří do skupiny dědičných progresivních onemocnění. Jedná se o onemocnění buněk předních rohů míšních. SMA postihuje příčně pruhované svaly (svaly ovládané vřlí), pomocí kterých ležeme, chodíme, ovládáme hlavu a krk a polykáme. Typ I SMA bývá diagnostikován dříve (asi do 6. měsíce života) a má horší prognózu. Děti takto postižené se již v kojeneckém věku přestávají hýbat, projevuje se dechová nedostatečnost, přestávají polykat jídlo, tekutiny a sliny. Typ II SMA se většinou diagnostikuje do 2 let dítěte. Děti s touto diagnózou dovedou často sedět (musí být posazeny), obvykle se neprojevují problémy s přijímáním potravy a polykáním.

Můžeme se též setkat s dětmi, které trpí Perthesovou chorobou. Jedná se o onemocnění neznámého původu. Nejčastěji vzniká v kojeneckém věku, dále okolo 5. roku nebo i později. Zánětlivý proces napadá hlavici stehenní kosti, která ztrácí odolnost a bývá deformována nebo zmáčknuta. Zpočátku jsou pohyby lehce omezené, dítě si stěžuje na bolest v kyčli, kulhá, musí často odpočívat. Později přestává chodit. Nemoc se léčí v úplném klidu na lůžku.

Dále se setkáváme se skupinou dětí s vrozeným tělesným postižením (malformací). Může se jednat o děti s chybějícími končetinami (amelie) nebo s neúplně a nedokonale vyvinutými končetinami (dysmelie). Z hlediska výchovně-vzdělávacího i sociálního je horší, jsou-li postižené horní končetiny. Pokud dítěti chybí celá končetina, je důležité, co nejdříve opatřit protézu. Cílem léčebné rehabilitace je naučit postiženého samostatnosti.

Pracujeme i s dětmi, které prodělaly mozkové záněty. Mozkové záněty jsou většinou vyvolány viry nebo bakteriemi. Tato onemocnění probíhají většinou dvoufázově. Zpočátku se objeví horečky, bolesti hlavy, malátnost či nechutenství. Tyto příznaky po několika dnech odezní a nastává pocit úlevy, uzdravení. Pak přijde druhá fáze onemocnění – vysoké horečky, třesy, ochrnutí končetin, mozečkové poruchy, mimovolní pohyby.

Komplikované jsou i stavy po léčbě nádorů na mozku. Po úspěšné operaci a léčbě zůstávají většinou následky v pohybové oblasti. Setkáváme se i s dětmi po úrazech hlavy a páteře. Důsledkem úrazů mozku a míchy je někdy trvalá nebo dlouhodobá neschopnost pohybu dítěte.

2.3 Diagnostika, specifika diagnostiky u TP a diagnostické materiály

Úroveň hrubé motoriky posuzujeme částečně podle lékařských zpráv, ale hlavně ji sledujeme a hodnotíme na základě pozorování a přímé práce s dítětem a rozhovoru s rodiči. V lékařských zprávách najdeme též doporučení a případná omezení. Vývoj motorických dovedností u těžce postiženého jedince neprobíhá tak rychle jako u zdravé populace. Může však být zkomplikován či zastaven vrozenými vadami, úrazem nebo nemocí. Nesmíme zapomenout na to, že se s problémy a neúspěchy vyrovnává postižené dítě těžce. Diagnostika úrovně pohybových schopností dítěte je důležitá a souvisí s rozvojem komunikačních schopností, myšlením a lateralitou.

Diagnostika hrubé motoriky je pro speciálního pedagoga důležitá a zaměřuje se nejen na pohyb, ale i na posturu těla v různých polohách, zejména v sedu.

Polohování patří u těžce tělesně postižených mezi důležité edukační formy práce a je jednou ze základních rehabilitačních technik. Rozlišujeme tyto polohy:

- léčebně preventivní,
- vyšetřovací,
- aktivní,
- úlevovou.

Motorické projevy hodnotíme zpravidla těchto hledisek:

- vývoj – odpovídající věku, vývoj předčasný nebo vývoj opožděný,
- kvalita – přesnost a koordinace pohybů, postup a stabilita stoje, v sedu, v kleku,
- výkon – síla, rychlost, vytrvalost pohybů.

2.4 Vyjádření míry úbytku funkce (kvalitativní diagnostika)

Kvalifikovaný odhad sycený ze všech možných informačních zdrojů – anamnéza, dokumentace, pozorování, rozhovor, informace od učitelů, informace od rodinných příslušníků.

Sledovaná oblast motoriky je rozdělena do jednotlivých položek. Položky jsou řazeny chronologicky podle věku, ve kterém daná schopnost, dovednost obvykle dozrává. Stupeň rozvoje jednotlivých schopností a dovedností v oblasti hrubé motoriky sledujeme z hlediska zvládnutí:

K hodnocení úbytku funkce jemné motoriky lze využít čtyřstupňovou škálu:

- 0 – úbytek dovednosti 0%, žádná ztráta dovednosti, jedinec činnosti v oblasti jemné motoriky zvládá v normě,
 1 – úbytek dovednosti 25%, jedinec zvládá jen někdy bez dopomoci,
 2 – úbytek dovednosti 50%, jedinec zvládá činnosti s dopomocí,
 3 – úbytek dovednosti 75%, jedinec spolupracuje, činnosti naznačuje,
 4 – úbytek dovednosti 100%, jedinec činnosti nezvládá, je zcela závislý na dopomoci.

Diagnostika motorických schopností

Výrok sám vyjadřuje 0% úbytku funkce (normu).

Dovednosti	Zvládá samostatně ale ne vždy	Zvládá s pomocí	Naznačuje	Nezvládá
2, 3 až 4 roky				
Chytí a odhodí míč				
Jezdí na odrážedle				
Překročí překážku				
Zvládá nápodobu pohybů				
Zvedne předmět ze země				

Hodí a chytí míč oběma rukama				
Sed				
Posadí se sám				
Udrží se sám v sedu na zemi				
Sedí samostatně na židli s područkami				
Sedí ve speciální sedačce (kočárku)				
Sedí na běžné židli				
Chůze				
Pohybuje se lezením				
Chodí bez pádů, pohyby jsou koordinované				
Chodí samostatně v bezbariérovém prostředí				
Chodí v terénu na krátké vzdálenosti				
Přejde po lavičce				
Běhá bez pádů, pohyby jsou koordinované				
Schody				
Schody překonává lezením				
Jde do schodů samostatně				
Jde ze schodů samostatně				
Střídá nohy do schodů				
Střídá nohy ze schodů				
4, 5 až 6 let				
Zvládá samostatně pobyt ve vodě				
Chytí a odhodí míč				
Jezdí na kole				
Přeskočí překážku				
Zvládá nápodobu pohybů				
Běhá bez pádů, pohyby jsou koordinované				
Hodí a chytí míč				
Přejde po lavičce				
Sed				
Posadí se sám				
Postaví se ze sedu na zemi				
Udrží se sám v sedu na zemi				
Sedí samostatně na židličce				
Sedí ve speciální sedačce (kočárku)				
Sedí na běžné židli				
Chůze				
Překročí překážku				
Pohybuje se lezením				
Chodí samostatně v bezbariérovém prostředí				
Chodí samostatně v terénu				
Schody				
Schody překonává lezením				
Jde do schodů samostatně				
Jde ze schodů samostatně				
Střídá nohy do schodů				
Střídá nohy ze schodů				
6 až 7 let – předškolák				
Zvládá samostatně pobyt ve vodě				
Skáče na jedné noze				
Jezdí na kole				
Přeskočí překážku				
Zvládá nápodobu pohybů				
Běhá bez pádů, pohyby jsou koordinované				

Hodí a chytí míč				
Přejde po lavičce				
Sed				
Posadí se sám				
Udrží se sám v sedu na zemi				
Sedí samostatně na běžné židli				
Sedí ve speciální sedačce (kočárku)				
Postaví se samostatně ze židle				
Chůze				
Pohybuje se lezením				
Chodí bez pádů, pohyby jsou koordinované				
Chodí samostatně v bezbariérovém prostředí				
Chodí v terénu na krátké vzdálenosti				
Chodí samostatně v terénu i delší vzdálenosti				
Schody				
Schody překonává lezením				
Jde do schodů samostatně				
Jde ze schodů samostatně				
Střídá nohy do schodů				
Střídá nohy ze schodů				
6, 7 až 8 let – první ročník				
Supinace bez omezení				
Pronace bez omezení				
Zvládá samostatně pobyt ve vodě				
Chytí a odhodí míč				
Jezdí na kole				
Přeskočí překážku				
Zvládá nápodobu pohybů				
Běhá bez pádů, pohyby jsou koordinované				
Skáče na jedné noze				
Přejde po lavičce				
Sed				
Posadí se sám				
Udrží se sám v sedu na zemi				
Sedí samostatně na běžné židli				
Sedí ve speciální sedačce (vozíku)				
Postaví se sám ze sedu				
Chůze				
Pohybuje se lezením				
Překročí překážku (práh)				
Chodí bez pádů, pohyby jsou koordinované				
Chodí samostatně v bezbariérovém prostředí				
Chodí v terénu na krátké vzdálenosti				
Chodí samostatně v terénu i delší vzdálenosti				
Schody				
Schody překonává lezením				
Jde do schodů samostatně				
Jde ze schodů samostatně				
Střídá nohy do schodů				
8, 9 až 12 – 2. až 5. ročník				
Supinace bez omezení				
Pronace bez omezení				

Udrží se ve stoji				
Jezdí na kole				
Běhá bez pádu				
Hodí a chytí míč				
Přeskočí překážku				
Přejde po lavičce				
Plave				
Sed				
Posadí se sám				
Postaví se sám ze sedu				
Udrží se sám v sedu na zemi				
Sedí samostatně na běžné židli				
Sedí ve speciální sedačce (vozíku)				
Chůze				
Překročí práh (překážku)				
Chodí bez pádů, pohyby jsou koordinované				
Chodí samostatně v bezbariérovém prostředí				
Chodí v terénu na krátké vzdálenosti				
Chodí samostatně v terénu i delší vzdálenosti				
Schody				
Jde do schodů samostatně				
Jde ze schodů samostatně				
Střídá nohy do schodů				
12 až 15 let a víc				
Supinace bez omezení				
Pronace bez omezení				
Udrží se ve stoji				
Jezdí na kole				
Běhá bez pádu				
Hodí a chytí míč				
Přeskočí překážku				
Přejde po lavičce				
Plave				
Sed				
Posadí se sám				
Postaví se sám ze sedu				
Udrží se sám v sedu na zemi				
Sedí samostatně na židli				
Sedí ve speciální sedačce (na vozíku)				
Chůze				
Překročí práh (překážku)				
Chodí bez pádů, pohyby jsou koordinované				
Zvládá přesuny ze třídy do třídy (po budově)				
Chodí samostatně v bezbariérovém prostředí				
Chodí v terénu na krátké vzdálenosti				
Chodí samostatně v terénu i delší vzdálenosti				
Schody				
Jde do schodů samostatně				
Jde ze schodů samostatně				
Střídá nohy do schodů				
Střídá nohy ze schodů				

2.5 Náhradní formy lokomoce

Pohyb je velice důležitý pro každého jedince, ale pro dítě s tělesným postižením je mnohem důležitější než pro dítě zdravé. Při rozvoji a podpoře vycházíme z léčebné tělesné výchovy, na kterou navazuje nácvik vertikalizace a lokomoce. Při nácviku chůze se vždy vychází z dosaženého stupně vzpřimování a lokomoce. Používají se závěsná zařízení, klokánci, chodítka, kozičky i berle, které jsou dále doplněné podpůrnými ortézami a ortopedickou obuví. Dále lze využít pohyblivé chodníky a motomedy. O použití těchto pomůcek rozhoduje lékař.

U dítěte s poruchou hybnosti je důsledné používání ortopedických a jiných pomůcek mobility důležitým požadavkem zejména v počátečním období jeho výchovy. Každá pomůcka primární mobility je pro žáka s poruchou hybnosti prostředkem pohybu s nejvyšším stupněm nezávislosti i ve výchovně-vzdělávacím procesu. Berle, hole, chodítka, kozičky, lezítka umožňují samostatnou lokomoci jedinců s poruchou hybnosti na dolních končetinách. Nácvik chůze s těmito pomůckami zajišťuje léčebná rehabilitace. Pedagog podporuje samostatnou chůzi během výchovně-vzdělávacího procesu. A to i přesto, že je to velice obtížné a fyzicky vyčerpávající. Při chůzi s chodítky, berlemi nebo kozičkami se váha těla přenáší hlavně na horní končetiny. Ty mohou být po delší chůzi unavené. Často vznikají otlaky v podpaží nebo na ruku. Obava z pádu vede ke křečovitému držení pomůcek pro lokomoci a přenášení váhy těla při chůzi na horní končetiny. Tato skutečnost může zase zhoršovat jemnou motoriku rukou. Proto se nesmí zapomínat na častou pohybovou relaxaci. Invalidní vozík musí splňovat určité parametry. Mechanické manuální vozíky ovládají jejich uživatelé rukama. Vozíky se dělí na standardní (běžné) a speciální (hygienické a sportovní využití).

Elektrické vozíky pro děti, mládež i dospělé jsou ovládány pomocí joysticků. Joystick lze ovládat i alternativními metodami řízení – bradou, ústy, nohou. Pro řízení elektrického vozíku je třeba splnit tyto předpoklady:

- dobrý zrak,
- schopnost chápat a držet směr při orientaci v prostoru.

Vyjádření míry úbytku funkce

	Zvládá samostatně	Zvládá s pomocí	Naznačuje	Nezvládá
Protéza				
Berle				
Hole				
Chodítko				
Lezítko				
Vozík				
Elektrický vozík				

Literatura

ALLEN, E., K., MAROTZ, L. R. *Přehled vývoje dítěte od prenatálního období do 8 let*. Praha: Portál, 2002. ISBN 80-7178-614-4.

BACUS, A. *Vaše dítě ve věku od 3 do 6 let*. Praha: Portál 2004. ISBN 80-7254-730-5.

JANKOVSKÝ, J. *Ucelená rehabilitace dětí s tělesným a kombinovaným postižením*. Praha: 2006. ISBN 80-7254-730-5.

- KÁBELE, F., KOLLÁROVÁ E., KOČÍ J., KRACÍK, J. *Somatopedie*. Praha: Univerzita Karlova 1992. ISBN 80-7066-533-5.
- KRAUS, J., a kol. *Dětská mozková obrna*. Praha: Grada 2005. ISBN 80-247-1018-8.
- MONATOVÁ, L. *Speciální pedagogika*. Brno: Masarykova univerzita 1990. ISBN 80-210-0164-X.
- MÜLLER, O. *Dítě se speciálními vzdělávacími potřebami v běžné škole*. Olomouc: Univerzita Palackého 2004. ISBN 80-244-0231-9.
- NEWMAN, S. *Hry a činnosti pro vývoj dítěte s postižením*. Praha: Portál 2004. ISBN 80-7178-872-4.
- OPATŘILOVÁ, D. *Metody práce u jedinců s těžkým postižením a více vadami*. Brno: Masarykova univerzita 2005. ISBN 80-210-3819-5.
- OPATŘILOVÁ, D. *Pedagogická intervence v raném a předškolním věku u jedinců s dětskou mozkovou obrnou*. Brno: Masarykova univerzita, 2003. ISBN 80-210-3442-1.
- PIPEKOVÁ, J., a kol. *Kapitoly ze speciální pedagogiky*. Brno: Paido 1998. ISBN 80-85931-65-6.
- SASÍN, J., GAJOVÁ, B. *Speciální pedagogika somatopedická I*. Olomouc: Univerzita Palackého 1973.
- STRASSMEIER, W. *260 cvičení pro děti raného věku*. Praha: Portál 1996. ISBN 80-85282-87-9.
- SOBOTKOVÁ, D., DITTRICHOVÁ, J., a kol. *Narodilo se s problémy a co bude dál?* Praha: Grada 2003. ISBN 80-247-0398-x.
- VÁGNEROVÁ, M., STRNADOVÁ, I., KREJČOVÁ, L. *Náročné mateřství*. Praha, Univerzita Karlova 2009. ISBN 978-80-246-1616-2.
- WINDERS, P. *Rozvoj hrubé motoriky u dětí s Downovým syndromem*. České Budějovice: Jihočeská univerzita 2009. ISBN 978-80-794-168-0.

3 Jemná motorika

Monika Vejrochová

3.1 Deskripce domény

Jemnou motorikou se rozumí pohyby ruky, uchopování a manipulace s drobnými předměty. Je zajišťována malými svalovými skupinami.

3.2 Specifika domény u tělesného postižení

U dětí s DMO je z důvodu nedostatečné nervosvalové koordinace horních končetin potřeba vynaložit velké úsilí k zvládnutí prvků jemné motoriky. Charakteristická je v oblasti jemné motoriky neobratnost, nekoordinovanost pohybů, obtížná grafomotorika (psaní, kreslení), sebeobsluha a péče o vlastní tělo.

Nutné je zvolit vhodný systém rehabilitačních, reedukačních a kompenzačních opatření v závislosti na individuálních potřebách jedince.

3.3 Diagnostické nástroje a diferenciální diagnostika (silné a slabé stránky diagnostiky této domény)

Cílem diagnostického šetření je stanovit individuální aktuální úroveň jemné motoriky, ověřit funkčnost zjištěných schopností, připravenost dítěte kompenzovat svůj handicap a obstat v různých životních situacích. Sledujeme kvalitu, rozsah a schopnost využití motorických funkcí jemné motoriky. Při vývojovém vyšetření jemné motoriky v raném a předškolním věku lze využít metodické nástroje, např. vývojové archy Portage (Denní centrum Paprsek), vývojovou škálu Diagnostika a edukace dětí a žáků s těžkým zdravotním postižením (Hanák a kol., 2005), Gesellův test (Gesell, Amatruda, 1948), zkoušku Osertezkého (1997). Získávání dat při diagnostickém šetření probíhá v procesu spolupráce s dítětem, tzn. tělesně postižené dítě musí být motivováno, aby plnilo úkoly, a musí být přiměřeně svému věku informováno o účelu a výsledcích. Při diagnostickém šetření pronikají data a informace, které jsou získány na základě následujících postupů:

- pozorování,
- rozhovor a dotazování,
- analýza výkonu,
- testy.

Při použití kvalitativního přístupu není jasná hranice mezi psychologickým a speciálněpedagogickým vyšetřením a při zjišťování aktuální vývojové úrovně dítěte spolu oba odborníci těsně spolupracují. V rámci diagnostického vyšetření jedinců s vícenásobným postižením je nutné respektovat individuální přístup k dítěti. Dle možností konkrétního dítěte zařazujeme i další metody, např. orientační posouzení senzomotorických dovedností atd.

Nevýhodou používaných diagnostických standardizovaných testů je nemožnost zohledňovat odlišnosti vyplývající z postižení dítěte. Přizpůsobením testů potřebám jednotlivých dětí (ne diagnóz, protože např. u DMO se nenajdou dvě děti, jejichž obraz postižení by byl identický) dochází ke značnému zkreslení výsledků. Do interpretace vstupuje nejen zkušenost psychologa s použitou metodou, ale i znalost dítěte, povědomí o jeho možnostech i aktuálním stavu. Standardizované testy slouží při práci s dětmi s tělesným postižením spíše jako inspirace či určité vodítko. Kvalitativnímu přístupu v diagnostice lépe vyhovují vývojové škály než klasické normativní psychodiagnostické testy. Některá speciálněpedagogická centra (dále jen SPC) si vytvářejí vlastní strukturu a vlastní záznamové archy pro vyšetření úrovně jemné motoriky. Vytvoření vlastních záznamových archů je však značně náročné, jejich výsledky jsou vypovídající pouze pro pracovníky daného zařízení, nedaří se většinou ani implantovat takto vytvořené vyšetření z jednoho SPC do druhého. V našem prostředí při hodnocení jemné motoriky můžeme využít: **Vývojové škály** – Portage, Gesselova vývojová škála, Diagnostika a edukace žáků s těžkým zdravotním postižením.

V naší praxi jsou nejčastěji používanou metodou vývojové škály, které umožní zachytit aktuální úroveň tělesně postiženého dítěte, vyjádřit se k prognóze dalšího vývoje a doporučit vhodnou motivaci a stimulaci. V našich podmínkách jsou v raném a předškolním věku využívány vývojové archy Portage (Denní centrum Paprsek), vývojové škály publikace Diagnostika a edukace dětí a žáků s těžkým zdravotním postižením (Hanák a kol., 2005) a Gesselova vývojová škála, která je pro naše podmínky nejvhodnější. Pro jednotlivá věková období je stanoveno určité pořadí úkolů, při jejichž zadávání je důležitý plynulý přechod od jedné položky ke druhé. Vlastní vyšetření začínáme zpravidla na věkové úrovni odpovídající chronologickému věku, u postižených dětí podle předpokládané vývojové úrovně, doplněné úsudkem vytvořeným na základě výpovědi rodičů.

Níže uvedená vývojová škála je vytvořena z odborných materiálů a publikací – Grafomotorika pro děti předškolního věku (Looseová, Piekertová, Dienerová, 2001), Diagnostika a edukace dětí a žáků s těžkým zdravotním postižením (Hanák a kol., 2005), Diagnostika dítěte předškolního věku (Bednářová, Šmardová, 2007). Sledovaná oblast jemné motoriky je rozdělena do jednotlivých položek. Položky jsou řazeny chronologicky podle věku, ve kterém daná schopnost, dovednost obvykle dozrává. Stupeň rozvoje jednotlivých schopností a dovedností v oblasti jemné motoriky sledujeme na vývojové škále:

- zvládá pouze někdy – dítě po vysvětlení plní úkol, vykoná požadovanou činnost pouze někdy bez dopomoci,
- zvládá s pomocí, spolupracuje – dítě potřebuje opakované verbální vedení, event. další vysvětlení, delší zácvik, potřebuje dopomoc, větší podporu od dospělého při vykonání úkolu a činnosti, je navázána adekvátní kooperace,
- naznačuje – dítě daný úkol naznačuje, daná dovednost se vynořuje,
- nezvládá – dítě úkol, činnost nesplní ani s podporou, je nad jeho možnosti.

K jednotlivým stupňům a položkám rozvoje je vhodné zapisovat datum, postřehy a nápady, kterých si u dítěte při plnění úkolu všimneme. Je vhodné si poznamenat např. zaujetí úkolem, soustředění, potřebnou časovou dotaci apod. Získáme tak plastický, přehledný obraz o dítěti. U dětí s různým tělesným postižením je vývoj ryze individuální v závislosti na typu a stupni postižení, ale také na osobnosti dítěte, péči jeho prostředí, již realizované reedukaci a rehabilitaci. Vyvarujeme se jednoznačných, uspěchaných závěrů, nevyvozujeme závěry z jednorázové zkušenosti s dítětem. Dítě sledujeme v delším časovém horizontu.

3.4 Vyjádření míry úbytku funkce (kvalitativní diagnostika)

Kvalifikovaný sycený odhad úrovně jemné motoriky lze získat ze všech možných informačních zdrojů, především s využitím klinických metod:

- pozorování,
- rozhovor,
- informace učitelů,
- informace rodinných příslušníků,
- rozbor prací či analýza produktů vlastní činnosti dítěte,
- objektivní zkoušky,
- diagnostické nástroje.

K hodnocení úbytku funkce jemné motoriky lze využít čtyřstupňovou škálu:

- 0 – úbytek dovednosti 0 %, žádná ztráta dovednosti, jedinec činnosti v oblasti jemné motoriky zvládá v normě,
1 – úbytek dovednosti 25 %, jedinec zvládá činnosti oblasti jemné motoriky jen někdy bez dopomoci,
2 – úbytek dovednosti 50 %, jedinec zvládá činnosti v oblasti jemné motoriky s dopomocí,
3 – úbytek dovednosti 75 %, jedinec spolupracuje, činnosti v oblasti jemné motoriky naznačuje,
4 – úbytek dovednosti 100 %, jedinec činnosti v oblasti jemné motoriky nezvládá, je zcela závislý na dopomoci.

Diagnostika jemné motoriky

Výrok sám vyjadřuje 0 % úbytku funkce (tj. normu).

Popis dovednosti	Hodnocení			
	1	2	3	4
	Zvládá pouze někdy bez dopomoci	Zvládá s dopomocí	Naznačuje, spolupracuje	Nezvládá
2, 3, 4 roky				
Sevře ruku v pěst				
Roztáhne prsty				
Přendá předmět z jedné ruky do druhé				
Otevře dveře na kliku				
Využívá při práci spolupráci obou rukou				
Vyválí váleček z modelíny				
Navlékne korále na trn				
Odšroubuje víčko z krabičky či nádoby				
Zapichuje kolíky do perforované desky				
Postaví po předvedení komín z kostek				
Bez dopomoci nebo úpravy zvládá manipulační činnosti s většími předměty				
Je schopen koordinace oko – ruka				

4, 5 až 6 let				
Dotkne se palcem postupně všech prstů téže ruky				
Koordinace oko – ruka je funkční				
Stříhá nůžkami po čáře				
Vystřihne kruh				
Zvládá lepení				
Z modelíny tvoří kouli, válec, placku				
Na šroubek našroubuje maticku				
Navlékne korálky na volný návlek				
Přeloží list papíru				
Roztrhne papír				
Otáčí listy po jednom				
Využívá při práci spolupráci obou rukou				
Při manipulaci oběma rukama jsou pohyby koordinované				
Bez dopomoci nebo úpravy zvládá manipulační činnosti				
6 až 7 let – předškolák				
Dotkne se palcem postupně všech prstů téže ruky				
Koordinace oko – ruka je funkční				
Stříhá nůžkami po čáře				
Vystřihne kruh				
Při pracovních činnostech využívá adekvátně obě ruce				
Manipuluje s většími předměty				
Manipuluje s drobnými předměty				
Vymodeluje z modelíny požadovaný tvar				
Montuje, demontuje jednoduché předměty				
Bez dopomoci nebo úpravy zvládá manipulační činnosti				
Obsluhuje jednoduché přístroje denního použití (ovladač TV, hračky na baterie, domovní zvonek, budík aj.)				
6, 7 až 8 let – první ročník				
Flexe zápěstí je bez omezení				
Extenze zápěstí je bez omezení				
Při pracovních činnostech využívá adekvátně obě ruce				
Manipuluje s většími předměty				
Dotkne se bříškem každého prstu na ruce bříška palce				
Vymodeluje z modelíny požadovaný tvar				
Využívá při práci spolupráci obou rukou				
Bez dopomoci nebo úpravy zvládá manipulační činnosti				
Obsluhuje jednoduché přístroje denního použití (ovladač TV, hračky na baterie, telefon, domovní zvonek, budík aj.)				
8, 9 až 12 let – 2. až 5. ročník				
Flexe zápěstí je bez omezení				
Extenze zápěstí je bez omezení				

Při pracovních činnostech využívá adekvátně obě ruce				
Manipuluje s většími předměty				
Dotkne se bříškem každého prstu na ruce bříška palce				
Manipuluje s drobnými předměty				
Vymodeluje z modelíny kuličku				
Využívá při práci spolupráci obou rukou				
Bez dopomoci nebo úpravy zvládá manipulační činnosti				
Montuje, demotuje jednoduché předměty				
Obsluhuje jednoduché přístroje denního použití (ovladač TV, hračky na baterie, CD přehrávač, telefon, domovní zvonek, budík aj.)				
Ovládá obsluhu PC, dokáže pracovat s běžnou klávesnicí a myší				
Dokáže psát na běžné klávesnici počítače				
12–15 let a víc				
Flexe zápěstí je bez omezení				
Extenze zápěstí je bez omezení				
Při pracovních činnostech využívá adekvátně obě ruce				
Manipuluje s většími předměty				
Dotkne se bříškem každého prstu na ruce bříška palce				
Manipuluje s drobnými předměty				
Vymodeluje z modelíny kuličku				
Využívá při práci spolupráci obou rukou				
Bez dopomoci nebo úpravy zvládá manipulační činnosti				
Montuje, demotuje jednoduché předměty				
Obsluhuje jednoduché přístroje denního použití (ovladač TV, hračky na baterie, CD přehrávač, telefon, domovní zvonek, budík aj.)				
Ovládá obsluhu PC, dokáže pracovat s běžnou klávesnicí a myší				
Píše na PC				

4 Úchop

Monika Vejrochová

4.1 Deskripce domény

Úchop lze definovat jako „aktivní dotyk za spoluúčasti hmatu a dalších doplňujících složek“ (Květoňová-Švecová, 2004, s. 51). Cílem úchopu je potom udržet (fixovat) dotyčný uchopený předmět a posléze s ním také dále manipulovat.

Úchop lze diagnostikovat z hlediska fyzioterapeutického, ergoterapeutického nebo také speciálněpedagogického. Jednotná terminologie však není vymezena, tudíž různí autoři mají různá dělení úchopů. Úchopem se zabývají např. Zapletal (1992), Pfeiffer (1993) nebo Svobodová (2000).

Při hodnocení úchopu bychom měli především pozorovat, jak se ruka přibližuje nebo jaký je způsob uchopování předmětů (typ úchopu).

Popis statických typů úchopů:

1. úchop prstový, štipkový

Štipka je tvořena bříšky prstů – palce a ukazováku, které působí proti sobě.

Tento úchop lze diagnostikovat např. při práci s modelínou nebo při stínovém divadle. Prstový (štipkový) úchop je důležitý při dalším nácviku správného držení tužky.

2. úchop nehtový

Při tomto úchopu se nehet palce a ukazováku dotýká. Tento úchop je důležitý pro procvičování jemné motoriky ruky, pro sbírání drobných předmětů – například velmi drobných korálků.

3. úchop klíčový

Tento úchop je utvořen tlakem palce na radiální stranu ukazováku (ze strany) – strana ukazováku tvoří tzv. podložku (opozici pro tlak palce). Diagnostikovat se může například úchopem a používáním klíče (dítě zastrčí klíč do zámku a zámek odemkne). Úchop klíčový je důležitý pro nácvik správného držení tužky.

4. úchop špetkový

Jedná se o úchop třemi prsty – vytvoření špetkového pohybu palcem, ukazovákem a prostředníkem. Při diagnostikování používáme např. nácvik solení solí. Při špetkovém úchopu je klíčovým postavení palce a prostředníku – polštářek palce musí dosahovat k prvnímu článku prostředníku. Ukazovák má v tomto postavení pouze funkci přítlačnou.

5. úchop cigaretový

Je to úchop mezi ukazovák a prostředník (podobně jako u cigarety). Někteří používají tento úchop spíše jako odpočinkový při běžném psaní. Pro diagnostiku není příliš důležitý.

6. úchop válcový

Tento úchop je typický pro držení jakékoliv rukojeti. Při psaní s tímto úchopem by měla být pišící část na ulnární (malíkové) straně ruky, ruka je kolmo k podložce. U dětí s postižením může být toto jediný úchop, kterým jsou schopny psát nebo kreslit. Pohyb pak vychází z lokte nebo celé paže.

7. úchop dlaňový

Zde se jedná o uchopování různých předmětů do dlaně – např. míč, jablko, kostka.

Z ergoterapeutického hlediska (Pfeiffer, in Svobodová, 2000) se dělí úchopy dvojím způsobem.

První dělení je na:

a) statické – jde zde především o druhy úchopů:

- pinzetový – předmět je mezi bříškem ukazováku a palcem,
- nehtový – při sebrání drobného předmětu je použit nehet palce a ukazováku,
- klíčový – palec zde tlačí na radiální stranu ukazováku,
- tužkový – „tříprstový“ (tridigitální),
- klešťový – úchop má podobu kleští, používá se při úchopu většího a těžšího předmětu,
- cigaretový – předmět je uchopen jako cigareta – mezi ukazovák a třetí prst,
- válcový – je podobný sevření rukojeti (např. řídítek u tříkolky),
- dlaňový – sevření například kulatých předmětů (míčku, jablka...).

b) dynamické:

- jedná se o takové úchopy, kdy je ruka rozdělena na dva funkční celky – například při stříhání.

Druhé dělení je následující:

- úchop primární – dítě ho svede rukou bez pomoci,
- úchop sekundární – neboli náhradní (ne rukou, nýbrž bradou, nohou atd.),
- úchop terciární – jsou při něm použity různé technické pomůcky (dlahy, fixační pomůcky, protézy...).

Ze speciálněpedagogického hlediska (Svobodová, 2000) se úchopy rozdělují na:

- dlaňové – sem řadíme úchop ulnární (palec se úchopu neúčastní), radiální (palec je držen v opozici), válcový („rukojeťový“),
- prstové – prstový, špetka, štipka, klíčový, nehtový, cigaretový a tužkový.

Zapletal (1992) rozlišuje i nesprávné (atypické) úchopy:

- pěstičkové držení – ruka je v pěst, tužka je pod palcem o tuto pěst opřena,
- smyčcový úchop – tužka je držena stejně jako smyčec houslí,
- hrstičkový úchop – tužka je držena v hrstičce, což mnohdy může vypadat jako úchop normální, avšak pro děti je velmi únavný,
- kombinace výše uvedených bývá také dosti častá,
- úchop špetkový s vyšším palcem – úchop by byl správný – špetkou, avšak špatným je vysoký palec,
- úchop špetkový s přesahem palce přes ukazovák – zde právě může docházet k únavě ruky a hlavně jejich svalů,
- úchop hrstičkový s přesahem palce, posunem ukazováku nahoru,
- úchop hrstičkový s přesahem palce, posunem ukazováku i prostředníku nahoru,
- úchop s protaženou až topornou hrstičkou.

Dále také rozlišuje atypické polohování tužky:

- vařečkovité držení – tužka je téměř kolmá k podložce, prsty sestaveny špetky s vyšším palcem,
- americké držení – tužka sice držena ve špetce, ale je umístěna mezi ukazováčkem a prostředníkem (ne mezi ukazováčkem a palcem).

Opatřilová (2003) uvádí rozdělení úchopů podle Langmeiera (in Opatřilová, 2003, s. 31):

- pasivní dlaňový (ulnární),
- aktivní dlaňový,
- nůžkový,
- klešťový (spodní nebo svrchní).

Vývoj uchopování předmětů do 1. roku

Věk	Úchop
1.–6. měsíc	Ulnární dlaňový úchop
6.–7. měsíc	Radiální dlaňový úchop
8. měsíc	Prstový úchop radiální
8. měsíc	Nůžkový úchop
9.–10. měsíc	Spodní klešťový úchop
11. měsíc	Vrchní klešťový (pinzetový) úchop

Technika správného úchopu při psaní

Tužku drží tři mírně ohnuté prsty: palec, ukazovák a prostředník. Tužka leží na posledním článku prostředníku, palec přidrží tužku z levé strany a ukazovák shora. Zbylé dva prsty jsou mírně ohnuté do dlaně. Ruka se stýká s papírem prvními dvěma články malíku, po kterých se při psaní posunuje dál. Dítě drží tužku lehce tak, aby její horní konec mířil k pravému rameni

Úchop dítěte písíciho levou rukou je analogický, jen zrcadlově převrácený. Horní konec tužky směřuje k levému rameni.

Některé děti mají problémy osvojit si správný úchop a sklouzávají k úchopům nesprávným. Uvádíme zde nejčastější nesprávné úchopy:

- prsty jsou správně postavené, ale držení je příliš křečovitě, ukazovák moc prohnutý,
- „drápotivý úchop“: prsty nejsou správně postavené, tužku drží bříška všech tří prstů,
- palec přesahuje ukazovák, což vede ke snížení koordinace,
- posunutí palce a ukazováku – palec je výrazněji ohnutý, ukazovák natažený, prsty nejsou uvolněné,
- posunutí palce a ukazováku – palec je natažený, ukazovák výrazně pokrčený,
- malíček a ukazovák nejsou ohnuté do dlaně, ale vyčnívají směrem ven, což vede ke snížení plynulosti pohybu.

4.2 Specifika domény u osob s tělesným postižením

Poruchy hybnosti se dělí na různé druhy a typy, liší se také mírou postižení (v oblasti hrubé, jemné motoriky, motoriky mluvidel) a také, tím, zda je tělesný handicap doprovázený mentálním postižením či nikoli, případně o jaký stupeň mentálního postižení se jedná. Čím větší je pohybové postižení, tím větší jsou potíže v oblasti grafomotoriky – v kreslení a psaní. Vývoj jemné motoriky je většinou opožděn, je tedy na nižší úrovni, stejně jako rozvoj vnímání a utváření představ (které s vývojem motoriky souvisí).

Ke zvládnutí kresby musí děti vynaložit velké úsilí, a to zejména z důvodu nedostatečné nervosvalové koordinace horních končetin (Opatřilová, 2003, s. 45). U některých forem dětské mozkové obrny (dále jen DMO), např. hemiparéza, kvadruparéza, je motorika horních končetin zcela znemožněna a je nutno končetinu rozcvičit, poté použít různých druhů kompenzačních pomůcek (těžítka, násady...). **Zmíněné potíže ovlivňují úchop psacích, kreslicích potřeb a předmětů.** Tyto odlišnosti jsou patrné již na základních grafických dovednostech. Děti se k činnostem grafomotoriky i kresby dostávají po dlouhodobém úsilí. Pokud je pohyb rukou zcela znemožněn, je nutné podpořit vývoj grafomotoriky řadou cvičení postižených končetin při různých výtvarných aktivitách, hrách, ale i motivací pro určitou činnost. Pokud končetiny zcela chybí, je nutné vytvořit potřebnou náhradu – náhradní úchop tužky.

Opatřilová (2003) uvádí, že pro práci je lepší využít rozfázovanost činnosti do menších celků, pro dítě lépe zvládnutelných. Zamezí se tak zvýšené únavě, třesu končetiny apod. U dětí s DMO je důležitá také volba materiálu pro práci. Vhodné jsou velké plochy papíru (A3 a větší), prstové barvy, křídly, silné tužky nebo pastelky.

4.3 Diagnostické nástroje a diferenciální diagnostika (silné a slabé stránky diagnostiky této domény)

Hrubou motoriku, jemnou motoriku a grafomotoriku a úchop sledujeme v úzké součinnosti. Dané oblasti se vzájemně prolínají. Hlavními metodami je pozorování při manipulačních činnostech a grafické činnosti (malování, kreslení apod.).

Diagnostika úchopu vychází z charakteristiky toho kterého úchopu a z činností, ve kterých se tyto úchopy dají procvičovat. U dětí s tělesným postižením, zejm. u spastických a diskinetickým forem DMO, je nutné hodnotit i schopnost vědomého uvolnění úchopu. S věkem dítěte se rozvíjejí i grafomotorické dovednosti, úchop a tvarové variace kresleného předmětu. Výtvarný i grafomotorický projev dítěte závisí na jeho celkovém vývoji a jeho intelektuální vyspělosti.

Pro hodnocení úchopu u dítěte je vhodné sledovat taková kritéria, která přispějí k objektivnímu posouzení úrovně dané schopností.

Při hodnocení sledujeme:

- rozsah, kvalitu a schopnost využití motorických schopností,
- manipulaci s předměty (např. manipulace s předměty při vkládání do otvorů, prozkoumávání předmětu, manipulace se zvukovou hračkou – její zapnutí a vypnutí),
- koordinaci pohybů horních končetin (např. koordinace pohybu při přendávání předmětu z ruky do ruky),
- dominance horní končetiny – lateralita (vyhraněná, nevyhraněná),

- úchop psacích potřeb,
- způsob kresebního či psacího projevu.

Stupnice hodnocení úchopů:

- zvládá – dítě po vysvětlení správně zvládá daný úchop, vykoná požadovanou činnost, ale ještě ne vždy jistě,
- zvládá s pomocí, spolupracuje – dítě potřebuje opakované verbální vedení, event. další vysvětlení, delší zácvik, potřebuje dopomoc, větší podporu od dospělého při vykonání daného úchopu – úkolu a činnosti, je navázána adekvátní kooperace,
- naznačuje – dítě daný úchop naznačuje, daná dovednost se vynořuje,
- nezvládá – dítě daný úchop nezvládá, činnost nesplní ani s podporou, je nad jeho možnosti.

Při diagnostice dynamických úchopů se používá například modelování, stříhání a celková pohyblivost prstů.

Celková pohyblivost prstů se procvičuje na různých činnostech a cvicích s prsty – dotýkání prstů navzájem, přibližování a oddalování prstů, „dlouhý nos“, kreslení prstů do písku, roztáhnout a stáhnout prsty atd.

4.4 Vyjádření míry úbytku funkce (kvalitativní diagnostika)

Kvalifikovaný sycený odhad úrovně úchopu lze získat ze všech možných informačních zdrojů, především s využitím klinických metod:

- pozorování,
- rozhovor,
- objektivní zkoušky,
- diagnostické nástroje.

K hodnocení úbytku funkce úchopu lze využít čtyřstupňovou škálu:

0 – úbytek dovednosti 0%, žádná ztráta dovednosti, jedinec úchop zvládá v normě,

1 – úbytek dovednosti 25%, jedinec zvládá činnosti v oblasti úchopu jen někdy bez dopomoci,

2 – úbytek dovednosti 50%, jedinec zvládá činnosti v oblasti úchopu s dopomocí,

3 – úbytek dovednosti 75%, jedinec spolupracuje, činnosti v oblasti úchopu naznačuje,

4 – úbytek dovednosti 100%, jedinec činnosti v oblasti úchopu nezvládá, je zcela závislý na dopomoci.

Diagnostická škála úchopů v grafomotorice a jemné motorice

Výrok sám vyjadřuje 0% úbytku funkce (tj. normu).

Úchop	Diagnostická situace	Hodnocení				Poznámky
		1	2	3	4	
Popis úchopu	Pozorování	Zvládá pouze jen někdy bez dopomoci	Zvládá s dopomocí	Naznačuje, spolupracuje	Nezvládá	
Úchop dlaňový – uchopí dvě kostky jednou rukou						
Úchop válcový – míchá vařečkou (malíček je dole)						
Úchop prstový – uchopí předmět všemi prsty						
Úchop špetkový – uchopí předmět třemi prsty						
Úchop pinzetový – uchopí drobný předmět konečky dvou prstů						
Úchop klíčový – uchopí klíč vložený do zámku						
Úchop tužkový – drží správně tužku						

Literatura

- ALLEN, E., MAROTZ, L. R. *Přehled vývoje dítěte od prenatálního období do 8 let*. 1. vyd. Praha: Portál, 2002. 187 s. ISBN 80-7178-614-4.
- BEDNÁŘOVÁ, J., ŠMARDOVÁ, V. *Diagnostika dítěte předškolního věku. Co by mělo dítě umět ve věku od 3 do 6 let*. Brno: Computer Press, a. s., 2007. 212 s. ISBN 978-80-251-1829-0.
- JANKOVSKÝ, J. *Ucelená rehabilitace dětí s tělesným a kombinovaným postižením*. 1. vyd. Praha: Triton 2001. 158 s. ISBN 80-7254-792-7.
- JESENSKÝ, J. *Uvedení do rehabilitace zdravotně postižených*. 1. vyd. Praha: Karolinum, 1996. 159 s. ISBN 80-7066-941-1.
- KRAUS, J., a kol. *Dětská mozková obrna*. 1. vyd. Praha: Grada, 2005. 348 s. ISBN 80-247-1018-8.
- KURIC, J. *Ontogenetická psychologie*. Praha: SPN, 1986. 264 s.
- KVĚTOŇOVÁ-ŠVECOVÁ, L. *Edukace dětí se speciálními potřebami v raném a předškolním věku*. 1. vyd. Brno: Paido, 2004. 126 s. ISBN 80-7315-063-8.
- LANGMEIER, J., LANGMEIER, M., KREJČÍŘOVÁ, D. *Vývojová psychologie s úvodem do vývojové neurofyziologie*. 1. vyd. Praha: H&H 1998. 132 s. ISBN 80-8602-37-4.
- LOOSEOVÁ, A. C., PIEKERTOVÁ, N., DIENEROVÁ, G. *Grafomotorika pro děti předškolního věku*. 1. vyd. Praha: Portál, 2001. 166 s. ISBN 80-7178-540-7.

- OPATŘILOVÁ, D. *Pedagogická intervence v raném a předškolním věku u jedinců s dětskou mozkovou obrnou*. Brno: Pedagogická fakulta MU, 2003. 292 s. ISBN 80-210-3242-1.
- PŘINOSILOVÁ, D. *Výbrané okruhy speciálně pedagogické diagnostiky a její využití v praxi speciální pedagogiky*. 2. vyd. Brno: MU, 2004. 89 s. ISBN 80-210-3354-1.
- SVOBODOVÁ, J. *Metodika rozvoje grafomotoriky a počátečního psaní*. 2. vyd. Praha: IPPP, 2000. 34 s.
- SVOBODOVÁ, J. *Předškolní příprava dítěte s postižením hybnosti v SPC se zaměřením na rozvoj grafomotoriky*. 1. vyd. Brno: Pedagogická fakulta MU, 1997. 96 s. ISBN 80-210-1495-4.
- VÍTKOVÁ, M. *Somatopedické aspekty*. 1. vyd. Brno: Paido, 1999. 302 s. ISBN 80-85931-69-9.
- VÍTKOVÁ, M. *Integrativní speciální pedagogika. Integrace školní a sociální*. 2. vyd. Brno: Paido, 2004. 463 s. ISBN 80-7315-071-9.
- ZAPLETAL, M. *Úskalí grafomotorického vývoje u dětí školního a předškolního věku*. Služba škole Ústí nad Orlicí, 1992. Videonahrávka.

5 Grafomotorika

Monika Větrochová

5.1 Deskripce domény

Vývoj pohybových schopností se vyznačuje určitou posloupností a propojeností – hrubé motoriky, jemné motoriky, motoriky mluvidel, motoriky očních pohybů. Aby dítě mohlo kreslit a později psát, musí být schopno koordinace mezi okem a rukou (tj. vizuomotorické koordinace). Pokud je dítě nevyzrálé nebo přímo handicapované v oblasti pohybového vývoje či zrakového vnímání, odráží se to samozřejmě nepříznivě v jeho grafomotorických činnostech (kresba, psaní).

Termínem grafomotorika rozumíme tu část jemné motoriky a psychických funkcí, kterou potřebujeme při kreslení a psaní a jejíž stupeň vývoje významnou měrou poznamenává kresbu i písemný projev. Z psychických funkcí jsou to především: rozumové předpoklady, zrakové vnímání (diferenciace, analýza, syntéza), senzomotorická koordinace, prostorové vnímání, volní úsilí, pozornost (Bednářová, Šmardová, 2009).

5.2 Specifika domény u osob s tělesným postižením

V důsledku tělesného postižení dochází k omezení či znemožnění vykonávání činností souvisejících s grafomotorikou – s vlastním grafickým projevem psaní. Velmi důležité je dětem s tělesným postižením kompenzovat jejich omezení či znevýhodnění prostřednictvím kompenzačních pomůcek a ortopedické protetiky. Při výběru vhodné kompenzační pomůcky je nutná mezioborová spolupráce speciálního pedagoga s odborníky (pediatr, neurolog, ortoped, rehabilitační lékař, fyzioterapeut, ergoterapeut, psycholog) a rodiči. Výběr dané kompenzační pomůcky je vždy volen s ohledem na individuální možnosti a schopnosti dítěte.

5.3 Diagnostické nástroje a diferenciální diagnostika (silné a slabé stránky diagnostiky této domény)

Hrubou motoriku, jemnou motoriku a grafomotoriku sledujeme v úzké součinnosti. Dané oblasti se vzájemně prolínají. Sledujeme rozsah, kvalitu a schopnost využití motorických schopností a také momenty, které mají vliv. Zajímá nás především forma lokomoce, způsob sezení při cílené činnosti a při relaxaci, schopnost manipulace s předměty, úchop tužky a způsob kresebného či písemného projevu, podmínky pro optimální motorický výkon. Hlavními metodami je využití vývojových škál v raném a předškolním věku, např. vývojové archy projektu Portage (Denní centrum Paprsek), vývojové škály a záznamové archy z publikace Diagnostika a edukace dětí a žáků s těžkým zdravotním postižením (Hanák a kol., 2005). Některá speciálněpedagogická centra (dále jen SPC) si vytvářejí vlastní strukturu a záznamové archy speciálněpedagogického vyšetření oblasti grafomotoriky. Z této oblasti testování je úspěšný diagnostický kruh Co už umím (Svobodová, 1995), pomocí kterého lze posoudit dítě s těžším tělesným nebo kombinovaným postižením. Pro diagnostické šetření úrovně grafomotoriky a úchopu lze využít publikaci Metodika rozvoje grafomotoriky a počátečního psaní (Svobodová, 1998).

V současné době neexistuje obecně užívaná motorická zkouška, která by přinesla relevantní informační podklady pro speciálněpedagogické vyšetření a následné stanovení rozvoje této oblasti. Podobně by byl přínosný materiál pro hodnocení vývojové úrovně grafomotoriky.

V praxi některých SPC se osvědčilo vytváření vlastních struktur a vlastních záznamových archů pro vyšetření úrovně grafomotoriky. Z diagnostických nástrojů by bylo dobré rozšířit oblast testování motoriky jako takovou – zejména se zaměřením na praktické činnosti dítěte, viz níže Vývojová škála grafomotoriky.

V našem prostředí při hodnocení grafomotoriky můžeme využít:

Vývojové škály – Portage, Diagnostika a edukace žáků s těžkým zdravotním postižením.

Jiráskův orientační test školní zralosti

Jedná se o standardizovaný test, modifikaci Kernova testu. Při použití této metody je třeba dodržovat přesně standardní podmínky – záznamový arch, jednotné instrukce a vyhodnocení. Pro jednotlivé úlohy jsou přesně stanovená kritéria hodnocení, vycházející z poznatků vývojové psychologie a empirických zkušeností s hodnocením testů u předškolních dětí.

1. Test obkreslování

Test obkreslování patří do kategorie testů kresby podle předlohy, které slouží k hodnocení vizuální percepce, senzomotorické koordinace a jemné motoriky. Obsahuje 12 předloh, které má dítě obkreslovat.

2. Kresba

Kresba se používá pro posouzení vývojové úrovně dítěte, jeho inteligence. Poskytuje informace o úrovni jemné motoriky a grafomotoriky. Kresbu můžeme posuzovat z hlediska obsahového (obsahová pročleněnost, bohatost, námětová různorodost), tak i formálního (vedení čáry, její plynulost, jistota, přesnost, návaznost, kreslení podle předlohy). Dále nás zajímá raný vývoj dítěte, současná úroveň hrubé i jemné motoriky a řeči, laterálnost, úchop kreslicího náčiní, kdy dítě začalo kreslit, jeho motivace ke kreslení, časnost kreslení. Také je vhodné posoudit úroveň zrakového vnímání. Použití individuální i skupinové, předškolní a mladší školní věk.

Pro hodnocení vývoje grafomotorických schopností dítěte je vhodné sledovat taková kritéria, která přispějí k objektivnímu posouzení úrovně grafických schopností.

Při hodnocení sledujeme:

- faktory, které mají vliv na kvalitu výkonu jemné motoriky,
- způsob sezení při cílené činnosti a při relaxaci,
- vnější i vnitřní vlivy, které ovlivňují kvalitu výkonu grafomotoriky dítěte.

K posouzení předpokladů pro psaní a aktuální úroveň grafomotorických dovedností využíváme zejména diagnostickou metodu pozorování a analýzu spontánních produktů dítěte. Pro kvalitní diagnostiku úrovně grafomotorických schopností by mělo pozorování probíhat opakovaně. Speciální pedagog by měl dítě sledovat opakovaně v různých situacích při individuální i skupinové činnosti. Výsledkem je zjištění aktuální úrovně grafomotorických schopností dítěte, které je nezbytné pro vlastní psaní. Při objektivním posuzování aktuální úrovně grafomotorických schopností u dítěte lze využít tzv. vývojovou škálu grafomotorických schopností. Níže uvedená vývojová škála je vytvořena z odborných materiálů a publikací – Grafomotorika pro děti předškolního věku (Looseová, Piekertová, Dienerová, 2001), Diagnostika a edukace dětí a žáků s těžkým zdravotním postižením (Hanák a kol., 2005), Diagnostika dítěte předškolního věku (Bednářová, Šmardová, 2007). Sledovaná oblast grafomotoriky je rozdělena do jednotlivých položek. Položky jsou řazeny chronologicky podle věku, ve kterém daná schopnost, dovednost obvykle dozrává.

Stupeň rozvoje jednotlivých schopností a dovedností v oblasti grafomotoriky sledujeme na vývojové škále:

- zvládá pouze někdy – dítě po vysvětlení plní grafomotorický úkol, vykoná požadovanou činnost bez dopomoci pouze jen někdy,
- zvládá s pomocí, spolupracuje – dítě potřebuje opakované verbální vedení, event. další vysvětlení, delší zácvik, potřebuje dopomoc, větší podporu od dospělého při vykonání úkolu a činnosti, je navázána adekvátní kooperace,
- naznačuje – dítě daný úkol naznačuje, daná grafomotorická dovednost se vynořuje,
- nezvládá – dítě grafomotorický úkol, činnost nesplní ani s podporou, je nad jeho možnosti.

K jednotlivým stupňům a položkám rozvoje je vhodné zapisovat datum, postřehy a nápadnosti, kterých si u dítěte při plnění úkolu všimneme. Je vhodné si poznamenat např. zaujetí úkolem, soustředění, potřebnou časovou dotaci apod. Získáme tak plastický, přehledný obraz o dítěti. U dětí s různým tělesným postižením je vývoj ryze individuální v závislosti na typu a stupni postižení, ale také na osobnosti dítěte, péči jeho prostředí, již realizované reedukaci a rehabilitaci. Vyvarujeme se jednoznačných, uspěchaných závěrů, nevyvozujeme závěry z jednorázové zkušenosti s dítětem. Dítě sledujeme v delším časovém horizontu.

5.4 Vyjádření míry úbytku funkce (kvalitativní diagnostika)

Kvalifikovaný sycený odhad úrovně grafomotorických dovedností lze získat ze všech možných informačních zdrojů, především s využitím klinických metod:

- pozorování,
- rozhovor,
- informace učitelů,
- informace rodinných příslušníků,
- rozbor prací či analýza produktů vlastní činnosti dítěte,
- objektivní zkoušky,
- diagnostické nástroje.

K hodnocení úbytku funkce grafomotorických dovedností lze využít čtyřstupňovou škálu:

- 0 – úbytek dovednosti 0%, žádná ztráta dovednosti, jedinec grafomotorické činnosti zvládá v normě,
- 1 – úbytek dovednosti 25%, jedinec zvládá grafomotorické činnosti jen někdy bez dopomoci,
- 2 – úbytek dovednosti 50%, jedinec zvládá grafomotorické činnosti s dopomocí,
- 3 – úbytek dovednosti 75%, jedinec spolupracuje, grafomotorické činnosti naznačuje,
- 4 – úbytek dovednosti 100%, jedinec grafomotorické činnosti nezvládá, je zcela závislý na dopomoci.

Diagnostika grafomotorických schopností

Výrok sám vyjadřuje 0% úbytku funkce (tj. normu).

Věk	Grafomotorický vývoj Popis dovednosti	Hodnocení				Poznámky
		1 Zvládá pouze někdy bez dopomoci	2 Zvládá s dopomocí	3 Naznačuje, spolupracuje	4 Nezvládá	
	2, 3, 4 roky – před nástupem do MŠ					
	Izolovaně používá ukazováček při experimentaci (čárání do písku, prstové barvy)					
	S kreslicí kuličkou čmárá se záměrem					
	Obtiskuje prst namočený v barvě na papír					
	Obtiskuje dlaň namočenou v barvě na papír					
	Obtiskuje vlhkou houbu na tabuli (popř. i papír)					
	Čmárá vlhkou houbou po tabuli (popř. i po papíře)					
	K uchopení pastelky správně používá tři prsty					
	Pastelkou spontánně pohybuje po papíru					
	Čmárá se záměrem					
	4, 5 až 6 let					
	Při práci udrží tužku nebo pastelku (tužkový úchop)					
	Napodobí kreslení čar – svislá, vodorovná					
	Napodobí kreslení kruhu					
	Spojí dva body čarou					
	Napodobí kříž					
	Nakreslí sluníčko					
	Nakreslí jednodimenzionální postavu – hlava, tělo, ruce, nohy					
	Vybarví jednoduché tvary					
	Obtahuje jednoduché tvary					
	Má správné držení tužky					
	Nakreslí základní geometrické tvary podle vzoru					
	Na požádání nakreslí tvary (dům, sluníčko, geometrické tvary apod.)					
	Nakreslí dvojdimenzionální postavu s detailními částmi těla					
	Vybarvuje ohraničené či předkreslené tvary					
	Napodobuje grafický symbol zjednodušené oblouky nahoru					
	Napodobuje grafický symbol zjednodušené oblouky dolů					
	Napodobuje grafický symbol zjednodušené kličky dolů					

6 až 7 let – předškolák					
Má správné držení tužky					
Nakreslí základní geometrické tvary podle vzoru					
Nakreslí postavu s detailními částmi těla syntetickým způsobem					
Na požádání nakreslí tvary (dům, sluníčko, geometrické tvary apod.)					
Vybarvuje ohraničené či předkreslené tvary					
Podepíše se velkými tiskacími písmeny					
Píše některá písmena a číslice podle vzoru					
Kreslí s detaily oblíbené téma					
Napodobuje grafický symbol zjednodušené oblouky nahoru					
Napodobuje grafický symbol zjednodušené oblouky dolů					
Napodobuje grafický symbol zjednodušené klíčky dolů					
Napodobuje grafický symbol zjednodušené klíčky nahoru					
6, 7 až 8 let – první ročník					
Úchop tužky je správný a upevněný					
Nakreslí geometrické tvary					
Zvládá grafomotorické cviky					
K rýsování čar používá tužku a pravítko					
Kreslí s detaily					
Dodržuje liniaturu a velikost písma					
Píše správně tvary písmen a číslic					
Píše a spojuje písmena a slabiky (slova)					
Opisuje a přepisuje jednoduchý text (vzhledem k učivu)					
8, 9 až 12 let – 2. až 5. ročník					
Úchop tužky je správný a upevněný					
Překreslí podle vzoru rovinný obrazec do čtvercové sítě					
Píše správně tvary písmen a číslic podle normy psaní					
K rýsování používá tužku, pravítko a kružítko					
Kreslí s detaily					
Písmo je čitelné					
Píše slova a věty					
Opisuje a přepisuje text dle potřeby ve škole)					
12 až 15 let a víc					
Úchop tužky je správný a upevněný					
Překreslí podle vzoru rovinný obrazec do čtvercové sítě					
Písmo je zautomatizované					

	K rýsování používá tužku, pravítko a kružítko					
	Rýsuje podle požadavků vzdělávacího programu					
	Písmo je čitelné					
	Zvládá v tempu psát diktáty a zápisy					
	Opiše delší text					

Zhodnocení práce s kompenzačními pomůckami (amputace, malformace, SMA, myopatie, parézy i plegie)

Kompenzační pomůcky umožňují dětem s tělesným postižením provádět různé všední činnosti a kompenzují tak jejich omezení či znevýhodnění. Protetické pomůcky dítě užívá většinu dne při různých činnostech, kompenzační pomůcky se užívají jen při činnosti, k níž jsou určeny (např. pro oblast psaní držák úchopu, speciálně upravené násadky, ergonomicky tvarované psací či kreslicí potřeby aj.). Moderní medicína a rehabilitace využívá stále většího počtu různých pomůcek, od drobných předmětů přes speciální pomůcky pro tělesně postižené, složité elektronické přístroje, počítačové technologie až po architektonické řešení prostředí, ve kterém dítě žije a vzdělává se. Velký význam v oblasti kompenzace má počítačová technologie. Široký rozsah technologií je vhodný k podpoře dětí zejména v oblastech:

- komunikace (psaná forma, využití PC),
- edukace,
- mobility,
- socializace.

Pro oblast psaní má z kompenzačních pomůcek nezastupitelné místo počítač s příslušným programovým vybavením v kombinaci s výukovými programy a postupy. Počítačová technologie pomáhá tělesně postiženým dětem rozšířit si dovednost psát a vzdělávat se. Při používání a využívání počítačů u dětí s tělesným postižením je kladem důraz na fyzický přístup (např. adaptace klávesnice). Takovým vybavením mohou být speciální klávesnice s velkými klávesami nebo s redukováným počtem kláves, zvláštní polohovací zařízení nebo externí spínače připojované k počítači.

Vždy je nutné provést nácvik dítěte v používání kompenzační pomůcky. Na výběru dané kompenzační pomůcky se podílí tým odborníků s ohledem na míru a stupeň tělesného postižení u daného dítěte.

Pro zhodnocení práce s kompenzačními pomůckami lze využít níže uvedenou tabulku. Při hodnocení práce kompenzačními pomůckami hodnotíme motorické schopnosti pohybových vad – amputace, malformace, SMA, myopatie, parézy i plegie. Hodnotíme uvedené položky s využitím klinických metod:

- pozorování,
- rozhovor,
- informace učitelů,
- informace rodinných příslušníků,
- rozbor prací či analýza produktů vlastní činnosti dítěte.

Hodnocení práce motorických schopností s kompenzačními pomůckami

Pohybová vada	Popis dovednosti	Hodnocení práce motorických schopností s kompenzačními pomůckou				Poznámky
		1	2	3	4	
		Zvládá pouze někdy bez dopomoci	Zvládá s dopomocí	Naznačuje, spolupracuje	Nezvládá	
	Nácvik používání kompenzační pomůcky					
	Ovládnutí používání kompenzační pomůcky					
	Pohyblivost, pohyblivá koordinace					
	Manipulace s předměty					
	Hygiena a sebeobsluha					
	Kreslení					
	Malování					
	Stříhání					
	Pracovní činnosti					

Literatura

- ALLEN, E., MAROTZ, L. R. *Přehled vývoje dítěte od prenatálního období do 8 let*. 1. vyd. Praha: Portál, 2002. 187 s. ISBN 80-7178-614-4.
- BEDNÁŘOVÁ, J., ŠMARDOVÁ, V. *Diagnostika dítěte předškolního věku. Co by mělo dítě umět ve věku od 3 do 6 let*. 1. vyd. Brno: Computer Press, a. s., 2007. 212 s. ISBN 978-80-251-1829-0.
- HANÁK, P., a kol. *Diagnostika a edukace dětí a žáků s těžkým zdravotním postižením*. Praha: IPPP ČR, 2005. ISBN 80-86856-10-0.
- KUCHARSKÁ, A. *Obligatorní diagnózy a obligatorní diagnostika ve speciálně pedagogických centrech*. 1. vyd. Praha: IPPP ČR, 2007. 220 s. ISBN 978-80-86856-42-1.
- LIPNICKÁ, M. *Rozvoj grafomotoriky a podpora psaní*. 1. vyd. Praha: Portál, 2007. 62 s. ISBN 978-80-7367-244-7.
- LOOSEOVÁ, A. C., PIEKERTOVÁ, N., DIENEROVÁ, G. *Grafomotorika pro děti předškolního věku*. 1. vyd. Praha: Portál, 2001. 166 s. ISBN 80-7178-540-7.
- OPATŘILOVÁ, D. *Pedagogicko-psychologické poradenství a intervence v raném a předškolním věku u dětí se speciálními vzdělávacími potřebami*. 1. vyd. Brno: Masarykova univerzita, 2006. 292 s. ISBN 80-210-3977-9.
- Psychodiagnostika. Katalog 2009–2010*. Brno: Psychodiagnostika s. r. o., 2009.
- ŘÍČAN, P., KREJČÍŘOVÁ, D., a kol. *Dětská klinická psychologie*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, s. r. o., 1995. 398 s. ISBN 80-7169-168-2.
- SVOBODOVÁ, J. *Metodika rozvoje grafomotoriky a počátečního psaní*. Praha: IPPP ČR, 1998.
- VÁGNEROVÁ, M. *Vývojová psychologie*. 1. vyd. Praha: Portál, 2000. 522 s. ISBN 80-7178-308-0.
- VÍTKOVÁ, M. *Integrativní speciální pedagogika*. 2. vyd. Brno: Paido, 2004. 463 s. ISBN 80-7315-071-9.
- VÍTKOVÁ, M. *Somatopedické aspekty*. 2. vyd. Brno: Paido, 2006. 302 s. ISBN 80-7315-134-0.

6 Lateralita

Dana Moravcová

6.1 Deskripce domény (obecný popis domény)

Lateralita (lat. *latus*, *lateris* = strana, bok) je podle Akademického slovníku cizích slov (2001) přednostní užívání jednoho z párových orgánů smyslových nebo pohybových. Přírodním projevem lateralit je leváctví a praváctví. Laterální preference se váže na stranovou nesouměrnost hemisfér, která je prokazatelná od prenatálních stadií vývoje mozku a souvisí i s rozvojem řečových funkcí: naslouchání řeči u praváků aktivuje levou hemisféru, u leváků obě zhruba stejnou měrou (Koukolík 2000). V některých případech není dominance ruky v předškolním věku zřejmá a dítě používá střídavě obě ruce, což může působit potíže v nácviku psaní; tehdy se běžně používá termín nevyhraněná lateralita.

V literatuře zabývající se leváctvím (Sovák, 1985) autor rozlišuje následující typy podle původu lateralit:

- vrozené leváctví,
- přecvičované leváctví,
- leváctví z nutnosti (akt. častěji používáme termín vynucený – poúrazové stavy),
- patologické leváctví (např. při stavech po lehkých encefalitidách),
- vrozená obourukost,
- vrozené praváctví,
- praváctví z nutnosti,
- přecvičené praváctví (kdy výchovně hyperkorektní rodiče z obavy z přecvičování posilují levorukost při jakémkoli jejím náznaku).

6.2 Specifika domény u TP

U dětí s tělesným postižením se může lateralita vyvíjet odlišným způsobem v porovnání se zdravými jedinci. Tento rozdíl vyplývá z typu a rozsahu postižení, které bývá velmi často spojeno s poruchou motorických funkcí. V patologických případech (při poškození CNS, např. při DMO či poúrazových stavech) může dojít až ke změně lateralizace, kdy použití ruky nevychází z vrozeného základu dominance mozkových hemisfér, ale z rozsahu zachování funkčnosti končetiny – jedná se pak o lateralitu tzv. vynucenou; poměr aktivity rukou zůstává shodný.

6.3 Diagnostika, specifika diagnostiky u TP, diagnostické materiály

Základním diagnostickým prostředkem je kromě anamnézy, rozboru produktů dítěte a pozorování, kdy sledujeme preferenci ruky klienta v běžných činnostech, osvědčená a v českých podmínkách nejužívanější Zkouška lateralit Matějčka a Žlaba z roku 1972. Tento test doporučují k posouzení funkčního stavu dětí s neurologickým postižením typu DMO i autoři Dětské klinické psychologie (Říčan, Krejčířová a kol., 2006). Víc než kde jinde je provádění zkoušky spojeno zároveň se sledováním a posuzováním kvality motoriky.

- **Pozorování**

Dítě pozorujeme v různých činnostech a sledujeme poměr aktivity rukou, zároveň sledujeme i vývojové hledisko (s ohledem na kvalitu zvládnutí prováděných úkonů). Vnímáme gestikulaci dítěte, u nejmenších dětí sledujeme uchopování a držení předmětů, provádění dětských hříček, mávání, házení míčkem, držení lžice, používání tužky, stavění věže z kostek, otáčení listů v knížce, sestavování mozaiky nebo puzzle, postupně můžeme přidávat např. zalévání květin, stříhání, natahování budíku, obkreslování, vymalovávání, zamíchání čaje.

- **Anamnestické údaje**

V osobní anamnéze získáme rozhovorem s rodiči údaje o vývoji lateralit dítěte a o jeho laterální preferenci v různých činnostech. Zejména při podezření na vynucenou lateralitu vycházíme v diagnostice z širších anamnestických údajů... Při zjišťování genotypu se ptáme na preferenci ruky v širší rodině (rodová anamnéza) – i tyto údaje však mohou být mnohdy jen orientačním vodítkem (viz výše: procentuální pravděpodobnost výskytu leváctví).

- **Analýza produktů**

Vhodné jsou veškeré grafické materiály dítěte: kresby, školní práce, sešity, poznámky, deníky. U některých typů onemocnění můžeme porovnat aktuální výkony s premorbidními a vycházíme z nich i při doporučení pro učitele a při sestavování individuálního vzdělávacího plánu.

- **Zkouška lateralit**

U nás nejoblíbenější zkouška lateralit je podle jejích autorů určena pro použití psychology, speciálními pedagogy, učiteli, lékaři a dalšími pracovníky. Další informace jsou součástí manuálu, proto není potřeba je dále rozvádět.

Tuto zkoušku můžeme v praxi modifikovat s ohledem na rozsah zdravotního postižení dítěte, např. u dětí s DMO jsou některé úkoly jen těžce zvládnutelné. Jako náhradní úkoly lze použít např. zmáčknutí tlačítka na bzučáku, plácnutí do druhé ruky, šroubování víčka lahve, navíjení vlny na klubko, dítě může předvést, jak se češe, jak si čistí zuby. Zároveň lze při nejasné či nevyhraněné lateralitě test doplnit – je-li to z hlediska hybnosti horních končetin dítěte možné a vhodné – kresbou jednoduchých obrázků levou i pravou rukou. Často tak můžeme získat cenný materiál směřující k rozhodnutí o vhodnosti preference určité ruky pro psaní.

6.4 Vyjádření míry úbytku funkce (kvalitativní diagnostika)

Při definování výroků a jejich kvantifikátorů v oblasti lateralit vycházíme ze skutečnosti, že odchylkou je pouze vynucená a přecvičovaná lateralita a vše ostatní je norma. Jako podklad k určení lateralit používáme, jak je výše uvedeno, materiály získané pozorováním, rozhovorem, rozborem prací i objektivními zkouškami. U tělesných postižení víc než u jiných platí, že se kvalita dalších funkcí neváže pouze a zásadně na lateralitu, ale je výslednicí dalších vlivů, tzn. i při zachované původní lateralitě mohou být ostatní výkony těžce poškozené a naopak.

Čtyřstupňová škála úbytku funkce by se měla propojit s jejím dopadem na ostatní funkce:

0 – jakýkoli typ lateralit kromě vynucené a přecvičené;

1 – vynucená či přecvičená lateralita se žádným nebo minimálním dopadem na kvalitu dalších funkcí (dítě zvládlo vynucení či přecvičení lateralit bez obtíží; obtíže nejsou patrné či se vyskytují jen v dílčích oblastech, např. jako zrcadlové zápisy některých prvků);

- 2 – vynucená či přecvičená lateralita se středním dopadem na kvalitu dalších funkcí (dítě zvládlo změnu či přecvičení laterality s obtížemi, které ho znevýhodňují v oblasti řeči, percepce aj., dokáže se s nimi vyrovnat a při terapeutickém vedení je částečně korigovat);
- 3 – vynucená či přecvičená lateralita s těžkým dopadem na kvalitu dalších funkcí (dítě má závažné obtíže v oblasti řeči, motoriky, percepce, v sociální oblasti, i při terapeutickém vedení se následky změny laterality těžce korigují);
- 4 – vynucená či přecvičená lateralita s komplexním dopadem na kvalitu dalších funkcí (těžce postiženo je vnímání, motorika, řečové funkce i obraz osobnosti, smysl kompenzačního využití je sporný).

Literatura

Akademický slovník cizích slov. Praha: Academia, 2000. ISBN 80-200-0607-9.

KOUKOLÍK, F. *Lidský mozek*. Praha: Portál, 2000. ISBN 80-7178-379-X.

MATĚJČEK, Z. *Dyslexie – specifické poruchy čtení*. Jinočany: H&H, 1995. ISBN 80-85787-27-X.

MATĚJČEK, Z., ŽLAB, Z. *Zkouška laterality*. Praha: Psychodiagnostické a didaktické testy, 1972.

POKORNÁ, V. *Teorie, diagnostika a náprava specifických poruch učení*. Praha: Portál, 1997. ISBN 80-7178-135-5.

ŘÍČAN, P., KREJČÍŘOVÁ, D., a kol. *Dětská klinická psychologie*. Praha: Grada, 2006. ISBN 80-247-1049-8.

SOVÁK, M. *Výchova leváka v rodině*. Praha: SPN, 1985.

7 Komunikace

Kamila Červinková

7.1 Deskripce domény

Komunikace člověka je aktivitou, kterou se projevuje v průběhu celého života. Člověk komunikuje už svou existencí, svojí vlastní podstatou, tím, že je. Každé chování v interakční situaci má význam oznámení a je nemožné přitom se nijak „nechovat“ (Watzlawick, 1999). Je tedy zajímavým, ale jen zdánlivým paradoxem, že i nemluvící člověk komunikuje.

Způsoby komunikace můžeme rozdělit podle toho, jaké významné znaky v ní převládají. Podle převahy slovních nebo mimoslovních prostředků dorozumívání ji můžeme klasicky dělit na **verbální a neverbální**.

Neverbální komunikace slouží k navozování, případně vyjadřování mezilidských vztahů. Neverbální komunikace je především nástrojem sdělování emocí. K mimoslovním způsobům dorozumívání řadíme:

- **gestiku**, kulturně stanovené pohyby a polohy, např. kývnutí hlavou na souhlas,
- **mimiku**, vyjadřování citů a emocionálních stavů výrazy tváře,
- **haptiku**, komunikaci bezprostředním tělesným kontaktem, např. pohlazení,
- **kinestetiku**, mimovolní pohyby rukou, nohou, hlavy, těla,
- **pohledy**, řeč očí,
- **posturiku**, sdělení prostřednictvím postoje, konfigurace jednotlivých částí těla,
- **proxemiku**, fyzické přibližování nebo vzdalování v horizontální, příp. vertikální rovině,
- **paralingvistiku**, složku hlasového projevu, která je mimoslovní a umožňuje nám záměrně manipulovat hlasem. Nelze ji zaznamenat písemně. V praxi se jedná o změny hlasitosti, plynulosti, tempa a členění řeči.

Verbální komunikace zahrnuje všechny komunikační procesy, které jsou vykonávány mluvenou nebo psanou řečí. Uplatňuje se při ní především obsahová stránka sdělení.

Řeč je jedna z výlučně lidských schopností, která není vrozená. Na svět si však přinášíme vrozené dispozice, které se rozvíjejí v řečovém kontaktu s mluvícím okolím.

Schopnost řečové komunikace patří v rámci ontogeneze člověka k těm, které mají nejprudší průběh. Na řeči se podílí složka **receptivní** (schopnost přijímat, zpracovat, zapamatovat si a vybavit dané informace), **centrální** (schopnost chápat, vyhodnotit informace, rozhodnout o způsobu reakce) a složka **expresivní** (schopnost vydávat signály – jde o řeč mluvenou, verbální). Přestože se komunikační schopnost člověka vyvíjí a zdokonaluje po celý život, nejdůležitějším je období asi do 6. roku věku.

Obecně platí, že na vývoji řeči dítěte se podílejí vnitřní a vnější faktory. Vnitřní faktory jsou dány stavem organismu daného jedince, např. úroveň intelektu, závažností postižení CNS, stavem smyslových analyzátorů nebo funkčností orofaciální motoriky. Vnější faktory plynou z prostředí, které daného jedince obklopuje, např. výchovný styl rodiny nebo podnětnost prostředí.

To je vývojová psychologie.

Pro orientační posouzení úrovně vývoje řeči můžeme použít následující schéma.

Období pragmatizace (0–1. rok)	0 3. týden 6. týden 2.–3. měs. 3. měsíc 3.–4. měs. 4.–5. měs. 6.–8. měs. 10. měsíc	Reflexní křik Reakce sacími pohyby na hlas matky Emocionální křik Reakce úsměvem na úsměv Komunikační křik (křik jako přivolávání), pudové žvatláni (babbling), broukání – prefonémy Odpovídání broukáním na promlouvání matky, dítě začíná očima, hledat zdroj zvuku Reakce na zvukové zabarvení hlasu (zejména matky) Napodobující žvatláni (lalling) – fonémy „Rozumění“ řeči – správná, obvykle motorická reakce na pokyny, instrukce, zákazy apod., experimentování se zvuky
Období sémantizace (1.–2. rok)	1. rok 1.–1,5. rok 1,5.–2. rok	Jednoslovné věty s různou intonací v závislosti na emocionálně-volním záměru často tvořené duplikací jednoduchých slabik, dítě na požádání ukáže, kde má některé části těla Určitým hláskám dává komunikativní funkci, výrazné zapojení prozodických faktorů řeči, ještě stále má mimořádný význam neverbálně-předverbální forma komunikace Dítě objevuje mluvení jako činnost, hraje si slovy, první věk otázek (kdo je to? co je to?) – substanční věk, věty tvořené dvěma slovy telegrafickým stylem, polovinu verbální produkce tvoří podstatná jména, dítě zná kolem 200 slov, ukáže některé části těla i na své panence
Období lexemizace (2.–3. rok)	2.–2,5. rok 2,5.–3. rok	Dítě začíná pozvolna ohýbat slova, vnímá a diferencuje distinktivní znaky některých fonémů z hlediska znělosti (b–p), způsobu artikulace (k–o) a místa artikulace (f–g), upřednostňuje už verbální formu komunikace, na konci tohoto období začíná tvořit i víceslovné věty, při komunikačním neúspěchu je frustrované (jestliže mu blízké osoby nerozumějí nebo nemají čas na komunikaci s ním) Obvykle už dovede říci své jméno a příjmení, chápe pojmy „já–moje“ a rozdíl „malý–velký“, ovládá výslovnost přibližně 2/3 samostatných souhlásek, dokáže pochopit svou úlohu komunikačního partnera a reagovat v ní specificky podle konkrétní situace, chápe pojmenování časových pojmů den–noc, zná přibližně 1 000 slov
Období gramatizace (3.–4. rok)	3.–3,5. rok 3,5–4. rok	Dítě dokáže říci jména svých sourozenců, výrazný kvalitativní pokrok – chápání obsahu slov, tvorba vyšších pojmů je často spojena s tzv. fyziologickými těžkostmi v řeči, druhý rok otázek proč, příp. kdy, tvorba souvětí Markantní zkvalitnění morfologicko-syntaktické jazykové roviny, na konci tohoto období se už obvykle nevyskytují nápadné dysgramatismy, tvorba antonym, reprodukce krátké básničky, ovládnutí 80 % konsonantů, schopnost nejen navázat konverzaci, ale i úsilí udržovat ji
Období intelektualizace (po 4. rok)	4.–5. rok 5.–6. rok po 6. rok	Verbální projevy by měly být z gramatického hlediska správně, přesnější identifikace barev, ovládnutí 1 500–2 000 slov, pro foneticko-fonologickou rovinu je charakteristické přetrvávání nesprávné výslovnosti tzv. těžkých hlásek, v řeči se obvykle vyskytují všechny slovní druhy Verbální projev se ve všech jazykových rovinách čím dál tím víc přibližuje řeči dospělých, dítě dokáže přijatelně vysvětlit, k čemu se používají předměty denní potřeby, správně a ve správném pořadí realizuje i poměrně dlouhé a komplikované příkazy, vypráví souvisle a spontánně o různých událostech, reprodukuje i poměrně dlouhou větu, výslovnost by měla být správná, ale může ještě jít o tzv. fyziologickou dyslalii, koncem předškolního věku zná asi 2 500–3 000 slov Běžná konverzační řeč, v dalším vývoji zkvalitňována, schopnost komunikovat – dítě ví, co se sluší, osvojování grafické podoby řeči – čtení, psaní, později cizích jazyků

Při charakteristice ontogeneze řeči je nutné také vycházet z hlediska jednotlivých **jazykových rovin**. V řeči rozlišujeme čtyři jazykové roviny: lexikálně-sémantickou, foneticko-fonologickou, morfologicko-syntaktickou a pragmatickou.

- **Rovina foneticko-fonologická**

Foneticko-fonologická rovina se zabývá sluchovým rozlišováním hlásek a jejich výslovností. Můžeme ji zkoumat ze všech jazykových rovin nejdříve, již v období po 7. týdnu života. Důležitým momentem pro fonetickou oblast je přechod od pudového žvatlání ke žvatlání napodobivému. S tímto obdobím, tj. kolem 8. měsíce života, je obecně spojován začátek výslovnosti mateřského jazyka.

- **Rovina lexikálně-sémantická**

Tato rovina se zabývá aktivní i pasivní slovní zásobou. Okolo 10 měsíců již můžeme u dítěte pozorovat počátky rozvoje pasivní slovní zásoby, kdy můžeme začít hovořit o tom, že dítě začíná „rozumět“ řeči. Kolem 12 měsíců můžeme pozorovat i rozvoj aktivní slovní zásoby. Dítě začíná používat první slova. Stále ale je řeč dítěte hlavně na úrovni pohledů, pláče, mimiky a pohybů celého těla (Klenková, 2006).

Typickým jevem doprovázejícím vývoj dětské řeči je výskyt dětských neologismů. Vznikají analogicky nebo spojením slovních kombinací. Ve vývoji řeči rozeznáváme dvě období otázek: první období otázek se objevuje kolem 1,5 roku a jde o otázky typu „Co je to?“, případně „Kdo je to?“. Druhé období nastupuje kolem 3,5 roku a typickými otázkami jsou otázky „Proč?“, případně „Kdy?“. Klenková (2000) uvádí dle různých výzkumů, že v jednom roce dítě umí průměrně 5–7 slov, ve třech letech je jich kolem 1 000 a v šesti letech používá dítě průměrně kolem 2 500–3 000 slov.

- **Rovina morfologicko-syntaktická**

Tato rovina řeči zahrnuje uplatňování gramatických pravidel v mluvním projevu, gramaticky správnou výslovnost slov, vět, slovosledu, rodu, čísla a pádu (Dvořák, 1998). Tuto jazykovou rovinu zkoumáme až v době okolo jednoho roku, kdy začíná vlastní vývoj řeči dítěte. Odráží celkovou úroveň psychického vývoje dítěte.

- **Rovina pragmatická**

Od 90. let se v naší logopedii objevuje termín pragmatická rovina. Sleduje praktické užívání řečových dovedností. Lechta (1989) tuto rovinu charakterizuje jako rovinu sociální aplikace komunikační schopnosti. Již dvou- až tříleté dítě dokáže pochopit svoji roli komunikačního partnera a reagovat v ní podle dané situace. Po 3. roce je u něj patrná snaha komunikovat a navazovat rozhovor s dospělými ze svého okolí. Postupem času dítě dokáže stále přiměřeněji komunikovat v různých situacích, což souvisí s celkovou intelektualizací řeči. Jak uvádí Michálková (2003), teprve kolem 7. roku se dítě postupně učí chápat různé druhy řečového projevu v závislosti na situaci (příkaz, prosba, žádost, slib...). Součástí ontogenetického vývoje je také osvojování komunikačních norem a jejich užívání v běžném životě.

Působí-li některá jazyková rovina, případně několik rovin současně rušivě vzhledem ke komunikačnímu záměru, hovoříme o narušené komunikační schopnosti jedince. Z toho vyplývá, že deficity se mohou projevit v rovině morfologicko-syntaktické, lexikálně-sémantické, foneticko-fonologické a pragmatické. Narušená komunikační schopnost se nemusí týkat pouze verbálních projevů, ale velmi často se projeví i v grafické podobě řeči, promítá se do oblastí symbolických a nesymbolických procesů, přičemž se projevuje ve zvukové i nezvukové dimenzi.

Narušení komunikační schopnosti z časového hlediska může být přechodného nebo trvalého charakteru. Z hlediska stupně narušení může být úplné nebo částečné – parciální. Jedinec s narušenou komunikační schopností si své narušení může uvědomovat, ale také nemusí.

Narušená komunikační schopnost jedince má více dimenzí, a proto je potřeba na ni nahlížet z několika hledisek, mezi nejfrekventovanější řadí Lechta (2003) tyto:

- jazykovědné hledisko (narušení v jazykových rovinách),
- hledisko formy interindividuální komunikace (narušení verbálních – neverbálních projevů),
- hledisko průběhu komunikačního procesu (narušení expresivní – receptivní složky řeči).

Narušená komunikační schopnost obecně může v celkovém klinickém obraze jedince dominovat, ale může být i symptomem jiného dominujícího postižení, příp. onemocnění nebo poruchy.

7.2 Specifika domény u TP a ZZ (zdravotně znevýhodněných)

Organické poškození centrální nervové soustavy v raném věku, kdy příčinou může být dětská mozková obrna (DMO), následky nádorových, infekčních a degenerativních onemocnění mozku, traumatické poškození mozku úrazem apod., bývá u dětí často spojeno se vznikem poruchy řečové komunikace.

Téměř tři čtvrtiny dětí s cerebrálními poruchami hybnosti mají těžkosti v řeči rozličného stupně, od lehkých poruch artikulace až po úplnou neschopnost artikulovat.

Příčiny poruch řeči u dětí s poškozením CNS lze spatřovat podle v poruše centrálních řečových oblastí v mozku, ve snížených rozumových schopnostech jedince, v poruchách hybnosti mluvních orgánů a v poruchách sluchu. U dětí s poškozením CNS se prakticky mohou vyskytovat všechny vady řeči. Pro naše potřeby se zaměříme na zpracování řečové problematiky, která přímo nebo nepřímo vychází z diagnózy dětské mozkové obrny, a tím vykazuje jistá specifika. Tyto specifika rozděluje Wellnitz (in Vítková, 2006) do tří skupin:

1. **symptomatické poruchy řeči** – vznikající jako symptom tělesného postižení, tzv. je postižena nejen hrubá motorika, ale také motorika řeči (např. dysartrie, popř. anartrie),
2. poruchy řeči vznikající v důsledku **nepřímého působení tělesného poškození**, tzn. že motoricky podmíněný deficit zkušeností může postihnout také řeč (např. poruchy porozumění řeči, malá slovní zásoba, opožděný vývoj řeči apod.),
3. poruchy řeči vznikající v důsledku **sociálních podmínek tělesně postiženého dítěte**, tzv. že je postižena sociálně komunikační oblast (např. malá potřeba komunikovat, nedostatečné vytvoření komunikačního prostředí).

Etiologie poruch komunikačních schopností u dětí s poškozením CNS je velice složitá a podle Lechty (in Klenková, 2000) existují tři možnosti vzniku této narušené komunikační schopnosti, tzv. **symptomatické poruchy řeči**:

- primární příčina způsobí např. dominantní postižení DMO s její typickou symptomatickou poruchou řeči – dysartrií, příp. anartrií,
- primární příčina způsobí např. dominantní postižení DMO a současně i paralelní postižení (např. mentální retardaci), přičemž se obě postižení projeví na komunikaci,
- dvě nebo více primárních příčin, např. DMO jako dominantní postižení a nevhodný výchovný přístup jako příčina paralelního postižení, výsledně se obě linie setkávají a vzniká narušená komunikační schopnost.

Vývoj řeči u dětí s postižením CNS závisí zejména na postižení motorických drah, na celkovém tělesném stavu, na úrovni IQ a podnětnosti okolního prostředí a determinuje jej případný výskyt dalších poškození, např. poruchy sluchu nebo epilepsie.

Z přehledu fyziologického vývoje řeči dítěte můžeme vidět podstatu poruch řeči a příčiny obtíží u dětí s poškozením CNS, kdy jsou tyto poruchy v podstatě poruchami hybnosti mluvních orgánů, tj. svalstva dýchacího, hlasového, rezonančního a artikulačního.

Vliv těchto poruch je natolik velký, že odchylky ve vývoji řeči můžeme zaznamenat již v předřečovém období. Je potřebné zdůraznit fakt, že tyto děti mají již v novorozeneckém období problémy s příjmem potravy a dýcháním. Dalším důležitým faktorem ovlivňujícím vývoj řeči u těchto dětí bývá přetrvávání primárních orálních reflexů. Zejména se jedná o vrozený reflex hledací, kousací, sací, polykací a dávi-vý. Současně s útlumem orálních reflexů se diferencují pohyby svalstva jazyka, rtů a tváří, společně se žvýkáním se budují diferencovanější rotační pohyby čelisti. Tyto orální reflexy, kterými je svalstvo úst připravováno pro mluvní činnost, bývají u dětí s poškozením CNS vystupňované nebo naopak snižené. Převážně patologicky přetrvávají i v dalším vývojovém období dítěte. Pro rozvoj řeči tak chybí fyziologický vzor pohybů mluvních orgánů, vytvářejí se nesprávné pohybové vzorce v orofaciální oblasti.

Nejen ve vývoji řeči, ale i ve vývoji pohybových dovedností se rozlišuje období přípravné a období vlastního tvoření pohybových návyků. Děti s poškozením CNS mívají zpravidla přípravná období delší, ne snad pro neporozumění řeči dospělých, ale pro porušený vývoj hybnosti nejen mluvních orgánů.

Období vlastního vytváření pohybových a mluvních dovedností u dětí s postižením CNS

Toto období probíhá podle Kábeleho (1988) ve čtyřech na sebe plynule navazujících fázích.

Období vytváření vlastních pohybových a mluvních dovedností (Kábele, 1988):

Fáze	Pohyb	Řeč
I.	celkové nediferencované pohyby, správné i nesprávné	křik, žvatlání, patlání
II.	nácvik pohybových dovedností, správných a účelných pohybů, odstraňování zbytečných pohybů	nácvik správné artikulace hlásek ve slabikách a jednoduchých slovech
III.	nácvik pohybových návyků, automatizace pohybů, zdokonalování pohybové činnosti	nácvik správné výslovnosti ve větách, říkankách a v plynulé řeči
IV.	obměňování naučených pohybů, vytváření vlastních pohybových dovedností a návyků, výtvarná činnost	zdokonalování mluvního projevu, přednes, recitace, zpěv

V **I. fázi** převládají neuspořádané a neúčelné pohyby, dítě nedovede rozlišit pohyby správné od nesprávných, vykonává řadu zbytečných pohybů, např. grimas. V řeči se tato fáze projevuje jako žvatlání, později jako pokusy o řeč. Fáze žvatlání je důležitá tím, že ji můžeme považovat za jakési rozcvičení k nácviku správné výslovnosti. Cvičí se základní pohyby jazyka a rtů, patra, plynulé vydechování a dětem tyto mluvní pohybové aktivity přinášejí uspokojení.

Ve **II. fázi** dochází k rozlišování pohybů končetin, ale i jazyka podle rozsahu, rychlosti a dynamiky. V řeči se jedná o nácvik správné výslovnosti jednotlivých hlásek, slabik a vět. V této fázi je důležité metodické vedení dítěte, jak provést určitý pohyb např. rty nebo jazykem, aby dítě nesetřvalo ve fázi nesprávných a neúčelných pohybů, které by se časem mohly změnit v nesprávné návyky, které se obtížně odstraňují.

U dětí s těžším stupněm postižení v kombinaci s mentální retardací, nejsou-li včas cvičeny a vedeny ke správným pohybovým a mluvním dovednostem, je to jev velice častý.

III. fáze se vyznačuje spojováním, zdokonalováním a automatizací naučených pohybových a mluvních dovedností. Tyto dovednosti jsou převáděny v pohybové návyky, stereotypy nebo automatismy.

Některé děti s poškozením CNS nemohou dosáhnout této fáze, i když se naučí rozlišovat jednotlivé pohyby, s jistým úsilím je i jednotlivě vykonávat, protože je nedovedou zautomatizovat a provádět bez úsilí a lehce. V řeči se naučí správně vyslovovat jednotlivé hlásky, slabiky a krátká slova, nedovedou však plynule říkat delší slova, věty nebo říkanky.

Např. děti se spastickou formou DMO mají pravidelný rytmus řeči narušovaný zvýšeným napětím, které se zvyšuje současně se zvyšováním námahy při vyslovování delší věty nebo říkanky.

IV. fáze dosahují děti a dospělé osoby, které jsou schopné naučené pohybové a mluvní dovednosti dále rozvíjet a obměňovat.

Např. při spastických a dyskinetických formách překáží v nácviku správných pohybových a mluvních dovedností zvýšená spasticita a nepotlačitelné mimovolní pohyby, dovednosti jsou vykonávány se značným úsilím a nelze je zautomatizovat. Při hypotonické formě DMO nemají děti dostatek volního úsilí k učení pohybovým a mluvním dovednostem, při pokusech o nácvik jsou brzy unavené.

Negativní vliv postižení CNS se projevuje ve všech jazykových rovinách a specifika vývoje řeči jsou zjevná.

- **Rovina foneticko-fonologická**

Nejtypičtěji pro vývoj řeči dítěte s lézí CNS probíhá vývoj v této jazykové rovině. Dochází k nesprávnému tvoření jednotlivých hlásek, často je narušena schopnost automatizace řeči a vytváření mluvních celků. Dítě může zvládnout artikulaci jednotlivých hlásek, slabik nebo krátkých slov, ale nedokáže je spojovat do plynulých vět. Nedostatečně se vyvíjí i fonemická diferenciacie.

- **Rovina lexikálně-sémantická**

Dítě s poškozením CNS má vzhledem k omezeným pohybovým možnostem ztíženou možnost aktivního získávání informací, což se projevuje v rozvoji lexikálně-sémantické roviny. Negativní vliv může mít i narušená i formální stránka řeči dítěte, kdy těžce srozumitelná a pro dítě artikulačně obtížná řeč mu brání v získávání poznatků formou otázek.

Celkový proces tvoření pojmů bývá obtížnější i v kombinaci se sluchovým postižením, mentálním postižením či epilepsií. Dle Lechty (2008) jsou pojmy často nepřesné, poznatky mnohdy získávají např. jen z obrázků. V těžších případech se můžeme setkat s verbalismem, kdy děti pojem užívají, ale neznají jeho význam. Charakteristická je i omezená aktivní a pasivní slovní zásoba.

V některých případech, zejména s difuzní a hemisferální lézí CNS, nedokážou děti rozšiřovat slovní zásobu z důvodu ztíženého zaznamenávání slov do kinestetické paměti nebo zpětně jejich vybavování. Řeč těchto dětí zůstává pojmově na úrovni pětiletých. V této souvislosti zmiňuje neurolog Lesný (1980) pojem vývojové pojmové dysfázie.

- **Rovina morfologicko-syntaktická**

Vývoj řeči dětí s poškozením CNS je v této rovině opožděný až omezený. Lechta (2008) uvádí, že gramatická stavba řeči je těžce postižena zejména v případech, kdy se přidružuje mentální retardace. Lesný in Lechta (2008) k této problematice uvádí také možnost vzniku vývojové větné dysfázie, kdy není porušena tvorba slov, ale tvorba vět, syntax. Dítě se tak vyjadřuje v holých větách a řeč je tzv. telegrafická.

V některých případech se může rozvinout i vlastní osobitá řeč dítěte, které rozumí pouze nejbližší okolí dítěte.

Z posledních výzkumů vyplývá, že zaostávání ve vývoji gramatické stránky řeči je součástí omezeného vývoje řeči.

- **Rovina pragmatická**

Z pohledu pragmatické roviny podle Lechty (2002) obvykle existuje u dětí s poškozením CNS výrazný komunikační záměr, ale v těžších případech postižení je realizace řeči omezena celkovým stavem motoriky i oromotoriky.

Při hodnocení vývoje řeči dětí s postižením CNS, u nichž je podstatou porušeného vývoje porucha hybnosti mluvních orgánů, musíme věnovat pozornost zejména pohybové stránce mluvního projevu. Z tohoto pohledu je možno nejlépe posoudit omezení, opoždění nebo nesprávný vývoj řeči při sledování jednotlivých fází vývoje hybnosti mluvních orgánů. Zde je opět patrná úzká souvislost vývoje hybnosti mluvních orgánů s vývojem hybnosti celého těla, především pak horních i dolních končetin.

Charakteristické symptomy řeči u dětí s poškozením CNS

Celkový ráz řeči je postižený po stránce artikulační, po stránce síly hlasu, rytmu, melodie a plynulosti řeči, po stránce celkové srozumitelnosti.

- **Dýchání** dětí je při dyskinetických formách poškození CNS neuspořádané, rušené mimovolními pohyby, které způsobují střídavé spastické zadržování dechu s prudkým, nekoordinovaným výdechem na místo plynulého výdechu. Malá kapacita těchto krátkých a prudkých výdechů je nedostatečná pro vytvoření dostatečně znělého delšího mluvního projevu.
- Při spastické formě je dýchání dítěte křečovité a mělké a také nedostačující k vytvoření znělé delší řeči. Výdech je podobný spíše vzdechu. U formy hypokinetické je celková kapacita dýchání dítěte velmi malá a nedostačující. Rytmus dýchání a řeči bývá obvykle plynulý, někdy nepravidelně narušován škubavými pohyby.
- **Fonace**, tvorba hlasu, bývá postižena při všech formách poškození CNS. Hlas může být tichý nebo dysfonický. Bývá-li tvořen laryngální hyperfunkcí, je hlas tlačný, nadměrně hlasitý a těžko ovladatelný. Snížení nebo částečná ztráta citlivosti sliznice hrtanu a hltanu způsobuje zvuk zahlušeného hlasu. Vznikají-li při řeči hrdelní spasmy, je zhoršena srozumitelnost řeči. U všech forem je při těžších stupních postižení postižena tvorba hlasu. Hlas bývá tichý, nevýrazný, stísněný, křečovitý, v některých případech chraptivý a nezvučný, nemelodický.
- **Artiklace** u většiny hlásek bývá nesprávná následkem poškození hybných funkcí svalstva všech artikulačních orgánů, zejména rtů a jazyka. Jednotlivé hlásky jsou utvářeny s obtížemi v důsledku spasticity, hypotonie nebo mimovolních pohybů artikulačního svalstva. Izolovaně může dítě hlásku zvládnout, nemusí ji však už být schopno zapojovat do slabiky nebo složitějších celků a zautomatizovat ji. Markantní je postižení motoriky mluvidel u hlásek, které následují po sobě, a dítě nestačí patřičně rychle nastavit mluvidla. Potíže činí také artiklace hlásek, kdy je potřeba intenzivní zaozkrouhlení nebo sevření rtů, nejvýrazněji bývají postiženy artikulačně náročné hlásky, kmitné hlásky a frikativy.
- **Dysprozodie** – narušené tempo, výška, přízvuk, síla snižují srozumitelnost řeči. Tempo řeči může být zrychlené (tachylalie) s propulzí v řeči na začátku nebo uprostřed slov. Je-li tempo řeči zpomalené hovoříme o bradylalii.
- **Dystonie** – Kábele (1970–1971) zdůrazňuje její výskyt u všech těžších forem DMO.
- **Narušené neverbální chování** můžeme zaznamenat u spastických forem postižení díky narušené mimice obličejových svalů. U dyskinetické formy je výraz tváře ovlivňován mimovolními pohyby a často neodpovídá konverzační situaci.
- **Poruchy polykání** jsou u dětí s postižením CNS časté. Příjem potravy bývá narušen již od narození, kdy dítě nemůže vzhledem k narušené hybnosti orofaciální oblasti dostatečně sát nebo je narušen polykací reflex. Je-li dítě krmeno nasogastrickou sondou, v prvních měsících života nemá dostatek

podnětů k procvičování různých funkcí úst – primárně k příjmu potravy a následně k řeči. Orální reflexy vyhasínají nebo naopak patologicky přetrvávají.

- **Slinění** úzce souvisí s poruchami polykání – hypersalivace, zvýšený slinotok, který není způsoben zvýšenou produkcí slin, ale nedostatečným polykáním s následným vytékáním slin z úst. Děti mají nedostatečnou kontrolu pohybů jazyka, ústních a polykacích svalů. Lesný (1972, s. 126) uvádí, že se u těchto dětí jedná o částečnou parézu v oblasti orofaryngeální, případně o inkoordinaci v této oblasti. Dále uvádí, že se slinění v různé míře objevuje především u kvadruparetických forem DMO, u některých dyskinetických forem a hypotonických forem. Souvislost závažné orálně-motorické dysfunkce s hltanovým deficitem nebo celkovým rozpadem senzomotorického spojení, které narušuje polykací reflex, může být příčinou zadního slinění. Paralyzované nebo oslabené svalstvo v kombinaci s poklesem a nevhodným držetím hlavy zvyšuje tok slin.

Jedinci s postižením CNS tvoří nejnápadnější skupinu postižených dětí, nejen pro zjevné somatické odchylky a motorická postižení, ale často i pro silně narušenou komunikační schopnost. Od prvopočátku ovlivňuje postižení CNS vývoj řeči, ten ve většině případů bývá omezený, v lepším případě opožděný. Vývoj řeči u dětí s postižením CNS závisí na postižení motoriky, na celkovém tělesném stavu, na úrovni intelektu, na úrovni smyslových orgánů a taktéž na prostředí, ve kterém se dítě nachází.

U jedinců s postižením CNS se mohou vyskytovat všechny poruchy řeči:

- poruchy hlasu – **dysfonie** (porucha kvality, výšky a intenzity hlasu),
- poruchy artikulace – **dyslalie** (porucha výslovnosti), **dyslalický syndrom** – Vítková (2006) se o něm zmiňuje, příčinou může být poškození (periferní) řečového aparátu, ale také oslabení akusticko-motorických spojení v důsledku špatného fonemického sluchu a ztížené kinestetické percepce,
- poruchy fluence řeči – **koktavost** (postižení rytmu, prozodie a rychlosti řeči), je těžké odlišit spasmy způsobené DMO od spasmů typických pro koktavost, **breptavost** (překotné tempo řeči),
- poruchy rezonance – **rhinolalie** (huhňavost), pyramidová a bulbární forma DMO, způsobená velofaryngeální insuficiencí v důsledku nedostatečné inervace vlna,
- **mutismus** – Klenková (2006) udává jeho výskyt i projevy poruch polykání (dysfagie),
- **opožděný vývoj řeči** – může být, ale nemusí se vyskytovat vždy,
- **motorická alalie** – neschopnost spojovat hlásky,
- **verbální dyspraxie** – postižena schopnost získat řečové pohybové vzory, pamatovat si je a reprodukovat je,
- poruchy řeči způsobené přidruženými orgánovými odchylkami řečového efektoru, např. poruchy řeči způsobené rozštěpy, anomáliemi skusu, přirostlou jazykovou uzdičkou,
- **afázie** – porucha již vybudované řeči, způsobena orgánovou příčinou vymezenou ložiskovým poškozením (mozková traumata, nádory mozku). Je to úplná nebo částečná neschopnost přijímat a vysílat symbolické kódy mluvené nebo psané řeči.

Nejtypičtější poruchou řeči při postižení CNS je **vývojová dysartrie**. Klinický obraz vývojové dysartrie je charakterizován poruchami dýchání, tvorbou hlasu, rezonancí, modulačními faktory řeči, poruchami motoriky mluvidel. Jednotlivé hlásky jsou pak obtížně utvářeny v důsledku spasticity, hypotonie nebo mimovolních pohybů orofaciálního svalstva.

Stupeň jednotlivých dysartrií je závislý na rozsahu léze CNS, který může zasáhnout motorické systémy natolik, že může jít o úplnou neschopnost artikulace – anartrii. Podle etiologie může dysartrie představovat rozmanitý a variabilní komplex symptomů. V literatuře některých autorů se můžeme setkat s vyčleněním všeobecných symptomů, které se v různé míře vyskytují při každé dysartrii. Arnold (in Lechta, 1987) zdůrazňuje, že symptomy dysartrie jsou vždy podmíněné místem a rozsahem centrálního poškození, nejen samotnou podstatou onemocnění.

Rozdělení vývojové dysartrie podle lokalizace léze (Lechta, 2008):

- **Korová (kortikální) dysartrie**

Způsobena následkem poruchy pyramidových buněk v mozkové kůře. Řeč je tvořena těžkopádně, má spastický charakter, je neplynulá a sakadovaná. Přídavné mohou být mlaskavé zvuky. Projevuje se neschopností bezchybně vyslovit víceslabičná slova, složitá slovní spojení nebo delší mluvní celky.

- **Pyramidová (spastická) dysartrie**

Způsobena lézí pyramidové dráhy od buněk v mozkové kůře k jádrům mozkových nervů v bulbu. Dýchání je mělké, rychlé, s častými nádechy uprostřed slov a vět. Dochází k celkovému narušení dechové ekonomie. Hloubku nádechu může snižovat i zvýšený tonus svalstva hrudníku a břicha. Hlas je tlačný, tvořený se zvýšenou námahou, často tichý, výše posazený, příznačné jsou tvrdé hlasové počátky při započetí mluvení, vzhledem k poruše inervace hlasivkových vazů. Artikulaci ovlivňuje omezená pohyblivost orofaciálního svalstva (jazyka, rtů). Celkově je zpomalené tempo řeči a narušena výslovnost množství hlásek, hlavně souhlásek. V důsledku křečovitých, pomalých artikulačních pohybů hlásky často navzájem splývají. Řeč je nerytmická, těžkopádná, monotónní, pomalá s omezenou intonací, rušená častým mluvním frázováním, případně mlasknutím. V důsledku poruchy inervace bývá často porušen velofaryngeální uzávěr, tedy zvýšená nosovost. Periferní neuron není poškozen, proto archaické funkce (jako je sání, polykání, žvýkání) zůstávají neporušeny (na rozdíl od vyšších funkcí, jako je mluvení).

– provází spastickou formu DMO

- **Extrapiramidová (atetoidní) dysartrie**

Způsobena poruchou extrapyramidového systému, jader v podkorových oblastech. Dýchání je vzhledem k neustálým nekontrolovaným pohybům mělké, neuspořádané, výrazně rušící srozumitelnost řeči. Často bývá postiženo hrudní dýchání, při nádechu dochází ke stažení hrudníku (paradoxní dýchání). Hlas je nestabilní, s proměnlivou výškou a silou, časté jsou tvrdé hlasové počátky. Artikulace je neuspořádaná, nezřetelná, rušená nekoordinovanými, mimovolnými, neplynulými pohyby mluvidel (jazyka, rtů, dolní čelisti). Charakteristická je žmolavými pohyby jazyka. Rozsah pohybu mluvidel je dostatečný, obtíže mohou činit postupně se rozvíjející se spasmy. Některé hlásky znějí slabě, jiné jsou vyráženy. Na jeden nádech většinou vysloví jednu slabiku z celého slova. Řeč je pomalá, explozivní, s kolísajícím tempem a rytmem. Zvuk řeči může zhoršovat nosovost, při zvýšeném úsilí se příznaky prohlubují. Při zabezpečení stabilní symetrické tělesné opory se řeč zlepšuje.

– provází dyskinetické formy DMO

- **Mozečková (cerebelární, ataktická) dysartrie**

Způsobena poškozením mozečku a drah. Dýchání mělké s nedostatečnou kontrolou výdechu, výdech je nepravidelný. Hlas je nestabilní, monotónní, s proměnlivou silou. Často se jeví jako mečivý. Artikulace je nepřesná, charakteristická neobratností mluvidel a nepřesnostmi v koordinaci pohybů. Charakter nepřesností je nepravidelný. Tempo je pomalé, jednotlivé hlásky, slabiky a slova mohou

zvukově splývat. Řeč je celkově pomalá, nerytmická, s četnými pauzami a zárazy, řeč lze připodobnit řeči opilého člověka.

- **Bulbární dysartrie**

Vzniká následkem poškození jader motorických nervů v bulbu (v prodloužené míše a Varolově mostu) nebo nervů, vycházejících z nich ke svalům mluvního ústrojí. Jde o poruchu typu chabé obrny, částečné nebo úplné, jedno- nebo oboustranné. Porušena je výslovnost hlásek, které vyžadují přesnou koordinaci artikulačních pohybů a zvýšené svalové napětí. Bývá provázána otevřenou huhňavostí. Je postiženo i polykání a žvýkání.

- **Smíšené typy**

Vznikají kombinací výše uvedených forem vývojové dysartrie a způsobují mnohočetné postižení řeči. Vyskytují se u dětí s rozsáhlým poškozením CNS nebo s degenerativním onemocněním CNS.

Lesný (1980) rozlišuje ještě u DMO *poruchy řeči mechanické, poruchy inervačního původu a druho-signální poruchy*.

Poruchy mechanické – jsou poruchy, které s vlastní dg. DMO nesouvisí, ale vyskytují se u dětí s DMO častěji než u intaktní populace. Jedná se o anomálie mluvidel, rozštěpy rtu, rozštěpy patra, různé anomálie čelisti, vývojové odchylky hrtanu apod.

Poruchy řeči inervačního původu – mohou to být prvotní inervační poruchy, které vedou k paréze artikulačního svalstva a působí většinou rhinolalický ráz řeči (časté u diparetické a kvadruparetické formy DMO). K tomuto dochází na základě poškození mozkového kmene. Druhotné dysartrie jsou způsobeny koordinačními poruchami řeči. Řeč bývá skandovaná s narušeným rytmem a zpoždováním, což bývá způsobeno lézí mozečku. Řeč explozivní, trhavá až nesrozumitelná bývá způsobena poruchou dýchání zejména u dyskinetických forem DMO. V některých případech nepotlačitelné pohyby mimického a artikulačního svalstva řeč úplně znemožňují.

Druhosignální poruchy řeči – jedná se o poruchy vývoje řeči – dysfázie, vyskytující se u formy hemiparetické a kvadruparetické, vzniklé oboustrannou hemiparetickou formou. Lesný (1980) je dále dělí na:

- **vývojová slovní dysfázie** – není porušeno vyslovování samohlásek, komoleny jsou souhlásky; následkem toho je narušena tvorba slov a řeč a řeč si ponechává raně dětský charakter;
- **vývojová větná dysfázie** – není porušeno tvoření slov, ale porušena je tvorba vět, chybí syntax; řeč má telegramatický charakter;
- **vývojová pojmová dysfázie** – ztížené je zaznamenávání slov do kinestetické paměti a zpětně jejich vybavování; je porušena sémantická stránka řeči, řeč je obsahově chudá při neporušeném vyslovování slov i správné větné skladbě.

Upozorňuje ještě na **percepční dysfázii** – jedná se o tzv. akustickou agnozií neboli poruchu vnímání slov. Při neporušeném sluchu je narušena diferenciací zvuku. Je vytvářena vlastní řeč, tzv. ideoglosie, pro neporozumění řeči svého okolí.

Narušení komunikační schopnosti u jedinců s postižením CNS může být natolik závažné, že komunikace mluvenou řečí je nedostačující nebo zcela selhává a je nutné ji kompenzovat po určitou dobu nebo trvale jinými náhradními komunikačními technikami. **Alternativní** komunikační systémy se používají jako náhrada mluvené řeči a **augmentativní** komunikační systémy mají podporovat již existující, ale nedostatečnou komunikační schopnost.

Cílem **alternativní a augmentativní komunikace (AAK)** je umožnit jedinci se závažnými komunikačními poruchami účinně se dorozumívát a vzájemně reagovat, a to v takovém rozsahu, aby se stejně jako ostatní mohl zapojit do společnosti. Použití AAK může být zaměřeno na překonání rozporu mezi rozuměním a řečovým vyjadřováním, na podporu vývoje řeči, na zamezení frustrace, vznikající z neúspěšných pokusů o komunikaci, na usnadnění meziosobních kontaktů a vzdělávacích aktivit.

Obecné principy pro stanovení AAK intervence:

- diagnostika rozumění signálům neverbální komunikace,
- diagnostika rozumění řeči,
- zmapování současných způsobů komunikace (verbální i neverbální) a jejich úspěšnost, včetně případného spontánního užívání náhradních forem komunikace,
- vyjadřování ano/ne,
- zjištění motivace ke komunikaci a potřeby dorozumět se,
- diagnostika zrakové a sluchové percepce, kognitivních schopností, rozumění symbolům,
- diagnostika motorických schopností (hrubá a jemná motorika, rozsah, přesnost a rychlost pohybu ruky),
- diagnostika sociálních dovedností emočních projevů,
- zmapování trávení času, v jakém prostředí se jedinec pohybuje apod.

Na základě diagnostiky komunikačních schopností a zjištěných informací pak vybíráme metodu AAK. Metody AAK mohou být bez pomůcek (mimika, gesta, znaky), s pomůckami netechnickými (předměty, fotografie, symboly, písmo) nebo s využitím pomůcek technických (PC, komunikátory apod.). Využití běžných software dostupných na trhu jen málo kdy vyhovuje potřebám dětí s tělesným, popř. kombinovaným postižením. Problémem bývají dlouhé a složité instrukce, přetahování objektů myši, dvojkliky, složitá náplň programu. Počítačové programy pro jedince s tělesným postižením můžeme rozdělit na:

- **software na ovládání počítače** – využívá se u dětí s tělesným, ale pouze lehkým nebo žádným mentálním znevýhodněním,
- **software pro výuku** – jedná se o programy, které lze většinou ovládat všemi výše uvedenými způsoby,
- **software pro komunikaci** – lze dělit na dvě podskupiny: na software, který je určený přímo ke komunikaci uživatele pomocí PC s hlasovým výstupem (má v sobě zabudovaný princip skenování, i zvukového, v podstatě se jedná o komunikační tabulky na obrazovce počítače, nutností je hlasový výstup), a na software pro výrobu a tisk komunikačních materiálů (obsahují databázi symbolů, s jejichž pomocí se vytvářejí komunikační tabulky).

Počítače v současné době slouží také jako komunikační prostředek pro osoby s různým druhem postižení. Jsou stimulatorem motivace a prostředkem k navázání snadnější a rychlejší spolupráce s dítětem. Počítač se dá upravit tak, aby byl použitelný pro osobu s tělesným postižením – upravené klávesnice, dotyková tlačítka místo klávesnice, alternativní verze myši, dotykové monitory, počítač může jedinec s těžkým tělesným postižením ovládat např. hlavou, bradou, kolenem, ukazovátkem na hlavě, světelným paprskem umístěným na brýlích, zvukem, dechem – pro každého může být individuálně počítač upraven.

7.3 Diagnostika, diagnostické materiály a specifika diagnostiky konkrétní domény u TP

Logopedická diagnostika narušené komunikační schopnosti má za úkol mapovat celkový stav komunikace, tj. dorozumívání se řečí, jazykovými prostředky, písmem a s nimi spojené deficity. Rozlišujeme tři úrovně diagnostiky narušené komunikační schopnosti, a to vyšetření orientační, základní a speciální.

Orientační vyšetření probíhá v rámci screeningu, depistáže, odpovídá na otázku, zda má vyšetřovaná osoba narušenou komunikační schopnost nebo ne. Základní vyšetření směřuje ke zjištění konkrétního druhu narušené komunikační schopnosti, speciální vyšetření se zaměřuje na přesnější identifikaci narušené komunikační schopnosti, tzn. o jaký jde typ, formu a stupeň patogeneze, jaké jsou případné zvláštnosti.

Přesná a objektivní diagnostika narušené komunikační schopnosti je základem pro výběr a aplikaci intervence. Logopedická diagnostika u dětí s poškozením CNS se neobejde bez komplexního zhodnocení stavu dítěte týmem mnoha specializovaných odborníků. Klíčovou roli hraje **neurologické vyšetření** a stanovení primární somatické diagnózy dítěte. Od závěrů tohoto vyšetření se odvíjí následná péče, popř. další vyšetření. Pro logopedickou terapii jsou podstatné údaje týkající se lokalizace a rozsahu postižení, stavu CNS, přítomnost patologických reflexů a stav smyslových orgánů. Další podstatné vyšetření je **vyšetření psychologem**. Pro logopeda jsou podstatné závěry z tohoto vyšetření týkající se stavu kognitivních schopností, stejně tak jako posouzení možné únosné míry zátěže pro dítě. Spolupráce **s rehabilitačním lékařem a fyzioterapeuty**, kteří mají v péči rozvoj hybnosti dítěte, je také velice významná. Důležitá jsou doporučení k polohování a stabilizaci dítěte v inhibiční poloze tak, aby byly komunikace a zrakový kontakt pro dítě co nejméně namáhavé. Neméně důležitá je spolupráce **s ergoterapeutem**, který rozvíjí schopnosti sebeobsluhy a samostatného pohybu dítěte, jemnou motoriku dítěte a dovednosti související s příjmem potravy. V některých případech je nutná spolupráce i s odborníky jiných oborů, např. foniatrie, otorinolaryngologie, oftalmologie nebo i psychiatrie. Na informace a závěry z těchto vyšetření můžeme navázat zahájením vlastního komplexního logopedického vyšetření.

Komplexní logopedická diagnostika může být jen taková, která se nezaměřuje pouze na hodnocení artikulace, ale sleduje i ostatní oblasti, které se procesu komunikace účastní.

Komplexní logopedické vyšetření dítěte s postižením CNS je vhodné zaměřit na:

- **celkový dojem dítěte** (orientační diagnostika úrovně hrubé motoriky, jemné motoriky, schopnosti koncentrace, adaptace, míry potřebné motivace ke spolupráci, vztah dítěte k rodičům, rodičů k dítěti),
- **přidružená postižení** (na řečovou komunikaci dítěte mohou mít vliv např. smyslové vady, mentální retardace, epilepsie aj.),
- **příjem stravy** (poloha, ve které dítě potravu nebo tekutiny přijímá, schopnost žvýkání a polykání, typ přijímané potravy, užívané pomůcky),
- **orofaciální vyšetření** (vyšetření motoriky mluvidel a motoriky obličejového svalstva, poruchy tonu obličejového svalstva, poruchy citlivosti v dutině ústní a na obličejí, přítomnost orálních reflexů),
- **ovládání slinotoku** (stupeň salivace),
- **vyšetření respirace** (sledujeme dýchání dítěte v klidu, v pohybu, při řeči, hodnotíme ovládání a řízení výdechového proudu, způsob dýchání, výdrž rovnoměrného dechového tlaku, fonorespiraci),
- **vyšetření fonace** (hodnotíme sílu, výšku, barvu a způsob tvoření hlasu; zjišťujeme i fonační čas při prodloužené fonaci vokálů),
- **vyšetření rezonance** (změny rezonance zjišťujeme Gutzmannovou A-I zkouškou),

- **vyšetření artikulace,**
- **vyšetření rozumění řeči,**
- **vyšetření fonemického sluchu,**
- **vyšetření obsahové stránky řeči** (sledujeme způsob komunikace dítěte, slovní zásobu, stavbu věty, gramatiku),
- **vyšetření modulačních faktorů** (při vyšetření sledujeme přízvuk, intonaci, tempo a pauzy v řeči, hlasitost řeči),
- **vyšetření grafomotoriky, zpěvu, recitace,**
- **rozhovor s rodiči** o komunikaci dítěte (problémy v komunikaci, dosavadní způsoby komunikace apod.).

Z testů se k diagnostickým účelům nejčastěji využívají:

- **Obrázkově slovní zkouška**
Zkouška je určena k hodnocení kvality pasivní slovní zásoby. Zkouška se hodí pro děti od pěti do sedmi let, u dětí trpící narušenou komunikační schopností se využívá i v pozdějším věku. Zkoušku vytvořil v roce 1972 Kondáš.
- **Zkouška jazykového citu**
Je standardizovanou zkouškou určenou k zjišťování gramatické správnosti řeči. Zkoušku vytvořil v roce 1986 Žlab.
- **Heidelberský test řečového vývoje (HEST)**
Test je poměrně složitý a v praxi se celý příliš nevyužívá, v diagnostice využijí některé jeho subtesty. Test je určen pro děti ve věku čtyři až devět let. Česká i slovenská verze byla zpracována Mikulajovou v roce 2000.
- **Artikulační a obrázkové testy k vyšetření výslovnosti**
V rámci těchto testů, kterých je na našem trhu již mnoho, se vyšetřuje výslovnost sledované hlásky ve všech pozicích, v koartikulaci se samohláskami i souhláskami.
- **Hodnocení fonemického sluchu u předškolních dětí**
Standardizovaný test byl v roce 1995 vydán Škodovou a kol.
- **Screening fonemického uvědomování**
- **Zkouška sluchového rozlišování**
Test je vhodný pro děti od pěti let. Zkoušku vytvořil v roce 1960 Wepman, pro potřeby české diagnostiky ji v roce 1993 upravil Matějček.
- **Zkouška sluchové analýzy a syntézy**
Je určena k hodnocení úrovně schopnosti rozkládat slova na hlásky a z hlásek skládat slova. Zkoušku pro potřeby české diagnostiky upravil Matějček v roce 1993.
- **Test sluchové analýzy pro předškolní děti**
Test byl upraven v roce 1980 Eiselerem a Mertinem.
- **Ozereckého test**
Test umožňuje posoudit úroveň dílčích pohybových kompetencí dětí od čtyř let. Využívá v Gölnitzově úpravě z roku 1973.
- **Orientační test dynamické praxe**
Test vytvořil v roce 1982 Míka.

- K vyšetření motoriky mluvních orgánů se využívají tzv. **Wirthova kritéria** pro jednotlivé věkové skupiny.
- **Test izolovaných orálních pohybů** se využívá ve starším školním věku dítěte.
- **Test orálních sekvencí** hodnotí schopnost realizace oromotorické aktivity v určeném pořadí.
- **Orientační vyšetření jemné motoriky jazyka podle Seemana**
- **Kwintův test aktivní mimické psychomotoriky**
Test zjišťuje přesnost pohybů jednotlivých částí obličeje a umožňuje zjistit stupeň retardace mimické psychomotoriky. Lze jej aplikovat pro děti ve věku 4–16 let.
- **Speciálněpedagogické vyšetření pro zhodnocení impresivní řeči a impresivních jazykových schopností podle Hemžáčkové.**

7.4 Kvalitativní diagnostika – vyjádření míry úbytku funkce

0 – zvládá (výrok sám vyjadřuje 0 úbytku funkce tj. normu),

1 – 25% úbytek – zvládá s lehkou dopomocí, nebo jenom občas,

2 – 50% úbytek – zvládá částečně, potřebuje dopomoc,

3 – 75% úbytek – naznačí,

4 – 100% úbytek – nezvládá.

Komunikační schopnosti	1	2	3	4
2, 3, 4 roky – před nástupem do MŠ				
Má zájem o komunikaci				
Naváže a udrží kontakt (i neverbální)				
K vyjádření používá mimiku a přirozená gesta adekvátně věku				
Rozumí jednoduchým slovním pokynům				
Vyslovuje první slova				
Pojmenuje členy rodiny, hračky, oblečení				
Pojmenuje a ukáže části těla na jiné osobě				
Používá věty se třemi slovy				
Reaguje na otázky ano–ne				
Kombinuje podstatné jméno a sloveso				
Rozlišuje velký–malý				
Reaguje na otázku Kde...?				
Odpovídá (alespoň jednoslovně) na otázku Co dělá...?				
Naslouchá vyprávění po dobu 5 minut				
Užívá jednotné a množné číslo				
Ukáže na prstech svůj věk				
Používá ukazovací zájmena				
Užívá správně minulý čas				
Ptá se Co je to?				
Užívá já, mě, moje				
Zvládá výslovnost d–t–n–l				
4, 5, 6 let				
Má zájem o komunikaci				
Naváže a udrží kontakt (i neverbální)				
K vyjádření používá mimiku a přirozená gesta adekvátně věku				

Rozumí mluvené řeči adekvátně svému věku				
Rozumí složitějším slovním pokynům				
Aktivní slovní zásoba je adekvátní věku				
Slova používá významově správně				
Řeč je srozumitelná adekvátně věku				
Výslovnost hlásek je adekvátní věku				
Řeč je plynulá a tempo řeči je přiměřené				
Řeč je přiměřeně hlasitá				
Salivace je pod kontrolou				
Spontánně se zapojuje do hovoru				
Odpoví srozumitelně na jednoduchou otázku				
Zopakuje kratší text				
Do příběhu doplní slovo ve správném tvaru				
Vypráví o svých denních zážitcích				
Tvoří nadřazené pojmy				
Mluví gramaticky správně				
Užívá všechny druhy slov				
Zvládá výslovnost c–s–z				
Zvládá výslovnost l				
Zvládá výslovnosti r–ř				
Zvládá výslovnosti v kombinaci č–š–ž a c–s–z				
6 až 7 let – předškolák				
Má zájem o komunikaci				
Naváže a udrží kontakt (i neverbální)				
K vyjádření používá mimiku a přirozená gesta adekvátně věku				
Rozumí mluvené řeči adekvátně svému věku				
Rozumí složitějším slovním pokynům				
Aktivní slovní zásoba je adekvátní věku				
Slova používá významově správně				
Řeč je srozumitelná adekvátně věku				
Výslovnost hlásek je adekvátní věku				
Řeč je plynulá a tempo řeči je přiměřené				
Řeč je přiměřeně hlasitá				
Salivace je pod kontrolou				
Spontánně se zapojuje do hovoru				
Odpoví srozumitelně na přiměřenou otázku				
Umí se ohlásit do telefonu				
Vyřídí vzkaz				
Dokáže vyprávět příběh podle obrázků				
Správně používá zdvořilostní fráze (pozdrav, poděkování, vykání aj.)				
Porozumí textu a jednoduše jej reprodukuje				
Hovoří ve větách				
Mluví gramaticky správně				
Užívá všechny druhy slov				
Zvládá výslovnost c–s–z				
Zvládá výslovnost l				
Zvládá výslovnosti r–ř				
Zvládá výslovnosti v kombinaci č–š–ž a c–s–z				
6, 7 až 8 let – první ročník				
Má zájem o komunikaci				
Naváže a udrží kontakt (i neverbální)				
K vyjádření používá adekvátně mimiku a přirozená gesta				
Rozumí mluvené řeči adekvátně svému věku				
Rozumí složitějším slovním pokynům				

Aktivní slovní zásoba je adekvátní věku				
Slova používá významově správně				
Řeč je srozumitelná				
Řeč je plynulá a tempo řeči je přiměřené				
Řeč je přiměřeně hlasitá				
Salivace je pod kontrolou				
Mluví bez vad výslovnosti				
Řeč je bez artikulační neobratnosti				
Zvládá komunikaci v běžném společenském styku				
Zvládá krátký souvislý projev s použitím vět a jednoduchých souvětí				
Porozumí textu a je schopen jej reprodukovat				
Spontánně se zapojí do hovoru				
Používá efektivně telefon				
8, 9 až 12 let – 2. až 5. ročník				
Má zájem o komunikaci				
Naváže a udrží kontakt (i neverbální)				
K vyjádření používá adekvátně mimiku a přirozená gesta				
Rozumí mluvené řeči adekvátně svému věku				
Rozumí složitějším slovním pokynům				
Aktivní slovní zásoba je adekvátní věku				
Slova používá významově správně				
Řeč je srozumitelná				
Řeč je plynulá a tempo řeči je přiměřené				
Řeč je přiměřeně hlasitá				
Salivace je pod kontrolou				
Mluví bez vad výslovnosti				
Řeč je bez artikulační neobratnosti				
Zvládá komunikaci v běžném společenském styku				
Porozumí textu a je schopen jej reprodukovat				
Zvládá krátký souvislý projev s použitím vět a jednoduchých souvětí				
Spontánně se zapojí do hovoru				
Používá efektivně telefon				
Rozumí vtipu				
12 až 15 let a víc				
Má zájem o komunikaci				
Naváže a udrží kontakt (i neverbální)				
K vyjádření používá adekvátně mimiku a přirozená gesta				
Chápe a ve správném pořadí realizuje delší a komplikovanější pokyny				
Aktivní slovní zásoba je adekvátní věku				
Slova používá významově správně				
Řeč je srozumitelná				
Řeč je plynulá a tempo řeči je přiměřené				
Řeč je přiměřeně hlasitá				
Salivace je pod kontrolou				
Mluví bez vad výslovnosti				
Řeč je bez artikulační neobratnosti				
Zvládá komunikaci v běžném společenském styku				
Porozumí textu a je schopen jej reprodukovat				
Zvládá krátký souvislý projev s použitím vět a jednoduchých souvětí				
Spontánně se zapojí do hovoru				
Používá efektivně telefon				
Rozumí vtipu				

Literatura

- CSÉFALVAY, Z. *Diagnostika dysartrie*. In: LECHTA, V., a kol. Diagnostika narušené komunikační schopnosti. Praha: Portál, 2003. ISBN 80-7178-801-5.
- BYTEŠNÍKOVÁ, I. *Rozvoj komunikačních kompetencí u dětí předškolního věku*. Brno: Masarykova univerzita, 2007. ISBN 978-80-210-4454-8.
- GANGALE, D. C. *Rehabilitace orofaciální oblasti*. Brno: Grada, 2004. ISBN 80-247-0534-6.
- JANOVCOVÁ, Z. *Alternativní a augmentativní komunikace*. Brno: Masarykova univerzita, 2004. ISBN 80-210-3204-9.
- KÁBELE, F. *Rozvíjení hybnosti a řeči dětí s dětskou mozkovou obrnou*. 1. vyd. Praha: Univerzita Karlova, 1988.
- KLENKOVÁ, J. *Logopedie*. Praha: Grada, 2006. ISBN 80-247-1110-9.
- KLENKOVÁ, J. *Možnosti stimulace preverbálních a verbálních schopností vývojově postižených dětí*. Brno: Paido, 2000. ISBN 80-85931-91-5.
- KRAUS, J., a kol. *Dětská mozková obrna*. Praha: Grada, 2005. ISBN 80-247-1018-8.
- LECHTA, V. *Logopedické repetitorium*. 1. vyd. Bratislava: SPN, 1990. ISBN 80-08-0047-9.
- LECHTA, V. *Symptomatické poruchy řeči u dětí*. 1. vyd. Praha: Portál, 2002. ISBN 80-7178-572-5.
- LESNÝ, I. *DMO z pohledu dětského neurologa*. Praha: Avicenum, 2. vyd. 1985. ISBN 80-7367-105-0.
- NEUBAUER, K. *Narušení článkování řeči*. In: ŠKODOVÁ, E., JEDLIČKA, I., a kol. Klinická logopedie. Praha: Portál, 2007. ISBN 978-80-7367-340-6.
- PFEIFFER, J. *Neurologie v rehabilitaci*. Praha: Grada, 2007. ISBN 978-80-247-1135-5.
- STEHLÍK, A. *Dítě s mozkovou obrnou v rodině*. Praha: Avicenum, 1977.
- SOVÁK, M. *Logopedie*. 2. vyd. Praha: SPN, 1981.
- ŠÁCHOVÁ, I. *Narušená komunikační schopnost u dětí s DMO a logopedicpéče*. In: KRAUS, J., a kol. Dětská mozková obrna. Praha: Grada, 2005. ISBN 80-247-1018-8.
- ŠAROUNOVÁ, J. *Augmentativní a alternativní komunikace*. Praha: IPPP2008. ISBN 978-80-86856-52-0.
- VATER, W., BOUDZIO, M. *Od prvního hlasu k prvním slovům*. Praha: Techmarket, 1996. ISBN 80-902134-0-5.
- WARNER, J. *Na pomoc rodičům dětí s dětskou mozkovou obrnou*. Praha: Novinář, 1989.

8 Intelekt

Dana Dvořáčková

8.1 Deskripce domény

Měření inteligence je jedním z nejvýznamnějších témat v psychologické diagnostice. Definice pojmu inteligence se velmi liší podle teoretických východisek autora, od vymezení velmi obecných po výčet specifických schopností, jako je např. učení, řešení problémů, adaptace na prostředí, paměť, verbálně-abstraktní myšlení. Některé definice zahrnují řadu schopností, jiné kladou důraz jen na některou složku.

Podle Wechslera je inteligence všeobecná schopnost či kompetence, která umožňuje jedinci efektivně zacházet s prostředím a vyrovnávat se s různými nároky. Na inteligenci lze usuzovat z výkonů v řadě různých úkolů. Inteligentní chování člověka závisí na mnoha faktorech – paměti, myšlení, kognitivních dovednostech a sekvenčních schopnostech. Ty se uplatňují v různé míře, rozdílnými způsoby a v různé době. Člověk pro úspěšné vyrovnávání se se svým prostředím potřebuje celou řadu schopností a dovedností, které se během vývoje zdokonalují, a nabývá nové. Subtesty, které Wechsler zařadil do svých inteligenčních testů, jsou považovány za nejlepší míru inteligence jedince.

Jednou z důležitých činností psychologa ve speciálněpedagogickém centru je stanovení úrovně intelektových schopností dítěte, případně vývojové úrovně dítěte v předškolním věku. Toto vyšetření je součástí komplexního pedagogicko-psychologického vyšetření a je podkladem pro tvorbu stimulačních programů, pro zařazení do adekvátního vzdělávacího programu, pro tvorbu IVP, pro řešení výukových problémů, pro doporučení profesní orientace, nezřídka i pro potřeby posudkové komise.

Cílem diagnostiky rozumových schopností je nejen zjistit aktuální úroveň rozumových schopností dítěte, ale i strukturu těchto schopností, odhalit silné stránky i nedostatky testovaného dítěte. Inteligenci lze měřit jen prostřednictvím výkonu, během řešení standardního, přesně definovaného úkolu. Výsledky v testech inteligence nejsou neměnným ukazatelem vrozené kapacity, ale spíše mírou úrovně aktuálního fungování.

Výkon dítěte při testování, ale i jeho efektivitu v každodenním životě ovlivňují další (mimointelektové) faktory. Zahrnují např. vlastnosti dítěte, plánování, cílevědomost, impulzivnost, úzkost, odolnost, aktuální emocionální stav.

Při hodnocení rozumových schopností v dětském věku je třeba mít na zřeteli základní hlediska a specifika.

- Vývojový faktor – testovací metoda musí odrážet typické fáze vývoje rozumových schopností.
- Faktor prostředí – na celkovou úroveň inteligence má vliv prostředí, které na dítě v průběhu vývoje působí. Z tohoto hlediska můžeme rozlišovat testy kulturně nezávislé (jsou méně vázány na specifické vlivy určité společnosti) a testy kulturně vázané (počítají s vlivem společnosti na vývoj inteligence).
- Faktor individuální variability – vývojově podmíněné výkyvy rozumových schopností.

Nejznámějším a nejpoužívanějším vyjádřením úrovně intelektových schopností je tzv. inteligenční kvocient (IQ).

Pásma výkonnosti v testech inteligence:

IQ	Klasifikace	% intaktní populace
Nad 130	Značně nadprůměrná	2,2
120–129	Nadprůměrná	6,7
110–119	Mírně nadprůměrná	16,1
90–109	Průměrná	50
80–89	Podprůměrná	16,1
70–79	Hraniční inferiorita	6,7
Pod 69	Mentální retardace	2,2

Přechod mezi normální inteligencí a intelektovým defektem (hraniční inferiorita) bývá označován také jako pásmo nízkého podprůměru. Jedná se o mírné opoždění, které při individuální variabilitě vývoje dětí nebývá v předškolním věku nápadné. Více se projevuje během školní docházky, a to velmi slabým prospěchem. Charakteristickým znakem jejich školní práce je také nevyrovnanost výkonnosti, s převahou neúspěšného zvládnutí školních nároků. Selhávání ve škole může mít dopad na sebepojetí dítěte, jeho sociální status ve škole, na motivaci ke vzdělávání.

8.2 Poruchy intelektu a specifika u tělesně postižených

Postižení vývoje rozumových schopností vede k významnému omezení v adaptivním fungování postiženého dítěte nebo dospělého v jeho sociálním prostředí. Jedná se o globální poškození intelektových funkcí spolu s narušeným vývojem celé osobnosti. Mentální retardace má vliv na celý socializační proces dítěte. U dětí s kombinovaným postižením mentálním a tělesným se zvyšuje riziko deprivace v oblasti stimulace. Tyto děti jsou ve větší míře závislé na svém okolí a jím zprostředkovaných podnětech. V důsledku toho může dojít k nerovnoměrnému rozvoji, ke zpomalování až blokování psychického vývoje. Čím mladší je dítě, tím obtížnější je stanovení jednotlivých pásem defektu intelektu. Přesné vymezení hodnot IQ zejména okolo jednotlivých hranic pásem mentální retardace může být problematické, protože tyto hodnoty jsou charakteristické určitou kolísavostí. Při opakovaných vyšetřeních s časovým odstupem můžeme získat odlišné výsledky. Záleží na časovém odstupu, aktuálním psychickém stavu dítěte, ale i na nerovnoměrnosti vývoje rozumových schopností.

Podle Krause (2005) lze u pacientů s hemiparetickou formou DMO nalézt mentální retardaci v 18–50 % případů, u postepileptické hemiparézy v 80 % případů, mentálně postižené jsou 2/3 dětí s triparetickou formou DMO a většina pacientů s kvadraparetickou formou. Méně častý je defekt intelektu u diparetické a dyskinetické formy DMO. Podle literatury (Krejčířová in Svoboda, 2001) až 1/3 dětí s epilepsií má inteligenci v pásmu mentální retardace nebo v hraničním pásmu a 1/3 dětí s epilepsií je podprůměrných. Mezi pacienty s epilepsií jsou ovšem velké individuální rozdíly. Záleží např. na formě epilepsie, době vzniku (čím dříve propukne a čím delší má trvání, tím horší mohou být následky), množství záchvatů, lokalizaci ohniska. Z infekcí CNS bývá postižení kognitivních schopností častější u meningitid, méně závažné bývají následky encefalitid. Následky úrazů hlavy na rozumové schopnosti se liší podle rozsahu a lokalizace traumatu, věku (u mladších dětí dochází k rychlejší úpravě stavu, ale může dojít k narušení vývoje nervového systému), na délce bezvědomí. Po středně těžkých až těžkých úrazech hlavy se udává mírné zhoršení intelektového fungování (průměrné IQ mezi 80–90), poruchy paměti a motorických funkcí (Krejčířová in Svoboda, 2001).

Pokud dojde k závažné poruše intelektu až po určitém období normálního vývoje, hovoříme o demenci nebo deterioraci intelektových schopností. Jedná se o sekundární postižení, jehož nejvýznamnějším projevem je úbytek intelektových schopností, ale projevuje se i zhoršením dalších kognitivních funkcí

(např. paměti, myšlení, orientace, vnímání, chápání), narušením řeči a komunikace, dále problémy v oblasti emoční, sociální, v sebeobsluze. Vzniká na základě organického poškození CNS. Jde o snížení již vyvinuté inteligence, proto je možné demenci diagnostikovat až po druhém roce života. Demence u dětí se liší od demence v dospělosti, u dětí jde obvykle o kombinaci vlivů vývojových a vlivů nemoci. Prognóza demence u dětí závisí na typu a závažnosti základního onemocnění, které tuto poruchu způsobilo. K demenci může dojít nejen regresí, ale i zpomalením nebo stagnací, které se s postupujícím věkem ve srovnání se zdravými vrstevníky projevují jako zhoršování úrovně rozumových schopností. Deteriorací intelektu bývají postiženy např. děti s vysokou frekvencí farmakorezistentních epileptických záchvatů, děti po traumatu nebo infekci CNS, děti s pervazivními vývojovými poruchami.

Při klasifikaci mentální retardace se v současnosti používá 10. revize Mezinárodní klasifikace nemocí. Podle této klasifikace je mentální retardace dále dělena na kategorie:

F70 – lehká mentální retardace (IQ 50–69)

Pokud nejde o kombinované postižení s těžším tělesným postižením, může být retardace zjevná až v předškolním, případně školním věku, kdy se od dítěte očekávají řešení složitějších úkolů či situací. Raný psychomotorický vývoj může být lehce opožděný. Řečové schopnosti nemusí být výrazně postiženy, slovní zásoba je chudší. Obvykle bývá postižena schopnost abstrakce a logického usuzování, myšlení může být méně pružné, mechanické, stereotypní. Jedinci s LMR mohou být zvýšeně sugestibilní, snížene kritičtí, se sklonem k impulzivnímu jednání. Na relativně dobré úrovni mohou být vizuálně-motorické dovednosti a mechanická paměť. Obvykle se behaviorální, emocionální a sociální potíže lehce mentálně retardovaných podobají těm, které mají jedinci s normální inteligencí, než těm, které mají středně a těžce retardovaní. Děti s LMR většinou dobře zvládají výuku podle osnov vzdělávacího programu pro žáky s LMP, po ukončení školní docházky se mohou vyučit v prakticky zaměřených oborech a mohou vykonávat jednoduchá zaměstnání.

F71 – středně těžká mentální retardace (IQ 35–49)

Opoždování psychomotorického vývoje je patrné již v kojeneckém věku, retardován je vývoj řeči i schopnost zvládnání sebeobslužných činností. U některých mohou být vážněji narušeny komunikační schopnosti. Časté je přidružené postižení motorické, neurologické onemocnění, autismus. U většiny lze určit organickou etiologii. V této skupině je velká variabilita ve vývoji řeči, v úrovni schopností a dovedností. Jejich výkony ve školní práci jsou limitovány, ale mohou zvládat výuku podle osnov základní školy speciální. Při využití vhodných vzdělávacích programů lze dosáhnout maximálně možného rozvoje schopností a dovedností těchto dětí a dosažení jejich co největší možné samostatnosti v dospělém životě.

F72 – těžká mentální retardace (IQ 20–34)

Tato diagnóza bývá zřetelná již od raného věku. Často jde o postižení kombinované s tělesným, smyslovým postižením, se závažným narušením komunikačních schopností, pervazivními vývojovými poruchami. Často lze zjistit organickou etiologii. Ve vzdělávacích programech je kladen důraz na základní komunikační dovednosti (např. alternativní formy komunikace), na rozvoj motorických a rozumových schopností, základy sebeobslužných činností a na porozumění běžným sociálním situacím. Vzdělávání probíhá v rehabilitačních třídách s cílem využití maximální možné kapacity dítěte.

F73 – hluboká mentální retardace (IQ pod 20)

IQ je odhadováno pod 20. Časté je velmi těžké pohybové postižení až imobilita, obvykle je přidruženo neurologické, smyslové postižení, pervazivní vývojové poruchy. Děti s hlubokou mentální retarda-

cí reagují zejména na taktilní a zvukové podněty z okolí, dávají najevo svou libost a nelibost. Mají nepatrnou nebo žádnou schopnost pečovat o svoje základní potřeby a jsou odkázány na trvalou pomoc a dohled.

F78 – jiná mentální retardace

Tato kategorie se používá v případě, pokud je stanovení stupně intelektové retardace pomocí obvyklých metod nesnadné nebo nemožné, např. z důvodu přidruženého těžkého tělesného, smyslového nebo somatického postižení.

F79 – nespecifikovaná mentální retardace

Tato kategorie se používá v případě, kdy je mentální retardace prokázána, ale není dostatek informací, aby mohla být diagnostikována některá z uvedených kategorií.

8.3 Diagnostika a specifika diagnostiky intelektových schopností u dětí s tělesným postižením

Součástí komplexního psychologického vyšetření je stanovení rozumových schopností dítěte. Kromě standardizovaných testových metod se při vyšetření používají i metody klinické (anamnéza, pozorování, rozhovor). Je třeba znát přesnou diagnózu dítěte, druh postižení, které z ní vyplývá, případně průběh onemocnění, jeho závažnost a prognózu. V současnosti nemáme k dispozici speciální nebo upravené testy pro děti a dospělé s tělesným postižením. Obtížné je zejména vyšetření dětí, které mají postiženou hybnost horních končetin i mluvidel a není možné je vyšetřovat standardním způsobem. Je třeba využít všech zdrojů informací, pozorování, zachytit dynamiku vývoje dítěte. Při vyšetření některých dětí s motorickým či jiným zdravotním handicapem nelze získat dostupnými metodami standardní míru inteligence, ale při použití modifikovaného postupu lze tyto zkoušky využít pro odhad potenciálu dítěte, využitelnosti jeho schopností, posouzení způsobu uvažování, schopnosti učit se, pozornosti, přístupu k úkolu.

Problematické je např. použití časově limitovaných úkolů, pracovní tempo dětí s organickým postižením bývá pomalé a jsou snadno unavitelné. Narušená hybnost jemné motoriky znemožňuje adekvátní provádění úkolů založených na manipulaci s drobným materiálem. Děti s narušenou expresivní složkou řeči, které komunikují pomocí náhradního komunikačního systému (komunikační tabulky, obrázkový slovník, speciálně upravená klávesnice, ovládání PC pohybem očí), lze vyšetřit běžnými metodami nestandardním způsobem, vyšetření je někdy vhodné spíše rozdělit na více sezení, protože používání pomůcek ke komunikaci je časově náročnější. K nestandardním postupům patří např. také zvětšení materiálu (např. subtest Kódování z baterie WISC).

U dětí, jejichž vývojová úroveň je nižší než 3 roky, se používají vývojové škály, u starších dětí potom standardizované testy inteligence. Čím hlubší je mentální defekt, tím problematičtější je možnost použití běžných testových metod. Některé testové metody umožňují hodnocení jen do určitého pásma, např. české normy testu WISC umožňují stanovit pásmo IQ v rozsahu 49–151 bodů.

U dětí předškolního a mladšího věku je nutno přihlížet k některým specifickým tohoto období. Výkonnost je ve větší míře závislá na optimálním fyzickém a psychickém stavu dítěte. Vliv má i prostředí, kvalita dosavadní stimulace a příležitost dětí učit se. Důležité je i navázání kvalitního kontaktu s dítětem, jeho adaptace na testovou situaci a zajištění motivace ke spolupráci. Zejména u malých dětí bývá někdy vyšetření prováděno v přítomnosti matky. Díky tomu máme možnost získat informace o vztazích mezi

matkou a dítětem, doplňující informace o schopnostech, např. u dětí úzkostných a utlumených, které se během vyšetření plně neprojevují. Je ale třeba vhodným způsobem zabránit případnému zasahování matky do průběhu testování.

Specifickým problémem je možnost vyšetření u dětí se současným vážným narušením hybnosti a expresivní složky řeči, které jsou schopny komunikovat pomocí náhradního komunikačního systému jen prostřednictvím asistenta. Jedná se např. o děti s dyskinetickou formou DMO, u kterých je problematické i zaměření očí na jeden podnět. K vyhodnocování výsledků je nutno přistupovat s obezřetností, protože je otázkou, nakolik se podílí, byť nevědomá, spolupráce asistenta, který zná odpověď, např. v případě, kdy vede ruku dítěte při zapisování odpovědi. Využití „cizího“ asistenta v těchto případech není možné, neboť sžívání dítěte s asistentem obvykle trvá dlouhou dobu a přítomnost cizího člověka může u dítěte vyvolávat větší frekvenci spasmů. V závislosti na komunikačních, motorických a intelektových možnostech klienta je nutné pro objektivitu vyšetření zvážit klady i rizika použitých metod a v hraničních či netypických případech použít kombinaci metod, vybraných substetů.

Vývojové škály

Cílem rané diagnostiky většinou není určení rozumových schopností jako takových, ale zejména časné zachycení poruch vývoje, smyslových vad a nastavení vhodných stimulačních programů.

K vyšetření pohybově postiženého malého dítěte lze použít běžně dostupné vývojové škály, je třeba ale při interpretaci výsledků brát v potaz i rozsah motorického postižení a jeho možný vliv na plnění položek škály. Značný vliv na výkony má také aktuální stav dítěte. Pro hodnocení je důležitá kvalitativní analýza postižením neporušených schopností a dovedností, hodnocení průběhu vývoje schopností během dlouhodobého sledování dítěte. U motoricky postižených dětí je důležitá volba vhodné polohy při vyšetření.

Gesellovy vývojové škály

U nás patrně nejrozšířenější a nejpoužívanější metoda. Je určena pro věkové rozpětí od 4 týdnů do 36 měsíců. Pro každou věkovou úroveň je určeno charakteristické chování. Položky jsou rozděleny do 5 oblastí: adaptivní chování, hrubá motorika, jemná motorika, řeč a sociální chování. Pro každou z těchto pěti oblastí se stanoví vývojová úroveň, kterou dítě dosahuje. Interpretace výsledků vychází také z kvalitativního pozorování dítěte během testové situace i mimo ni, z podrobných anamnestických údajů. Na základě všech těchto informací se stanovuje celková vývojová úroveň a vývojový kvocient, které slouží jako odhad intelektového potenciálu. U dětí s motorickým postižením může být pro tento odhad rozhodující oblast adaptivního chování, které nejvíce koreluje s dalším mentálním vývojem.

Vývojová škála N. Bayleyové

K dispozici je 2. revize, publikovaná v roce 1983 (pouze manuál bez testových pomůcek), a poslední 3. revize. Věkový rozsah je od 1 měsíce do 42 měsíců. Škála obsahuje Mentální stupnici (podobná Gesellovým škálám adaptivity, řeči, částečně i sociálního chování a jemné motoriky), Motorickou stupnici (zahrnuje hodnocení hrubé a jemné motoriky) a Záznam o chování dítěte (kvalitativní pozorování a hodnocení dítěte). U dětí s těžšími stupni postižení je použitelnost omezená.

Pro orientační posouzení dosaženého vývoje lze použít záznamové archy projektu **Portage**, což je metodika rozvoje dětí v domácím prostředí, případně **Vinlandskou škálu sociální zralosti**.

Pro úplnost uvádíme další škály, popisované v literatuře, která u nás ale nebyla vydána. Konstrukce těchto metod je podobná jako u výše uvedených, obsahují odlišné úkoly pro různé věkové úrovně, jejich případné použití u tělesně postižených dětí je opět limitováno:

- Škála Brunet-Lézinové,
- Bühlerové-Hetzerové Kleinkindertest,
- Mnichovská funkcionální diagnostika,
- Škála Griffithové.

Testy inteligence

Vícedimenzionální, komplexní testy

Wechslerovy zkoušky inteligence

WISC-III je poslední revizí u nás nejpoužívanějšího testu inteligence u dětí. Je určen pro děti od 6 do 16 let. Normy jsou aktualizované na českou populaci. Test lze administrovat u dětí bez smyslového a pohybového postižení v celém rozsahu. Pro pohybově postižené je třeba upravit postup administrace jednotlivých subtestů, hodnotit nestandardně, s důrazem na kvalitativní hodnocení. U dětí s těžším narušením jemné motoriky je třeba zvážit, zda postačí administrovat jen verbální subtesty a pro určení celkové úrovně kognitivních schopností využít jen verbální skór. Při interpretaci výsledků nestandardně administrovaného testu je pak třeba postupovat velmi obezřetně, protože jakákoli úprava snižuje validitu testu. Výsledky subtestů by v tomto případě měly sloužit jen jako odhad schopností dítěte, nikoli jako spolehlivý psychometrický údaj.

WISC se skládá z několika subtestů, z nichž každý měří odlišný aspekt inteligence.

- Vědomosti – zachycuje všeobecnou informovanost dítěte, získané vědomosti, odráží i vliv rodinného prostředí, školního vzdělávání a přístupu k informacím. Nízký výkon může také svědčit pro poruchu dlouhodobé paměti, případně může jít o inhibované dítě. Subtest může sloužit i jako základ předpovědi školní úspěšnosti.
- Podobnosti – měří abstraktní logické myšlení a usuzování. I v případě pohybově postižených dětí umožňuje posoudit jejich úroveň uvažování, odpovědi lze kvalitativně rozlišit na konkrétní, funkční nebo abstraktní.
- Počty – subtest je mírou početního úsudku, schopnosti počítat z paměti. Je třeba vzít v úvahu, zda dítě mělo odklad školní docházky, protože míra úspěšnosti závisí na školním věku dítěte. Subtest odráží také schopnost koncentrace pozornosti a krátkodobé (pracovní) paměti, které mohou být u dětí s organickým poškozením CNS narušeny.
- Subtest Slovník – měří obsahovou úroveň řeči, schopnost dítěte definovat a používat slova. Podobně jako subtest Vědomosti odráží podnětnost rodinného prostředí. Je jedním ze subtestů, které jsou poměrně málo ovlivněny organickým poškozením mozku.
- Porozumění – měří praktický úsudek dítěte, schopnost sociálního porozumění a úroveň sociální zralosti. Pro děti pohybově postižené a s omezenou sociální zkušeností může být obtížný, proto v něm mohou dosahovat relativně nižších výkonů. Odpovědi lze posuzovat i z kvalitativního hlediska.
- Opakování čísel – jedná se o doplňkový test, který se nezahrnuje do výpočtu IQ. Je rychlým nástrojem pro zjišťování krátkodobé paměti a schopnosti koncentrace pozornosti, její odklonitelnosti a odolnosti vůči stresu. Je citlivý na organické poškození.

- Doplnování obrázků – měří schopnost konkrétního neverbálního úsudku, zrakovou percepci, schopnost identifikace podstatných a nepodstatných částí objektu.
- Kódování – subtest měří vizuomotorické dovednosti, neverbální krátkodobou paměť, asociační neverbální učení. Pro dítě s narušením motoriky rukou (spasticita, tremor apod.) je provedení tohoto testu prakticky nespílitelné, protože samotný akt zápisu je pro dítě natolik náročný, že jeho výkon je mírou jiných schopností než jako u zdravých dětí.
- Řazení obrázků – odráží schopnost dítěte chápat a interpretovat situace a události, kontinuitu děje. Děti s narušenou motorikou rukou jsou znevýhodněny při manipulaci s testovým materiálem i časovým limitem, test lze administrovat nestandardně (dítě ukazuje pořadí), případně jej lze vynechat.
- Kostky – měří úroveň logického myšlení při práci s abstraktním materiálem. Také tento subtest vyžaduje manipulaci s testovým materiálem a je časově limitován. Subtest lze využít nestandardním způsobem, s vyloučením časového limitu. Užitečné informace získáme pozorováním pracovního postupu dítěte, schopnost plánování, frustrační toleranci při neúspěchu.
- Skládanky – měří praktický úsudek, kvalitu zrakové percepcce, ale pro splnění je také třeba manuální zručnost. U dětí s těžším narušením jemné motoriky jej lze vynechat, u lehčího postižení jej lze administrovat nestandardním způsobem podobně jako subtest Kostky.
- Hledání symbolů – jedná se o doplňkový test, který je součástí Indexu rychlosti zpracování, nemůže být využíván jako náhrada za jiný test ani započítáván do celkového skóru. Pro vyšetření pohybově postižených prakticky není vhodný.
- Bludiště – doplňkový subtest, který v odůvodněných případech může být použit jako náhradní. Zkouška je rovněž časově limitována a závislá na grafomotorice, není vhodná pro děti s narušením jemné motoriky.

Pro děti s postižením CNS je typický způsob rozložení dílčích schopností. Jako nejcitlivější ukazatelem poškození mozku se udává subtest Kostky. Nízké vážené skóry bývají dále v subtestech Skládanky, Kódování a Opakování čísel. Interpretace výsledků by měla vycházet ze srovnání výkonů v oblastech, které jsou nejvíce závislé na inteligenci, výkonů závislých na učení a výkonů, které byly nejvíce ovlivněny pohybovým postižením. U dětí s organickým poškozením CNS bývá významný rozdíl mezi verbálním a názorovým IQ ve prospěch verbálního IQ. Nápadný rozdíl mezi výkonem ve verbální a názorové části může ale odrážet i míru funkce obou hemisfér. Interpretaci výsledků nelze provádět mechanicky. Rozdíl 15 a více bodů může upozornit na závažné problémy, které vyžadují další podrobnější vyšetření. Rozdíl 9 a méně bodů nemá být považován za významný. Srovnání jednotlivých subtestů má diagnostický význam, pokud rozdíl mezi nimi dosahuje 4 a více bodů váženého skóru (Nicholson, Alcorn 2008).

Kromě celkového IQ, verbálního IQ a názorového IQ je možné vyhodnotit 4 nepovinné indexové skóry:

- slovní porozumění (subtesty Vě, Pod, Slo, Por),
- percepční uspořádání (Do, Řo, Kos, Skl),
- koncentrovanost (Poč, Oč),
- rychlost zpracování (Kód, Hs).

Při kvalitativní analýze lze využít pozorování dítěte během testování. Hodnotit lze nápadnosti v chování, kvalitu odpovědi, neobvyklé odpovědi, kvalitu řeči, způsob, jakým dítě přistupuje k úkolům, schopnost učit se apod.

Pražský dětský Wechsler (Kubička, Bursík, Jirásek, Psychodiagnostika, T-36, 1973) – starší vydání Wechslerových testů, upravené pro českou populaci. Test má podobnou strukturu jako WISC, normy jsou pro děti od 5 let. Některé položky a zejména normy jsou již zastaralé, udává se, že výrazně nadceňuje zejména v nižších věkových pásmech. V současné době se používá ojedinelé jen v odůvodněných případech

WPPSI – soubor verbálních a neverbálních subtestů pro děti předškolního věku (3–7 let), test u nás nebyl vydán.

WAIS-R (upr. Říčan, Šebek, Vágnerová, Psychodiagnostika, 1983) je verze Wechslerova inteligenčního testu pro dospělé, restandardizovaná na naši populaci. Lze jej použít u jedinců s mentální úrovní 60–150 bodů IQ. Test obsahuje 11 subtestů, při administraci se střídají subtesty verbální a neverbální povahy.

WAIS – III (upr. Černochová, Goldman, Král, Soukupová, Šnorek, Havlůj, Hogrefe – Testcentrum, Praha 2010) je poslední revizí Wechslerova inteligenčního souboru pro dospělé, u nás publikovaná s původními zahraničními normami. Je použitelný od 16 do 89 let. Obsahuje 14 subtestů, většina je na podobném principu jako subtesty testu WISC. Odlišný je subtest Matrice (doplňování neúplných vzorů – podobný princip jako Ravenovy testy), doplňkové testy jsou Hledání symbolů, Řazení písmen a čísel a Skládání objektů. Pro výpočet tradičních skóre (IQ, IQv, IQn) administrujeme 11 subtestů, pro výpočet Indexových skóre všech 13 subtestů. Indexové skóre: Verbální porozumění, Percepční uspořádání, Pracovní paměť a Rychlost zpracování.

Pro využití obou verzí Wechslerovy inteligenční škály pro dospělé u klientů s organickým poškozením CNS nebo narušenou hybností rukou platí podobná omezení jako u testu WISC.

Stanford-Binetova zkouška, revize Terman-Merrillové (upr. Adamovič, Psychodiagnostika, T-35, 1972)

Intelligenční testový soubor, založený na vývojovém principu. Test má normy od 2 let do dospělosti, které jsou v současnosti již zastaralé a značně nadhodnocují. Používá se nejčastěji u dětí předškolního, mladšího školního věku a s mentální retardací. Obsahuje řadu různých úkolů verbálních i neverbálních, nevýhodou je nevyrovnaná náročnost subtestů pro jednotlivé věkové kategorie. Jednotlivé úkoly verbální a neverbální se rychle střídají, většinu dětí zaujmou. Pro děti se smyslovým postižením, poruchami řeči nebo narušením hybnosti rukou nelze tento test použít standardně. Výsledky dítěte v testu lze hodnotit kvalitativně, např. úroveň řeči (obrázkový slovník, porozumění, analogie), paměť, sociální porozumění apod. Pozorování chování dítěte během vyšetření umožňuje hodnotit jeho práceschopnost, adaptabilitu apod.

IV. revize Stanford-Binetova testu (upr. Smékal, Psychodiagnostika, T-35a, 1995)

Vychází z dřívější škály, opuštěn je ale vývojový princip. Obsahuje 15 subtestů s položkami rostoucí obtížnosti. Určen je pro děti od 2 let. Některé subtesty pokrývají celý věkový rozsah, některé jen část. Zejména v nižších věkových kategoriích je úkolů poměrně málo. Subtesty zachycují 4 širší oblasti, každá oblast má vlastní skóre:

- Verbální myšlení (Slovník, Porozumění, Absurdity, Verbální vztahy),
- Abstraktně-vizuální myšlení (Analýza vzorů, Napodobování, Matice, Skládání a stříhání papíru),
- Kvantitativní myšlení (Počty, Číselné řady, Tvoření rovnic),
- Krátkodobá paměť (Paměť na korálky, Paměť pro věty, Paměť pro čísla a Paměť pro předměty).

Vyhodnocením získáme vážené skóre pro jednotlivé subtesty, pro širší oblasti i celkový skór. Můžeme vyhodnotit profil schopností a porovnat dílčí úrovně schopností dítěte. Výhodou je možnost použít jen některé části testu u dětí s tělesným postižením. Záznamový arch obsahuje i posuzovací škálu pro hodnocení chování a osobnosti dítěte během testování.

Kaufmannova hodnotící baterie K-ABC (upr. Poledňová, Vonkomer, Psychodiagnostika, experimentální verze, T-19, 2000)

Kaufmanův test je komplexní inteligenční test pro děti ve věku 2;06 až 12;06. Základem testu je definice inteligence jako schopnosti řešit problémy duševním zpracováním. Test obsahuje 16 subtestů, které jsou rozčleněny do 4 škál: Sekvenční zpracování, Simultánní zpracování, Kompozitní mentální zpracování a Výkonnost. K dispozici je i speciální Neverbální škála (kombinace vybraných subtestů). U nás byl vydán pouze překlad s původními normami pro odlišnou sociokulturní populaci.

Woodcock-Johnson International Edition (Woodcock-Johnson Czech International Edition, ed. Mareš, Vondráková, Zapletalová, Heider, Burešová, Nashville, 2006), Woodcock-Johnson Mezinárodní Edice II (2010)

Jedná se o individuálně administrovanou testovou baterii, která byla přeložena do českého jazyka a standardizována na českou populaci na základě spolupráce Woodcock – Muñoz Foundation a IPPP v Praze. Test je zatím ještě málo rozšířen. Používání testu je vázáno na výcvik. Baterie měří 7 různých tzv. širokých kognitivních faktorů, vycházejících z Cattellova-Hornova-Carollova modelu inteligence:

- Porozumění (test Verbální schopnosti),
- Vybavování z dlouhodobé paměti (test Paměť na jména),
- Vizually-prostorové myšlení (test Prostorové vztahy),
- Zpracování sluchových vjemů (test Rozlišování zvuků),
- Fluidní vyvozování (test Formování konceptů),
- Procesuální rychlost (test Vizuelní porovnávání),
- Krátkodobá paměť (test Obrácené číselné řady).

Pro interpretaci výsledků je k dispozici celkový skór intelektových schopností, dále skór verbálních schopností, skór schopnosti myšlení a skór kognitivní efektivnosti. Test je zaměřen zejména na postižení silných a slabých stránek ve struktuře schopností. Pouze test Vizuelní porovnávání spočívá v grafickém záznamu, všechny ostatní lze bez omezení administrovat dětem s narušením jemné motoriky.

Test struktury inteligence

Amthauerův test rozumových schopností byl u nás opakovaně publikován, k dispozici jsou mladší i starší revize, např. T-S-I (upr. Hrabal, Psychodiagnostika, T-13, 1992), I-S-T 2000R (upr. Plhánková, Testcentrum, 2005)

Test je vhodný pro individuální i skupinové použití, administrovat jej lze asi od 13 let. Test obsahuje 9 subtestů – 4 verbální (Informace, Eliminace slova, Analogie a Zobecňování), 2 početní (Aritmetika a Numerické řady), 2 názorové (Volba geometrického obrazce a Prostorová představivost) a jeden paměťový. Normy jsou uvedeny nejen podle věku, ale i podle stupně dosaženého vzdělání. Díky své citlivosti vůči školním dovednostem se často využíval pro měření předpokladů k dalšímu studiu a k identifikaci dětí s vyšším nadáním. Test se lépe hodí pro testování osob s průměrným nebo nadprůměrným

intelektem, protože je náročný na pozornost a rychlost myšlení. Není vhodný pro děti s narušenou hybností rukou, s potížemi v řeči a porozumění řeči, při obtížích ve čtení a psaní, u dětí s mentálním postižením.

SON-R (Tellegem, Laros, Heider, Testcentrum-Hogrefe, Praha, 2008)

Neverbální inteligenční test, standardizovaný na českou populaci. Je určen pro úzkou věkovou skupinu (2,5–7 let). Skládá se ze 6 subtestů, rozdělených do dvou škál (performační a úsudkové):

- Mozaiky (sestavení mozaiky podle předlohy),
- Kategorie (třídění kartiček podle kategorií),
- Skládanky (složení obrázku ze 3–6 dílků),
- Analogie (třídění geometrických tvarů na základě analogie s předlohou),
- Situace (doplnění chybějící části obrázku),
- Vzory (překreslení vzoru na předloze).

Test je vhodný pro děti s poruchami komunikace, pro děti z odlišného jazykového prostředí, pro identifikaci nadaných dětí. Výkon je limitován rozvojem jemné motoriky a jejím narušením, není proto vhodný pro děti s motorickým handicapem.

Váňův inteligenční test VIT (Hrabal, Psychodiagnostika, T-87, 1975)

Určen pro testování od 11 do 15 let, vhodný pro skupinové testování, využíván k diagnostice při volbě povolání. Obsahuje 7 subtestů. Celkový skóre je ukazatelem krystalické inteligence, výkon je značně závislý i na rychlosti myšlení. Vhodný je pro zjišťování úrovně rozvoje zejména té složky intelektových schopností, která podmiňuje školní úspěšnost.

Škála McCarthyové

U nás nepublikovaná škála pro předškolní děti (2,5–8 let). Obsahuje 5 dílčích škál, skládajících se z 18 subtestů (škála verbální, percepčně-performační, početní, paměti a motoriky). Jednotlivé škály lze využít i pro děti s poruchami motoriky, řeči nebo smyslovými.

Jednodimenzionální testy

Kohsovy kostky (upr. Košč, Psychodiagnostika, T-67, 1974)

Jedná se o neverbální test, založený na Kohsově definici inteligence jako schopnosti analýzy, syntézy a mentálních kombinací. K dispozici jsou normy slovenské pro děti od 5 let do dospělosti, spolehlivě rozlišuje od mentální úrovně 6–7 roků. Kromě celkového skóre lze např. využít ke kvalitativnímu sledování chování dítěte, schopnosti učení, rozložení a počtu chyb. Není vhodný pro děti s narušenou jemnou motorikou rukou. U dětí s organickým poškozením CNS je časté selhání v tomto testu. U dospělých je spolehlivou metodou pro diagnostiku organicky podmíněné deteriorace intelektu.

Ravenovy testy jsou určeny pro orientační vyšetření neverbální inteligence. Vychází ze Spearmanova pojetí obecné inteligence jako schopnosti chápat a vyvozovat vztahy na různé úrovni komplexnosti. Je považován za relativně kulturně nezávislý. Ravenovým testem je hodnocena úroveň myšlenkových

operací s konkrétními vizuálně prezentovanými podněty. Při řešení úloh se uplatňuje vnímání, pozornost a myšlení. Roli hraje i získávání zkušenosti a učení. Při interpretaci je užitečná analýza chyb. Test není vhodný u jedinců s problémy v oblasti vizuální percepce a nízkou úrovní pozornosti. Lze jej použít k orientačnímu vyšetření inteligence u dětí nebo dospělých s poruchami řeči, s problémy v komunikaci (u dětí, které neumí česky, ze sociokulturně odlišného prostředí), u dětí s výrazným postižením hybnosti rukou (v tomto případě odpovědi zaznamenává examinátor).

Ravenovy progresivní matice (Říčan, 1977, Ferjenčík, Hromý, 1989, Psychodiagnostika, T-16)

Jsou určeny pro dospívající a dospělé od 18 let. Obsahují 5 setů po 12 úlohách s narůstající obtížností.

Barevné progresivní matice (Ferjenčík, Psychodiagnostika, T-64, 1984)

Jsou určeny pro děti od 5 do 11 let, případně pro starší mentálně postižené děti. Obrazce jsou barevné, obsahují 3 sady po 12 položkách.

Test intelektového potencionálu (Říčan, Psychodiagnostika, T-84)

Neverbální test inteligence, zaměřený na měření fluidní inteligence, nezávislé na vzdělání. Normy jsou pro děti od 12 do 15,5 let. Kromě neverbálního úsudku je dostatečná schopnost koncentrace pozornosti a úroveň zrakového vnímání. Test tvoří 29 obrázkových řad, seřazených podle pravidla. Proband vybírá obrázek, který bude následovat.

8.4 Vyjádření míry úbytku funkce

Předpokládáme, že hodnocení této domény bude vycházet z použití standardizovaných metod, pouze v odůvodněných případech z kvalifikovaného odhadu. Úbytek funkce je vyjádřen ve standardních odchylnkách příslušných skóru. V případě deviačního IQ se držíme přesného dělení na standardní odchylky.

Stupeň ztráty	Standardní odchylka	Příklady standardních skóru
I. STUPEŇ	$-2 < \sigma \leq -1$	deviační IQ 85–71 (u subtestů IQ vážený skór > 4 a současně ≤ 7), 3–2 steny, 15–3 percentil, 40–30 T skór...
II. STUPEŇ	$-3 < \sigma \leq -2$	IQ 70–56 (vážený skór $> 1 \wedge \leq 4$) sten 1, percentil 2–1, 30–20 T skór...
III. STUPEŇ	$-4 < \sigma \leq -3$	IQ 55–41 (vážený skór ≤ 1), 20–10 T skór...
IV. STUPEŇ	$\sigma \leq -4$ <i>Pozn.: Jde o absenci funkce, kterou již nelze měřit standardizovanými testy. V poradensko-diagnostické praxi SPC se jedná o naprostou marginálii.</i>	IQ 40 a méně, pod 10 T skór...

Literatura

HANÁK, P., a kol. *Diagnostika a edukace dětí a žáků s těžkým zdravotním postižením*. Praha: IPPP ČR, 2005. ISBN 80-86856-10-0.

- KOLUCHOVÁ, J., MORÁVEK, S. *Psychologická diagnostika dětí a mládeže*. Olomouc 2001.
- KRAUS, J., a kol. *Dětská mozková obrna*. Praha: Grada, 2005. ISBN 80-247-1018-8.
- KUCHARSKÁ, A., a kol. *Obligatorní diagnózy a obligatorní diagnostika ve speciálně pedagogických centrech*. Praha: IPPP ČR, 2007. ISBN 978-80-86856-42-1.
- Mezinárodní klasifikace nemocí, 10. revize. Duševní poruchy a poruchy chování*. Praha, Psychiatrické centrum, 1992.
- NICHOLSON, C. L., ALCORN, C., L. *Vzdělávací aplikace WISC*. Testcentrum – Hogrefe, Praha 2008.
- ŘÍČAN, P., KREJČÍŘOVÁ, D., aj. *Dětská klinická psychologie*. 4., přepracované a doplněné vydání. Praha: Grada Publishing, 1997. ISBN 80-247-1049-8.
- SVOBODA, M., KREJČÍŘOVÁ, D., VÁGNEROVÁ, M. *Psychodiagnostika dětí a dospívajících*. Praha: Portál, 2001. 791 s. ISBN 80-7178-545-8.
- ŠVANCARA, J., a kol. *Diagnostika psychického vývoje*. Praha 1974.
- VÁGNEROVÁ, M., KLÉGROVÁ, J. *Poradenská psychologická diagnostika dětí a dospívajících*. Praha, 2008. ISBN 978-80-246-1538-7.

9 Kognitivní funkce

Dana Dvořáčková

9.1 Popis domény

V této doméně se zabýváme myšlenkovými procesy, které se uplatňují při zpracování informací, řešení problémů a při učení.

Myšlení se rozvíjí v úzkém sepětí a v návaznosti na motoriku a vnímání. V rozvoji myšlení hraje významnou úlohu představivost a zejména řeč. Bez řeči by se myšlení nemohlo rozvinout ze stadia konkrétních operací do stadia abstrakce.

Schopnost dětí přemýšlet a uvažovat prochází několika stupni kvalitativně odlišných stadií, každé z nich má ještě několik dílčích fází. Nejlépe propracovanou křivku vývojových stadií představuje Piagetovo pojetí. Pořadí stadií je shodné pro všechny děti, věk dosažení jednotlivých stadií může kolísat podle inteligence dítěte, kultury, socioekonomických faktorů.

- *Senzomotorické stadium* (narození–2 roky) – myšlení je těsně spjato s vnímáním a pohyby. Dítě je vázáno na bezprostřední kontakt s objekty. Ke konci tohoto období odlišuje sebe od objektů. Začíná jednat záměrně – tahá za provázek, třese hračkou. Důležité je také dosažení vědomí „stálosti předmětu“ – dítě si uvědomuje, že zakrytý předmět nepřestává existovat.
- *Předoperační (a symbolické) stadium* (2–4 roky) – dítě je schopno uvažovat o předmětech a událostech v symbolických pojmech (např. symbolicky krmí panenku). Učí se užívat jazyk a vytvářet reprezentace objektů pomocí slov.
- *Stadium názorného (intuitivního) myšlení* (4–6 až 7 let) – myšlení je vázáno na to, co dítě zná nebo si dovede představit. Myšlení je egocentrické – nedokáže si představit jiný úhel pohledu než svůj. Myšlení bývá subjektivně zkresleno. Dítě uvažuje v pojmech, které vznikají na základě vystižení podstatných podobností objektů a jevů. Chybí nebo je nedostatečné chápání reverzibility.
- *Stadium konkrétních operací* (6 až 7–11 let) – dítě dokáže logicky přemýšlet o operacích, objektech a událostech, jeho myšlení je vázáno na realitu. Chápe stálost počtu (v 6 letech), množství (v 7 letech) a hmotnosti (v 9 letech). Třídí předměty podle různých vlastností a dokáže je seřadit podle jedné vlastnosti. Je schopno abstrakce, ale jen s konkrétními předměty. Začíná chápat podřazení prvku do určité třídy.
- *Stadium formálních operací* (od 11 let) – v období dospívání se mění kvalita myšlenkových operací. Dospívající dokáže vyvozovat soudy nejen o konkrétních skutečnostech, ale i o tom, co si nelze přímo představit, co je fiktivní. Dokáže myslet logicky o abstraktních pojmech a systematicky testovat hypotézy, kombinovat, uvažovat o alternativách. Zabývá se abstrakcí, budoucností a ideologickými problémy.

Vývoj myšlení se odráží ve způsobu učení dítěte. Kognitivní zpracování a uvažování u dětí předškolního věku je ovlivněno tím, že děti často ignorují informace, které jsou pro ně nezajímavé, nesrozumitelné, na druhou stranu nedokážou potlačit informace, které jsou pro řešení aktuálního úkolu nevýznamné. Často ulpívají na vnější podobnosti.

Na prvním stupni ZŠ si dítě osvojuje konkrétní poznatky převážně memorováním. Kognitivní schopnosti se dále rozvíjejí, dítě je schopno posuzovat skutečnost z více hledisek. Pochopení pravidel v jedné

situaci ale dítě ještě obtížně generalizuje. Rozvíjí se schopnost klasifikace podle více hledisek, schopnost odlišit podstatné vlastnosti od méně podstatných, kritičnost, pochopení absurdností.

Na druhém stupni ZŠ je dítě schopno chápat logické souvislosti a využívat je k zapamatování učiva. Dopívající dovedou uvažovat hypoteticky, rozvíjí se deduktivní a induktivní uvažování.

Myšlení se realizuje prostřednictvím myšlenkových procesů či operací. V literatuře se nejčastěji uvádějí tyto operace:

- *Analýza* – je myšlenkový postup, spočívající v rozboru celku i jeho částí s cílem oddělit podstatné prvky od náhodných, obecné od jedinečných, proniknout k podstatě jevu, jeho zákonitostí a souvislostí.
- *Syntéza* – spočívá ve spojování prvků v jeden celek. Často navazuje na analýzu.
- *Dedukce* – postupuje od obecných výroků k podřazeným. Z obecného soudu vyvozujeme závěr pro jednotlivé případy.
- *Indukce* – postupuje od jednotlivých informací k obecnějším. K obecnému závěru docházíme na základě poznání jednotlivých konkrétních případů.
- *Abstrakce* – spočívá v operování s abstraktními, z jednotlivých případů izolovanými momenty. Schopnost abstrakce se řadí k „horním patrům“ duševní činnosti (Preiss, 1998).
- *Generalizace*, zobecnění – schopnost předvídat, odhadnout předem výsledek děje nebo jednání, nalézt obecný pojem nebo vztah.
- *Klasifikace* – schopnost srovnávat nový pojem s jinými již známými pojmy, srovnání nového problému s problémy, jejichž řešení již jedinec zná. Srovnání umožňuje rozřadit objekty podle podstatných vlastností. Klasifikace je spojena s analýzou a syntézou.

Kognitivní styl lze chápat jako způsob, kterým jedinec získává, přijímá, zpracovává a používá informace. Má u každého jedince individuální charakter. Kognitivní styl má vliv na učební styl, který se rozvíjí během školní docházky. Učební styl je postup při učení, lišící se kvalitou, pružností, strukturou, způsobem aplikace a efektivitou.

Poruchy myšlení

Zrychlené myšlení (tachypsychismus) – až myšlenkový trysk, jedinec nestačí zpracovávat myšlenky, nedokončuje věty, zrychlená výbavnost představ s náhodnými nebo povrchovými asociacemi.

Útlum myšlení (bradypsychismus) – často spojen s útlumem tělesným. Odpovědi přicházejí po latencích, myšlení je těžkopádné, ulpívavé.

Roztržité myšlení – jedinec se nedokáže dostatečně soustředit na téma.

Zabíhavé myšlení – od tématu odbočuje k souvisejícím, ale nepodstatným myšlenkám, opakuje se.

Perseverace – ulpívání na stejné myšlence, opakování slov.

Nevýpravnost myšlení – točí se kolem jedné myšlenky či tématu, v řeči se k němu vrací, byť v různých formulacích.

Inkoherentní myšlení – nesouvislé, myšlenky nejsou logicky a obsahově spojené.

Autistické myšlení – je charakteristické narušením kontaktu mezi subjektivním světem jedince a objektivní realitou.

9.2 Specifika domény u tělesného postižení (zdravotního znevýhodnění)

Myšlení je těsně spjato s motorikou, vnímáním a řečí, to znamená s funkcemi, které jsou často narušeny v důsledku organického poškození CNS. Snížená schopnost soustředit se a nepřesné vnímání informací (např. při výuce) vedou k mezerám ve znalostech. Nepřesné znalosti pak neumožňují přesné soudy a dedukce, znesnadňují vhodné asociace přiměřené věku. Nejčastějším následkem poškození mozku je „konkrétní myšlení“, neschopnost vyvozovat generalizace, aplikovat pravidla pro konkrétní případ, využívat matematické operace apod. (Preiss, 1998).

U epilepsie se často vyskytuje zpomalené myšlení – pomalé vybavování asociálních spojů, menší pružnost myšlení, váznutí myšlenkových pochodů. Může se objevit i nedokončování myšlenky, odbíhání od tématu hovoru.

Proces myšlení ovlivňuje zvýšená unavitelnost, která je součástí obrazu některých, zejména chronických nemocí.

U dětí s kombinovaným postižením tělesným a mentálním je myšlení charakteristické stereotypností, rigiditou a ulpívavostí. Mentálně retardovaní mívají problémy s aplikací pravidel, která se naučí, ale nedovedou je použít v různých situacích. Hůře rozlišují významné a nevýznamné vlastnosti předmětů a situací, těžko chápou jejich vzájemné vztahy. Myšlení jedinců s lehkou mentální retardací dosahuje v nejlepším případě úrovně konkrétních logických operací.

9.3 Diagnostika a specifika diagnostiky

Pozorování spontánně používaných způsobů řešení problémů a uvažování během vyšetření i během volné hry umožňuje orientačně zhodnotit kognitivní schopnosti a dosažené vývojové stadium. Při vyšetření dítěte s organickým poškozením CNS je třeba věnovat pozornost všem reakcím během vyšetření, ve kterých se může projevit odlišný způsob práce a řešení úkolů.

V současnosti nemáme k dispozici standardizovanou metodu, určenou přímo k hodnocení myšlenkových operací. K jejich posouzení můžeme využít kromě pozorování i některé subtesty, které jsou součástí komplexních testů inteligence. Uvádíme některé z nich.

WISC-III

Podobnosti – odpovědi lze rozlišit kvalitativně na odpovědi konkrétní (dítě pojmenuje věc nebo její část) a abstraktní (dítě použije kategorizaci), subtest odráží i pružnost myšlení.

Slovník – správné odpovědi jsou hodnoceny podle úrovně. Na konkrétní úrovni dítě slovo definuje nepřesně, konkrétním příkladem. Úroveň abstraktní zahrnuje dobrá synonyma, obecné kategorie.

Porozumění – měří schopnost sociálního úsudku.

Počty – numerický úsudek.

Řazení obrázků – vysoké výkony mohou svědčit mimo jiné pro dobrou schopnost plánování, logické myšlení.

Kostky – měří schopnost analýzy a syntézy abstraktních vzorů. Je třeba si všimnout postupu dítěte při řešení, zda je schopno si předlohu analyzovat, zda plánuje sestavování.

Skládky – opět se uplatňuje analýza a syntéza, plánování postupu, logické uvažování.

Stanford-Binet, IV. revize

Verbální vztahy – administruje se od 10 let, dítě určuje, co je společné pro tři věci a neplatí to pro věc čtvrtou. Vyžaduje schopnost verbálního abstraktního úsudku, schopnost generalizace, nacházení logických souvislostí.

Analýza vzorů – zachycuje schopnost vizuální analýzy a syntézy.

Matice – podobně jako u Ravenových matric měří schopnost zrakové diferenciacce a analýzy.

Číselné řady – měří schopnost nalézání vztahů, abstraktně logický úsudek.

Ve **III. revizi Stanford-Binetova testu** se odráží vývojový trend od konkrétního k abstrakci, vývoj schopnosti vymezení pojmů a chápání rozdílů, podobností, příčin a souvislostí v subtestech Analogie, Protiklady, Slovník, Podobnosti, Rozdíly a Absurdity (Svoboda, 2001).

9.4 Vyjádření míry úbytku funkce

Při definování výroků a jejich kvantifikátorů v oblasti kognitivních procesů vycházíme ze skutečnosti, že kvalita této funkce je v úzkém vztahu s dalšími kognitivními funkcemi a vyvíjí se s věkem. Navrhovaná škála by měla odrážet dopad úbytku kognitivních procesů na další funkce. Při hodnocení této domény vycházíme převážně z kvalifikovaného odhadu na základě pozorování a výkonu v některých výše uvedených dílčích zkouškách komplexních testů inteligence.

- 0 – dítě dosáhlo úrovně myšlenkových operací, které odpovídají jeho věkové úrovni. Myšlení má přiměřenou rychlost a nevykazuje kvalitativní poruchy;
- 1 – myšlenkové procesy vykazují minimální nebo žádné kvalitativní a kvantitativní poruchy; obtíže nejsou patrné nebo se vyskytují jen v dílčích oblastech; obtíže mají žádný nebo minimální dopad na další funkce;
- 2 – myšlenkové procesy vykazují kvalitativní nebo kvantitativní poruchy se středním dopadem na ostatní funkce (zejména učení, řešení problémů);
- 3 – myšlení vykazuje těžší kvalitativní nebo kvantitativní poruchy s významným dopadem na ostatní funkce (zejména učení, řešení problémů);
- 4 – proces myšlení je těžce narušen po kvalitativní i kvantitativní stránce, s komplexním dopadem na ostatní funkce.

Literatura

- ČÁP, J., MAREŠ, J. *Psychologie pro učitele*. Praha 2007. ISBN 978-80-7367-273-7.
- KOLUCHOVÁ, J., MORÁVEK, S. *Psychologická diagnostika dětí a mládeže*. Olomouc 2001.
- LANGMEIER, J. *Vývojová psychologie pro dětské lékaře*. Praha, 1991.
- NICHOLSON, C. L., ALCORN, C., L. *Vzdělávací aplikace WISC*. Testcentrum – Hogrefe, Praha 2008.
- KRAUS, J., a kol. *Dětská mozková obrna*. Praha: Grada, 2005. ISBN 80-247-1018-8.
- PREISS, M., a kol. *Klinická neuropsychologie*. 1. vydání. Praha: Grada, 1998. ISBN-80-7169-443-6.

- ŘÍČAN, P., KREJČÍŘOVÁ, D., aj. *Dětská klinická psychologie*. 4., přepracované a doplněné vydání. Praha: Grada Publishing, 1997. ISBN 80-247-1049-8.
- SVOBODA, M., KREJČÍŘOVÁ, D., VÁGNEROVÁ, M. *Psychodiagnostika dětí a dospívajících*. Praha: Portál, 2001. 791 s. ISBN 80-7178-545-8.
- ŠVANCARA, J., a kol. *Diagnostika psychického vývoje*. Praha, 1974.
- VÁGNEROVÁ, M. *Vývojová psychologie I*. Praha, 1996. ISBN 80-246-0956-8.
- VÁGNEROVÁ, M., KLÉGROVÁ, J. *Poradenská psychologická diagnostika dětí a dospívajících*. Praha, 2008. ISBN 978-80-246-1538-7.

10 Smyslové vnímání

Eva Čadová

Základem poznání je vnímání smysly. Dítě se má učit od nejútlejšího věku správně vidět, slyšet a správně vnímat hmatem. Platí to bez výjimky pro všechny děti, zejména však pro děti postižené.

Percepce neboli vnímání obecně je proces odrážení objektivní reality, kdy člověk smysly a s nimi souvisejícími nervovými centry získává informace o okolním světě. Vnímání se dělí v souladu se smyslovými orgány:

- **zrakové** (optické, vizuální),
- **sluchové** (akustické, auditivní),
- **dotykové** (daktilní, haptické) – kožní cití, hmat jako základní smysl pro vnímání hranic těla, vnímání různých částí těla v závislosti na TP,
- **čichové** (olfaktorické),
- **chut'ové** (degustativní).

Mimoto existuje na smyslové orgány přímo nevázané **vnímání prostoru, pohybu a času**.

U dětí tělesně postižených, následkem úrazu, v důsledku nádorů, s diagnózou epilepsie a zvláště u dětí s diagnózou DMO nebo spina bifida se velmi často setkáváme s poruchami zraku a sluchu. U některých dětí s diagnózou DMO se vyskytují poruchy citlivosti, při kterých je porušeno vnímání tělesného schématu, doteku nebo bolesti. Bývá porušeno i vnímání jednotlivých částí vlastního těla nebo schopnost rozeznávat předměty pouhým hmatem, což se označuje jako *astreognozie*. Člověk s touto poruchou není schopný například odlišit tvrdý míč od houby či jiného předmětu, který drží v ruce, aniž by se na předmět podíval.

Pro vzdělávání dětí, žáků a studentů ve školách je velmi limitující, pokud jejich primární postižení komplikují ještě deficity ve smyslovém vnímání (především v oblasti zraku a sluchu).

10.1 Zrakové vnímání

10.1.1 Deskripce domény (obecný popis domény)

Zrakem získáváme téměř 90 % všech informací o okolním světě. Důležitost zrakového vnímání je dána jeho jedinečnou schopností v minimálním čase podat maximum informací. Zrak je důležitý pro orientaci v prostoru, pro rozlišování tvarů, barev, velikosti, vzdálenosti, hloubky, směru a pohybu nebo klidu v prostředí. Zrakové vjemy jsou důležité pro každou lidskou činnost, ať se jedná o práci, hru, učení, zájmové aktivity. Jsou rovněž bohatým zdrojem estetických zážitků. Poškození nebo ztráta zraku omezují, deformují nebo zcela vylučují tento zdroj informací.

10.1.2 Specifika domény ve vztahu k tělesnému postižení

U dětí tělesně postižených, následkem úrazu, v důsledku nádorů, s diagnózou epilepsie a zvláště u dětí s diagnózou DMO se velmi často setkáváme s poruchami zraku. Velké procento dětí s DMO a kombinovaným postižením šilhá (má tzv. *strabismus*).

Strabismus (šilhavost) je porucha rovnovážného postavení očí, při němž nehledí obě oči rovnoběžně, ale jedno se odchyluje. Je to stav, kdy při fixaci určitého předmětu na blízko nebo do dálky se osy vidění neprolínají v témže bodě. Vždy je přítomna porucha jednoduchého binokulárního vidění. Strabismus je porucha funkční, provázená asymetrickým postavením očí z důvodů motorických, centrálních, senzorických, hereditálních aj. Každé šilhající dítě by po odhalení vady mělo být co nejdříve odesláno k oftalmologovi a co nejrychleji by mělo započít s léčením. Léčba šilhání je úspěšná v předškolním věku a měla by být ukončena do nástupu dítěte do školy.

Strabismus může být sbíhavý (*konvergentní*) nebo rozbíhavý (*divergentní*). U dospělých takový stav vede ke dvojitému vidění, u dětí se však mozek tomuto stavu přizpůsobuje tím, že ignoruje podněty přicházející z jednoho z očí (toto oko je potom takzvaně tupozraké; hovoříme o *amblyopii*). Pokud se takový stav nezačne včas léčit, může tento mechanismus vyústit v těžkou poruchu zraku na tupozrakém oku, následkem níž má postižený problémy s některými zrakovými funkcemi, jako je kupříkladu prostorové vidění potřebné například pro odhad vzdálenosti. Léčba šilhavosti může být konzervativní; v některých případech je však vhodná chirurgická korekce.

Děti s hemiparetickou formou DMO mohou mít navíc **hemianopii**, což je výpadek poloviny zorných polí obou očí, v tomto případě na straně shodné se stranou hybné poruchy (*homonymní hemianopie*). Například při levostranné homonymní hemianopii vidí postižený při pohledu vpřed dobře, zatímco objekty na levém okraji zorných polí vidí špatně nebo je nevidí vůbec.

Děti, které přišly na svět předčasně a velmi nezralé, mívají závažnější poruchy zraku způsobené poškozením sítnice kyslíkovou terapií. Jde o tzv. *kyslíkovou retinopatii*, která často vede k téměř úplné nebo úplné trvalé ztrátě zraku.

Můžeme se setkat také s *refrakčními vadami* (jedná se o vady korigované brýlemi):

- krátkozrakost (se paprsky setkávají před sítnicí, výsledný obraz je neostrý a je nutná náprava rozptylnými skly),
- dalekozrakost (se paprsky setkávají až za sítnicí a k zaostření obrazu je potřebná spojná čočka),
- astigmatismus (vlivem nepravidelného zakřivení rohovky se bod na sítnici zobrazuje jako čárka, k nápravě slouží cylindrická skla, která lámou světlo jenom v jednom směru).

Při zjišťování schopností dítěte využívat zrak je třeba vycházet zejména z lékařské diagnózy, která stanoví funkční stav oka, nervových drah a zrakového centra.

Vnímání zrakem v poznávacích procesech

Správné a objektivní vnímání zrakem využitelné v běžném životě záleží na:

- stavu analyzátorů (receptorů),
- stavu CNS – ovlivnění únavou, málo odpočinku, spánku, onemocnění mozku, zánět, léze,
- výběrovosti a zaměřenosti vnímání – nevnímáme všichni stejné věci,
- všímavosti a kvalitou pozorovací schopnosti,
- míře ovlivnění minulou zkušeností.

Zraková percepce (vizuální percepce)

Pokud má dítě problém v oblasti zrakové pozornosti, zrakové paměti, plete si tvary, nejdou mu skládačky, pak mohou nastat problémy především v oblasti psaní a čtení. Nedostatky v přesnosti zrakového vnímání komplikují i vývoj výslovnosti – dítě napodobuje artikulační pohyby a postavení rtů tak, jak vnímá, tedy nepřesně.

Do oblasti vizuální percepce patří:

- schopnost orientace v prostoru (makro- i mikroprostoru),
- schopnost orientace pravolevé (na ploše, v prostoru, v tělesném schématu),
- schopnost levoprávého pohybu očí,
- schopnost zrakové diferenciaci (rozlišování) – barev, velikosti, tvaru, figury a pozadí, podobných a stranově obrácených tvarů,
- schopnost zrakové analýzy a syntézy,
- zraková paměť.

10.1.3 Diagnostika zrakové percepce (diagnostické materiály a specifika diagnostiky u TP)

Testy zrakové percepce

Hodnocení zrakové percepce je součástí mnoha testových metod.

Edfeldtův reverzní test

Zjišťuje úroveň zralosti zrakového vnímání dítěte (např. rozlišování polohy nahoře–dole, vpravo–vlevo).

Popis: testovací sešit s dvojicemi různých obrazců (jednoduché symbolické obrázky).

Administrace: dítě má označit dvojice obrazců, které se liší; z důvodu snižující se pozornosti se může použít jen polovina testu; možno administrovat individuálně (vhodnější) i skupinově; test určen pro děti od 5–8 let.

Hodnocení a interpretace: za každou správnou odpověď 1 bod; výsledky je vhodné zhodnotit i kvalitativně.

Modifikovaný reverzní test pro předškolní děti (modifikovali Ivan Eisler a Václav Mertin)

Popis: dva sety o 36 položkách, A a B, které se od sebe liší pouze pořadím položek.

Administrace: instrukce testu je zaměřena tak, aby dítě pochopilo, že si musí všimnout rozdílů dvou obrázků; důležitý zázvuk, po něm dítě dostane variantu A, pak B; vhodná individuální administrace.

Hodnocení a interpretace: za každou chybu 1 bod, účelné diferencovat typy chyb; zhoršený výkon v B testu typický pro nezralé děti, které se snadněji unaví a hůře se soustředí.

Test diskriminace tvarů Josefa Švancary (výkonový test)

Popis: list formátu A3, na němž je umístěno 1250 obrázkových podnětů po 50 ve 25 řádcích.

Administrace: dítě má přeškrtnat všechny obrázky jednoho typu; práce je časově limitovaná; pro děti od 9–18 let.

Hodnocení a interpretace: hodnotí se čas, počet opomenutí, počet omylů, počet oprav; existují normy podle věku a pohlaví

Standardizace: pro zjištění reliability byl použit test-retest – výsledky ukázaly, že zde působí efekt učení; určitá korelace s testem inteligence.

Vývojový test zrakového vnímání (M. Frostigová)

Popis: testový materiál – testovací sešit + záznamový arch + demonstrační karty (zobrazen trojúhelník, čtverec atd.) + 3 šablony (pro vyhodnocení výsledků); 5 subtestů:

1. vizuomotorická koordinace (dítě má kreslit nepřerušované čáry, příp. spojit jeden bod s druhým),
2. figura–pozadí,
3. konstantnost tvaru (má rozeznat různé tvary, které se liší velikostí, odstínem, ...),
4. poloha v prostoru (má rozlišit, které tvary jsou otočené),
5. prostorové vztahy (má obkreslit různé tvary, které jsou zakresleny do soustavy teček) – všechny schopnosti nezbytné pro splnění úkolů jsou potřebné pro školní práci.

Administrace: 30–40minutové testování, vhodnější zadávat individuálně.

Hodnocení a interpretace: součet bodů v jednotlivých subtestech se převádí na vážené skóry; k dispozici normy vzhledem k věku; tzv. percepční kvocient – lze porovnat výkony v jednotlivých subtestech a vytvořit profil percepčních schopností dítěte.

10.1.4 Vyjádření míry úbytku funkce

Kvalifikovaný odhad sycený z možných informačních zdrojů s využitím klinických metod:

- pozorování,
- rozhovor,
- informace učitelů,
- informace rodinných příslušníků.

Hodnocení:

- 1 – úbytek dovednosti do 25 %, zvládá pouze někdy – dítě po vysvětlení plní úkol, vykoná požadovanou činnost pouze jen někdy,
- 2 – úbytek dovednosti do 50 %, zvládá s pomocí, spolupracuje – dítě potřebuje opakované verbální vedení, evet. další vysvětlení, delší zácvik, potřebuje dopomoc, větší podporu od dospělého při vykonání úkolu a činnosti, je navázána adekvátní kooperace,
- 3 – úbytek dovednosti do 75 %, naznačuje – dítě daný úkol naznačuje, daná dovednost se vynořuje,
- 4 – úbytek dovednosti do 100 %, nezvládá – dítě úkol, činnost nesplní ani s podporou, je nad jeho možnosti.

Výrok sám vyjadřuje 0% úbytku funkce (normu).

Zrakové vnímání	Hodnocení				Poznámky
	Zvládá pouze někdy	Zvládá s pomocí, spolupracuje	Naznačuje	Nezvládá	
2, 3, 4 – před nástupem do MŠ					
Registruje předměty mimo bezprostřední blízkost					
Vyhledá zrakem předmět podle předem stanoveného kritéria					
Najde dva stejné obrázky					
Střídá zrakovou pozornost mezi dvěma objekty					
4, 5 až 6 let					
Najde dva stejné předměty (obrázky)					
Najde zrakem stínový obrázek k předloze					
Přiřadí barvy					
Vybere z řady předmětů jeden odlišný					
Vybere z řady předmětů jeden, který je odlišně orientován					
Najde určený tvar v matoucím pozadí					
Roztřídí předměty do několika skupin podle určených vizuálních kritérií					
Rozliší zrcadlové tvary					
Pozná a pojmenuje nesmysl na obrázku					
Složí obrázek z několika částí					
6 až 7 let – předškolák					
Vybere z řady předmětů jeden odlišný					
Vybere z řady předmětů jeden, který je odlišně orientován					
Najde určený tvar v matoucím pozadí					
Roztřídí předměty do několika skupin podle určených vizuálních kritérií					
Vyhledá stínový obrázek ke složitější předloze					
Rozliší zrcadlové tvary					
Pozná a pojmenuje nesmysl na obrázku					
Vyhledá rozdílné detaily v obrázcích					
Složí obrázek z několika částí					
Hraje úspěšně pexeso					
6, 7 až 8 let – první ročník					
Vybere z řady předmětů jeden odlišný					
Vybere z řady předmětů jeden, který je odlišně orientován					
Najde určený tvar v matoucím pozadí					
Roztřídí předměty do několika skupin podle určených vizuálních kritérií					
Vyhledá stínový obrázek ke složitější předloze					
Rozliší zrcadlové tvary					
Pozná a pojmenuje nesmysl na obrázku					
Vyhledá rozdílné detaily v obrázcích					
Složí obrázek z několika částí					
Hraje úspěšně pexeso					

Při diagnostice vycházíme z věku dítěte. Navržená tabulka končí v prvním ročníku ZŠ. Pokud je třeba diagnostikovat úbytek funkce později, je možné využít navržených diagnostických materiálů, případně diagnostiku uvedenou v oblasti deficitů dílčích funkcí.

10.2 Sluchové vnímání

Deskripce domény (obecný popis domény)

Všeobecně se traduje, že nejdůležitějším smyslem pro člověka je zrak. Zrak poskytuje informace o prostorových vztazích a jeho ztráta vyděluje člověka ze „světa věcí“. Sluch ovšem přináší akustickou informaci do mozku již v období nitroděložního života, po narození pak mimo jiné také ve spánku nebo v bezvědomí. Člověk slyší i zvuky, které jsou mimo jeho zorné pole, slyší při zavřených očích. Sluch hraje u člověka nenahraditelnou roli při vývoji komunikačního procesu. Je také základní součástí zpětnovazebního systému řeči, informuje nás o tom, co říkáme, jak hlasitě a jakou intonací.

Na začátku je třeba odlišit dva pojmy – fyzický sluch a sluchovou percepci. Fyzický sluch je umožňován sluchovým analyzátozem. Jedná se o smysl, který nám umožňuje vnímat vnější akustické signály. U zvuku se rozlišuje jeho výška, frekvence, zabarvení, intenzita a hlasitost. Člověk je schopen vnímat zvuky o frekvenci 20–20 000 Hz. Pokud je funkce nebo stavba sluchového analyzátozu narušena, dochází u jedince k vadě sluchu a sekundárně je narušena i řeč.

10.2.1 Vnímání sluchem v poznávacích procesech

Správné a objektivní vnímání sluchem využitelné v běžném životě záleží na:

- stavu analyzátozů (receptorů),
- stavu CNS – ovlivnění únavou, málo odpočinku, spánku, onemocnění mozku, zánět mozku,
- výběrovosti a zaměřenosti vnímání – nevnímáme všichni stejné věci,
- všímavosti a kvalitě pozorovací schopnosti,
- míře ovlivnění minulou zkušeností.

Předškolní dítě by mělo umět vyčlenit určitý zvuk, umět se na něj soustředit, nenechat se vyrušit jinými zvukovými podněty. Pamatuje si a dokáže recitovat jednoduchá říkadla, rozpočítadla a básničky, texty dokáže rytmicky doprovodit, orientuje se sluchem v prostoru. Dokáže rozlišovat a určovat zdroj zvuků ze svého okolí. Umí rozlišit stejně a nestejně znějící slova, rozložit slovo na slabiky, určit první (poslední) hlásku ve slově, seřadit předměty či obrázky v takovém pořadí, v jakém mu je vyjmenujeme, atd.

Do oblasti sluchové (auditivní) percepce patří:

- schopnost sluchové orientace,
- schopnost sluchového rozlišování (diferenciace) – zvuků, tónů = naslouchání, dále pak hlásek, slabik, slov, vět,
- vnímání a reprodukce rytmu = audiomotorická koordinace,
- schopnost sluchové analýzy a syntézy,
- sluchová paměť.

10.2.2 Specifika domény u tělesného postižení

U dětí tělesně postižených, následkem úrazu, v důsledku nádorů, s diagnózou epilepsie, u některých neuropatií (CMT) a zvláště u dětí s diagnózou DMO se velmi často setkáváme s poruchami sluchu.

Sluchové vnímání dozrává mezi 5.–7. rokem věku dítěte. Sluchová analýza a syntéza se ve větší míře rozvíjí v předškolním období a ve škole.

Úroveň fonemického sluchu, fonemického a fonologického uvědomování dětí a žáků ovlivňuje ve významné míře úspěšnost dětí ve výuce. Je proto nezbytné znát úroveň jejich sluchového vnímání. Narušení sluchového vnímání se projevuje v poruchách sluchové diferenciaci a tvorby sledů hlásek i slabik. Potíže činí sluchová analýza a syntéza – rozklad a skládání projevu na věty, věty na slova, slova na slabiky a slabiky na hlásky.

Další deficity se projevují ve fonemickém sluchu při diferenciaci hlásek. Největší obtíže činí rozlišování hlásek dlouhých–krátkých, měkkých–tvrdých, znělých–neznělých, závěrových–nezávěrových, kompaktních–difuzních.

Deficit můžeme najít ve sluchové pozornosti, akustickém rozlišení figury a pozadí i audiomotorické reprodukci.

Všechny tyto funkce velmi úzce souvisejí s osvojováním si čtení a psaní.

Poruchy sluchu se dělí na periferní a centrální podle toho, ve které části sluchové dráhy se nacházejí a co je jejich možnou příčinou.

Sluchovou poruchou v širším slova smyslu nazýváme každé snížení sluchové ostrosti nebo změnu kvality sluchového vjemu, která vybočuje z mezí normálního sluchu. Při audiometrickém hodnocení se sluch považuje za normální, pokud na žádné frekvenci není sluchová ztráta větší než 20 dB.

Při posuzování poruchy sluchu podle slyšení hovorové řeči a šepotu dělíme orientačně poruchy sluchu na:

- **lehkou nedoslýchavost** (ztráta sluchu 20–40 dB, rozumění řeči ze vzdálenosti 6–4 m),
- **středně těžkou nedoslýchavost** (při ztrátě sluchu 40–70 dB, rozumění řeči ze 4–2 m),
- **těžkou nedoslýchavost** (ztráta sluchu 70–90 dB, rozumění řeči ze 2–1 m),
- **hluchotu** (ztráta sluchu nad 90 dB).

10.2.3 Diagnostika sluchové percepce (diagnostické materiály a specifika diagnostiky u TP)

Vyšetření sluchu patří k běžným lékařským úkonům a provádí se:

- u větších dětí a dospělých – pomocí řeči, ladiček a konvenční audiometrie,
- u malých dětí zvukovými hračkami,
- u obou skupin – pomocí tympanometrie, objektivní audiometrie, otoakustické emise.

Poruchy sluchu je možné diagnostikovat na pracovišti SPC pro tělesně postižené pouze orientačně a upozornit rodiče na nutnost vyšetření u lékaře.

- **Předběžné orientační testy u malých dětí**

Orientační sluchové testy podle Miriam Stoppardové stanovují sluch na základě podmíněných (vyhledávacích) nebo nepodmíněných reflexů (hlavně reflex kochleopupilární, auropalpebrální a Moroův), využívá se při nich zvuků hraček.

- **Věk 24 týdnů až 18 měsíců**

Testy může provádět jakákoliv dospělá osoba, ale dítě by mělo sedět u některého z rodičů na klíně, aby se cítilo bezpečně. Osoba, která provádí test, by měla být mimo zorné pole dítěte, ale zvuky by měla provádět v úrovni jeho ucha. Z určité vzdálenosti zkusíme, zda dítě reaguje na jednotlivé zvuky (chrastítka, zvoneček, cinknutí lžičky o hrníček, písknutí gumové hračky apod.). Pokud u dítěte nedojde k okamžité reakci na zvuk, měli bychom chvíli počkat a znovu zvuk zopakovat. Zpravidla by mělo dítě reagovat okamžitě.

- **Věk 18 měsíců až 2 roky**

Zde zkusíme reakci dítěte na zvuky, když je zaujato nějakou jinou činností. Je důležité, aby byla osoba, která dítě zkouší, mimo jeho zorné pole. Můžeme zadávat dítěti také různé příkazy a při zkoušení můžeme měnit i vzdálenost zdroje zvuku.

- **Věk 2 až 3 roky**

Zde opět zadáváme dítěti různé příkazy, můžeme sedět již naproti němu, ale musíme si zakrýt ústa kartičkou papíru, aby dítě nemohlo odezírat.

U všech těchto testů je potřeba vyloučit veškeré vedlejší podněty, které by mohly výsledky testu zkreslit. Jsou to mimo jiné i lesklé plochy a zrcadla, kde by se mohl odrážet pohyb, který by mohl způsobit reakci dítěte, závaný vzduchu, vibrace apod. Dále je důležité brát v úvahu i momentální stav dítěte.

U starších dětí je možné provádět v SPC orientační vyšetření pomocí řeči

Orientační zkoušku provádíme plným hlasem nebo šepotem v nehlukné místnosti, dlouhé aspoň 6 metrů, a používáme slova, která obsahují nízké, střední a vysoké formanty:

- hluboké – slova s „u“ – hůl, půl, auto, ucho,
- střední – slova s „a“ a „o“ – voda, kabát, tabák, zahrada, okno,
- vysoké – slova s „i“, „e“ a se sykavkami – měsíc, tisíc, číslice.

Zkoušku provádíme tak, že druhé ucho je zakryté a dítě by mělo sedět vyšetřovaným uchem k tomu, kdo zkoušku provádí a nemělo by se na něho dívat.

Orientační hodnocení:

- normální sluch – více než 10 m pro hlasitou řeč a více než 6 m pro šepot,
- zhoršení vysokých slov – soudíme na percepční nedoslýchavost,
- zhoršení u středních a hlubokých hlásek – je možné předpokládat převodní nedoslýchavost i audio-motorické reprodukci.

Všechny tyto funkce velmi úzce souvisejí s osvojováním si čtení a psaní.

Ke zjištění úrovně fonemického sluchu, fonemického a fonologického uvědomování slouží různé testové baterie a postupy. Ty se však od sebe liší z mnoha různých hledisek (časové rozpětí, dostupnost pro různé věkové kategorie, odlišnost jednotlivých položek sluchového vnímání, vhodnost pro děti s tělesným nebo kombinovaným postižením, užití čistě sluchového vnímání či opora ve zrakové kontrole atd.). V literatuře a dostupných materiálech není zpracován rozdíl mezi jednotlivými testy.

V současné době neexistuje jeden diagnostický materiál, kterým by bylo možné zjistit veškeré obtíže dítěte ve sluchové percepci. Vzhledem k tomu, že mnoho autorů zařazuje do sluchového vnímání odlišné oblasti, setkáme se i s různými typy testů.

Testy sluchové percepce

Hodnocení fonemického sluchu u předškolních dětí (Škodová, Michek, Moravcová)

Test je zaměřen na diagnostiku vývojových poruch řeči u dětí. Jedná se o standardizovaný test fonemického sluchu z roku 1995. „Testem lze vyšetřit dítě ve věku 4–10 let: diagnostickou hodnotu má test ve věku 4–7 let, pak orientační“ (Škodová, 1995). „Za základní hodnoty pro výpočet norem byly brány výsledky vyšetření skupiny zdravých dětí ve věkovém rozmezí 4–6 ½ roku“ (Škodová, 1995).

Celý test slouží k vyšetření fonemického sluchu. Zaměřuje se na čtyři distinktivní rysy hlásek:

- znělost–neznělost,
- kontinuálnost–nekontinuálnost,
- nosovost–nenosovost,
- kompaktnost–difuznost (pro samohlásky).

Baterie obsahuje celkem 60 dvojic slov, rozdělených do čtyř subtestů po 15 dvojicích, podle výše uvedených distinktivních rysů hlásek. 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 nahrávka jednotlivých slov. Každá dvojice slov je vyobrazena nad sebou na jedné kartě. Dítě slyší 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, ale jedinec má i zrakovou oporu – obrazový materiál. Celý test trvá 15 minut i s krátkými přestávkami. Testový materiál vznikl v České republice pro potřeby českých dětí.

Screening fonemického uvědomování (Marína Mikulajová, Anna Dostálová)

Tento testový materiál byl vydán k metodice Trénink jazykových schopností podle D. B. Elkonina. Ruský profesor vývojové psychologie D. B. Elkonin zkoumal vztah mezi uvědomováním si hláskové struktury slova a schopností číst a psát. Vytvořil originální metodu k podpoře této schopnosti. V roce 1993 vyšel v Moskvě slabikář a metodická příručka Čtení a psaní podle systému D. B. Elkonina, který po smrti profesora zpracovali jeho žáci Agarková, Žedek a Cukerman (Mikulajová, Dostálová, 2004). Roku 1998 získala ruský originál M. Mikulajová a z první části Elkoninova slabikáře – stadia fonemického uvědomování jako východiska pro osvojování čtení – zpracovala s O. Dujčíkovou metodiku Trénink fonemického uvědomování podľa Elkonina.

Tato metodika vyšla na Slovensku v roce 2001. Česká adaptace vyšla v roce 2004 pod názvem V krajině slov a hlásek za podpory M. Mikulajové, A. Dostálové a E. Höflerové. „Šlo o složitou jazykovou adaptaci vycházející z fonetiky a fonologie slovenského (1998–2000) a později (2000–2003) českého jazyka“ (Mikulajová, Dostálová, 2004, s. 8). K této metodické příručce vydaly autorky screening fonemického uvědomování. Metodika, a tedy i screening jsou určeny pro děti od pěti let, ideální je pro děti před začátkem školní docházky a pro děti s odkladem školní docházky. Screening není standardizován.

Celý test je zaměřen na fonematické uvědomování a skládá se z jedenácti částí:

- uvědomování rýmů,
- produkce rýmů,
- analýza slova na slabiky,
- syntéza slabik,
- izolace první slabiky,
- vynechávání slabik,
- izolace první hlásky,
- syntéza hlásek,
- analýza slov na hlásky,
- vynechávání hlásek,
- substituce hlásek.

Každá část obsahuje pět úkolů. Screening a metodiku smí používat jen proškolený odborník. Doba realizace screeningu je průměrně 20 min. a děti jsou testovány individuálně. Při screeningu se nevyužívá obrazového materiálu, takže je zapojen sluch bez zrakové opory.

Zkouška sluchové diferenciacce J. M. Wepmana (upravil Z. Matějček, 1993)

Cíl: posuzuje schopnosti dětí sluchově rozlišovat zvuky mluvené řeči.

Popis: dítě má rozlišovat, zda je dvojice bezesmyslných slov stejná či nikoli.

Administrace: prezentace testu jako zajímavé hry; nejprve zácvik na 3 dvojicích slov; individuální administrace.

Hodnocení a interpretace: kvalitativní hodnocení.

Zkouška sluchové analýzy a syntézy

Metoda je určena k hodnocení úrovně schopnosti rozkládat slova na hlásky a naopak.

Popis: analýza – dítě má poznat, z jakých hlásek je slovo složeno, syntéza – z hlásek má složit slovo.

Administrace: test je prezentován jako hra; při analýze má dítě slovo přefíkat po hláskách; zkouška je vhodná pro děti od 5 let; individuální administrace.

Hodnocení a interpretace: za správné odpovědi dítě bodově hodnoceno.

10.2.4 Vyjádření míry úbytku funkce

Kvalifikovaný odhad sycený z možných informačních zdrojů s využitím klinických metod:

- pozorování,
- rozhovor,
- informace učitelů,
- informace rodinných příslušníků.

Hodnocení:

- 1 – úbytek dovednosti do 25 %, zvládá pouze někdy,
 2 – úbytek dovednosti do 50 %, zvládá s pomocí, spolupracuje,
 3 – úbytek dovednosti do 75 %, naznačuje,
 4 – úbytek dovednosti do 100 %, nezvládá.

Výrok sám vyjadřuje 0 % úbytku funkce (normu).

Sluchové vnímání	Hodnocení				Poznámky
	Zvládá pouze někdy	Zvládá s pomocí, spolupracuje	Naznačuje	Nezvládá	
2, 3, 4 – před nástupem do MŠ					
Reaguje na jednotlivé slovní příkazy (musíme si zakrýt ústa kartičkou papíru, aby dítě nemohlo odezírat)					
4, 5, 6 let					
Slyší slova vyslovená plným hlasem, v nehlučné místnosti, dlouhé aspoň 6 metrů – pravá i levá strana (např. auto, okno, měsíc)					
Slyší slova vyslovená šeptem, v nehlučné místnosti, dlouhé aspoň 6 metrů – pravá strana i levá strana (např. ucho, voda, kočička)					
Rozliší, zda dvě jednoduchá slova znějí stejně nebo jinak (fonematický sluch)					
Správně vytleská sousloví po slabikách					
Určí první hlásku ve slově					
Pozná, zda je ve slově zvolená hláska					
6 až 7 let – předškolák					
Reaguje na oslovení při pobytu ve skupině					
Naslouchá pohádce					
Slyší slova vyslovená plným hlasem, v nehlučné místnosti, dlouhé aspoň 6 metrů – pravá i levá strana (např. auto, okno, měsíc)					
Slyší slova vyslovená šeptem, v nehlučné místnosti, dlouhé aspoň 6 metrů – pravá strana i levá strana (např. ucho, voda, kočička)					
Rozliší, zda dvě jednoduchá slova znějí stejně nebo jinak (fonematický sluch)					
Správně vytleská rytmus krátké říkanky					
Určí první a poslední hlásku ve slově					
Pozná, zda je ve slově zvolená hláska					
Zapamatuje si čtyřveršové říkanky, rozpočítadla a texty písniček					
6, 7 až 8 let – první ročník					
Reaguje na oslovení při pobytu ve skupině					
Naslouchá pohádce					

Slyší slova vyslovená plným hlasem, v nehlučné místnosti, dlouhé aspoň 6 metrů – pravá i levá strana (např. auto, okno, měsíc)					
Slyší slova vyslovená šepem, v nehlučné místnosti, dlouhé aspoň 6 metrů – pravá strana i levá strana (např. ucho, voda, kočička)					
Rozliší, zda dvě jednoduchá slova znějí stejně nebo jinak (fonematický sluch)					
Správně vytleská rytmus krátké říkanky					
Určí první a poslední hlásku ve slově					
Pozná, zda je ve slově zvolená hláska					
Zapamatuje si čtyřveršové říkanky, rozpočítadle a texty písniček					

Při této orientační diagnostice vycházíme z věku dítěte a zaměřuje se na kvalitu sluchového vnímání. Navržená tabulka končí v prvním ročníku ZŠ. Pokud je třeba diagnostikovat úbytek funkce sluchového vnímání později, je možné využít diagnostické materiály uvedené výše, případně diagnostiku uvedenou deficitů dílčích funkcí.

10.3 Deficity dílčích funkcí

10.3.1 Deskripce domény

Pro úspěšné zvládnutí učiva ve škole jsou podstatné i další dílčí funkce umožňující optimální vnímání.

Vnímání schématu těla a prostorová orientace je předstupněm pravolevé orientace. Schopnost orientovat se na vlastním těle a v prostoru, vnímat prostorové vztahy mezi předměty a jevy, souvisí spsychomotorickým vývojem dítěte. S touto funkcí úzce souvisí rozvoj hrubé a jemné motoriky. Děti s deficitem této funkce se jeví jako nešikovné, neumějí se obléknout, jsou neobratné v tělesné výchově. Jestliže tento deficit přerůstá v pozdějším věku v poruchu, mluvíme o dyspraxii. Orientace v prostoru se rozvíjí tím, jak se dítě učí chodit, postupně odhadovat vzdálenost, rychlost apod. Děti s tímto deficitem nedokážou odhadnout, kolik slov musí napsat na řádek, velikost písma, výrazné obtíže se pak projeví v matematice.

Zvláště děti s neurologickým postižením (různé etiologie) mají často výraznější problémy se zvládnutím učiva ve škole, které mají podobný obraz jako u dětí, jimž byly diagnostikovány poruchy učení, a přesto nemůžeme říci, že trpí některou ze specifických poruch učení.

V tomto případě tedy nehovoříme o poruše, ale pouze o deficitu některé z dílčích funkcí, nutných k osvojení základů čtení, psaní a matematických dovedností.

Dílčí funkce jsou základní schopnosti, které umožňují diferenciaci a rozvoj vyšších psychických funkcí, jako jsou řeč a myšlení. V dalším vývoji jsou předpokladem, o který se opírá dovednost čtení, psaní, počítání a přiměřeného chování. Deficity těchto funkcí se mohou projevit v oblasti paměti, v oblasti zrakové a sluchové analýzy a syntézy, v oblasti prostorové orientace, intermodalitě, v řeči, v nedosta- tečné koncentraci pozornosti a v motorické koordinaci.

Dílčí funkce z oblasti sluchu

V naší literatuře se mluví o sluchovém rozlišování řeči, o sluchové analýze a syntéze. Brigitte Sindelarová rozlišuje v oblasti sluchové diferenciaci tři základní funkce:

- rozlišování figury a pozadí (tzv. sluchová pozornost – figurou je hlas učitele, rodiče atd., všechny ostatní zvuky jsou pozadí, kterým se dítě nemá dát vyrušit),
- diferenciaci hlásek (dítě s deficitem v této dílčí funkci obtížně rozlišuje sluchem znělé a neznělé hlásky, jindy vnímá slovo jako jednotlivý zvuk),
- sluchová paměť (schopnost zapamatovat si obsah i formu toho, co slyšíme).

Dílčí funkce v oblasti zraku

V této oblasti se rozlišují tři dílčí funkce:

- zraková pozornost – schopnost rozlišit pozadí a figuru, schopnost vydělit část z celku a současně vnímat celostně – při deficitu v této oblasti např. dítě nedokáže sledovat jednu čáru ve směsi více čar nebo naopak nedovede z jedné části nějakého předmětu, který vidí, ve své představě zrekonstruovat předmět celý, a tak tuto část identifikovat,
- diferenciaci tvarů – schopnost rozlišovat jednotlivé tvary zrakem obrácené v ose nahoře–dole nebo zrcadlově,
- zraková paměť – dítě, které trpí deficitem v této oblasti, nedokáže postřehnout a zapamatovat si více zrakových vjemů, jednotlivé obrázky nebo vjemy se mu překrývají.

Dílčí funkce orientace v prostoru

Od narození se u dítěte rozvíjí schopnost uvědomovat si své okolí. Nejprve se dítě učí uchopovat předměty na základě zrakového výběru, rozlišuje zrakem i hmatem jejich povrch a velikost. Postupně se dítě učí odhadovat vzdálenost, výšku, hloubku. Uvědomuje si i rychlost.

Dílčí funkce v oblasti vnímání schématu těla

Tato funkce souvisí se schopností orientovat se v prostoru. Postupně od nejtělejšího dětství se učíme své tělo vnímat a ovládat. Pohyby se stále zpřesňují, dítě dokáže běhat, skákat přes překážky, přelézat je a přitom neupadnout.

Také v oblasti sebeobsluhy, např. při oblékání, má dítě možnost uvědomovat si souvislosti mezi jednotlivými částmi svého těla. Před nástupem do školy se rozvíjí i jemná motorika. Dítě dokáže odhadnout sílu a rychlost pohybu ruky nebo nohy, tím se připravuje k velmi náročným činnostem – psaní.

Dílčí funkce intermodality

Její podstatou je schopnost spojovat obsahy z jedné smyslové oblasti s obsahy jiné smyslové oblasti. Nejjednodušším příkladem je nazývání věcí, kdy dítě spojuje předmět s jeho názvem. Ve škole se pak dítě učí spojovat název písmene s jeho grafickým znakem.

Intermodalita tedy znamená vytváření spojů mezi jednotlivými vjemy, umožňuje nám učit se ze zkušeností, být schopni rozhodování a na základě podobností vytvářet analogie. Abychom si nemuseli vše znovu vyzkoušet, prožít, ale abychom uměli i předvídat. Děti s deficitem v této dílčí funkci nedovedou předvídat, unikají jim souvislosti, žijí stále přítomností, neučí se z minulosti a nejsou schopny myslet do budoucnosti.

Dílčí funkce seriality

Serialita vyjadřuje skutečnost, že žijeme v čase. Jednotlivé situace probíhají v řadě za sebou, tedy vždy v sériích. Pokud dítě vnímá tuto posloupnost, je schopno pochopit příčinu a následek. Dílčí funkce seriality se projevuje nejen v sociálním chování a ve schopnosti akceptovat projevy sociálního chování u druhých, ale i v konkrétních činnostech. Pomáhá dítěti při vytváření představy časových úseků, trvání hodiny, dne, týdne a měsíce v roce, pomáhá vytvářet představu ročních období a jejich stálého opakování. Schopnost vnímat následnost znamená i umět si organizovat práci, realisticky si ji naplánovat, pracovat v krocích, postupně, systematicky. Znamená to také schopnost udržet si pořádek ve věcech.

10.3.2 Specifika domény u tělesného postižení

Nedostatky ve výše uvedených funkcích tělesně postižených dětí často nesouvisí s jejich intelektem. Jde o mimointelektové příčiny, o nedostatečně rozvinuté schopnosti smyslového vnímání a vzájemného propojení a organizace mezi jednotlivými vjemy. Je velmi důležité rozumět těmto dílčím funkcím, umět je diagnostikovat a specifickými cvičeními tyto funkce rozvíjet. Tím dítěti umožníme, aby dokonaleji využívalo své percepční schopnosti a překonalo příčinu svých možných neúspěchů v učení i chování.

10.3.3 Diagnostika deficitů dílčích funkcí

Deficity dílčích schopností je možno diagnostikovat pomocí testové baterie „Deficity dílčích funkcí“.

Metodika Brigitte Sindelarové Deficity dílčích funkcí obsahuje teoretickou část (90 stran), diagnostickou část (95 stran) a 32 nápravných sešitů (960 stran). Z němčiny přeložila a na obtíže v českém jazyce adaptovala Věra Pokorná. Na tomto teoretickém principu jsou vytvořena diagnostická pravidla a cvičné sešity, které tvoří vlastní nápravu deficitů dílčích funkcí.

Diagnostická část projektu není testem ve vlastním slova smyslu, to znamená, že ve své aplikaci neodpovídá statistickým požadavkům na psychologický test. Položky diagnostické metody byly stanoveny na základě vyšetření 100 vídeňských školáků druhého stupně základní školy, jehož výsledky byly statisticky vyhodnoceny.

Podle autorky je takto pojatá diagnostika diferenciacním pozorovacím instrumentem, který má sloužit praxi. Individuální úroveň funkcí dítěte je v této metodě podstatným diagnostickým kritériem. Ukazuje na to, **ve kterých oblastech zpracování informací jsou zjišťovány nižší výkony**, popřípadě vývojové opoždění dítěte – **vždy ve srovnání s jeho osobními průměrnými výkony a ne ve srovnání se statistickými normami**.

Cílem této metody je detailně postihnout úroveň percepčních a kognitivních funkcí dítěte školního věku, aby se pro ně mohl stanovit individualizovaný specifický plán nápravy. Oblast použití je tím jasně definovaná: jestliže vzniká podezření, že by poruchy učení nebo chování dítěte mohly být způsobeny deficitem v dílčích funkcích, slouží tato metoda k tomu, aby byl diagnostikován druh deficitu v dílčích funkcích a stanovena účinná pomoc dítěti specifickými nápravnými programy.

Tato metoda tedy slouží k odhalení deficitů v dílčích funkcích s cílem efektivně pomoci postiženému dítěti – a tím přirozeně i jeho rodině. V této oblasti použití se také osvědčila. Dnes se již tato metoda používá i u nás.

Metoda je určena pro děti od pololetí první třídy. Směrem nahoru nejsou určeny žádné hranice. Zkušenosti potvrzují, že nápravná cvičení jsou s dobrými výsledky použitelná i u dospělých osob s deficitem dílčích funkcí, tedy i u dospělých, u kterých přetrvávají obtíže ve čtení, psaní či matematice nebo mají obtíže při organizaci své činnosti, v orientaci v prostoru apod.

Děti v prvním pololetí první třídy a děti předškolního věku je možné vyšetřit již zmíněnou metodou pro předškolní věk a prvňáčky.

Schopnosti dítěte se analyzují nejen na kvalitativní vývojové rovině integrace dílčích funkcí, ale i vzhledem ke kognitivnímu vývoji. Proto se diagnostika a především terapie děje nejprve na konkrétních obrázcích, ve druhém stupni na obrázcích a v nejvyšším stupni na symbolech.

Hodnocení zjištěných výsledků musí respektovat skutečnost, že výkony některých dílčích funkcí závisí na rozvoji jiných. Dochází k takzvaným interferencím, protože systém deficitů dílčích funkcí má svoji stavbu, a proto je nutné respektovat souvislosti mezi jednotlivými dílčími funkcemi.

10.3.4 Vyjádření míry úbytku funkce (kvalitativní diagnostika)

Podklady lze získat ze všech možných informačních zdrojů, především s využitím klinických metod:

- pozorování,
- rozhovor,
- informace učitelů,
- informace rodinných příslušníků,
- rozbor prací či analýza produktů vlastní činnosti dítěte,
- objektivní zkoušky,
- diagnostické nástroje.

K hodnocení úbytku dílčích funkcí lze využít čtyřstupňovou škálu:

0 – úbytek dovednosti 0%, žádná ztráta,

1 – úbytek dovednosti 25%,

2 – úbytek dovednosti 50%,

3 – úbytek dovednosti 75%,

4 – úbytek dovednosti 100%.

Deficity dílčích funkcí	Hodnocení			
	1	2	3	4
4, 5 až 6 let				
Prostorová orientace				
Orientuje se ve známém prostředí				
Orientuje se v pojmech vyjadřujících prostorové vztahy				
Orientuje se v pojmech vpravo – vlevo				
Obkreslí čáry ze čtvercové sítě				
6 až 7 let – předškolák				
Prostorová orientace				
Orientuje se v méně známém prostředí				
Orientuje se v pojmech vyjadřujících prostorové vztahy				
Správně používá pojmy vyjadřující prostorové vztahy				
Orientuje se v pojmech vpravo – vlevo				
Kreslí prvky správně zleva doprava				
Obkreslí jednoduchý tvar ze čtvercové sítě				
Udržuje pořádek ve svých věcech				

Serialita				
Mechanicky vyjmenuje číselnou řadu do 20				
Správně přiřadí počet prvků do 5				
Prizpůsobuje se bez problémů režimu				
Dokáže dodržet pracovní postupy				
Zvládá napodobit rytmus				
6, 7 až 8 let – první ročník				
Prostorová orientace				
Orientuje se v méně známém prostředí				
Orientuje se v pojmech vyjadřujících prostorové vztahy				
Správně používá pojmy vyjadřující prostorové vztahy				
Orientuje se v pojmech vpravo–vlevo				
Kreslí prvky správně zleva doprava				
Obkreslí jednoduchý tvar ze čtvercové sítě				
Udržuje pořádek ve svých věcech				
Serialita				
Mechanicky vyjmenuje číselnou řadu do 20				
Správně přiřadí počet prvků do 5				
Prizpůsobuje se bez problémů režimu				
Dokáže dodržet pracovní postupy				
Zvládá napodobit rytmus				
2. až 5. ročník				
Zraková diferenciacie				
Kreslí s detaily				
Při čtení vnímá diakritická znaménka a čte s nimi (měkčení, větná intonace)				
Při psaní správně používá diakritická znaménka				
Správně používá matematická znaménka při opisech a prepisech				
Seriální zraková paměť				
Čte a pamatuje si slova, která se vyslovují a píšou jinak				
Píše bez vynechávání a přesmyků písmen ve slovech				
Akustické vnímání – odlišení sluchové figury v pozadí				
Zvládá frontální čtení (ví, kde se čte)				
Čte s odpovídající slovní a větnou intonací				
Píše správně (bez přidávání písmen tam, kde nepatří)				
Zvládá psát diktáty				
Zvládá matematické minutovky				
Dokáže se soustředit na výklad (správně reaguje, pokud je tázán)				
Sluchová diferenciacie				
Čte správně a s uvědoměním měkké a tvrdé slabiky (dokáže je odlišit)				
Čte správně a s uvědoměním dlouhé a krátké slabiky (dokáže je odlišit)				
Čte správně a s uvědoměním znělé a neznělé souhlásky (dokáže je odlišit)				
Při diktátech píše bez vynechávání diakritických znamének				
Při diktátech píše bez záměn znělých a neznělých souhlásek				
Při diktátech píše bez chyb při psaní měkkých a tvrdých slabik				
Krátkodobá sluchová paměť				
Pamatuje si probírané učivo				
Prostorová orientace				
Orientace v prostoru je na dobré úrovni vzhledem k učivu				
Čte na řádku správně zleva doprava				
Píše na řádku správně zleva doprava				
Nezaměňuje písmena (b–d–p, u–n)				
Čte bez přesmyků slabik slova jako psát–spát...				

V textu se správně orientuje				
Pamatuje si správně tvary písmen				
Udržuje správnou výšku a sklon písma				
Písmo je čitelné				
Správně chápe početní operace				
Umí určit čas				
Udržuje pořádek ve svých věcech				
Intermodalita				
Čte s odpovídajícím porozuměním				
Má odpovídající slovní intonaci při čtení				
Nedomýšlí si slova při čtení				
Zvládá přepis textu (z tiskacího do psacího)				
Respektuje hranice ve větě				
Bez problémů aplikuje vědomosti (vzhledem k probranému učivu)				
Dokáže řešit jednoduché slovní úlohy				
Počítá do 20 bez opory názoru				
Správně přiřadí k číslu počet prvků				
Serialita				
Přizpůsobuje se bez problémů režimu ve škole				
Čte plynule (na úrovni odpovídajícího ročníku)				
Dodržuje mezery mezi slovy při psaní				
Zvládá probrané početní operace (pravidla při jejich používání)				
Dokáže vyřešit příklady se závorkami				
Paměť v posloupnosti je bez narušení (řady slov, texty, básničky, slovosled...)				
Dokáže dodržet pracovní postupy				
Zvládá napodobit rytmus				
5. až 9. ročník				
Zraková diferenciac				
Kreslí s detaily				
Při čtení vnímá diakritická znaménka a čte s nimi (měkčení, větná intonace)				
Při psaní správně používá diakritická znaménka				
Správně používá matematická znaménka při opisech a prepisech				
Seriální zraková paměť				
Čte a pamatuje si slova, která se vyslovují a píší jinak				
Píše bez vynechávání a přesmyků písmen ve slovech				
Akustické vnímání – odlišení sluchové figury v pozadí				
Zvládá frontální čtení (ví, kde se čte)				
Čte s odpovídající slovní a větnou intonací				
Píše správně (bez přidávání písmen tam, kde nepatří)				
Zvládá psát diktáty				
Zvládá matematické minutovky				
Dokáže se soustředit na výklad (správně reaguje, pokud je tázán)				
Sluchová diferenciac				
Čte správně a s uvědoměním měkké a tvrdé slabiky (dokáže je odlišit)				
Čte správně a s uvědoměním dlouhé a krátké slabiky (dokáže je odlišit)				
Čte správně a s uvědoměním znělé a neznělé souhlásky (dokáže je odlišit)				
Při diktátech píše bez vynechávání diakritických znamének				
Při diktátech píše bez záměn znělých a neznělých souhlásek				
Při diktátech píše bez chyb při psaní měkkých a tvrdých slabik				
Krátkodobá sluchová paměť				
Pamatuje si probírané učivo				

Prostorová orientace				
Orientace v prostoru je na dobré úrovni vzhledem k učivu				
Čte na řádku správně zleva doprava				
Píše na řádku správně zleva doprava				
Nezaměňuje písmena (b–d–p, u–n)				
Čte bez přesmyků slabik slova jako psát–spát...				
V textu se správně orientuje				
Pamatuje si správně tvary písmen				
Udržuje správnou výšku a sklon písma				
Písmo je čitelné				
Správně chápe početní operace				
Umí určit čas				
Udržuje pořádek ve svých věcech				
Intermodalita				
Čte s odpovídajícím porozuměním				
Má odpovídající slovní intonaci při čtení				
Nedomýšlí si slova při čtení				
Zvládá přepis textu (z tiskacího do psacího)				
Respektuje hranice ve větě				
Bez problémů aplikuje vědomosti (vzhledem probranému učivu)				
Dokáže řešit jednoduché slovní úlohy				
Počítá do 20 bez opory názoru				
Správně přiřadí k číslu počet prvků				
Serialita				
Přizpůsobuje se bez problémů režimu ve škole				
Čte plynule (na úrovni odpovídajícího ročníku)				
Dodržuje mezery mezi slovy při psaní				
Zvládá probrané početní operace (pravidla při jejich používání)				
Dokáže vyřešit příklady se závorkami				
Paměť v posloupnosti je bez narušení (řady slov, texty, básničky, slovosled...)				
Dokáže dodržet pracovní postupy				
Zvládá napodobit rytmus				

10.4 Poruchy učení u TP žáků

10.4.1 Deskripce domény

Pojem „poruchy učení“ označuje skupinu obtíží projevujících se při osvojování čtení, psaní, počítání i ostatních dovednostech. V současnosti patří dovednost číst a psát k základní výbavě každého člověka. Žáci se specifickými poruchami učení jsou ve školní práci znevýhodněni, přestože úroveň jejich rozumových schopností je průměrná, někdy až nadprůměrná.

Všechny příznaky poruch učení způsobují selhávání žáka ve školních výkonech a promítají se do jeho práce. Znemožňují mu přiměřeně reagovat, porozumět pokynům a plnit běžné úkoly nebo sledovat instrukce učitele v normálním tempu. Opakované neúspěchy pak vyvolávají v dítěti stavy úzkosti, frustrace, pocitu strachu, které jsou mnohdy mnohem horší než porucha sama.

Specifické poruchy učení se v názvu označují pomocí předpony dys-, což značí vážné nebo menší narušení funkce. Jedinci se specifickou poruchou učení netvoří skupinu vyznačující se stejnými problémy. Můžeme se setkat se žáky, u nichž převládají obtíže ve čtení, psaní, případně i v matematice, ale je také

možné, že se jednotlivé poruchy učení mohou u téhož žáka kombinovat. Obecně však platí, že specifické poruchy učení zasahují psychiku člověka a promítají se do sféry sociální i pedagogické.

10.4.2 Specifika domény u tělesného postižení

Poruchy učení mohou vznikat na podkladě organického postižení mozku. Tyto poruchy jsou spojeny s odchylkami funkce centrálního nervového systému a mohou se projevit různými kombinacemi oslabení ve vnímání, tvoření pojmů, řeči, paměti a v kontrole pozornosti, popudů nebo motoriky. Příznaky poruch učení mohou nebo nemusí komplikovat problematiku dětí s mozkovou obrnou, mentální retardací, epileptickým syndromem.

10.4.3 Diagnostika a specifika diagnostiky

Tam, kde je u tělesně postižených nebo zdravotně znevýhodněných dětí a žáků podezření na rozvoj poruch učení, je možné již v předškolním věku doplnit diagnostiku o následující testy:

Prediktivní baterie obtíží ve čtení – verzi podle A. Inizana upravila a ověřila B. Lazarová (2000, in Zelinková, 2003). Tyto zkoušky predikují celkovou úspěšnost dítěte ve škole. Baterii tvoří řečové zkoušky a zkoušky časově-prostorové. Testem získané výsledky by měly sloužit jako podklad pro konkrétnější zdůvodňování odkladů školní docházky a následné vypracování individuálních stimulačních programů.

Škála rizika dyslexie podle M. Bogdanowitz (2002, in Zelinková, 2003) sleduje následujících sedm oblastí: pohybovou neobratnost v rámci hrubé motoriky, pohybovou neobratnost v rámci jemné motoriky, špatnou senzomotorickou koordinaci, opožděný vývoj v oblasti laterality, opožděný vývoj prostorové orientace a orientace v tělesném schématu, poruchy vývoje zrakové pozornosti a paměti a opožděný vývoj řeči. Škála pomáhá vytyčit směr práce s dítětem, jejímž cílem je zlepšení ve vývoji opožděných funkcí.

Scheffieldský screeningový test diagnostiky dyslexie pro předškolní věk, pro český jazyk upravila Zelinková (2003). Obsahuje deset subtestů, podle počtu získaných bodů je graficky vyjádřen profil dítěte, který je východiskem pro vypracování individuálních programů.

Test rizika poruch čtení a psaní pro malé školáky (Kucharská, Švancarová, 2001) je nejnovější prací v této oblasti, lze jej použít až na konci docházky do mateřské školy. Úkoly postihují oblast *sluchové a zrakové percepce, artikulační obratnosti, jemnou motoriku, intermodalitu a rýmování*. Kromě testových úkolů a jejich vyhodnocení jsou uvedena i opatření navazující na vyšetření.

Obraz poruchy u každého dítěte (zvláště u dětí s poruchami v CNS) má svoji jedinečnou tvář, kde se dílčí oslabení i zachované schopnosti prolínají nejrozmanitějším způsobem, proto někteří autoři podle převažující problematiky dělí dyslexií (souborný název pro specifické poruchy čtení, psaní a pravopisu) na následující typy:

- Dyslexie na podkladě percepčních deficitů:
oslabení v oblasti sluchové percepce (fonemický sluch – schopnost sluchového rozlišování) nebo převaha těžkostí v oblasti zrakové percepce (orientace v textu, záměna písmen).
- Dyslexie s převahou obtíží v oblasti motorické:
neobratnost, pomalost a zdouhavost psacího procesu, oční pohyby, motorika ruky, pohyby jazyka a mluvidel – artikulační neobratnost.
- Dyslexie na podkladě integračních obtíží:
převádění dat z jedné smyslové modality do druhé a jejich pohotovostná souhra – pomalost čtení a neporozumění čtenému textu.

- Dyslexie s poruchou dynamiky zákl. psychických procesů: dyslexie u hyperaktivního dítěte (dříve jedná, než přemýšlí) a dyslexie u hypoaktivního dítěte (těžkopádné a pomalé jednání).
- Dyslexie z hlediska vzájemného vztahu verbální a názorové složky intelektu (nerovnováha): typ s převahou verbální složky (ADD – obtíže v rámci názorové složky) nebo typ s převahou prakticko-názorové složky (obtíže ve slovně-pojmové složce – opožděný vývoj řeči).

10.4.4 Diagnostika poruch učení

Diagnostika specifických poruch učení je důležitá pro vzdělávací proces a reedukaci dítěte. Průběh vyšetření se podrobně zapisuje do záznamového archu. V první řadě je třeba vyloučit sníženou úroveň rozumových schopností. K tomu slouží standardizované testy určené pro celou populaci školních dětí. Dále se stanovuje úroveň vědomostí, dovedností, poznávacích procesů, osobnostních charakteristik, sociálních vztahů a jiných faktorů, které určují úspěšnost či neúspěšnost dítěte. Jednotlivé specifické poruchy učení se u jednotlivých žáků kombinují, jedna vychází z druhé, jedna ovlivňuje a komplikuje druhou.

10.4.5 Nepřímé zdroje diagnostických informací

Rozhovor s rodiči: zjišťují se anamnestické údaje o dítěti. Výskyt podobných obtíží v rodině, např. u sourozenců, prodělaná onemocnění, údaje o vývoji řeči, psychomotorický vývoj, průběh těhotenství a porodu, zájmy dítěte.

Rozhovor s dítětem: dítě může samo objasnit své potíže.

Rozhovor s učitelem ve škole: psycholog a speciální pedagog společně s učitelem odhalují příčiny neúspěchu dítěte. Učitel obeznámí psychologa, případně speciálního pedagoga s metodami, které při vyučování použil, jak dítě při hodině pracuje, jak se dá motivovat, případně popíše reakci dítěte na svůj nezdar. Vhodné je navštívit školu a účastnit se výuky.

10.4.6 Přímé zdroje informací – diagnostická kritéria

K diagnostice slouží speciální zkoušky a testy hodnotící výkony dítěte v percepčních oblastech, analyzují se školní výkony dítěte ve čtení a psaní. Sleduje se chování dítěte v průběhu vyšetření (jakým způsobem řeší úkoly) i komentáře.

• Čtení

Vyšetření čtení je indikováno u dítěte, které má trvale průměrné či podprůměrné výsledky ve čtení při negativním nálezu v oblasti zraku nebo sluchu. Používají se standardizované testy čtení, ze kterých se získávají informace o rychlosti čtení – tzv. kvantitativní hodnocení (počet přečtených slov v průměru za 1 minutu, počet správně a chybně čtených slov). Důležité je i kvalitativní hodnocení. Sleduje se způsob čtení (hláskování, slabikování, zarážení před obtížnějšími slovy, nesprávná technika čtení, správnost očních pohybů, dodržování intonace, schopnost orientace v textu, způsob hospodaření s dechem). Také se sleduje frekvence chyb v závislosti na čase (dítě chybí na začátku čtení, uprostřed, na konci nebo nahodile). Kontroluje se nejen porozumění čtenému textu, ale i schopnost samostatně vyprávět a odpovídat na otázky.

• Psaní

Hodnotí se úroveň grafické, pravopisné a obsahové stránky při použití opisu, přepisu, diktátu, volného písemného projevu.

Opis ukazuje grafomotorické zvládnutí tvarů písmen a jejich uspořádání ve slova, popř. věty. Opisuje-li dítě nesmyslný text, nemá možnost pomáhat si kontextem.

Přepis sleduje stejné cíle jako opis s tím, že dítě zde musí zvládat vztah mezi tiskacími a psacími písmeny.

Diktát ukazuje na dostatečně rozvinutou sluchovou a zrakovou percepci, grafomotoriku, znalost spojení hláska–písmeno, znalost a aktivní aplikaci gramatických pravidel. Užívají se diktáty, které obsahují tzv. specifické dysortografické jevy.

Při psaní sledujeme komolení slov, nedodržování diakritických znamének, nerozlišování měkkých slabik di, ti, ni od tvrdých dy, ty, ny a nedodržování gramatických pravidel při psaní. Je třeba si všimnout způsobu sezení při psaní, držení psacího náčiní, způsobu psaní (plynulost tahů, přítlak, velikost a sklon písma), rychlost psaní, jak si vybavuje tvary písmen, zvládnutí uspořádání na ploše.

Výsledky vyšetření na odborném pracovišti bychom měli porovnat s výsledky ve škole. Rozborem chyb se odlišují tzv. specifické dysortografické chyby a chyby pravopisné.

Při častém výskytu pravopisných chyb se používá diferenciální diagnóza. Zjišťuje se, zda dítě umí gramatická pravidla ústně, zda napíše doplňovací cvičení s mnohem menším počtem chyb, zda dovede chyby v diktátech po upozornění vyhledat a zdůvodnit správný tvar.

V rámci diagnostiky poruch učení se zjišťuje:

- **Úroveň sluchového vnímání**

Dnešní děti jsou obklopeny množstvím zvuků, které mohou dosahovat velké intenzity. Dochází ke zhoršenému vývoji jemnějších zvuků, a tím i ke zhoršené schopnosti naslouchání lidské řeči. Nedostatečně rozvinutá sluchová analýza a syntéza řeči se projevuje komolením slov při psaní a čtení, především v delších slovech, ve kterých převládají souhlásky nad samohláskami, např. čtvrtek, skvrna. Dalšími příčinami sluchové nedostatečnosti mohou být ve sluchové diferenciaci měkkých a tvrdých slabik po souhláskách d, t, n a v délce samohlásek. Opakováním slov a vět se zjišťuje úroveň sluchové paměti.

Sluchová analýza a syntéza řeči – dítě má rozložit na hlásky předřikávaná slova se stoupající obtížností a naopak. Nejjednodušší slovo je má a nejobtížnější je nenapodobitelný. Např. sluchová analýza sám = s–á–m, sluchová syntéza d–r–á–h–a = dráha.

Poznávání první hlásky ve slově (poslední hlásky).

Sluchová diferenciacie měkkých a tvrdých slabik po souhláskách d, t, n, např. diferenciacie nesmyslných slov dynt–dint nebo smysluplných slov divadlo–dynamo.

Sluchová diferenciacie smysluplných slov, např. mák–mám.

Délka samohlásek – reprodukce rytmických struktur.

U školních dětí se při vyšetření používá Matějčkova zkouška sluchové analýzy a syntézy a zkouška sluchové diferenciacie.

Zrakové vnímání

Sleduje se horizontální a vertikální inverze písmen, záměna písmen, nedostatečné rozlišování geometrických figur, zaměňování jednotlivých písmen, tvarů a jejich obtížné znázorňování.

Při vyšetření zrakové percepce tvarů se používají Edfeldtova Reverzní zkouška a Vývojový test zrakového vnímání M. Frostigové, který obsahuje pět subtestů:

1. Vizuomotorická koordinace – dítě má nakreslit nepřerušené čáry mezi ohraničujícími liniemi různé šířky, aniž by se jich tužkou dotklo, a nebo spojit bez přerušení 2 body.
2. Figura–pozadí – dítě má rozlišit obrazec proti stále komplexnějšímu pozadí, které jej překrývá (obrázky jsou různě skryté nebo se prolínají).
3. Konstantnost tvaru – subtest obsahuje geometrické tvary, které se liší velikostí, vzorkem a polohou v prostoru. Dítě má odlišit stejné tvary od podobných bez ohledu na jejich velikost, polohu nebo barvu.
4. Poloha v prostoru – dítě musí poznat obrázky běžných předmětů, i když jsou převrácené nebo otočené.
5. Prostorové vztahy – dítě má obkreslit určité geometrické tvary a přitom může používat tečky jako opěrné body v prostoru.

Pravolevá a prostorová orientace

Z. Žlab prokázal závislost mezi úrovní pravolevé orientace a čtením. Ve čtení se nezvládnutí pravolevé orientace může projevovat inverzemi a zrcadlovým čtením. Vyšetřuje se vnímání prostoru, orientace v prostoru s nápadnostmi, motorické dovednosti, obratnost a šikovnost dítěte, určování stran na sobě i v prostoru. Používá se **Soubor specifických zkoušek od Z. Žlaba**, které obsahují:

1. orientaci ve čtverci: „ukaz pravý horní roh papíru, levý dolní roh...“,
2. orientaci na vlastním těle: „zvedni levou ruku, ukaz pravou rukou levé oko“,
3. orientaci na osobě sedící čelem: „ukaz pravou rukou mou pravou ruku“.

K orientační diagnostice se používají i obrázky, předměty umístěné v prostoru.

Pro děti od osmi let se využívá Reyova komplexní figura (dítě by mělo nakreslit figuru z paměti). Zjišťuje se i strategie duševní práce.

- **Vyšetření řeči**

V průběhu rozhovoru s dítětem se hodnotí zadrhávání, výslovnost, slovní zásoba, vyjadřovací schopnosti. Specifické poruchy řeči se ověřují opakováním slovních spojení, např. sušené švestky.

- **Vnímání časové posloupnosti**

Provádějí se zkoušky v doplňování řady čísel, opakování krátkých a dlouhých slabik, vytleskávání či vyťukávání rytmu (s využitím bzučáku).

- **Vyšetření laterality, dominance a leváctví**

Všechny párové orgány podléhají pravidlu lateralizace, upřednostňuje se jeden orgán z páru, který pracuje rychleji a kvalitněji. Výhodou je dominance ruky i oka se stejnou lateralitou (např. pravoruké dítě upřednostňuje pravé oko), potíže jsou při zkřížené nebo nevyhraněné lateralitě. Dominance vyjadřuje funkční koordinaci obou orgánů v závislosti na koordinaci mozkových hemisfér.

- **Motorika a rovnováha**

Vyšetřuje se motorika hrubá (chůze, skoky, lezení) a jemná (ruky), rychlost, přesnost a plynulost prováděných pohybů, kresba.

- **Chování a soustředěnost**

Dítě na sebe nevhodně upozorňuje, vyhýbá se neúspěchu lhaním, zjišťování celkové úrovně pozornosti (ulpívavost, vázanost na podněty, odolnost vůči rušivým vlivům, adaptace na nové podněty, vytrvalost a výkyvy pozornosti v určeném časovém intervalu, únavnost).

- **Paměť**

Úroveň paměti se sleduje v průběhu celého vyšetření. Sleduje se osvojování zkušeností, jejich zapamatování a znovuvybavení.

V úvahu se berou rozdílné učební osnovy na školách i dlouhá nemoc dítěte nebo učitele, případně střídání učitelů, stěhování rodiny apod. O poruše lze uvažovat až po dostatečném procvičení určitého pravopisného jevu.

Pro diagnostiku vývojových poruch učení sestavil test J. Novák, a to pro děti od 8 do 13 let. Test diagnostikuje vývojovou dyslexii, dysgrafii, resp. dysortografii a dyspraxii.

10.4.7 Vyjádření míry úbytku funkce (dyslexie, dysgrafie, dysortografie, dyskalkulie)

0 – žádný problém,

1 – mírný nedostatek (do 25 % úbytku v testových metodách),

2 – střední nedostatek (do 50 % úbytku v testových metodách),

3 – silný nedostatek (do 75 % úbytku v testových metodách),

4 – naprostý nedostatek (do 100 % úbytku v testových metodách).

Literatura

ATKINSONOVÁ, L. R., ATKINSON, R. C., a kol. *Psychologie*. Praha: Victoria Publishing, a. s., 1995. 863 s. ISBN 80-85605-35-X.

DVOŘÁK, J. *Vývojová verbální dyspraxie*. Žďár nad Sázavou: Edice Logopaedia clinica, 2003. 143 s. ISBN 80-902536-5-2.

DVOŘÁK, J. *Vývojová fonologická porucha*. Žďár nad Sázavou: Edice Logopaedia clinica, 2003. 146 s. ISBN 80-902536-4-4.

HARTL, P., HARTLOVÁ, H. *Psychologický slovník*. Praha: Portál, 2000. 774 s. ISBN 80-7178-303-X.

HÁLA, B., SOVÁK, M. *Hlas – řeč – sluch*. Praha: SPN, 1962. 327 s. 16-901-62.

INIZAN, A., LAZAROVÁ, B. *Prediktivní baterie čtení*. Praha: IPPP ČR, 1999. 28 s.

KLENKOVÁ, J., KOLBÁBKOVÁ, H. *Diagnostika předškoláka – správný vývoj řeči dítěte*. Brno: MC nakladatelství, 2002. 125 s.

KRČMOVÁ, M. *Fonetika a fonologie českého jazyka*. Brno: Univerzita J. E. Purkyně, 1984. 110 s. 17-212-84.

LECHTA, V. *Diagnostika narušené komunikační schopnosti*. Praha: Portál, 2003. 359 s. ISBN 80-7178-801-5.

LECHTA, V. *Terapie narušené komunikační schopnosti*. Praha: Portál, 2005. 386 s. ISBN 80-7178-961-5.

MATĚJČEK, Z. *Dyslexie – specifické poruchy čtení*. Jinočany, H&H, 1995. 269 s. ISBN 80-85787-27-X.

MIKULAJOVÁ, M., DOSTÁLOVÁ, A. *V krajině slov a hlásek. Trénink jazykových schopností podle D. B. Elkonina*. Bratislava: Dialóg, spol. s. r. o., 2004. 86 s. ISBN 80-968502-2-9.

POKORNÁ, V. *Teorie a náprava vývojových poruch učení a chování*. Praha: Portál, 2001. 333 s. ISBN 80-7178-570-9.

PRŮCHA, J., WALTEROVÁ, E., MAREŠ, J. *Pedagogický slovník*. Praha: Portál, 1995. 292 s. ISBN 80-7178-029-4.

PŘINOSILOVÁ, D. *Diagnostika ve speciální pedagogice*. Brno: Paido, 2007. 178 s. ISBN 978-80-7315-157-7.

- ŘÍČAN, P., KREJČÍŘOVÁ, D., a kol. *Dětská klinická psychologie*. Praha: Grada Publishing, a. s., 2006. 603 s. ISBN 80-247-1049-8.
- SVOBODA, M., KREJČÍŘOVÁ, D., VÁGNEROVÁ, M. *Psychodiagnostika dětí a dospívajících*. Praha: Portál, 2001. 791 s. ISBN 80-7178-545-8.
- ŠKODOVÁ, E. MICHEK, F., MORAVCOVÁ, M. *Hodnocení fonemického sluchu u předškolních dětí*. Praha: Realia, a. s., 1995. 15 s. ISBN 80-238-0312-3.
- ŠLAPÁK, I., FLORIÁNOVÁ, P. *Kapitoly z otorhinolaryngologie a foniatric*. Brno: Paido, 1999. 85 s. ISBN 80-85931-67-2.
- ŠVANCAROVÁ, D., KUCHARSKÁ, A. *Test rizika čtení a psaní pro rané školáky*. Praha: Scientia, 2001. 27 s. ISBN 80-7183-221-9.
- VAŠEK, Š. *Špeciálno pedagogická diagnostika*. Bratislava: SPN, 1991. 167 s. ISBN 80-08-00396-0.
- VÁGNEROVÁ, M. *Vývojová psychologie I. Dětství a dospívání*. Praha: Karolinum, 2005. 467 s. ISBN 80-246-0956-8.
- ZELINKOVÁ, O. *Pedagogická diagnostika a individuální vzdělávací program. Nástroje pro prevenci, nápravu a integraci*. Praha: Portál, 2001. 207 s. ISBN 80-7178-544-X.
- ZELINKOVÁ, O. *Poruchy učení*. Praha: Portál, 2003. 263 s. ISBN 80-7178-800-7.
- ZELINKOVÁ, O. *Poruchy učení: dyslexie, dysgrafie, dysortografie, dyskalkulie, dyspraxie. ADHD*. 11. vyd. Praha: Portál, 2009. 264 s. ISBN 978-80-7367-514-1.
- ŽÁČKOVÁ, H., JUCOVIČOVÁ, D. *Smyslové vnímání*. Praha: Nakladatelství D+H, 2003. 68 s.

11 Pozornost

Dana Dvořáčková

11.1 Deskripce domény

Pozornost bývá definována jako schopnost vybírat určité informace pro následné podrobné zpravování a opomíjet jiné informace. Umožňuje jedinci, aby pracoval ekonomicky, tzn. na jedné straně zvýšeně vnímavě vůči důležitým, podstatným podnětům, na druhé straně zeslabuje pozornost vůči podnětům, které jsou vedlejší, nepodstatné. Na pozornosti závisí efektivnost vnímání, učení, vybavení obsahu paměti i myšlenkových procesů. Proto je pozornost důležitým činitelem determinujícím učební výkonnost a školní úspěšnost žáků. Vyučovací proces klade velké nároky na pozornost žáků, a to především na úroveň její koncentrace. Ve vyučování je třeba, aby se žák soustředil na výklad učitele, na formulaci svých odpovědí, na samostatnou práci, ignoroval rušivé vlivy okolí. Koncentrace pozornosti (schopnost soustředění) je jednou z významných známek školní zralosti.

Základní dělení pozornosti:

- *Neúmyslná pozornost* (bezděčná, spontánní) souvisí s reflexními postoji. Vzniká a udržuje se bez vědomého úmyslu člověka. Je vyvolána nečekanou změnou v prostředí. Bývá rychle vyvolána a většinou rychle pomíjí.
- *Úmyslná pozornost* (aktivní) je vědomě zaměřená a řízená. Jedinec si vybírá podnět, na který se zaměří. Udržuje se volným úsilím.
- Pozornost lze chápat jako komplexní schopnost, skládající se z různých složek, které se v různé míře projevují v běžném životě i při řešení úkolů.
- *Rozsah pozornosti* – kapacita pozornosti je dána množstvím podnětů, které pozornost obsáhne při současném vnímání. Rozsah pozornosti se mění s věkem a také s charakterem objektů vnímání – je větší u podnětů, které spolu nějak souvisejí, spojují se v celek, jsou si podobné anebo pokud souvisejí se zkušenostmi jedince. Příliš malý rozsah pozornosti způsobuje, že je dítě schopné přijmout najednou jen malé množství informací, nedokáže vnímat celou situaci najednou.
- *Intenzita* – je dána stupněm soustředění na určitý podnět nebo činnost, při současném útlumu vlivu jiných podnětů. Odklonitelnost pozornosti je u dětí značná, ale ani dospělý není zcela obrněn vůči rušivým vlivům. Snižuje se únavou, ale i se silným vzrušením a dalšími činiteli.
- *Výtrvalost* – délka pozornosti, doba, po kterou se pozornost udrží na jednom nebo více podnětech.
- *Přesouvání pozornosti* – oscilace či tékání pozornosti spočívá v přesouvání ohniska pozornosti na částí určitého komplexního podnětu nebo z podnětu na podnět. Ulpívání pozornosti se projevuje neschopností přenést pozornost z jednoho podnětu na druhý, přejít k druhé činnosti, z jednoho způsobu řešení na jiné.
- *Rozdělení pozornosti* – spočívá ve schopnosti reagovat ve stejnou dobu na dva nebo více podnětů nebo činnosti. Tato funkce dozrává kolem 8.–9. roku. Při současném řešení více úkolů je potřeba, aby aspoň jedna z činností nebo dovedností byla dostatečně osvojena nebo zautomatizována. U dětí se takovou zautomatizovanou činností stává v průběhu vzdělávacího procesu např. čtení a psaní.

Vývoj pozornosti je závislý na dozrávání CNS, ale ovlivňuje jej také zkušenost, vliv učení. Jednotlivé pozornostní funkce se rozvíjejí postupně, v průběhu vývoje dítěte se mění kapacita i kvalita pozornosti.

Pozornost kojence je bezděčná a snadno osciluje. V batolecím věku je pozornost dítěte mimovolní, málo rozdělená, má omezený rozsah, slabou koncentraci a malou schopnost přesouvání. S postupným zráním CNS dítě přenáší pozornost na více podnětů, jeho pozornost se zdokonaluje a prodlužuje. Ve třetím roce je schopno se soustředit na zajímavou činnost nebo hru 20–25 minut.

U dětí předškolního věku pozornost ještě značně osciluje, ale vyvíjejí se základy záměrné pozornosti. Předškolní dítě se dokáže soustředit jen krátce, zejména pokud jsou pro ně úkoly nezajímavé nebo těžké.

Ve školním věku se prodlužuje doba, po kterou je dítě schopno se soustředit. Současně se s rozvojem volných procesů rozvíjí záměrná pozornost, dítě je schopno se soustředit nejen na to, co je zajímavé, ale i na to, co vyžaduje školní práce. Zlepšuje se schopnost diferencovat podstatné podněty, klesá vnímavost vůči nepodstatným rušivým vlivům. Pozornost se nejvíce rozvíjí do 11–12 let.

V pubertě se v souvislosti s emocionální labilitou kvalita pozornosti přechodně zhoršuje. Objevuje se fluktuace pozornosti, zhoršuje se selektivita a zaměřenost. Dozrávání pozornosti se ukončuje v průběhu adolescence.

Stupeň koncentrace pozornosti se liší nejen člověk od člověka, ale ani u téhož jedince není vždy stejná. Schopnost koncentrace pozornosti záleží na mnoha podmínkách, např. na aktuálním tělesném a psychickém stavu, fyzikálních podmínkách prostředí, na charakteristikách podnětu, jeho významu pro jedince.

Při hodnocení poruch pozornosti je třeba mít na paměti, že na pozornost může mít vliv řada činitelů – např. celkové zpomalení mentálních procesů, aktuální zdravotní stav, emoce, pracovní prostředí, rušivé vlivy okolí, vůle, motivace, síla, intenzita a délka působení podnětu, novost, neočekávanost a malý výskyt podnětu.

11.2 Specifika pozornosti u TP

Poruchy pozornosti negativně zasahují do všech oblastí dětské psychiky, ovlivňují poznávací procesy a snižují efekt učení. Poruchy pozornosti jsou významným rysem u dětí s organickým poškozením CNS. Pokles pozornosti je známkou únavy CNS. Při činnosti u těchto dětí rychle stoupá celková únava CNS, takže jejich schopnost soustředění klesá. Vedle zvýšené unavitelnosti lze pozorovat i nápadné kolísání pozornosti (často bez zjevné příčiny), které se poté projevuje v kolísání výkonu např. ve školní práci. Dalším problémem v oblasti pozornosti je její omezený rozsah. Dítě nedokáže vnímat celou situaci najednou, z dostupných podnětů využívá jen část. Ostatní nedokáže využít, i když jsou potřebné pro to, co právě dělá nebo pro řešení aktuálního úkolu. Proto bývají jeho výsledky nepřesné a dílčí. Na druhou stranu se u těchto dětí objevuje nesoustředěnost, „vázanost na podněty“ – neschopnost zaměřit pozornost výběrově na podstatné podněty a současně utlumit podněty vedlejší, nežádoucí. Tyto rušivé podněty mohou být buď z vnějšího prostředí, nebo je dítě zvýšeně citlivé k podnětům z vlastního nitra. Perseverace – ulpívání – je rovněž známkou dětí s organickým postižením CNS. Dítě nedokáže svou pozornost včas, pohotově a pružně odpoutat od podnětu, který jej zaujal, na jiný. Podobně při řešení úkolů se může objevit tendence k setrvávání u postupu, způsobu řešení, které dítě použilo u předcházejícího úkolu. Koncentraci pozornosti negativně ovlivňují rovněž vedlejší účinky některých léků, které užívají např. děti s chronickým onemocněním nebo epilepsií. Zvýšená unavitelnost, která má negativní vliv na kvalitu pozornosti, bývá přítomna u řady chronických onemocnění (např. onkologických, metabolických). Únavu zvyšuje překonávání jakéhokoli onemocnění i rekonvalescence. Zvýšená unavitelnost je charakteristická pro děti s myopatií, svalovou atrofií a u dalších nemocí, které způsobují nedostatečné oxyličení organismu (astma). Deformace nosného aparátu, vadné držení těla a omezená hybnost, ale i např. spastický úchop psacího náčiní u dítěte ve škole zvyšuje únavu, a má tudíž vliv na pozornost.

11.3 Diagnostika a diagnostické nástroje

K měření poruch pozornosti se používá řada samostatných testů nebo zkoušek, které jsou součástí testových baterií. Pozornost můžeme hodnotit i na základě pozorování dítěte během testové situace.

Pro hodnocení funkčního stavu pozornosti existují různé metody. Jedná se převážně o testy typu tužka–papír, ale v poslední době přibývají i počítačové metody. K dispozici jsou testy, které nějakým způsobem slouží k posouzení celkové úrovně pozornosti i jejích charakteristik (např. sklon k ulpívavosti, vázanosti na podněty, k výkyvům koncentrace). Testy určené pro měření kvality pozornosti zachycují více funkcí současně – nejčastěji bývá základem zkouška zrakové nebo sluchové percepce, motorická činnost, často se podílí i krátkodobá paměť, která je s koncentrací pozornosti propojena. Zpravidla poskytnou i další informace, např. o pracovním stylu dítěte, jeho tempu, odolávání zátěži. K hodnocení pozornosti slouží kromě samostatných testů pozornosti i některé dílčí zkoušky, které jsou součástí testových baterií. Důležité pro hodnocení pozornosti je i pozorování dítěte v průběhu vyšetření a doplnění informací o pozornosti dítěte v domácím a školním prostředí od rodičů a učitelů dítěte.

Většina uvedených testů pozornosti spočívá ve vyhledávání a ukazování, spojování, příp. zaškrťování prvků na předloze. Proto je použití těchto metod problematické u dětí s vážnějším narušením hybnosti rukou nebo zrakové percepce. V těchto případech lze některé zkoušky použít nestandardním způsobem, kdy budou sloužit spíše jako informace o pracovním stylu, unavitelnosti, vyrovnávání se se zátěží. Pro administraci většiny testů je také potřeba, aby dítě znalo číslice, číselnou řadu nebo písmena – zkoušky lze proto administrovat až po dosažení určité věkové nebo mentální úrovně.

Samostatné testy

Číselný čtverec (Jirásek, Psychodiagnostika, 1976, T-3)

Vhodný pro děti od 8 do 15 let. Test je vhodný k diagnostice pozornosti a rozsahu zorného pole, zjišťuje úroveň příjmu a zpracování informací, schopnost odolávat určité zátěži pozornosti. Testový materiál tvoří tabulka s neuspořádanými čísly 1–25, které má dítě ukazovat a jmenovat ve správním pořadí, administruje se 10 pokusů. Hodnotí se celkový průměrný čas, průměrný čas v první a druhé pětici pokusů. Výkon v testu je relativně nezávislý na úrovni rozumových schopností.

Test cesty – Trail making test (Reitan, Wolfsonová, upr.Preiss, IPPP ČR, 1995, Preiss, Psychodiagnostika, 1999, T-41)

Vhodný od 8 let do dospělosti. Zkouška má screeningový charakter a její výsledek je ukazatelem obecné výkonnosti mozku. Může sloužit k posouzení psychomotorického tempa, zrakové percepce, vizuomotorické koordinace a pozornosti. Je citlivý na momentální stav, náladu, podávání léků. Bývá součástí řady testových baterií. V první části dítě spojuje čísla v pořadí, jak jdou za sebou. Ve druhé části spojuje čísla s písmeny.

Test koncentrace pozornosti (Kučera, Psychodiagnostika, T-52)

Časově nenáročný test pro děti od 15 let a dospělé, založený na principu korektury textu. Test je určen pro měření výkonů pozornosti a percepčně-motorického tempa.

Disjunktivní reakční čas DRČ I, DRČ II (Vonkomer, Psychodiagnostika, T-66)

Test rychlé diskriminace podle předlohy, vhodný od 7 let. Zjišťuje koncentraci pozornosti při činnosti zaměřené na maximální rychlost a pohotovost jednoduché prostorové orientace. Modifikace DRČ je vhodná od 12 let, poskytuje navíc přehled o mentální rychlosti, rychlosti rozhodnout se.

Bourdonův test (Senka, Kuruc, Čečer, Psychodiagnostika, T-78)

Vhodný od 11 let. Jedná se o test schopnosti koncentrace pozornosti a zatížitelnosti monotónní činností, dále zjišťuje psychomotorické tempo, přesnost percepce, unavitelnost. Analýza pracovní křivky umožňuje zjištění vlivu učení, únavy, dává informace o stylu práce a výkonových charakteristikách klienta. Je náročný na soustředění a volní úsilí.

Číselný obdélník (Doležal, Kuruc, Senka, Psychodiagnostika, T-81)

Neverbální výkonový test pro zjišťování vizuálního postřehu, selektivity a distribuce pozornosti v podmínkách vyžadujících vysoké tempo činnosti. Jedná se o složitější variantu číselného čtverce, použitelný je od 14 let.

Test pozornosti d2 (upr. Balcar, Testcentrum, Praha, 2000)

Měří tempo a pečlivost pracovního výkonu při rozlišování podobných vizuálních podnětů, vhodný pro individuální i skupinové použití a pro věkové rozpětí 9–59 let. K dispozici jsou normy pro obě pohlaví, různé věkové skupiny a typy škol. Hodnotí se přesnost splnění úkolu, pracovní tempo, typy chyb. Stabilita koncentrace pozornosti a její odolnost se hodnotí na základě křivky výkonu.

Sčítací zkouška (Pardel)

Princip je založen na sčítání jednomístných čísel. Vyhodnocuje se celkový výkon v čase, křivka výkonu a její kolísání, chybovost. Normy jsou uváděny od 12 let do dospělosti.

Zkoušky, které nějakým způsobem hodnotí úroveň pozornosti, bývají i součástí klasických testů inteligence. Kapacitu pozornosti spojenou s učením a krátkodobou pamětí měří např.

WISC III – subtesty Kódování, Opakování čísel.

Subtest Kódování lze využít k hodnocení pozornosti nestandardním způsobem – např. nechat dítě vyplnit celou předlohu bez časového limitu. Hodnotí se kolísání výkonu, chybovost, rychlost, stabilita pozornosti. Kvalita pozornosti se projeví i v doplňkovém subtestu Hledání symbolů.

S-B IV. revize – subtesty Opakování vět, Opakování čísel, Paměť na korálky.

Bentonův test – kromě diagnostiky organických poruch může sloužit k diagnostice poruch vizuální pozornosti a paměti.

Diagnostika specifických poruch učení u adolescentů a dospělých osob (Cimlerová, Pokorná, Chalupová, IPPP ČR, 2007).

Součástí baterie pro diagnostiku SPU je i subtest na hodnocení pozornosti.

11.4 Vyjádření míry úbytku funkce (kvantitativní diagnostika)

Pro stanovení míry podpůrných opatření mohou být využity výše zmíněné testy (subtesty), jejichž vážené skóry jsou pak transformovány do míry úbytku funkce

Při definování míry úbytku v oblasti pozornosti vycházíme z toho, že pozornost je komplexní schopnost, skládající se z různých složek, které jsou navzájem propojeny, vyvíjejí se s věkem dítěte a projevují se v běžném životě i při řešení úkolů. Kvalita pozornosti je úzce spojena s kvalitou dalších funkcí, přičemž

narušení jedné i více složek může mít dopad na tyto další funkce. Proto je navrhovaná škála odvozena od dopadu pozornosti na další funkce a zahrnuje v sobě všechny složky pozornosti.

- 0 – úbytek dovednosti 0 %, funkční míra pozornosti, adekvátní věku dítěte a prováděné činnosti; schopnost udržet pozornost po vyžadovanou dobu; přiměřená odolnost vůči rušivým vlivům, funkční rozdělování a přenášení pozornosti,
- 1 – úbytek dovednosti 25 %, kvalita pozornosti je mírně snížena s minimálním dopadem na další funkce; kolísání pozornosti je málo závažné; výpadky pozornosti jsou krátkodobé a dítě je schopno se dále soustředit bez intervence; výkon ve standardizovaných zkouškách dosahuje úrovně 1 až 2 standardní odchylky,
- 2 – úbytek dovednosti 50 %, kvalita pozornosti je snížena s dopadem na ostatní funkce; výpadky pozornosti nebo ulpívání pozornosti jsou častější, je třeba intervence, aby se dítě opět soustředilo; výkon ve standardizovaných zkouškách dosahuje úrovně 2 až 3 standardní odchylky,
- 3 – úbytek dovednosti 75 %, kvalita pozornosti je značně snížena s těžkým dopadem na ostatní funkce; výpadky pozornosti nebo její ulpívání značně ztěžují práci dítěte, intervencí je možné pozornost částečně regulovat; výkon ve standardizovaných zkouškách dosahuje úrovně 3 až 4 standardní odchylky,
- 4 – úbytek dovednosti 100 %, kvalita pozornosti je závažně narušena s komplexním dopadem na ostatní funkce; výkon ve standardizovaných zkouškách dosahuje úrovně méně než 4 standardní odchylky.

Literatura

- ČÁP, J., MAREŠ, J. *Psychologie pro učitele*. Praha 2007. ISBN 978-80-7367-273-7.
- HARTL, P., HARTLOVÁ, H. *Psychologický slovník*. Praha 2000. ISBN 80-7178-303-X.
- KOLUCHOVÁ, J., MORÁVEK, S. *Psychologická diagnostika dětí a mládeže*. Olomouc 2001.
- LANGMEIER, J. *Vývojová psychologie pro dětské lékaře*. Praha, 1991.
- NICHOLSON, C. L., ALCORN, C., L. *Vzdělávací aplikace WISC*. Testcentrum – Hogrefe, Praha 2008.
- PREISS, M., a kol. *Klinická neuropsychologie*. 1. vydání. Praha: Grada, 1998. ISBN-80-7169-443-6.
- ŘÍČAN, P., KREJČÍŘOVÁ, D., aj. *Dětská klinická psychologie*. 4., přepracované a doplněné vydání. Praha: Grada Publishing, 1997. ISBN 80-247-1049-8.
- SVOBODA, M., KREJČÍŘOVÁ, D., VÁGNEROVÁ, M. *Psychodiagnostika dětí a dospívajících*. Praha: Portál, 2001. 791 s. ISBN 80-7178-545-8.
- ŠVANCARA, J., a kol. *Diagnostika psychického vývoje*. Praha 1974.
- VÁGNEROVÁ, M. *Vývojová psychologie I*. Praha, 1996 ISBN 80-246-0956-8.
- VÁGNEROVÁ, M., KLÉGROVÁ, J. *Poradenská psychologická diagnostika dětí a dospívajících*. Praha, 2008. ISBN 978-80-246-1538-7.

12 Paměť

Dana Dvořáčková

12.1 Deskripce domény

Paměť je soubor schopností a procesů, které umožňují osvojení potřebných informací, jejich uchovávání a vybavení. Často je charakterizována jako uchování informace o podnětu, který už nepůsobí (Hartl, Hartlová, 2000). Paměť je základem toho, že duševní život jedince tvoří souvislý, na sebe navazující proces. Na dobrém fungování paměti závisí uplatnění intelektových schopností, je nezbytnou podmínkou učení, a tedy i psychického vývoje člověka. Paměťové schopnosti jsou závislé na vrozených předpokladech, na celkovém stavu jedince, ale i na tom, jakým způsobem a v jaké míře jedinec paměťové schopnosti využívá.

Tři hlavní skupiny paměťových procesů jsou:

- *vstípení* (uložení do paměti, zapamatování). Zapamatování může být bezděčné, neúmyslné (informace zapamatované bezděčně, bez záměru si něco zapamatovat, často se uskutečňuje na nevědomé úrovni; část těchto informací vyhasíná, část je uložena na nevědomé úrovni) nebo záměrné (při úmyslném zapamatování je charakteristická motivace něco si zapamatovat, případně používání prostředků, které zapamatování usnadňují; významnou úlohu zde hraje koncentrace pozornosti);
- *uchování* zapamatovaného (zahrnuje čas od zapamatování až vybavení a je pro ně charakteristický proces zapomínání; při tomto procesu může působit kladně nebo negativně předchozí zkušenost; na kvalitu a délku uchování vjemů v paměti má vliv emotivita, intelekt, stav vědomí);
- *vybavení* – vybavení zapamatovaného má podobu reprodukce nebo rekognice (znovupoznání). Může být úmyslné nebo mimovolní. Pohotovost vzpomenout si se mění podle celkového psychického stavu jedince, jeho únavy, stavu vědomí, emočními vlivy.

Každý z těchto tří procesů může být narušen.

Existují různé typy paměti a také její různá dělení, v současnosti není jednotná, všeobecně přijímaná klasifikace paměti. Dělení podle délky průběhu:

Krátkodobá paměť – někdy označovaná také jako paměť operační, pracovní. Týká se časového úseku několika sekund. Pracovní paměť slouží k řešení aktuální úlohy či situace. Kapacita pracovní paměti je omezená, udává se rozsah 7 položek ± 2 . Informace v krátkodobé paměti jsou bezprostředně zapomenuty nebo vytěsňeny novými.

Střednědobá paměť – zajišťuje převod informací z krátkodobé do dlouhodobé paměti. Informace je uchovávána minuty až hodiny. Informace mohou spontánně vymizet nebo se opakováním upevňují a mohou být přesunuty do dlouhodobé paměti. Obvykle se uplatňuje v souvislosti s řešením úkolu.

Dlouhodobá paměť – uchovává informace po dlouhá časová období. Jde o informace, k jejichž zapamatování došlo častým opakováním, nebo informace se silným emočním doprovodem.

Často uváděné je rozlišení na paměť deklarativní a procedurální. Deklarativní paměť (též vědomá, explicitní) se týká osvojování faktů, znalostí a událostí. Deklarativní paměť můžeme dále dělit na sémantickou a epizodickou. Sémantická paměť obsahuje slova, symboly, ale také pravidla pro zacházení

se slovy, gramatická pravidla, fakta jako taková. Epizodická paměť obsahuje informace zakódované v určité době a na určitém místě, je to paměť pro události. Procedurální paměť (nevědomá, implicitní) se týká učení motorickým úkolům, které nejsou přístupny uvědomování. Jedná se o dovednosti, které byly zpočátku složité, ale časem zcela zautomatizovaly, takže při jejich vykonávání o nich nemusíme přemýšlet. Jde např. o čtení, psaní, jízdu na kole apod.

Další používaná dělení:

Mechanická paměť – jde o prosté zapamatování si, je nezbytná a užitečná např. při osvojování učiva – vybraných slov, násobilky, dat. Uplatňuje se více v dětství.

Logická paměť – je usnadněna hledáním vztahů a souvislostí mezi jevy, porozuměním smyslu. Tento druh paměti má velký význam, protože poznatky získané jejím prostřednictvím jsou trvalejší. Logické zapamatování podporují různé názorné pomůcky, které znázorňují vztahy mezi předměty a jevy.

Názorná paměť – označení typů pamětí podle využitého analyzátoru, zahrnuje paměť sluchovou, zrakovou, čichovou, chuťovou, dotekovou.

Slovně-logická – týká se toho, co je vyjádřeno slovy a zpracováno logicky myšlením.

Pro školní práci je důležitá zejména explicitní sémantická paměť (vědomá paměť pro fakta, pojmy, významy slov a znalost předmětů) a implicitní procedurální paměť (uchováující různé motorické dovednosti).

V předškolním věku se děti lehce učí různé básničky a říkanky, celkově je ale kapacita paměti předškolního dítěte menší. Podmínkou kvalitativního rozvoje paměťových funkcí je schopnost výběru informací a ignorování těch, které nejsou aktuálně potřebné. Dozrávání těchto funkcí je důležitou podmínkou školní zralosti. Paměť v mladším školním věku se stává více záměrnou a vlivem vyučování se z kvalitňuje. Vedle mechanické a názorné paměti se začíná více uplatňovat logická paměť. Dítě si lépe zapamatuje informace, které je zaujaly nebo k nim má citový vztah. Vývoj paměti závisí nejen na zrání, ale i na využívání vyspělejších paměťových strategií. V tomto období se rovněž zkracuje čas potřebný k zapamatování. V mladším školním věku je pro dítě důležitá vizuální paměť (potřebná pro rozlišování tvarů písmen, číslic). V průběhu školní docházky se stává důležitější paměť verbální.

Poruchy paměti

Paměť je komplexní jev. Různé typy paměti mají do jisté míry vzájemnou spojitost. Přesto může být porušen jen jeden typ paměti, ostatní mohou zůstat neporušeny. Poruchy paměti se mohou také týkat jen některého specifického materiálu.

Poruchy paměťových procesů:

- *porucha vstípení*: narušuje ji zejména snížená kvalita vědomí a pozornosti, únava, úzkost, deprese, organické poškození CNS;
- *porucha uchování*: přítomna u organických poruch;
- *porucha vybavování*: zapomínání je fyziologický jev. Porucha vybavnosti může mít charakter dílčí nebo celkový (např. poúrazová amnézie). U dětí se vyskytuje paramnézie (retrospektivní zkreslení paměti), která není diagnosticky významná. Konfabulace (nepřesné odlišení reality a fantazijní produkce) se vyskytuje u dětí předškolního věku, u dětí starších se může jednat o patologický projev.

Snížená schopnost krátkodobé paměti se může projevat i obtížemi v matematice. Zejména při počítání z paměti mohou mít děti problém příklad vyřešit – napsaný úkol jim problémy nedělá. Selhávání se může objevovat při tzv. desetiminutovkách, kdy se zapisují jen výsledky, a také při počítání složitějších příkladů, u kterých je potřeba si zapamatovat mezivýsledek. Oslabení krátkodobé paměti způsobuje také obtíže při diktátech a dalších úkonech, kdy dítě musí během práce bezprostředně využívat slyšené nebo viděné informace.

Oslabení dlouhodobé paměti může mít za následek zapomenutí učiva, které se dítě naučilo, informací získaných v minulosti.

Děti s nedostatečně rozvinutou sluchovou pamětí mívají obtíže v diktátech, pětiminutovkách a tam, kde pracuje se sluchovými podněty bez zrakové opory.

Děti s oslabenou zrakovou pamětí mají ve škole největší problémy s opisováním textu (z tabule, učebnic), s využíváním názorných pomůcek v prostoru třídy (tabule s vyjmenovanými slovy apod.).

12.2 Specifika u tělesného postižení

Paměť dětí s organickým poškozením CNS se vyznačuje některými zvláštnostmi, které souvisí s nezralostí CNS, poruchami pozornosti, zvýšenou unavitelností, poruchami percepce. Ovlivněno je zejména ukládání informací. Vstřípené informace bývají ukládány chaoticky, bez uvědomění souvislostí. Vybavování bývá závislé na aktuálním stavu dítěte. Paměť dětí s DMO je ovlivněna poruchami pozornosti a snadnou unavitelností v oblasti vstřípivosti i vybavnosti. Děti s kombinovaným lehkým postižením tělesným a lehkým mentálním postižením mohou mít relativně dobrou mechanickou paměť.

U dětí, které prodělaly traumatické poškození mozku a bezvědomí, se setkáváme s amnézií. Ta může být anterográdní (na dobu před úrazem) a retrográdní (na delší dobu). Další obtíže mohou spočívat ve zhoršení vybavování určitých informací a učení se novému.

Získané poruchy paměti nalézáme také při epilepsii nebo tumorech mozku a po ozařování. Léze levého temporálního laloku vede k poruše paměti verbální, léze pravého temporálního laloku způsobuje zhoršení paměti neverbální (např. pro obličej, geometrické tvary).

Poruchy paměti jsou rovněž typické pro postencefalický syndrom.

12.3 Diagnostika a specifika diagnostiky

Výkon ve zkouškách paměti je téměř vždy ovlivněn i schopností koncentrace pozornosti na předložený testový materiál. Při hodnocení paměti je třeba vědět, jaká je úroveň pozornosti dítěte, protože poruchy paměti a pozornosti spolu často těsně souvisejí. Odlišení poruch paměti a pozornosti je proto obtížné a je třeba přihlídnout k dalším hlediskům, jako je např. rovnoměrnost výkonu, pozorování během vyšetření. Dle Krejčířové (in Svoboda, 2001) je klinicky užitečné i srovnání schopnosti reprodukce se schopností znovupoznání (např. ve zkoušce Bentonově). Důležité je rovněž posouzení případného rušivého působení jiných podnětů, zhodnocení schopnosti zpracovat a zapamatovat si větší množství podnětů najednou, kolísání paměti v delším časovém úseku vlivem únavy. Reliabilita paměťových testů je obecně nízká. Záleží rovněž na materiálu, který ta která zkouška využívá (smysluplný nebo bezesmyslný obsah, zrakové či sluchové podněty apod.). Rozdíl je také mezi volnou reprodukcí nebo rekognicí (znovupoznáním).

Rey-Osterriethova komplexní figura (Kočš, Novák, Psychodiagnostika, 1997, T-65)

Vhodná ve věku 5;06 až 17,5 let. Jedná se o test neverbální paměti. Hodnotí vizuální percepci, senzomotorické dovednosti, pozornost a paměť. Dítě obkresluje složitý obrazec podle předlohy, po krátké době jej kreslí znovu z paměti. Hodnotí se správnost reprodukce, pracovní styl a doba reprodukce. U dětí s narušenou senzomotorikou lze použít variantu hodnotící úroveň znovupoznání (výběr z předloh).

Paměťový test učení (Preiss, Psychodiagnostika, 1998, T-95)

Zkouška určená pro děti od 9 do 14 let a pro dospělé. Měří kapacitu krátkodobé a dlouhodobé paměti, slouží k hodnocení křivky učení, poruch vybavování, odolnosti vůči rušivým vlivům. Test je vhodný pro diagnostiku organického poškození CNS, pozorování následků úrazů hlavy.

Bentonův vizuálně retenční test (upr. Preiss, Testcentrum Praha 2000)

Dítě má reprodukovat obrazce, které mu byly na krátkou dobu exponovány, nebo vybírá z alternativ tu, která je totožná s předlohou. Test slouží k diagnostice poruch vizuální pozornosti a paměti, zachycuje vývoj paměťových schopností. Použitelný od 7 let. Je citlivý na organické poškození mozku.

Meiliho paměťové testy

Testy vizuální a auditivní retence. Normy od 7 let do dospělosti. Vyšetřované osobě je exponována série 30 obrázků, po pauze má vyjmenovat co nejvíce zapamatovaných obrázků.

Verbálně paměťová zkouška pro děti (Tumpachová, 1993)

Soubor různých verbálních paměťových zkoušek. K dispozici jsou orientační normy pro děti od 2. do 4. třídy.

Test zrakově sluchového vnímání (Monroeová, upr. Eisler, Mertin)

Měří schopnost dětí učit se spojovat vizuální podnět s jeho verbálně prezentovaným názvem. Percentilové normy od 5 do 6 let.

Paměťový test LGT-3 (upr. Maršálová, Hrabovská, Mesárošová, Bratislava, 1986)

Testování verbální i vizuální krátkodobé paměti, lze jej využít k diferenciální diagnostice organických postižení CNS, ale i emočních problémů a různých psychických poruch. Lze užit u dětí od 13 let.

Škála aktuální paměti (Ruisel, Müllner, Farkaš, 1986)

Metoda zaměřená na sebehodnocení paměti, problémů se zapamatováním, zapomínáním. Pro děti od 14 let, lze ji použít již od 12 let. Může sloužit pro srovnání názoru probanda na jeho paměťové funkce s jeho reálným výkonem.

Orientační, nepřímé vyšetření paměti – prostřednictvím jiných činností, na kterých se paměť podílí. Jedná se např. o některé subtesty komplexních testů inteligence:

WISC III – subtesty

Vědomosti a Slovník – oba subtesty zachycují mimo jiné schopnost uchovávat informace, mohou sloužit k nepřímému posouzení dlouhodobé paměti.

Počty – vyžaduje schopnost krátkodobé pracovní paměti. Užitečné informace můžeme získat, pokud dítě necháme zopakovat postup při řešení příkladu nahlas. Některé chyby vznikají tehdy, pokud dítě aplikuje správný postup, ale má problém pamatovat si čísla zadání nebo mezivýsledky.

Opakování čísel – zejména při opakování čísel ve stejném pořadí se uplatňuje krátkodobá mechanická verbální paměť. Opakování čísel pozpátku je spíše mírou pracovní paměti.

Doplňování obrázků a Kódování – částečně se podílí i vizuální paměť.

Kvalita krátkodobé paměti se může projevit i v doplňkovém subtestu Hledání symbolů.

IV. revize Stanford-Binetova testu

Paměť pro korálky – ukazování exponovaných korálků nebo napodobování vzoru z korálků na tyčce; kromě paměti je náročný na pozornost.

Paměť pro věty – krátkodobá verbální paměť s využitím smysluplného materiálu, náročný na pozornost.

Paměť pro čísla – opakování číselné řady ve stejném pořadí a číselné řady pozpátku.

Paměť pro předměty – vizuální paměť a pozornost, dítě si má zapamatovat postupně exponované obrázky a poté je ve stejném pořadí ukázat.

Test struktury inteligence

Amthauerův test také obsahuje subtesty, které měří krátkodobou paměť a schopnost využít zapamatované informace – Paměť pro slova a Paměť pro obrazce.

Kaufmannova hodnotící baterie K-ABC

Kaufmanova hodnotící baterie pro děti obsahuje subtesty Opakování čísel (stejný princip jako ve výše uvedených zkouškách), dále Pohyby ruky (dítě napodobuje sérii pohybů ruky ve stejném pořadí jako vyšetřující), Pořadí slov (dítě označuje sérii obrázků, které examinator jmenoval).

K velmi orientačnímu posouzení paměti lze využít některé úkoly ze III. revize Stanford-Binetova testu, např. opakování čísel a vět, paměť pro obrázky, zapamatování příběhu.

K orientačnímu posouzení dlouhodobé paměti a případných výpadků v učivu je možné použít i didaktické testy (např. u dětí po traumatickém úrazu hlavy).

12.4 Vyjádření míry úbytku funkce

Při definování úbytku funkce v oblasti paměti vycházíme z potřeby následných podpůrných opatření. Proto navrhujeme hodnocení těch typů paměti, jejichž poruchy mají největší vliv na další funkce, zejména na učení. Jako podklad pro hodnocení této domény používáme standardizované metody nebo kvalifikovaný odhad na základě informací, získaných pozorováním během vyšetření, případně z jiných zdrojů (pozorování ve třídě, v jiných než testových situacích, informace od rodičů, učitelů). K vyjádření míry úbytku navrhujeme tuto stupnici:

- 0 – úbytek dovednosti 0%, norma,
- 1 – úbytek dovednosti 25 %, lehké narušení funkce v některém z procesů s minimálním dopadem na ostatní funkce; výkon ve standardizovaných zkouškách dosahuje úrovně 1 až 2 standardní odchylky;
- 2 – úbytek dovednosti 50 %, narušení funkce se středně těžkým dopadem na ostatní funkce; výkon ve standardizovaných zkouškách dosahuje úrovně 2 až 3 standardní odchylky,
- 3 – úbytek dovednosti 75 %, závažnější narušení funkce v některém nebo více procesech, s těžkým dopadem na ostatní funkce; výkon ve standardizovaných zkouškách dosahuje úrovně 3 až 4 standardní odchylky,
- 4 – úbytek dovednosti 100 %, velmi závažné narušení funkce s komplexním dopadem na ostatní funkce; výkon ve standardizovaných zkouškách dosahuje úrovně pod 4 standardní odchylky.

Podle aktuálního účelu vyšetření a použitých diagnostických metod, navrhuje dvě možnosti vyjádření míry úbytku funkce.

1. Při onemocnění, traumatu CNS, kdy je potřeba zhodnotit podrobnější strukturu paměti, navrhuje podrobnější kvalitativní hodnocení – viz tabulka.

	0	1	2	3	4
Krátkodobá paměť					
Dlouhodobá paměť					
Sluchová paměť					
Zraková paměť					

2. V ostatních případech vyhodnotíme celkovou úroveň paměti.

	0	1	2	3	4
Paměť celkově					

Literatura

- ČÁP, J., MAREŠ, J. *Psychologie pro učitele*. Praha, 2007. ISBN 978-80-7367-273-7.
- HARTL, P., HARTLOVÁ, H. *Psychologický slovník*. Praha, 2000 ISBN 80-7178-303-X.
- KOLUCHOVÁ, J., MORÁVEK, S. *Psychologická diagnostika dětí a mládeže*. Olomouc, 2001.
- LANGMEIER, J. *Vývojová psychologie pro dětské lékaře*. Praha, 1991.
- NICHOLSON, C. L., ALCORN, C. L. *Vzdělávací aplikace WISC*. Testcentrum – Hogrefe, Praha, 2008.
- PREISS, M., a kol. *Klinická neuropsychologie*. 1. vydání. Praha: Grada, 1998. ISBN-80-7169-443-6.
- ŘÍČAN, P.; KREJČÍŘOVÁ, D., aj. *Dětská klinická psychologie*. 4., přepracované a doplněné vydání. Praha: Grada Publishing, 1997. ISBN 80-247-1049-8.
- SVOBODA, M., KREJČÍŘOVÁ, D., VÁGNEROVÁ, M. *Psychodiagnostika dětí a dospívajících*. Praha: Portál, 2001. 791 s. ISBN 80-7178-545-8.
- ŠVANCARA, J., a kol. *Diagnostika psychického vývoje*. Praha, 1974.
- VÁGNEROVÁ, M. *Vývojová psychologie I*. Praha, 1996 ISBN 80-246-0956-8.
- VÁGNEROVÁ, M., KLÉGRVÁ, J. *Poradenská psychologická diagnostika dětí a dospívajících*. Praha, 2008. ISBN 978-80-246-1538-7.

13 Emocionalita

Dana Dvořáčková

13.1 Deskripce domény

Emoce (city) jsou významnou složkou lidské psychiky. Jedná se o nesnadno a různě definovatelné psychické projevy, které vyjadřují subjektivní hodnocení, význam situací, v nichž se jedinec nachází. Mají vliv na veškeré psychické procesy, na vnímání, myšlení, pozornost i paměť. Charakteristickým znakem emocí je jejich spojení s fyziologickými změnami v organismu, které jsou patrné i navenek (zčervenání, zblednutí, zrychlení dýchání, změna tepové frekvence apod.), motorickými projevy (mimika, gestikulace, intonace hlasu), změnami pohotovosti a zaměření. Emočně zabarvené situace i informace si jedinec snáze zapamatuje, naopak velmi silná emoce může schopnost zapamatování snížit. Emoce jsou řízeny z podkorových struktur mozku a jejich součástí jsou i biochemické změny v organismu. Emoce mohou ovlivňovat i zdravotní stav jedince. Kvalita a intenzita emočního života člověka je částečně dána i jeho temperamentem.

Za základní emoce lze považovat:

- *strach* (reakce na hrozbu),
- *hněv* (reakce na překážku),
- *radost* (reakce na zisk),
- *smutek* (reakce na ztrátu).

Podle délky trvání a intenzity se emoce dělí na:

- *afekt* (velmi intenzivní, krátkodobá emoce, existuje značná věková a interindividuální variabilita v tom, jaké podněty vyvolávají afekt, afekty se liší intenzitou, délkou trvání i projevy),
- *nálada* (méně intenzivní, dlouhodobější emoce),
- *vášeň* (intenzivní, dlouhodobá emoce).

Emoce se v průběhu života vyvíjejí. Jejich vývoj je úzce spojen s osobami, s nimiž dítě žije, především s matkou. Prostřednictvím silné citové vazby uspokojuje matka (případně jiné pečující osoby) všechny potřeby dítěte, zejména potřebu jistoty a bezpečí. Pozitivní emoční zkušenost je základem pro další rozvoj dětské osobnosti.

Pokud dítě strádá v oblasti emocionálního uspokojování, hovoříme o emoční deprivaci. Děti s postižením hybnosti končetin a mluvidel se v sociálním kontaktu mohou projevat jinak než zdravé děti, což může vést k omezení pozitivních emočních reakcí ze strany matky, k celkově menší stimulaci. Rizikem emoční deprivace jsou ohroženy i děti s tělesnými defekty, děti, jejichž chování je pro rodiče méně srozumitelné (např. děti s organickým poškozením CNS), děti s kombinovaným postižením a děti vyrůstající od raného věku v ústavním prostředí. Důsledkem emoční deprivace mohou být problémy v oblasti socializace a vlastní identity.

Čím je dítě mladší, tím více je jeho chování ovlivňováno emocemi. U dětí je užší propojení tělesných a duševních procesů než u dospělých, a proto při větší míře emoční zátěže nebo při silných intrapsychických konfliktech děti snadno reagují tělesným symptomem. Při hodnocení projevů emocí je třeba brát v potaz i vývojové hledisko – např. strach a úzkost jsou adaptivní a jsou v různé míře přítomny během celého života člověka. Už u novorozence lze pozorovat projevy libosti a nelibosti. V batolecím

věku dochází k rychlé diferenciaci citů, rozvoji emočních vztahů k dalším lidem v širším okolí dítěte. Trvalost citů batolete je krátká, rychle se střídají a snadno přecházejí z jednoho pólu k druhému. Citové projevy jsou dále charakteristické bouřlivým průběhem i při mírném podnětu, egocentrismem a žárlivostí. Separační úzkost, která se objevuje v 8. měsíci, je součástí normálního vývoje a měla by ke konci třetího roku ustupovat. V tomto období se dítě začíná vyrovnávat s frustracemi a nejranějšími citovými konflikty. Čím je dítě mladší, tím více reaguje na frustraci afektivně. Pro batolecí období je charakteristická také přechodná fáze vzdoru, která je výrazem utvářející se osobnosti dítěte, jeho sebeuvědomění a pocitu autonomie.

V předškolním věku lze i u dětí s normálním vývojem pozorovat řadu přechodných strachů a fobií, které většinou vymizí. V tomto věku je pro citový život dětí typická afektovanost a impulzivnost, děti neumí tlumit a zastírat své citové prožívání. Důležitým znakem citů je rovněž sugestibilita. Častý je výskyt negativismu.

Ve školním věku se rozvíjí porozumění emočním prožitkům, zlepšuje se emoční regulace. Emoce se postupně diferencují a vyvíjejí až v tzv. vyšší city. Emoční problémy nebo narušení emočního prožívání negativně ovlivňují výkon dítěte při školní práci. Děti kvůli tomu mají problém využít plně své schopnosti, často jsou méně motivované. Úzkost a strach brání jak samotnému učení, tak i tomu, aby nabyté vědomosti a dovednosti aplikovalo nebo prezentovalo. Pro období pubescence je typické kolísání nálad, dysforie, objevují se zdánlivě nepřiměřené citové reakce na běžné podněty, na druhou stranu se zvyšuje sebekontrola, projevující se nechutí dávat emoce najevo.

Emoční projevy dítěte mohou být ovlivněny i aktuálními událostmi nebo dlouhodobě trvajících okolností v jeho nejbližším prostředí, jako je např. úmrtí v rodině, rozvod rodičů apod. Přiměřenost nebo nepřiměřenost emočních projevů je tedy nutné vždy posuzovat nejen s ohledem na věkovou úroveň, ale i v kontextu životní situace dítěte. Schopnost porozumět vlastním emocím a regulovat jejich projevy je součástí emoční inteligence.

Emoční poruchy u dětí

Nejčastějšími emočními poruchami v dětském věku jsou úzkost, strach a deprese.

Úzkost je nepříjemný subjektivní emoční stav, který je spojen s napětím, nejistotou, pocitem ohrožení bez reálné příčiny. Úzkost a úzkostné rysy jsou podmíněny konstitučně, zřejmý je ale i vliv rodinného prostředí a školy. Patologická je jak přílišná úzkost (brzdící aktivitu dítěte), tak i absence úzkosti (kteřá může být projevem anetické osobnosti). Patologická úzkost se v předškolním věku může projevit v chování dítěte buď jeho inhibicí, nebo hyperaktivitou, může se projevovat i poruchami jídla, spánku, neurotickými příznaky (jako např. kousání nehtů, trhání vlasů apod.). Intenzita úzkosti může být různá, od mírného neklidu až po stav paniky.

Strach se dá definovat jako emoční a fyziologická odpověď na skutečné nebezpečí nebo ohrožení. Strach se rozvíjí s věkem, během vývoje je spojován s prožitými zkušenostmi a stává se více vázaným na představivost. Prožívání strachu je ovlivněno emocionální stabilitou a dosavadními zážitky.

Deprese jsou v dětském věku častější obtíží, než se dříve předpokládalo. Obraz deprese u dětí je jiný než v dospělosti. Hlavním příznakem je patologicky depresivní nálada, která vzniká bez zjevné příčiny. Častější jsou somatické obtíže, u mladších dětí agresivita. Dalšími projevy jsou smutná nálada, poruchy jídla a spánku, ztráta zájmu a apatie, únava, obtíže v soustředění. Prvními známkami bývá často zhoršení dítěte ve škole. Endogenní deprese je u dětí vzácná, může se objevit spíše až v období po pubertě.

Klasifikace emočních poruch

Na tomto místě uvádíme stručný přehled neurotických a emočních poruch, klasifikovaných dle MKN 10. Tyto poruchy mohou být diagnostikovány u dětí s tělesným postižením nebo zdravotním znevýhodněním,

kteře jsou v pēči SPC pro TP. Diagnostika a terapie tēchto poruch je ale spíše v kompetenci příslušných odborníků, se kterými SPC spolupracuje (pedopsychiatr, klinický psycholog, psychoterapeut).

F93.0 Školní úzkost a separační úzkost

Úzkostná reakce na skutečné či hrozící odloučení od matky. Pokud dojde ke zpomalení vývoje separace, separační úzkost přetrvává ještě na počátku školního věku, dochází k odmítání školy, objevuje se strach ze školy, podmíněný separační úzkostí. Od separační úzkosti je třeba odlišit školní fobii, která je podmíněna reálnými situacemi ve škole (např. šikana).

F93.1 Fobická úzkostná porucha v dětství

Fobie jsou specifické strachy. Vznikají obvykle v období dospívání, u malých dětí jsou vzácné, ale mohou mít základ právě v tomto období.

F93.2 Sociální úzkostná porucha strachu z cizích lidí

Hlavním projevem je patologické přetrvávání strachu z cizích lidí, vyhýbání se sociálním kontaktům.

F93.8 Nadměrná úzkostná porucha

Děti s nadměrnou úzkostnou poruchou jsou trvale v napětí, zvýšená úzkost může vést k neurotickým návykům (okusování nehtů, cucání palce, trhání vlasů). Přítomno je velké množství různých strachů, typická je úzkost ze selhání.

F32 Deprese u dětí

Klinický obraz deprese u dětí je variabilní a je závislý na věku dítěte. Základními projevy deprese u dětí jsou dle Krejčířové (1995) smutná nálada, poruchy spánku, pohybový útlum nebo agitovanost, apatie, únava, ztráta energie, ztráta pocitu vlastní hodnoty nebo nepřiměřený pocit viny, zhoršená soustředivost, úvahy o smrti a suicidální myšlenky.

F40 Fobické úzkostné poruchy

Úzkost je vyvolávána konkrétními podněty nebo situacemi, které v daném okamžiku nejsou nebezpečné. Specifické fobie jsou vyvolávány specifickými situacemi, jako je např. blízkost určitých živočichů, bouřka, tma, uzavřené prostory.

F41.1 Generalizovaná úzkostná porucha

Chronicky zvýšená hladina difuzní úzkosti. Děti bývají zvýšeně nejisté, jsou trvale v napětí, obávají se selhání, objevují se u nich přechodné somatické obtíže.

F42 Obsedantně kompulsivní porucha

Je charakterizována souborem příznaků, zahrnujících vtíravé myšlenky, nutkavé jednání, které (resp. jejichž nesplnění) vyvolávají úzkost.

F45 Somatizační porucha

Projevuje se opakovanými mnohočetnými a proměnlivými somatickými symptomy, u kterých se předpokládá psychogenní etiologie.

13.2 Specifika emocionality a dětí tělesně postižených a zdravotně znevýhodněných

Každé neurologické onemocnění, tělesné postižení i dlouhodobé somatické onemocnění může více či méně změnit povahu psychosociálního fungování dítěte. Krejčířová (in Svoboda, 2001) uvádí nejčastější organicky podmíněné změny chování či osobnosti:

- změny psychomotorického tempa a úrovně aktivity,
- zvýšená emoční dráždivost, snížená frustrační tolerance, „podrážděnost“, plačtivost, časté záchvaty vzteku, impulzivita, zesílení agresivních tendencí,
- úzkost či deprese,
- ztráta dřívějších zájmů, změny povahových rysů, poruchy sociálního přizpůsobení, event. i sociální izolace,
- narušené sebepojetí či pojetí tělesného schématu, hypochondrické obavy.

Tyto změny jsou ovlivněny i dalšími faktory – subjektivními reakcemi dítěte, jeho rodičů i širšího sociálního okolí na zdravotní stav dítěte, ale i dalšími okolnostmi, které s sebou postižení nebo nemoc přináší (léčba, hospitalizace, bolest, různá omezení apod.). U dětí s jakýmkoli druhem postižení, jehož rodiče se s tímto faktem obtížně smiřují, je třeba počítat i s větším rizikem emoční deprivace.

Děti s epilepsií mívají celkově více emočních poruch než děti s jiným typem postižení CNS. Ve starší literatuře bývala popisována tzv. „epileptická osobnost“, která však nikdy nebyla potvrzena (Říčan, Krejčířová a kol., 1995). Epilepsie bývá doprovázena změnou emočních projevů, zejména dlouhodobého ladění osobnosti. U některých typů epilepsie lze pozorovat buď zvýšený výskyt impulzivních reakcí a agresivního chování, anebo inhibici emočních projevů. Mrzutá nálada, rozlady, deprese jsou typické pro postižení čelního laloku epilepsií. Může se objevit podezřívavost, nedůtklivost.

Děti s poškozením CNS bývají nápadně dráždivější, přecitlivělé, trpí afektivními výbuchy nepřiléhavými situacím, jejich nálady nápadně kolísají. Jejich emocionální kontrola je celkově narušena. Děti mají sníženou frustrační toleranci, jsou málo odolné vůči jakékoliv zátěži, přikládají banálním problémům větší význam, než ve skutečnosti mají. U dětí s DMO může citový prožitek vyvolat ztuhnutí svalů nebo zvýšení frekvence dyskinetických pohybů. Bývají často emočně i sociálně nezralejší a jejich reakce bývají nepřiměřené podnětům, které je vyvolaly (jak intenzitou, tak i délkou trvání).

U dětí s nádorovým onemocněním mozku se mohou objevit změny v oblasti emočního prožívání, jako je otupělost, emoční plochost až vyprahlost, může se objevit apatie, nemotivovanost. Na druhou stranu se může objevit zvýšená dráždivost, výbušnost, agresivita.

U dětí s poúrazovým poškozením CNS mohou být změny v prožívání emocí dány jak samotným poškozením (rozsah a lokalizace případného poškození určitých oblastí mozku), tak i procesem vyrovnávání se s úrazem a jeho následky (ztráta končetiny, omezení hybnosti, ale i třeba reakce na ztrátu někoho blízkého při havárii). Zvýšená dráždivost, popudlivost bývá následkem zhmoždění frontální a temporální oblasti mozku.

Názory na zvýšený výskyt emočních poruch u dětí s mentální retardací oproti běžné populaci se v literatuře liší.

U dětí s chronickým somatickým onemocněním může být změna emočního ladění signálem zhoršení zdravotního stavu. Chronické onemocnění má zároveň vliv na emoční ladění dítěte (např. úzkostnost, strach, pocit osamocení, pocitu viny).

13.3 Diagnostika a specifika diagnostiky

Individuální variabilita emočních projevů je velká a obtížně se stanovují kritéria normality a přiměřenosti věku.

Při diagnostice emocionality se zaměřujeme zejména na:

- úroveň emocionálního vývoje dítěte a jeho přiměřenost k věku (a mentální úrovni),
- převažující emoční ladění (např. optimistické, pozitivní, radostné, negativní, depresivní, úzkostné),
- stabilita nebo labilita emočního ladění, schopnost řídit emoce,
- rozsah emocí (bohatost emocí × emoční oploštělost).

Nástroje diagnostiky

Klinické metody – pozorování a rozhovor

Během vyšetření si všímáme, kdy a za jakých okolností se u dítěte vyskytnou projevy strachu, úzkosti, kdy se raduje, je lhostejné, apatické, zda jsou jeho reakce impulzivní, spontánní. Sledujeme výkyvy nálad, reakci dítěte na úspěch nebo neúspěch při řešení úkolů. Významná je rovněž reakce dítěte na odloučení od rodičů. V rozhovoru s dítětem a jeho rodiči zjišťujeme, jak dítě prožívá různé situace, jaké má pocity, co je trápí, jak reaguje na takové situace.

Projektivní metody

Řada projektivních metod má stejný podnětový materiál a interpretační postupy pro dospělé i pro děti. Použití projekčních metod u dětí má ale svá specifika. Pro vyhodnocování a interpretaci většiny projektivních metod je třeba absolvovat příslušné kurzy a mít zkušenosti s jejich používáním. Jedná se např. o Slovní asociační experiment, Rorschachův test, Test ruky. Pro bližší charakteristiky těchto metod odkazujeme na příslušnou literaturu.

Kresebné techniky

Emoční prožívání, aktuální citové ladění, postoje k sobě i druhým se mohou odrážet i v kresbě dětí. Orientační představu si lze udělat z volné kresby, případně z kresby podle instrukce. Emoční ladění se může projevit na úrovni motoriky (třes, obtíže v navazování čar a koordinaci), ale i způsobem zpracování tématu (velikost, umístění kresby v prostoru apod.).

Kresba postavy (M.Vágnerová, Psychodiagnostika, 1992, T-76)

Krejčířová (2001) uvádí emoční indikátory, sestavené E. Machoverovou, které lze využít pro projektivní hodnocení kresby postavy. Jedná se např. o velikost postavy, nedostatečné nebo chybné spojení jednotlivých částí postavy, chybění podstatných částí, způsob zpracování jednotlivých částí těla, způsob provedení kresby.

Emoční indikátory lze hodnotit i v Bender-Gestalt testu a v Testu hvězd a vln. Další kresebnou projektivní metodou je Test stromu (Z. Altman), Kresba rodiny, Kresba začarované rodiny. Podrobnosti k vyhodnocování jsou uvedeny v příručkách uvedených metod.

Dotazníky

Použití dotazníkových metod je limitováno vzhledem k věku. Použití dotazníku předpokládá, že dítě umí dobře číst a zejména porozumět otázkám, umí zformulovat svoji odpověď, je schopno alespoň jisté míry introspekce. Proto je jejich použití možné většinou až od středního, resp. staršího školního věku. Kromě dotazníků, ve kterých dítě hodnotí vlastní emoční prožívání, lze využít i hodnocení emočních projevů dítěte jinými lidmi, obvykle jeho rodiči, vychovateli, učiteli.

Škála zjevné úzkosti pro děti – CMAS (upr. Fischer, Gjuríčová, Psychodiagnostika, T-112).

Dotazníková metoda, zjišťující predispozici k anxiositě u dětí ve věku 9–14 let. Odráží úzkost jako dlouhodobý stav, případně jako vlastnost.

Sebeposuzovací škála depresivity pro děti CDI (Kovacs, upr. Preiss, Psychodiagnostika, 1998, T-94)

Standardizovaná sebeposuzovací škála. Umožňuje posouzení nálad podle 5 subškál (špatná nálada, problémy v mezilidských vztazích, nevykonnost, neschopnost prožívat radost a negativní sebepojetí) a měří současný stav nebo změnu stavu. Pro děti od 7 do 17 let.

Škála klasického strachu, sociálně-situační anxiety a trémy – KSAT (Kondáš, Psychodiagnostika, T-85)

Sebehodnotící škála, umožňující zachytit oblast a stupeň negativního citového reagování na vybrané typické objekty a situace, které mohou vyvolávat obavy a úzkost. Pro děti od 12 let.

HSPQ (upr. Balcar, Psychodiagnostika, 1992, T-88)

Jedná se variantu dotazníku 16PF pro dospělé. Je vhodný pro mládež ve věku 13–17 let. Test se snaží zachytit faktory osobnosti, jako je např. citová stálost × nestálost, vznětlivost × klidnost, citová choulostivost × citová tvrdost. Umožňuje diagnostikovat emocionální poruchy a poruchy chování dítěte. Tabulky norem jsou k dispozici ve stenech a centilech.

B-JEPI (upr. Senka, psychodiagnostické a didaktické testy, 1988, T-21)

Vychází z Eysenckových dotazníků pro dospělé. Je standardizován pro věkové rozpětí 9–14 let. Obsahuje 3 dimenze: neurotizmus (labilita × stabilita), extroverzi a lži – skór.

Škály ŠAD k měření úzkosti a úzkostnosti u dětí – pro děti od 10 do 15 let, obsahuje škálu na sledování aktuálního stavu a škálu sklonu k úzkostnému reagování.

13.4 Vyjádření míry úbytku funkce

Při definování výroků v oblasti emocionality vycházíme z toho, že individuální a interindividuální variabilita emočního prožívání a projevů je značně široká a proměnlivá v čase. Jako podklad pro hodnocení této domény používáme standardizované metody nebo kvalifikovaný odhad na základě informací, získaných rozhovorem, pozorováním. Emocionalita je těsně propojena s ostatními funkcemi dítěte a ovlivňuje je. Navrhovaná škála by měla vyjadřovat dopad emocionality na ostatní funkce.

- 0 – úbytek schopnosti 0%, emoční projevy dítěte odpovídají jeho věku, podnětům a rozumové úrovni. Dítě dokáže adekvátně regulovat své emoce; emoce jsou stabilní a přiměřeně bohaté;
- 1 – úbytek schopnosti 25%, lehké poruchy emocí s minimálním nebo žádným dopadem na ostatní funkce. Obtíže nejsou patrné nebo se vyskytují jen v dílčích oblastech; emoce jsou převážně stabilní; ve standardizovaných zkouškách výsledky odpovídají pásmu 1 až 2 standardní odchylky;
- 2 – úbytek schopnosti 50%, poruchy emocionality se středně těžkým dopadem na ostatní funkce; obtíže jej znevýhodňují v některých situacích; obtíže se vyskytují často, ale ne většinou; dítě se dokáže s obtížemi vyrovnat a částečně je korigovat; stabilita emocí je mírně snižena; ve standardizovaných zkouškách výsledky odpovídají pásmu 2 až 3 standardní odchylky;
- 3 – úbytek schopnosti 75%, poruchy emocionality s těžkým dopadem na ostatní funkce; obtíže dítě značně znevýhodňují v řadě běžných situací; obtíže se vyskytují po většinu doby; dítě má závažné problémy ve všech oblastech, korekce obtíží je problematická; ve standardizovaných zkouškách výsledky odpovídají pásmu 3 až 4 standardní odchylky;
- 4 – úbytek schopnosti 100%, poruchy emocionality s komplexním dopadem na kvalitu dalších funkcí, těžce postižena je celá osobnost dítěte a jeho fungování; ve standardizovaných zkouškách výsledky odpovídají pásmu pod 4 standardní odchylky.

Literatura

- ČÁP, J., MAREŠ, J. *Psychologie pro učitele*. Praha, 2007. ISBN 978-80-7367-273-7.
- HORT, V., HRDLIČKA, M., KOCOURKOVÁ, J., MALÁ, E. *Dětská a adolescentní psychiatrie*. Praha, 2000. ISBN 80-7178-472-9.
- KOLUCHOVÁ, J., MORÁVEK, S. *Psychologická diagnostika dětí a mládeže*. Olomouc, 2001.
- KUCHARSKÁ, A., a kol. *Obligatorní diagnózy a obligatorní diagnostika ve speciálně pedagogických centrech*. Praha: IPPP ČR, 2007. ISBN 978-80-86856-42-1.
- ŘÍČAN, P., KREJČÍŘOVÁ, D., aj. *Dětská klinická psychologie*. 4., přepracované a doplněné vydání. Praha: Grada Publishing, 1997. ISBN 80-247-1049-8.
- SVOBODA, M., KREJČÍŘOVÁ, D., VÁGNEROVÁ, M. *Psychodiagnostika dětí a dospívajících*. Praha: Portál, 2001. 791 s. ISBN 80-7178-545-8.
- ŠVANCARA, J., a kol. *Diagnostika psychického vývoje*. Praha, 1974.
- VÁGNEROVÁ, M. *Vývojová psychologie I*. Praha, 1996. ISBN 80-246-0956-8.
- VÁGNEROVÁ, M., KLÉGGROVÁ, J. *Poradenská psychologická diagnostika dětí a dospívajících*. Praha, 2008. ISBN 978-80-246-1538-7.
- VÁGNEROVÁ, M. *Psychopatologie pro pomáhající profese*. Praha, 1999. ISBN 80-7178-678-0.
- Mezinárodní klasifikace nemocí, 10. revize. Duševní poruchy a poruchy chování*. Praha, Psychiatrické centrum, 1992. ISBN 80-85121-37-9.

14 Adaptabilita a sociabilita

Dana Dvořáčková

14.1 Deskripce domény

Sociabilita je schopnost navazovat a rozvíjet mezilidské vztahy, uplatňovat se v užším i širším sociálním prostředí. Sociabilita se projevuje v tom, jak se jedinec chová k ostatním lidem – v rodině, k vrstevníkům, jaké má mezilidské vztahy (koho má a koho nemá rád), ve vztahu k autoritě a jejímu respektování, v dodržování společenských a zdvořilostních pravidel. Dále se projevuje také v úrovni jeho sebereflexe a v jeho povahových rysech, jako je egoismus a egocentrismus nebo altruismus, zájem o druhé, hostilita nebo přátelskost, negativismus nebo vstřícnost.

Socializace jedince probíhá po celý jeho život. Z úplné závislosti na svém sociálním prostředí v době po narození se dítě postupně vymaňuje, osamostatňuje a navazuje další sociální kontakty, zařazuje se do skupin vrstevníků, získává přátele, navazuje intimní vztahy, v dospělosti zakládá vlastní rodinu. Základním prostředkem socializace jsou mezilidské vztahy; socializace se realizuje především sociálním učením, sociální komunikací a vzájemnými vztahy. Všechny sociální zkušenosti získává dítě během procesu sociálního učení. Jedinec se učí společné činnosti, sociální interakci, komunikaci, přejímá sociální role. Během sociální interakce působí jeden člověk na druhého, navzájem se přizpůsobují, ovlivňují, soupeří spolu nebo spolupracují. Důsledkem socializačního procesu může být jak sociální adaptace, tak sociální maladaptace. Nejvýznamnějším a prvním prostředím, které dítěti zprostředkuje socializaci, je jeho rodina. Základem vývoje sociability je přijetí dítěte rodinou. Pro starší děti je důležitá rovněž vrstevnická skupina. Dítě v ní získává zkušenost s přijetím a odmítáním, úspěchem a neúspěchem, učí se reagovat na tyto podněty a také své reakce kontrolovat. Přejímá nějakou roli ve skupině – třídního šprta, šaška, roli úspěšného nebo neprospívajícího žáka aj. Na základě pozice ve skupině vrstevníků se u dítěte vytváří sebehodnocení a sebepojetí. Období dospívání je obdobím emancipace od rodiny, počátkem hledání vlastní identity. Dospívající ztrácí status dítěte, ale ještě nemá kompetence a postavení dospělého. Je to období charakteristické opozicí k autoritám až jejich negací, rostoucím významem a vlivem vrstevnické skupiny, ale také kolísáním sebepojetí. Separační proces od rodiny by měl být ukončen během adolescence. Adolescence je obdobím dalšího rozvoje vlastní identity, přípravy na povolání, výběru partnera.

Každý jedinec je nucen se během svého života adaptovat na nové podmínky, se kterými se setkává, přizpůsobovat se nejrůznějším životním situacím, vnějšímu prostředí i svému vnitřnímu světu. Adaptabilita je schopnost osoby řešit situace, a to doma, ve škole, ve volném čase, v celém životě. Adaptační potíže se ve větší míře mohou vyskytnout zejména na počátku školní docházky a na počátku dospívání.

Každé dítě zažívá v kontaktu se svým okolím řadu konfliktů. Mnohé z nich jsou dokonce i významnými podněty pro akceleraci dalšího vývoje. Jako frustraci označujeme situace, kdy je zamezeno uspokojování důležitých potřeb. Překážky, které brání uspokojení potřeb, lze dělit na vnější (reakce lidí, neočekávané překážky) a vnitřní (vlastní zábrany, nepřiměřená očekávání, nízké sebehodnocení a sebedůvěra). Podle způsobu uplatnění se překážky dělí na pasivní (působící pouze svou přítomností) a aktivní (působící proti směru jedincovy snahy). Frustrace jsou běžnými a častými životními jevy, které nemusí vyvolávat nepřiměřené reakce. Psychologicky významné jsou zvláště masivní a trvalé frustrace. Míra frustrace, kterou jedinec snese bez porušení obvyklé povahy svého přizpůsobení, se označuje jako frustrační tolerance. Úrovní frustrační tolerance se lidé značně liší – co je pro někoho neúnosným stavem, může jiný běžně zvládat.

Stresem rozumíme stav, kdy je jedinec vystaven takovým situacím, v nichž se na něj neúměrně zvyšují požadavky, jsou ztíženy podmínky pro jeho aktivitu nebo je ohrožen. Stres může být vyvolán podnětem

krátkodobým, ale intenzivním, anebo slabou, ale dlouhodobou zátěží. Jako stresovou situaci člověk více vnímá tu, která je nepředvídatelná, kterou považuje za neovlivnitelnou (např. nemoc). Stres se projevuje napětím, které ovlivňuje emoce, myšlení, volní úsilí a fyzickou kondici i psychické procesy každého člověka.

Obrany, které člověk v zátěžové situaci používá, vycházejí ze dvou základních, fylogeneticky starých mechanismů, kterými jsou útok a únik. Útok je aktivní obranou. Jde o tendenci s ohrožující situací nějakým způsobem bojovat. Agrese může být namířena proti zdroji ohrožení, na náhradní objekt i vůči sobě samému. Agrese mívá formu verbální nebo neverbální. Jednou z forem této reakce u dítěte může být i tendence k upoutávání pozornosti za každou cenu.

Únik je obrannou reakcí, spočívající např. ve změně postoje, rezignaci, kompenzaci, vyhnutí se nepříjemnostem, popření, v úniku do světa fantazie. Únikem je také izolace, uniknutí do nemoci, regrese, substituce. Jednotlivé přizpůsobovací techniky se často překrývají.

Zvládání zátěže volbou určité strategie označujeme jako coping. Jde o cílevědomý proces, který závisí na hodnocení dané situace a posouzení vlastních možností.

Výsledkem adekvátního užití přizpůsobovacích technik je adaptovanost jako určitý stav (úroveň) vyrovnání se s vlivy, které na člověka doléhají. Výsledkem neadekvátního užití adaptačních technik jsou stavy maladaptace.

Chybné sociální učení v dětství, konfliktní interpersonální vztahy v okolí dítěte, maladaptivní způsoby chování v zátěžových situacích mohou být příčinami neurotických návyků. Může se jednat např. o cucání předmětů nebo částí těla, kousání nehtů, obličejové tiky, škrabání pokožky, dloubání v nose, poruchy řeči apod. Neurotické návyky fungují jako ventil napětí při nadměrné psychické zátěži. Vznik a průběh neurotických návyků má souvislost s úrovní rozumových schopností dítěte, jeho citovou vyspělostí, s rysy temperamentu, s vrozenými dispozicemi, s frustrační tolerancí. Dále se na jejich vzniku podílí aktuální psychický stav, zkušenosti, sociální role dítěte. Podstatný je rovněž faktor zpětné vazby – neurotické návyky mohou být nevhodnými reakcemi okolí zpětně posilovány. Aktuální somatický stav jedince zvyšuje riziko neurotických reakcí.

14.2 Specifika u tělesného postižení

Dítě přichází na svět s určitými vrozenými předpoklady pro primární sociální interakci a pro její podporu. Jedná se např. o úsměv nebo předřečovou vokalizaci, kterými dítě iniciuje zájem a aktivitu dospělého. U postižených dětí mohou být tyto projevy sociální komunikace omezeny, opožděny, případně pro rodiče nečitelné. To může u rodičů vést k menší motivaci k typickému rodičovskému chování, k omezení stimulace dítěte a možnosti sociálního učení. Handicapované dítě nemusí být svými rodiči emočně přijato, v extrémním případě je mohou zcela odmítnout. Postižené nebo závažně nemocné děti mají celkově zvýšenou potřebu jistoty a bezpečí. Emoční podpora může eliminovat jejich obavy a pocity ohrožení. Z toho vyplývá jejich intenzivnější fixace na matku nebo jiné blízké osoby. Proto se hůře adaptují na nové prostředí a obtížněji se v něm orientují. Závislost na dospělých může mít v některých případech až regresivní charakter. Na druhou stranu může k nesamostatnosti dítěte vést také nadměrně úzkostná a ochranná výchova, která brání v jeho osamostatňování a udržuje jej v závislosti na rodině. U některých dětí můžeme pozorovat i projevy tzv. naučené bezmocnosti. K psychické deprivaci může vést separace, při níž dochází k přerušení specifického vztahu mezi dítětem a jeho stabilním sociálním prostředím, zejména odloučením od matky. Dítě pak může reagovat separační úzkostí. Pokud je dítě separováno a umístěno do prostředí, které není dostatečně stimulující, může dojít nejen k narušení sociálních vazeb, ale i k zastavení vývoje, až k vývojovému regresi. Odloučením od rodiny může

dítě nejen citově strádat, ale současně se v rodině mění pozice dítěte, které se neúčastní každodenního všedního života rodiny.

Děti citově deprivované (viz kap. Emocionalita) mívají potíže v sociální interakci, plynoucí z nedostatku pozitivních emočních zkušeností. Citově deprivované děti mívají povrchní vztahy k lidem, často bez schopnosti empatie, jsou zvýšeně egocentrické. Nejčastější projevy chování a sociálních vztahů deprivovaných dětí:

- *sociální hyperaktivita* (snadno a rychle navazují kontakt, dožadují se pozornosti, jejich vztahy jsou povrchní a chybí jim sociální inhibice),
- *sociální provokace* (domáhají se pozornosti dospělých záměrnou provokací, agresivním, destruktivním chováním),
- *útlumový typ* (pasivní v sociálním kontaktu, časté bývá náhradní uspokojování).

Tělesně postižené dítě v předškolním věku mívá chudší sociální kontakty než děti zdravé, které je díky samostatnému pohybování mohou vyhledávat.

Nástup do školy je ve vývoji tělesně postiženého dítěte jedním z klíčových období. Lze hovořit o první krizi identity postiženého dítěte, protože je touto změnou zatěžováno více než děti zdravé. Pro rodiče postižených dětí je to mnohdy první významná situace srovnávání vlastního handicapovaného dítěte s jeho zdravými vrstevníky. Tělesně postižené děti snadněji vzbuzují extrémní postoje jak u dospělých, tak i u druhých dětí. Mohou být ve třídě odmítány, izolovány, stát se objektem posměchu, šikany nebo jen ignorovány, ale na druhé straně bývají také svými spolužáky častěji ochraňovány, opečovávány. Postižené dítě je ve škole vystaveno většímu nebezpečí negativního, ambivalentního či jinak stresujícího hodnocení ze strany vrstevníků, se kterým se musí nějak vyrovnat a které ovlivňuje jeho sebevědomí a sebehodnocení. Tělesně postižené dítě, integrované v běžné škole, má často menší kompetence, zejména v sociálně vysoce hodnocených aktivitách (způsobené např. pohybovým omezením, komunikační nezkušeností, přetrvávající závislostí na dospělých). Pro handicapované dítě může být obtížné přispět k sociální interakci ve vrstevnické skupině. To může vyvolat ztrátu motivace tyto vztahy udržovat anebo tendenci dítěte zviditelnit se jakýmkoli způsobem. V důsledku toho dítě ve třídě není akceptováno a nezíská přijatelnou sociální roli. Nepopularita mezi dětmi představuje sama o sobě zvýšenou psychickou zátěž, která může vést ke snižování sebehodnocení. Potíže v začlenění dítěte s postižením do skupiny mohou být také způsobeny negativní zkušeností s navazováním kontaktů z dřívějška a strachem z odmítnutí. Velký význam pro sociální akceptaci a pro rozvoj sebehodnocení má ve školním věku viditelný tělesný nebo estetický defekt. Odlišné tělesné schéma vyvolává změnu sociálních reakcí a může být i příčinou sociálního vydělení. Dítě, které navštěvuje speciální školu pro tělesně postižené, případně internátní školu, získává odlišnou sociální zkušenost. Omezená je možnost volného výběru vrstevníků. Dítě se ocitá v menší skupině dětí s obdobnými sociálními zkušenostmi, které ne vždy odpovídají normě. Sociální role se v této skupině téměř nemění, děti mají menší možnost rozvoje různých zkušeností, způsobů chování, norem a sociálních rolí. Omezená je v tomto případě i možnost začlenění dítěte do jiné vrstevnické skupiny, např. v místě bydliště. Vlivem nesprávné výchovy bývají i sociálně nezralé, protože nemají možnost naučit se vhodným způsobům sociální interakce. Sociální nezralost může vést k tomu, že handicapované dítě má lepší sociální vztahy s mladšími dětmi než s vrstevníky, nebo se naopak více váže na dospělé a starší děti, mladšími dětmi se může cítit ohorženo, nemusí jim rozumět.

Hlavními úkoly v období dospívání je emancipace od rodičů, navázání vztahů s vrstevníky, začlenění do společnosti. Je velmi důležité, jak se mladý člověk vyrovná s omezeními, která pro něj vyplývají z tělesného postižení, zdravotního znevýhodnění, jak zvládne přijetí identity člověka s postižením. V pubertě roste subjektivní význam vzhledu. Pubertální jedinci jsou přecitlivělí na chování a reakce ostatních lidí, které mohou zvyšovat jejich nejistotu a snížené sebehodnocení. Tělesný handicap i vážné

somatické onemocnění zásadním způsobem limitují možnosti profesní orientace, a tím omezují jedince v oblasti potřeby seberealizace. V případě některých rodin (zejména s hyperprotektivním přístupem) se může objevovat tendence udržet status i roli postiženého dítěte na infantilní úrovni, tendence k udržení závislosti dítěte a potvrzení role rodiče jako nepostradatelného. Výsledkem bývá sociální nezralost a adaptační potíže při přechodu dospívajícího do jiného prostředí. U tělesně postižených je častá značná fyzická závislost na rodině, potřebují velkou míru pomoci při pohybu a sebeobsluze. To je v rozporu s psychickou potřebou odpoutání, osamostatnění a může vést k ambivalentním pocitům na obou stranách.

V období adolescence nabývá na významu potřeba seberealizace a otevřené budoucnosti. V případě tělesně postižených se tato potřeba uspokojuje obtížněji. Můžeme se setkat s nerealistickými ambicemi, co se týče volby studijního oboru i výběru partnera. Výběr profese je velmi omezen. A v řadě případů i po ukončení studia nebo učebního oboru je vysoké riziko neúspěšnosti v hledání pracovního uplatnění. Nezaměstnanost vede opět k větší závislosti na rodině a k akceptaci pasivního způsobu života. Mnozí, zejména těžce tělesně postižení, poté bývají fakticky izolováni a osamoceni. Komplikací osamostatnění je také jejich případná reálná závislost na osobní asistenci. Další oblastí, ve které je tělesně postižený omezený v uspokojení, je volba partnera.

V následujícím textu zmíníme některá specifika adaptability a sociability u jednotlivých typů postižení.

Děti s DMO bývají infantilní, pasivnější, méně průbojné a uzavřenější. Mohou mít méně empatie a sociální citlivosti. V souvislosti s nereálným očekáváním se mohou chtít prosazovat za každou cenu a působí pak egocentricky.

U dětí se získanými postiženími (např. amputace, mozková obrna po operaci mozku, svalová nebo nervová progresivní onemocnění) záleží na době počátku postižení, jak je postižení závažné a jak výrazně se změnila kvalita života jedince.

Děti s chronickým somatickým onemocněním reagují na nemoc odlišným způsobem než dospělí. Ohrožení života či následky pro další život si děti uvědomují až v období dospívání. Mladší děti reagují na aktuální pocity a situace, které s sebou přináší nemoc, pobyt v nemocnici, lékařské zákroky, léčebný režim, ale také na změněné chování rodičů, kteří se o ně bojí. Velmi emocionální reakci vyvolává zejména bolest. Dítě se často musí vyrovnat s tím, že ho nemoc a její léčba bude doprovázet dlouhou dobu nebo i po celý život, že se mohou dostavit některé nepříjemné vedlejší důsledky léčby, změny vzhledu, že bude třeba dlouhodobě dodržovat režimová opatření (diety, omezení pohybu). Zvládání této situace má stejné fáze, jako u dospělých. Vlivem onemocnění a hospitalizace ztrácí dítě možnost kontaktu se zdravými vrstevníky, možnost získání běžných sociálních zkušeností. Závažná choroba mění sociální pozici dítěte. Mění se jeho role v rodině, stává se objektem péče, nemůže plnit běžné povinnosti, ale ani věnovat se svým koníčkům, dosavadním zájmům. Dlouhodobá a opakovaná hospitalizace bez doprovodu rodičů může někdy vyvolávat stav subdeprivace. Bolestivé a nepříjemné zážitky během lékařských vyšetření v batolecím období mohou vyvolávat „strach z lidí v bílém“, který může přetrvávat v dalších věkových obdobích. Chronické onemocnění může u mladších dětí vyvolávat pocity viny. I po vyléčení (např. onkologických nemocí) přetrvává např. snížená imunita, je třeba dodržovat některá opatření. Život ohrožující onemocnění dítěte může vést u jeho rodičů k nejistotě a obavám z remise nemoci. To potom vede ke změnám postojů rodičů k dítěti a stylu výchovy.

Děti s epilepsií tvoří širokou skupinu, lišící se frekvencí záchvatů, jejich typem, průběhem. Změny v jejich chování a osobnosti jsou vyvolány nejen samotnou nemocí, ale i medikací. Zejména velké záchvaty a jejich dramatický průběh mohou mít negativní vliv na začleňování dítěte do kolektivu. Nepříznivý vliv má také časté vylučování dětí s epilepsií ze společných aktivit (školy v přírodě, sportování, dětské tábory apod.).

K sociálně handicapujícím momentům patří také například nutnost cévkování nebo přebalování u inkontinentních dětí, stomie, kožní projevy nemocí. Setkáváme se s tím, že některé tělesně postižené

děti raději omezují příjem tekutin, aby nemusely žádat o pomoc při vykonávání potřeby. Handicapem pro sociální začlenění dítěte také může být přítomnost asistenta ve třídě. Spolužáci postiženého dítěte asistenta někdy považují za neoprávněnou výhodu, která u nich vyvolává závist, pocit nespravedlnosti. Někdy mohou mít naopak postiženému spolužákovi za zlé, že je „otravuje“ další dospělý (zejména pokud není asistent oblíben).

14.3 Diagnostika a diagnostické materiály

Klinické metody – pozorování a rozhovor

Vhodným východiskem diagnostiky sociability jsou interindividuální vztahy ve škole, protože školní prostředí tvoří složitá síť sociálních vztahů mezi žáky a učiteli navzájem a interakce v tomto prostředí se vytvářejí během dlouhé doby. Zaměřujeme se na spolupráci a kontakty s dospělými, s vrstevníky, vyjádření potřeb, aktivitu, schopnost snášet stres. Diagnostika zvládnutí zátěže a copingových mechanismů je propracovaná zejména pro dospělou populaci. K dispozici máme dotazníky, z nichž mnohé hodnotí více dimenzí osobnosti. Další možné zdroje informací – anamnéza, dokumentace, pozorování v různých situacích, rozhovor, informace učitelů, informace rodinných příslušníků – jsou podkladem pro kvalifikovaný odhad funkce sociability a adaptability a jejího úbytku.

Dotazníky

Dotazník sebepojetí školní úspěšnosti dětí – SPAS (Matějček, Vágnerová, Psychodiagnostika, 1976, T-216) poskytuje informace o postoji dítěte k vlastnímu výkonu ve škole. Věkové rozmezí 10–15 let.

Osobnostní dotazník pro mládež HSPQ (upr. Balcar, Psychodiagnostika, 1992, T-88) – jedná se variantu Cattellova dotazníku 16 PF pro dospělé. Je vhodný pro mládež ve věku 13–17 let. Test se snaží zachytit faktory, které určují chování jedince. Tabulky norem jsou k dispozici ve stenech a centilech. Vhodná je klinická interpretace, postavená na vyhodnocení dosažených skóre a jejich vzájemných vztahů.

Osobnostní dotazník pro děti B-JEPI (Senka, Psychodiagnostické a didaktické testy, 1988, T-21) – vychází z Eysenckových dotazníků pro dospělé. Je standardizován pro věkové rozpětí 9–14 let. Obsahuje 3 dimenze: neurotismus (labilita × stabilita), extroverzi a lži – skóre.

Bellův dotazník přizpůsobivosti (Psychodiagnostika, 1979) – je zaměřen na zkoumání životní adaptability jedince a na to, jak tuto přizpůsobivost sám prožívá. Obsahuje 6 dimenzí: oblast přizpůsobení se v rodině, zdravotní přizpůsobivost, submisivnost, emocionalitu, hostilitu, maskulinitu.

Dotazník na zjišťování způsobu výchovy v rodině (autoři Čáp, Bosček, Psychodiagnostika, 1994, T-17) – poskytuje údaje nejen o způsobu výchovy v rodině, ale i o osobnosti dítěte, jejího vývoje.

Dotazník sociální akceptace – DSA (Juhás, 1990) – metoda se zaměřuje na postavení jedince ve školní třídě – analýzu vztahu ke spolužákům, na emocionální prožívání probanda ve školní třídě i na hodnocení vztahů rodinného prostředí a školy.

ADOR (Matějček, Říčan, Psychodiagnostické a didaktické testy, 1983, T-102) – dotazník, zjišťující postoje, jednání a výchovné postupy rodičů, jak je vnímá adolescent. Je určen pro dospívající ve věku 13–18 let. Ve výsledku se mimo jiné odrážejí i vztahy k rodičům a vrstevníkům.

FIRO-B – dotazník interpersonální orientace (autor J. Kožený), slouží jako měřítko interpersonálních vztahů. Respondent posuzuje intenzitu vlastního chování a optimální intenzitu chování od ostatních k němu. Použitelný pro studenty a dospělé.

Freiburský osobnostní dotazník (příručku vydaly Psychodiagnostické a didaktické testy v roce 1984) – použitelný od 15 let, obsahuje výroky týkající se způsobu chování, stavů, zaměření, návyků a tělesných těžkostí.

Test morální zralosti dětí mladšího školního věku – diagnostikuje úroveň morálního usuzování. Postihuje čtyři druhy situací: agrese vůči osobám, vůči věcem, krádež, lež.

Dotazníky pro rodiče a vychovatele

Dotazník chování předškolních dětí – screeningová metoda, rozlišuje problémy v chování a emocionální.

Škálový dotazník školního chování žáka a Škála rizikového chování žáka jsou metody A. Mezery, určené pro administraci učitelem.

Dotazník rodinných vztahů (Rohner, upr. Matějček, Vágnerová) – soubor dotazníků, ve kterých dítě vypovídá o postojích a jednání rodičů vůči sobě, rodiče vypovídají o svém postoji a jednání k dítěti a dotazník, ve kterém rodiče vypovídají o svých rodičích.

Vinelandská škála sociální zralosti (Kožený, Psychodiagnostické a didaktické testy, 1974, T-43) – metoda vhodná pro děti od 3 do 9 let, hodnotí na základě pozorování nebo výpovědi rodičů běžné projevy chování, zvládnutí dovedností, např. úroveň obecné soběstačnosti, soběstačnosti v jídle, v oblékání, samostatnost, úroveň sociální adaptace. Škála je vhodná pro posouzení úrovně školní připravenosti, pro posouzení socializace u dětí mentálně retardovaných.

Další metody

Sociometrický ratingový dotazník SORAD (Hrabal, Psychodiagnostické a didaktické testy, 1990, T-118) – lze využít pro hodnocení jedince ve skupině. Administruje se hromadně, každý jedinec hodnotí ostatní členy skupiny podle vlivu, sympatie a náklonnosti. Je vhodný pro žáky od 11–12 let.

Rosenzweigův obrázkový frustrační test – doplňovací projektivní metoda pro děti od 7 do 14 let. Používá se při hodnocení frustrační tolerance.

Test světa, Scénotest – projektivní metody, zachycující emoční svět dětí, sociální vztahy. Dítě má z předložených figurek lidí, zvířat, budov a jiných předmětů sestavit jakoukoli scénu.

Asociační experiment – patří k nejstarším projekčním zkouškám. Jedinec má co nejrychleji reagovat na podnětové slovo prvním slovem, které jej napadne. Následuje reprodukční pokus. Interpretace se opírá o reakční čas, o zkoumání kvality asociací, kvalitu obsahu. Podnětový materiál pro děti je odlišný než pro dospělé.

CATO (Boš, Strnadová, Psychodiagnostické a didaktické testy, 1975, T-106) – apercepční test, který slouží k odkrývání kvalitativních dimenzí sociálních vztahů dítěte a umožňuje vhled do vědomého i nevědomého prožívání dítěte.

Test ruky – apercepční technika, původně užívaná k předpovědi manifestního agresivního jednání. Vyhodnocování spočívá v propočtech odpovědí a kvalitativním rozboru odpovědí.

14.4 Vyjádření míry úbytku funkce

Při definování kvantifikátorů výroků a jejich kvantifikátorů vycházíme z předpokladu, že sociabilita a adaptabilita dítěte jsou propojeny, problémy v jedné oblasti mohou znamenat i problémy v druhé. Navrhovaná škála by měla zachytit dopad sociability i adaptability na další funkce. I při použití standardizovaných metod je třeba se opírat o kvalifikovaný odhad na základě dalších informací, protože uvedené standardizované metody většinou zachycují více dimenzí osobnosti. Při hodnocení projevů dítěte vždy bereme ohled na jejich adekvátnost věku a mentální úrovni.

- 0 – úbytek schopnosti 0 %, dítě je přiměřeně věku adaptováno a socializováno ve svém sociálním prostředí; dobře se adaptuje v novém prostředí; sociální kontrola, dodržování norem a pravidel adekvátních situaci odpovídají věku a mentální úrovni dítěte; reakce na stres, konflikty jsou adekvátní situaci; dítě má reálné sebehodnocení, sebevědomí a ambice;
- 1 – úbytek schopnosti 25 %, vyskytují se nevýznamné obtíže; obtíže mají krátkodobý charakter; obtíže se vyskytují jen v dílčích oblastech; tyto obtíže mají minimální nebo žádný dopad na další funkce; je schopno využívat ve většině případů adaptivní přizpůsobovací techniky; je schopno behaviorální kontroly;
- 2 – úbytek schopnosti 50 %, obtíže mají středně závažný dopad na ostatní funkce; dítě je znevýhodněno v oblasti sociální; tyto obtíže je schopno částečně korigovat, v některých případech využívat adaptivní přizpůsobovací techniky; behaviorální kontrola je snížena;
- 3 – úbytek schopnosti 75 %, obtíže mají těžký dopad na další funkce, zejména v sociální oblasti; tyto obtíže dítě obtížně koriguje i při terapeutickém vedení;
- 4 – úbytek schopnosti 100 %, závažné narušení sociability a adaptability s komplexním dopadem na ostatní funkce.

Literatura

- ČÁP, J., MAREŠ, J. *Psychologie pro učitele*. Praha, 2007. ISBN 978-80-7367-273-7.
- KOLUCHOVÁ, J., MORÁVEK, S. *Psychologická diagnostika dětí a mládeže*. Olomouc 2001.
- KRAUS, J., a kol. *Dětská mozková obrna*. Praha: Grada, 2005. ISBN 80-247-1018-8.
- KUCHARSKÁ, A., a kol. *Obligatorní diagnózy a obligatorní diagnostika ve speciálně pedagogických centrech*. Praha: IPPP ČR, 2007. ISBN 978-80-86856-42-1.
- LANGMEIER, J. *Vývojová psychologie pro dětské lékaře*. Praha, 1991.
- ŘÍČAN, P., KREJČÍŘOVÁ, D., aj. *Dětská klinická psychologie*. 4., přepracované a doplněné vydání. Praha: Grada Publishing, 1997. ISBN 80-247-1049-8.
- SVOBODA, M., KREJČÍŘOVÁ, D., VÁGNEROVÁ, M. *Psychodiagnostika dětí a dospívajících*. Praha: Portál, 2001. 791 s. ISBN 80-7178-545-8.
- ŠVANCARA, J., a kol. *Diagnostika psychického vývoje*. Praha, 1974.
- VÁGNEROVÁ, M. *Vývojová psychologie I*. Praha, 1996. ISBN 80-246-0956-8.
- VÁGNEROVÁ, M., KLÉGROVÁ, J. *Poradenská psychologická diagnostika dětí a dospívajících*. Praha, 2008. ISBN 978-80-246-1538-7.

15 Pracovní dovednosti

Jitka Shánělová

15.1 Deskripce domény (obecný popis domény)

Práce je základní lidská činnost, kterou člověk pozměňuje své okolí, sebe sama, svou osobnost, a tím zpětně ovlivňuje průběh pracovní činnosti. Práce je uvědomělá činnost, která je prostředkem k vytváření hmotných a nehmotných hodnot.

Práce má pro člověka přínos v rovině:

- existenční a materiální (odměna, mzda, uspokojení osobních potřeb...),
- rozvojové a tvořivé (rozvoj tělesných a duševních schopností...),
- kooperační a socializační (spolupráce s druhými, komunikace...),
- estetické a kulturní (umělecká tvorba...),
- relaxační (odvedení od jednostranné zátěže a psychického napětí).

Lidé s výraznějším tělesným postižením byli tradičně považováni za práce neschopné a předpokládalo se, že ani pracovat nechtějí. Opak je ale pravdou. Ukázalo se, že i lidé s těžšími formami tělesného postižení mohou úspěšně pracovat a chtějí pracovat v běžném zaměstnání.

U malého dítěte je nejdůležitější pracovní činností hra. Nikdo nepochybuje o tom, že hra je klíčovým faktorem, který ovlivní další život dítěte. Přináší radost, základy hry jsou smysluplné a přispívají k všeobecnému rozvíjení osobnosti dítěte. Hra také vyplňuje většinu času běžného života dítěte a připravuje ho na budoucí život. Ve hře se také rozvíjejí pracovní dovednosti, které bude v budoucnu potřebovat.

15.2 Specifika domény pro TP

Rozvoj pracovních dovedností tělesně postižených patří do oblasti sociální rehabilitace.

Sociální rehabilitace je soubor specifických činností směřujících k dosažení samostatnosti, nezávislosti a soběstačnosti osob, a to rozvojem jejich specifických schopností a dovedností, posilováním návyků a nácvikem výkonů běžných, pro samostatný život nezbytných činností alternativním způsobem využívajícím zachovaných schopností, potenciálů a kompetencí.

V rozvoji pracovních dovedností je i u tělesně postižených dětí velmi důležitá hra. U dětí s různým tělesným postižením souvisí hra s mírou narušení jemné a hrubé motoriky, někdy i s mentální úrovní nebo s kvalitou smyslové percepce. Na děti musíme vždy dohlížet.

15.3 Diagnostika, specifika diagnostiky u TP a diagnostické materiály

Z praxe víme, jak je složité najít pro tělesně postiženého žáka obor, který by byl pro daného jedince perspektivní a pohybově přijatelný a zvládnutelný. Výběr je snažší pro žáky, kteří nemají sníženou

mentální úroveň. Absolventi základních škol praktických a základních škol speciálních si mohou vybírat praktické obory, ale tady je důležitá manuální schopnost a zručnost. Zaměření dalšího studia a profesní přípravy by mělo vycházet ze schopností, dovedností a motivace vykonávat příslušnou práci. Nutná je též podpora rodiny. Při diagnostice profesní orientace vycházíme z:

- lékařských zpráv,
- zpráv a doporučení třídního učitele,
- rozhovoru s klientem,
- psychologického vyšetření.

15.4 Vyjádření míry úbytku funkce (kvalitativní diagnostika)

Pracovní dovednosti vyšetřujeme od předškolního věku (6–7 let – předškolák), vzhledem k přípravě na školu, jako doplnění domény Sebeobsluha. Lze využít kvalifikovaný odhad sycený ze všech možných informačních zdrojů. Nejčastější užívané metody při posuzování pracovních dovedností u dětí:

- pozorování,
- analýza dokumentů,
- rozhovor s rodiči,
- dotazníky,
- didaktické testy,
- analýza výsledků činnosti dítěte.

Vyjádření míry úbytku funkce:

0 – žádná ztráta dovednosti (výrok sám vyjadřuje 0 % úbytku funkce, tj. normu),

1 – 25% úbytek: snaží se dovednosti zvládnout sám při 25% neúspěšnosti,

2 – 50% úbytek: částečně zvládá dovednosti samostatně za 50% úspěšnosti,

3 – 75% úbytek: spolupracuje za pomoci další osoby,

4 – 100% úbytek: je zcela závislý na dopomoci.

Samostatná práce

Činnosti a dovednosti	Zvládá samostatně	Částečně zvládá samostatně, ale jen zřídka	Spolupracuje s AP	Nezvládá ani s AP
6–7 let – předškolák				
Připraví si své pracovní místo				
Zvládá manipulaci s pomůckami				
Ovládá PC (zvládá ovládání výukového programu nebo hry)				
Používá štětec				
Přinese si vodu na malování				
Stříhá nůžkami				
Zvládá lepení				

Pracuje s modelovací hmotou				
Listuje v knize				
Přeloží list papíru				
Roztrhne papír				
Uklízí své pracovní místo				
Odnese odpadky do koše				
(6) 7 až 8 let – první ročník				
Připraví si své pracovní místo				
Zvládá manipulaci s pomůckami				
Ovládá PC				
Používá štětec				
Přinese si vodu na malování				
Stříhá nůžkami				
Zvládá lepení				
Pracuje s modelovací hmotou				
Listuje v knize				
Přeloží list papíru				
Roztrhne papír				
Uklízí své pracovní místo				
Odnese odpadky do koše				
(8) 9–12 let – druhý až pátý ročník				
Připraví si své pracovní místo				
Zvládá manipulaci s pomůckami				
Zapíše si úkoly				
Používá štětec				
Přinese si vodu na malování				
Stříhá nůžkami				
Zvládá lepení				
Pracuje s modelovací hmotou				
Listuje v knize				
Přeloží list papíru				
Roztrhne papír				
Odnese odpadky do koše				
Převleče se na TV v určeném čase				
12–15 let a víc – druhý stupeň ZŠ a střední školy				
Připraví si své pracovní místo				
Zvládá manipulaci s pomůckami				
Zapíše si úkoly				
Používá štětec				
Přinese si vodu na malování				
Stříhá nůžkami				
Zvládá lepení				
Pracuje s modelovací hmotou				
Listuje v knize				
Přeloží list papíru				
Roztrhne papír				
Odnese odpadky do koše				
Převleče se na TV v určeném čase				

Tempo

	Pracuje většinou samostatně, ale tempo třídy zvládá pouze při některých činnostech	Pracuje s dopomocí AP, tempo třídy zvládá	Pracuje s AP, nutná redukce učiva, tempo třídy zvládá	Pracuje s AP, redukce učiva, tempo třídy nezvládá
Tempo třídy zvládá bez problémů a pracuje samostatně				

Zvýšená unavitelnost

	Občas potřebuje delší čas a střídání činností jako prevenci únavy do některých předmětů	Potřebuje častěji, delší čas a střídání činností jako prevenci únavy do většiny předmětů	Potřebuje pravidelně, nutno upravit hodinu, zkrátit činnosti AP	Nedokáže pracovat celou vyučovací hodinu ani s AP
Nepotřebuje žádné zvláštní podpory, zvládá vyuč. hodinu jako ostatní děti				

Motivace potřeba struktury

	Někdy je třeba dítě více motivovat (než ostatní děti)	Často je třeba dítě více motivovat, v některých předmětech je třeba využít struktury	Zvýšenou motivaci a strukturu potřebuje do většiny předmětů	I přes zvýšenou motivaci a strukturu se nedaří práce s dítětem
Není třeba speciální motivace				
Má potřebnou sebekázeň				

Literatura

- DITTRICHOVÁ, J., PAPOUŠEK, M., PAUL, K., a kol. *Chování dítěte raného věku a rodičovská péče*. Praha: Grada, 2004, ISBN 80-247-0399.
- ČÁP, J., MAREŠ, J. *Psychologie pro učitele*. Praha: Portál, 2007, 655 s. ISBN 978-80-7367-273.
- KIRBIOVÁ, A. *Nešikovné dítě*. Praha: Portál, 2000, 206 s. ISBN80-7178-424-9.
- Kolektiv autorů. *Kapitoly z obecné psychologie pro učitele*. Plzeň: Pedagogická fakulta, 1996. ISBN 80-7043-124-5.
- MONATOVÁ, L. *Speciálně pedagogická diagnostika z hlediska vývoje dětí*. Brno: Paido, 2000. ISBN 80-85931-86-9.
- NEWMAN, S. *Hry a činnosti pro vývoj dítěte s postižením*. Praha: Portál, 2004, ISBN 80-7178-872-4.
- PŘINOSILOVÁ, D. *Vybrané okruhy speciálně pedagogické diagnostiky a využití v praxi*. Brno: MU, 1997, ISBN 80-210-1595-0.
- VÁGNEROVÁ, M. *Vývojová psychologie*. Praha: Portál, 2000. ISBN 80-7178-308-0.

16 Sebeobsluha

Olga Kelecsényiová

16.1 Deskripce domény (obecný popis domény)

Sebeobsluha je velmi široká oblast činností a dovedností vztahující se k fungování dítěte v každodenním životě. Podat úplný výčet všech činností sebeobsluhy je téměř nemožné. Podobně i pořadí důležitosti může být u každého člověka různé. Svou roli zde hraje druh a stupeň postižení, psychický a fyzický stav a motivace.

Sebeobsluha je pevnou součástí funkční gramotnosti osob s postižením, neboť samostatnost při jídle a osobní hygieně jsou pro člověka v životě velmi důležité.

16.2 Specifika domény u tělesně postižených

Při posuzování sebeobsluhy u tělesně postižených vycházíme z celkové samostatnosti ve všech sebeobslužných činnostech. Sebeobsluha úzce souvisí se soběstačností, rozvojem motoriky, sensoriky a poznávacích schopností. U dětí obecně se sledují tyto dovednosti:

- příjem potravy a stolování,
- používání toalety,
- hygienické návyky,
- oblékání.

Ke zjištění stupně vývoje žáka se zdravotním postižením lze použít diagnostických nástrojů a vyšetření těžících z poznatků vývojové psychologie, zjišťujeme, na jakém stupni vývoje se dítě nachází v porovnání s normou. Musíme mít na zřeteli, že u zdravotně postižených se jejich chronologický věk nekryje, a nemohou být v žádném případě kladeny na úroveň zdravého batolete či malého dítěte. Na druhou stranu můžeme v některých oblastech pozorovat jisté podobnosti odpovídající věku. Při hledání míry podpory se tedy jedná o důležité vodítko.

16.3 Diagnostika a diagnostické nástroje

Podstatou diagnostické činnosti je zjistit aktuální stav dítěte, porovnat s vývojovou škálou, určit mentální věk dítěte a porovnat vzhledem k fyzickému věku, stanovit možnosti rozvoje dítěte s orientací na prognózu. Při této práci je nezbytně nutné se držet metodologických pravidel, a to:

1. **Etiologické hledisko** – hledat příčiny obtíží za pomoci dostupné kazuistiky – rodičům předkládáme podrobné dotazníky, které obsahují RA, OA dítěte, dále pak analýza dokumentů lékařských, psychologických a pedagogických.
2. **Komplexní hledisko** – spolupráce více pozorovatelů, výměna informací, vzájemná konzultace, sdělování názorů či výsledků. V našem případě jde především o spolupráci s rodinou, neurologem, RH pracovníky, psychologem, třídním učitelem.

3. **Hledisko dlouhodobého sledování** – jednorázová vyšetření nemusí být vždy zcela objektivní, optimální je sezení opakovat a dítě sledovat v přirozených podmínkách.
4. **Hledisko individuálního přístupu** – respektovat věk, stupeň a rozsah zdravotního postižení.

Nejčastější užívané metody:

- rozhovor s rodiči,
- dotazníky,
- analýza dokumentů,
- pozorování,
- didaktické testy,
- analýza výsledků činnosti dítěte.

Stolování a příjem potravy

Příjem potravy může být pro tělesně postižené velmi náročnou záležitostí, proto správný postup při krmení je nutný, zvláště pak u jedinců s těžkou formou DMO, kde může být narušená funkce sání, polykání, kousání a žvýkání. Tyto zásady popisuje Castillo Morales. Při nácviku krmení a stolování je nutné vyhledat vhodnou polohu pro dítě, zachovávat postupy při krmení, jídlem podporovat funkci sání, polykání, kousání a žvýkání v závislosti na fyziologickém problému.

Test stolování (test pro hodnocení funkčního věku):

- 24 týdnů: dává si předměty do úst,
- 36 týdnů: jí samo suchary,
- 12 měsíců: jí pomocí prstů,
- 18 měsíců: bere šálek do obou rukou, při požívání polévky či kaše se znečistí,
- 30 měsíců: jí správně polévku a kaši, začíná používat vidličku,
- 3 roky: krmí se samo,
- 4 roky: dává přednost vidličce,
- 4,5 roku: dovede pít pomocí slámky,
- 5 let: uchopí pohárek jednou rukou, krájí šunku,
- 5,5 roku: nalévá z láhve o objemu asi 90 cl,
- 6 roků: krájí jakékoliv maso.

Vyjádření míry úbytku funkce:

- 0 – žádná ztráta dovednosti (výrok sám vyjadřuje 0 % úbytku funkce, tj. normu),
- 1 – 25% úbytek: snaží se dovednosti zvládnout sám při 25% neúspěšnosti,
- 2 – 50% úbytek: částečně zvládá dovednosti samostatně za 50% úspěšnosti,
- 3 – 75% úbytek: spolupracuje za dopomoci další osoby,
- 4 – 100% úbytek: je zcela závislý na dopomoci při sebeobslužných činnostech.

Stolování a příjem potravy

Dovednosti	1	2	3	4
2, 3, 4 – před nástupem do MŠ				
Sám se krmí lžící				
Polyká a kouše bez problémů				
Používá hrnek na pití				
Saje brčkem tekutiny				
Nabere jídlo vidličkou				
Žvýká a polyká jen věci, které jsou k jídlu				
Kontroluje salivaci				
Po jídle použije ubrousek po připomenutí				
Dodržuje pravidla u stolu				
Pomáhá při stolování				
Položí prostírání na stůl				
Roznáší a uklízí drobné věci – lžičky, hrnečky				
(4) 5–6 let				
Samostatně sní celé jídlo v přiměřeném čase				
Napije se sám z hrnku				
Napije se z malé pet lahve				
Samostatně si namaže pečivo (bez krájení)				
Připraví stolování a uklidí po sobě nádobí a stůl				
Používá příbor				
6–7 let – předškolák				
Nají se samostatně v přiměřeném čase				
Napije se sám z hrnku				
Připraví stolování a uklidí po sobě nádobí a stůl				
Používá příbor				
(6) 7 až 8 let – první ročník				
Nají se samostatně v přiměřeném čase				
Napije se sám z hrnku				
Přinese si táč, obslouží se u stolu, uklidí po sobě nádobí				
Používá příbor				
(8) 9–12 let – druhý až pátý ročník				
Nají se samostatně v přiměřeném čase				
Napije se sám z hrnku				
Přinese si táč, obslouží se u stolu, uklidí po sobě nádobí				
Používá příbor				
12–15 a víc – druhý stupeň ZŠ a střední školy				
Nají se samostatně v přiměřeném čase				
Napije se sám z hrnku				
Přinese si táč, obslouží se u stolu, uklidí po sobě nádobí				
Používá příbor				

Hygienické návyky a používání toalety

Při posuzování hygienických návyků sledujeme osvojené dovednosti při uspokojování individuálních potřeb s vazbou na elementární praktické životní situace.

Test hygienických návyků (test pro hodnocení funkčního věku):

- 24 měsíců: pokouší se umýt si ruce a osušit si je,
- 3 roky: umyje si a osuší si ruce,

- 4 roky: omyje a osuší si tělo a ruce, čistí si kartáčkem zuby,
- 6 let: učeše se, dovede se vysmrkat,
- 9 let: samo se vykoupe.

Test udržení osobní čistoty (test pro hodnocení funkčního věku):

- 15 měsíců: částečně ovládá močení, ovládá stolici, hlásí pomočení,
- měsíců: přes den se nepomočí,
- 21 měsíců: hlásí se, když chce vysadit na nočník,
- 24 měsíců: v noci se nepomočí, pokud je jednou vysazeno na nočník, řekne si na stolici,
- 3 roky: samo se pokouší jít na nočník nebo WC, v noci se již nepomočí,
- 4 roky: jde již samo na WC,
- 5 let: je zcela nezávislé.

Vyjádření míry úbytku funkce:

0 – žádná ztráta dovednosti (výrok sám vyjadřuje 0% úbytku funkce, tj. normu),

1 – 25% úbytek: snaží se dovednosti zvládnout sám při 25% neúspěšnosti,

2 – 50% úbytek: částečně zvládá dovednosti samostatně za 50% úspěšnosti,

3 – 75% úbytek: spolupracuje za dopomoci další osoby,

4 – 100% úbytek: je zcela závislý na dopomoci při sebeobslužných činnostech.

Dovednosti	1	2	3	4
2–3, 4 – před nástupem do MŠ				
Vezme si ručník a utírá si obličej i ruce				
Namydlí si ruce				
Opláchne si ruce pod tekoucí vodou				
Hlásí potřebu toalety				
Po vysazení na nočník potřebu vykoná				
Snaží se napodobit čištění zubů				
Pozná nutkání na stolici				
Natočí vodu z vodovodu, má-li nízko umyvadlo				
Většinou zůstává suché během noci				
Napodobuje smrkání do kapesníku				
Češe se před zrcadlem				
(4) 5–6 let				
Samostatně se vysmrká				
Oznámí potřebu jít na toaletu				
Samostatně používá toaletu				
Je zcela suché během noci				
Samostatně se češe				
Omyje a osuší si ruce a obličej				
Umí si nastavit teplou vodu				
Na veřejném WC rozezná označení ženy – muži				
Čistí si zuby				
Namaže si ruce krémem				

6–7 let – předškolák				
Samostatně se vysmrká				
Samostatně používá toaletu				
Není jištěn plenami				
Samostatně se umyje				
Na veřejném WC rozezná označení ženy – muži				
(6) 7–8 let – první ročník				
Samostatně se vysmrká				
Samostatně používá toaletu				
Není jištěn plenami				
Samostatně se umyje				
Na veřejném WC rozezná označení ženy – muži				
(8) 9–12 let – druhý až pátý ročník				
Samostatně se vysmrká				
Samostatně používá toaletu				
Není jištěn plenami				
Samostatně se umyje				
Na veřejném WC rozezná označení ženy – muži				
12–15 let a víc – druhý stupeň ZŠ a střední školy				
Samostatně se vysmrká				
Samostatně používá toaletu				
Není jištěn plenami				
Samostatně se umyje				
Na veřejném WC rozezná označení ženy – muži				

Oblékání, svlékání, obouvání

Při posuzování těchto dovedností sledujeme posloupnost oblékání jednotlivých částí oděvů, popřípadě obouvání.

Test oblékání (test pro hodnocení funkčního věku dle Gessela):

- 15 měsíců: ochotně pomáhá,
- 18 měsíců: nasadí si čepici, rozepne si zdrhovadlo a pokouší se nasadit si boty a navléknout ponožky,
- 24 měsíců: obouvá si boty, navléká paži do rukávu,
- 30 měsíců: částečně se svléká, natahuje si ponožky a obléká ponožky,
- 3 roky: při svlékání pomáhá si svléknout košili, svetr, začíná se oblékat, rozepíná si středně velké knoflíky, rozšněruje si boty, obléká panenku, obuje si obuv,
- 4 roky: obléká se téměř samo, šněruje tkanice bot neobratně,
- 4,5 roku: zašněruje si boty bez obtíží,
- 5 roků: obléká se samo, zapne si i menší knoflíčky,
- 6 roků: udělá jednoduchý uzel,
- 7 roků: svede dvojitou kličku.

Vyjádření míry úbytku funkce:

0 – žádná ztráta dovednosti (výrok sám vyjadřuje 0% úbytku funkce, tj. normu),

1 – 25% úbytek: snaží se dovednosti zvládnout sám při 25% neúspěšnosti,

2 – 50% úbytek: částečně zvládá dovednosti samostatně za 50% úspěšnosti,

3 – 75% úbytek: spolupracuje za dopomoci další osoby,

4 – 100% úbytek: je zcela závislý na dopomoci při sebeobslužných činnostech.

Dovednosti	1	2	3	4
2–3, 4 roky – před nástupem do MŠ				
Nasadí si boty				
Svlékne si jednoduché oblečení				
Pověsí si kabát na věšák				
Natahuje si ponožky				
Obléká si tričko přes hlavu				
Pozná přední část oblečení				
Čistí si boty o rohožku				
(4) 5–6 let				
Určí si oblečení přiměřené počasí, okolnostem				
Dbá na úpravu svého zevnějšku				
Samostatně se svléká				
Samostatně se obléká				
Zvládá různé druhy zapínání				
Samostatně se obouvá				
6–7 let – předškoláci				
Určí si oblečení přiměřené počasí, okolnostem				
Dbá na úpravu svého zevnějšku				
Samostatně se svléká				
Samostatně se obléká				
Zvládá různé druhy zapínání				
Samostatně se obouvá (včetně zavázání tkaniček)				
(6) 7–8 let – první ročník				
Určí si oblečení přiměřené počasí, okolnostem				
Dbá na úpravu svého zevnějšku				
Samostatně se svléká				
Samostatně se obléká				
Zvládá různé druhy zapínání				
Samostatně se obouvá (včetně zavázání tkaniček)				
(8) 9–12 let – druhý až pátý ročník				
Určí si oblečení přiměřené počasí, okolnostem				
Dbá na úpravu svého zevnějšku				
Samostatně se svléká				
Samostatně se obléká				
Zvládá různé druhy zapínání				
Samostatně se obouvá (včetně zavázání tkaniček)				
12–15 let a víc – druhý stupeň ZŠ a střední školy				
Určí si oblečení přiměřené počasí, okolnostem				
Dbá na úpravu svého zevnějšku				
Samostatně se svléká				
Samostatně se obléká				
Zvládá různé druhy zapínání				
Samostatně se obouvá (včetně zavázání tkaniček)				

Litaratura

- CASTILLO MORÁLES, R. *Die Orofaziale regulationstherapie*. München: Pflam, 1998. ISBN 80-7066-899-7.
- OPATŘILOVÁ, D. *Pedagogicko-psychologické poradenství a intervence v raném věku a předškolním věku u dětí se speciálními vzdělávacími potřebami*. Brno: MU, 2006. ISBN 80-210-3977-9.
- OPATŘILOVÁ, D. *Metody práce u jedinců s těžkým postižením a více vadami*. Brno: MU, 2005. ISBN 80-210-3819-5.
- Pisemný materiál kurzu programu Portage pro pokročilé konaného 8.–10. 2. 1995 v DC Paprsek.*
- Program výchovné práce pro jesle a mateřské školy*. Praha: SPN, 1978. 14-375-78.
- WARMER, J. *Na pomoc rodičům dětí s dětskou mozkovou obrnou*. Praha: ÚV Svaz invalidů v ČSR ve vydavatelství a nakladatelství Novinář, 1989.
- WHITE, M., CAMERON, R. J. *Portage Early Education Programme*. Nfer-Nelson 1987.

17 Sociokulturní schéma

Eva Čadová

Každý z nás je ve svém vývoji (evoluci) determinován biologicky (zejména dědičností a zráním) a sociálně (učením, výchovou a komunikací v určitém prostředí) a také sebevýchovou a autoregulací

Socializace a sociální učení je celoživotní (biodromální) proces, který probíhá především prostřednictvím imitace (nápodobou), identifikace (ztotožněním se), sociálního posilování (odměnou a sankcemi) a probíhá současně s tělesným a duševním vývojem dítěte. Sociálním začleňováním je jedinec integrován do mezilidských vztahů, přijímá za své kulturní hodnoty, bere na sebe sociální role a funkce, podrobuje se určitému zvyklostem. Výchova je cílevědomý řízený proces, socializace se obvykle chápe jako spontánní sžívání se s okolím. K tomu, aby člověk mohl adekvátně reflektovat působení sociálního prostředí, je nezbytná určitá míra adaptability a flexibility.

Vývoj sociability je ovlivněn:

- vztahem k členům vlastní rodiny (základem je míra akceptace dítěte),
- vztahem k širšímu sociálnímu prostředí (vztahy ve škole, k vrstevníkům, kamarádům),
- mírou potřeby sociálních kontaktů,
- vztahem k sobě,
- hodnotovou orientací dítěte a jeho ochotou a schopností dodržovat normy,
- vzájemným vztahem a tolerancí ze strany většinové společnosti,
- individuální mírou odolnosti k zátěži (uplatňování strategie obraných mechanismů),
- tendencí k agresivitě.

U dětí s postižením musí být proces socializace více či méně řízen. Socializační proces by tedy měl prolínat se speciální výchovou.

Za přirozené prostředí se pokládá společnost lidí nepostižených (zdravých, intaktních), tj. nejdříve rodina, pak předškolní zařízení, škola a později zaměstnání tak, aby se mohly rozvíjet normální sociální vztahy a mezilidské kontakty s blízkými lidmi.

V současné době se hodně diskutuje o tom, zda je pro děti s postižením výhodnější integrované nebo speciální vzdělávání. Záleží to na mnoha okolnostech, mezi něž patří druh a závažnost postižení dítěte, ale také osobnost dítěte a přání jeho rodičů.

Integrované vzdělávání umožní dítěti zapojení do společnosti lidí bez postižení, a pokud je dobře organizováno, naučí ho s těmito lidmi komunikovat a spolupracovat. Speciální výchova a vzdělávání naopak umožní postiženému, aby pracoval pod vedením kvalifikovaných odborníků na své dosažitelné úrovni a aby postupoval tak daleko a tak rychle, jak mu jeho schopnosti dovolí. Kdyby tyto požadavky nebyly splněny, dítě by zůstávalo na nižší úrovni, než by odpovídalo jeho možnostem. Pro život dítěte je důležitá hlavně integrace do společenského života v jeho dospělosti.

V současné době se často užívá pojem inkluze – splynutí lidí s postižením s ostatní populací, což je zejména u závažných postižení velmi těžko realizovatelné.

Hlavním předpokladem pro začlenění jedince do společnosti je jeho schopnost navazovat mezilidské vztahy. U dětí se zdravotním postižením může být rozvoj jejich sociability negativně ovlivněn v důsledku různých problémů a omezení, které jim postižení přináší.

Problémy v začlenění dítěte s postižením do sociální skupiny mohou být způsobeny jejich nápadností, nedostatkem různých schopností a dovedností, neobratností, jejich negativní zkušeností z navazování kontaktů a strachem z odmítnutí, ale také nezkušeností intaktní společnosti s kontaktem s lidmi s postižením.

Zejména integrovaní žáci se zdravotním postižením se někdy dostávají do nerovnovážného postavení, kdy je sociální skupina nepřijímá jako sobě rovné. V lepším případě je toleruje a chápe, že potřebují ochranu a pomoc, v horším případě je přehlíží, nebo dokonce šikanuje.

17.1 Rodina jako socializační a edukační prostředí

17.1.1 Deskripce domény (obecný popis)

Od narození žije dítě zpravidla v rodině, kde získává základní zkušenosti ve styku s lidmi.

Rodina je tak prvním zdrojem uspokojování jeho potřeb a také mu přináší jejich první omezování a frustraci. Vliv rodiny na dítě a jeho psychiku je tedy velmi silný a může vývoj dítěte příznivě stimulovat, ale také brzdit.

Rodina poskytuje dítěti modely k napodobování a identifikaci. Předává mu základní model: model sociální interakce a komunikace v malé sociální skupině. Začleňuje dítě do určitého způsobu života a předává mu určité hodnotové systémy, požadavky a normy, jejichž přijetí podporuje odměnami a tresty.

Funkce rodiny:

- a) biologicko-reprodukční (sexuální),
- b) ekonomicko-zabezpečovací,
- c) emocionální,
- d) socializačně-výchovná.

Jako poruchu rodiny rozumíme takovou situaci, kdy rodina v různé míře neplní svoje funkce, jednu či více. Ve vztahu k dítěti je nejvýznamnější porucha funkce socializačně-výchovné.

Podle kvality naplňování výše uváděných funkcí rozeznáváme rodiny:

- funkční – cca 85 %,
- problémové – cca 12–13 %,
- dysfunkční – cca 2 %,
- afunkční – cca 0,5 %.

Příčiny poruch rodiny mohou být:

- objektivní – na vůli rodičů nezávislé,
- subjektivní – na vůli rodičů závislé,
- smíšené.

Rodiče se nemohou – nechtějí – neumí o dítě postarat nebo se o dítě starají příliš:

1. nemohou se postarat:

Rodiče již nežijí, jsou ve výkonu trestu, dlouhodobě mimo domov ze studijních či pracovních důvodů, postižení rodiče (invalidita), nemoc rodiče, nemoc dítěte.

Překážkami při péči rodiny o dítě mohou být i přírodní katastrofy (devastace prostředí, povodně, zemětřesení, tajfuny), válečné konflikty (nasazení do války, nutnost opustit zemi z důvodů pronásledování, hladomor), epidemie, nezaměstnanost, bída, velký počet dětí.

Dalšími vážnými důvody, které brání běžnému fungování rodiny, jsou rozpad rodiny (rozvod a svěření dítěte do péče jednoho z rodičů), upřesněný styk druhého rodiče s dítětem, časté je zabraňování styku dítěte s jedním z rodičů, zbavení rodičovských práv a umístění dítěte do ústavní péče.

2. nechtějí se postarat:

Rodič je disharmonická osobnost s rysy psychopatie, maladaptace, alkoholik, drogově závislý jedinec, gambler apod., dítě je nechtěné apod. Jde de facto o sociálně osiřelé děti, ohrožené vlastním rodinným prostředím.

3. neumí se o dítě postarat:

Patří sem nezralost rodiče (adolescentní rodič) nebo naopak již rodiče staří, neschopní se vyrovnat se zvláštními situacemi, jako je např. dítě narozené mimo manželství, dítě s postižením, dítě v náhradní péči apod., neschopnost přijmout určité společenské normy, rodič s mentálním či jiným postižením.

4. rodiče, kteří se o dítě nadměrně starají:

Současná doba přináší menší počet dětí v rodině, často jedno, na které se upírají snahy rodičů, zvyšují se nároky (rodiče bývají často starší). To vše vede k rozmazlování, neresepektování druhých, nepřipravenosti na samostatný život.

17.1.2 Specifika domény u tělesného postižení (zdravotního znevýhodnění)

Reakce na informaci o postižení

Rodiny, v nichž se vyskytuje dítě s postižením, procházejí náročnějšími situacemi, než je tomu u rodin se zdravými dětmi. Následkem toho se z plně funkční rodiny (většinou pouze na přechodnou dobu) stává rodina ohroženou. Tato doba je odvislá od doby, kdy se problémy související s postižením dítěte objevily, až po čas, kdy se rodina adaptuje na nový stav. Tento proces může trvat libovolně dlouho v závislosti na odolnosti rodiny vůči zátěžovým situacím, jejich intenzitě, prognóze onemocnění a podobně.

První reakcí na informaci o tom, že je dítě vážně postiženo nebo dlouhodobě nemocné, je šok, často provázený silnou úzkostí. Následuje fáze zoufalství a beznaděje. Ta brzy přechází v některou z únikových nebo útočných reakcí – rodiče popírají, že stav je natolik vážný, jak udávají lékaři. Lékaři se zmýlili. Podobnou reakcí může být okamžité hledání řešení, které musí existovat – operace, léčba, alternativní prostředky. Vyskytuje se i hledání viníka ve formě skryté nebo zjevné agrese, ať už zaměřené ven – lékaři, nebo dovnitř – sebeobviňování.

Teprve po této fázi nastupuje poslední fáze, kterou je přijetí dítěte takového, jaké je, a přijetí sebe sama jako rodiče dítěte s postižením. Teprve pak se rodina vrací k normálnímu fungování nebo si vytváří nové zdravé vzorce chování, které poskytují dítěti prostor pro zdravý vývoj.

Přijetí dítěte s postižením je tedy pro rodiče velká zátěžová situace. Dokonce by se dalo hovořit o krizi rodičovské identity. Fáze, které jsou zde popsány, by se daly přirovnat ke sledu reakcí na závažné onemocnění, které kategorizuje E. Kübler-Rossová (více viz odborná literatura).

Výchova dítěte s tělesným postižením

Současně s postupným vyrovnáváním se a s přijímáním postižení dítěte se mohou objevovat tendence k nevhodným výchovným postojům. Ty se samozřejmě vyskytují i u rodičů dětí zcela zdravých, ale ve vztahu k dítěti s postižením jsou častějšími a i výchovně nebezpečnějšími.

Jedná se o:

- výchovu příliš úzkostnou – rodiče na dítěti nezdravě lpí ze strachu, aby si neublížilo; příliš je ochraňují, brání mu v jeho iniciativě i v sociálním vyspívání, izolují dítě od jeho vrstevníků i od reálného světa kolem,
- výchovu rozmazlující – rodiče na dítěti nezdravě lpí, podřizují se jeho přáním, náladám ze strachu, aby si neublížilo; snaží si ho udržet pro sebe, malým a citově na nich závislým; brání mu ve společenském osamostatnění,
- výchovu s přepjatou snahou po dokonalosti (perfekcionistickou) – rodiče se snaží, aby dítě bylo ve všem první, aby mělo úspěch bez ohledu na jeho reálné možnosti; v případě postiženého dítěte neúměrně přepínají své nároky a ženou ho tím do nepřiměřených výkonů; soustavným přetěžováním je potom dítě neerotizováno a doháněno k různým obranným postojům,
- výchovu protekční – rodiče se snaží, aby dítě dosáhlo těch hodnot, které jsou pokládány za žádoucí, bez ohledu na způsoby jejich dosažení; dítěti ve všem pomáhají, vyžadují pro ně přepjaté ohledy, odvolávají se na postižení, dovolávají se soucitu; nedovolují dítěti povahově vyspět, osamostatnit se,
- výchovu zavrhuje – setkáváme se s ní spíše v různých skrytých než zjevných formách; dochází k ní tam, kde dítě neustále vzbuzuje ve svých rodičích představu neštěstí a rodiče se snaží dítěti vyhýbat, často jej umísťují do nemocnic nebo ústavů.

Při optimálním (adekvátním) výchovném stylu by neměly chybět znaky obdobné funkční rodině: akceptace dítěte jako osobnosti, respektování dítěte, příjemné emoční klima, vzájemná podpora a pomoc, dostatečně podnětné výchovné prostředí, akcent na přiměřenou samostatnost a iniciativu dítěte, jeho motivy a potřeby, taktéž na dodržování stanovených pravidel dětmi i rodiči, soulad rozsahu svobod a povinností.

17.1.3 Diagnostika rodinného zázemí (diagnostické materiály)

Posouzení rodinného zázemí a kvality rodinných vztahů dítěte by mělo být nedílnou součástí jakékoli psychologické, ale i pedagogické práce s dítětem. Údaje o rodinných vztazích a o dalších charakteristikách rodinného systému mohou být získávány jen od jednoho nebo několika členů rodiny, pokud však skutečně chceme brát rodinu jako systém, je žádoucí, aby do testování byli zapojeni všichni členové rodiny, buď jednotlivě, nebo současně.

Metody rodinné diagnostiky dle Krejčířové je možné rozdělit stejně jako metody individuální diagnostiky na:

- klinické (pozorování, rozhovor),
- testové (dotazníky, projektivní metody).

Klinické metody lze doplnit o návštěvu v rodině, která je v rámci klinických metod rodinné diagnostiky stěžejní a nenahraditelná. Proces hodnocení rodiny je kvalitativně i kvantitativně odlišný a složitější než individuální diagnostika a rovněž získaná data mají odlišnou povahu.

S rozvojem oboru rodinné terapie došlo k vybudování celé řady teoretických koncepcí. Získaná data můžeme rozdělit do následujících skupin:

- údaje o rodinné struktuře a organizaci rodiny (složení rodiny, subsystémy, hranice, koalice),
- údaje o kvalitě rodinné komunikace či interakce (jasnost, zřetelnost, otevřenost, rodinná tabu, způsoby vyjadřování emocí aj.),
- hodnocení rodinného klimatu (rodinná koheze, emocionalita),
- údaje o kvalitě a intenzitě jednotlivých dyadických vztahů,
- vývojové aspekty (aktuální vývojová etapa rodiny a schopnost rodiny k přechodu do další vývojové etapy) a údaje o flexibilitě rodinného systému,
- orientace rodiny, rodinné hodnoty a cíle, rodinné tradice a mýty,
- funkčnost rodiny ve složkách: reprodukční, socializační, seberealizační, emočně stabilizační.

Klinické metody

Pozorování rodiny a rodinný rozhovor nabízejí možnost získání základní orientace ve všech uvedených oblastech.

Dotazníkové metody

Dotazník ADOR (tj. „adolescent o rodičích“) zjišťuje postoje, jednání a výchovné postupy rodičů očima pubescenta či adolescenta. Českou verzi uvedli v roce 1983 Matějček s Říčanem, dotazník zkrátili na padesát položek týkajících se matky a padesát položek týkajících se otce. Korelační analýzou vysledovali následující faktory, zjištěné ve výchovných postupech:

1. Pozitivní zájem versus hostilita. Příkladem položky může být: „Velmi často se na mne usmívá“.
2. Direktivnost versus autonomie. Zde jsou obsaženy položky zjišťující prosazování rodičovských pokynů.
3. Nedůslednost – zjišťuje se položkami jako například „Mění své rozhodnutí podle toho, jak ji napadne, jak se jí to zdá výhodnější“.

Dotazník je určen pro mládež ve věku 13–18 let, eventuálně pro mladší nadprůměrně intelektově vyspělé děti. Test je vhodný v poradenské praxi, kde poskytuje cenné informace v situacích rodinných konfliktů, napětí, rozvratu, při rozvodové situaci. Výsledky mohou být vodítkem při hledání větší afinity dítěte k otci či matce, rovněž jsou cenné při diagnostice poruch chování, neurotických obtíží, výchovných problémů a školních obtíží. Ve výsledcích testu se promítají také vztahy k vrstevníkům. Zajímavé je doporučení autorů ohledně vhodné kombinace metod: „Matějček doporučuje ADOR používat standardně jako součást testové baterie, kam řadí ještě PDW nebo Amthauerův IST, Cattellův HSPQ. Říčan spíše doporučuje kombinovat ADOR s projektivními technikami“ (Svoboda, 2001).

Vyhodnocení se provádí převodem hrubých skóreů na standardní a následnou konstrukcí grafického profilu. České normy v příručce jsou uvedeny zvlášť pro chlapce a dívky ve věku 13–18 let. Výsledky ADOR souvisejí i s tím, zda dítě žije v úplné či neúplné rodině, zda dítě bylo či nebylo chtěné. Dotazník

je validní, reliabilní nástroj pro diagnostiku rodinných vztahů, má české normy a jsou s ním značné zkušenosti.

Abychom dostali informace také z druhé strany, je možné například ADOR doplnit dotazníkem PARI (Diagnostický inventář rodičovských postojů). Ten posuzuje výchovné praktiky rodičů z jejich vlastního pohledu. Do 23 skupin výchovných postojů řadí výpovědi matek a do 20 skupin výchovných postojů řadí výpovědi otců. Příklady skupin výchovných postojů jsou: vedoucí role matky, snaha urychlit vývoj dítěte, lámání vůle dítěte, potlačování sexuality dítěte, zbožnění rodičů, manželský konflikt (Koluchová, 1990).

Dotazník pro zjišťování způsobu výchovy v rodině autorů Čápa a Boschka je původní českou metodou. Subjektivní výpovědi dítěte ve 40 položkách zjišťuje čtyři komponenty výchovy, kterými jsou: komponent kladný, záporný, komponent požadavků a komponent volnosti. To odpovídá rodičovským postojům, podobně jako v dotazníku ADOR: postoj pozitivní, hostilní, direktivní a autonomní. U tohoto dotazníku, který lze snímat individuálně i skupinově, je žádoucí, aby jej kromě dítěte vyplnili také rodiče, a to tak, jak si myslí, že odpoví dítě. Pro vyhodnocení jsou k dispozici normy odděleně pro chlapce a pro děvčata ve věku 11–17 let. Kromě údajů o způsobu výchovy v rodině dotazník poskytuje informace o osobnosti dítěte, která je interakcí rodičů s dítětem a rodinnou výchovou výrazně ovlivňována. Příručka pochází z roku 1994 (Svoboda, 2009).

Škála rodinného prostředí

Je to specifická sebesposuzovací metoda rodinné diagnostiky, vycházející z Moosovy koncepce rodinného systému. Pro použití v Československu ji zpracovali Marta Hargašová s Teodorem Kollárikem. Manuál k testu vydala Psychodiagnostika Bratislava roku 1986. Škálu rodinného prostředí (ŠRP) může vyplňovat jak pouze jeden člen rodiny, tak i celá rodina, případně jen někteří její členové. Pokud ŠRP vyplní více členů jedné rodiny, získáme informace o jejich subjektivním pohledu na rodinu jako celek a je možné následně vyhodnotit rodinnou inkongruenci mezi jednotlivými členy rodiny. Metoda je zaměřená na hodnocení rodinného systému, nikoli na kvalitu jednotlivých dyadických vztahů.

Projektivní techniky

Výhodami projektivních technik je, že jsou pružné a univerzálně využitelné, bez větších nároků na intelekt vyšetřované osoby, některé časově a technicky nenáročné. Projektivní metody nevyvolávají výraznou atmosféru zkouškové situace. Naopak pomáhají navodit atmosféru důvěry, redukovat úzkost z testování. K navázání dobrého kontaktu s dětmi jsou zvláště vhodné expresivní techniky. Dítě větší vnímá projektivní zkoušku jako hru, neuvědomuje si, že je vyšetřováno, snáze tak může projevit i své méně příznivé rysy nebo takové psychické aspekty či obsahy, které není schopno vyjádřit přímo. Možnost záměrného zkreslení je minimální nebo zcela žádná.

Nevýhodami projektivních metod jsou značná míra subjektivity ve vyhodnocování a interpretaci dat, nízký stupeň validity, reliability, objektivity a časté chybné norem.

Projektivní metody využívané při práci s rodinou lze orientačně dělit na:

- **metody verbální** – testy nedokončených vět, CATO, Test rodinných vztahů (Antony–Bene),
- **metody grafické** – kam lze zařadit Kresbu rodiny a Kresbu začarované rodiny,
- **manipulační (metody volby)** – např. Sceno-Test a Test rodinného systému (Family System Test – FAST).

Česká verbální projektivní technika **CATO** je testem mezilidských vztahů v rodině a v širším sociálním prostředí dítěte. Je standardizovanou metodou určenou pro děti ve věku 6–12 let, autoři Boš a Strnadová ji uveřejnili v roce 1975. Test je tvořen celkem patnácti obrázky, prvním je iniciační – prázdná silueta dítěte, další obrázky jsou tematické. Administrace testu je individuální. Výpovědi k jednotlivým obrázkům jsou zaznamenávány a tříděny na standardní nebo originální reakce, které se dále kvantitativně vyhodnotí. Interpersonální reakce je možné roztrždit do pěti skupin; kladné, záporné, trestající, žádající a neutrální, a přiřadit je k jednotlivým osobám. S výpověďmi k obrázkům se pracuje i kvalitativně ve snaze pochopit individualitu dítěte, jeho jedinečné vidění prezentované interpersonální situace. Test obsahuje manuál i české normy stejné pro chlapce i pro děvčata.

Test rodinných vztahů (Mádrová, 1987) dle **Antony–Bene** z roku 1957 je označován jako semiprojektivní test. Uplatní se při něm současně verbální projekce a technika volby. Svoboda (2009) uvádí, že projektibilita metody je relativně nízká. Děti s testem pracují rády, považují ho za hru a zejména v mladším věku se vědomá kontrola neuplatní. Dítě si z dvaceti dvourozměrných figurek představujících rodinné příslušníky různého věku i pohlaví vybere své relevantní postavy. Přidá se pan Nikdo. Všechny figurky jsou přilepeny na krabičkách, do kterých dítě vkládá lístečky s textem jako psaníčka. Textové výroky vyjadřují citové vazby (polaritu, intenzitu, směr), preferenci určité osoby, otázky dělby práce. Na prázdné karty lze případně napsat individuální sdělení. Pan Nikdo dostane ty výroky, které se nehodí k žádné z vybraných figurek. Na kartičkách jsou zaneseny dvě sady položek pro různé věkové kategorie (5–7 let, 7–14 let). Vyhodnocení je možné provést kvantitativním i kvalitativním způsobem.

Kresba rodiny

Kresba rodiny patří k nejoblíbenějším technikám dětských klinických i poradenských psychologů a získáme z ní subjektivní informace dítěte o percepci příslušníků jeho rodiny. Ve způsobu zobrazení se projeví jak minulé zkušenosti, tak i anticipovaná budoucnost, přání, jak by mohla vypadat. Dítě vyjádří své názory, postoje a pocity týkající se jednotlivých členů jeho rodiny. Při hodnocení a interpretacích je třeba mít na paměti jak subjektivitu percepce, tak i fakt, že kresba může zobrazovat spíše přání a idealizace autora nežli skutečnou realitu. Je proto nezbytné kresbu porovnat s informacemi, které o rodině dítěte máme z jiných zdrojů. Metoda je vhodná k diagnostice dětí ve věku, kdy už umí udělat tematickou kresbu a současně to ještě dělají rády a bez zábran. Doporučuje se tedy věk od šesti až sedmi do dvanácti let. Vágnerová (2001) upozorňuje na měnící se způsob zpracování kresby rodiny v průběhu dětství. Je potřeba tuto skutečnost zohlednit při hodnocení. Vývoj kresby rodiny je možné rozdělit do tří fází:

- Statické, nediferencované ztvárnění rodiny, které pro interpretaci ještě není příliš vhodné. Typicky se objevuje u předškolních dětí.
- Statické, diferencované ztvárnění rodiny, kde se již objevují odlišnosti ve zpracování jednotlivých postav. Tyto kresby jsou interpretovatelné, je ale možné, že z nich nezískáme potřebné množství informací. Zobrazení tohoto typu je charakteristické pro děti mladšího školního věku.
- Dynamické a diferencované ztvárnění rodiny je pro kvalitativní interpretaci nejvhodnější. Figury jsou odlišeny nejen provedením, ale mají v sobě i nějakou dynamiku, akci.

Administrace metody není materiálně ani časově nenáročná. Proband obdrží bílý list papíru formátu A4 naležato, středně tvrdou tužku a gumu. Instrukcí existuje několik variant, např.: „Namaluj vaši rodinu, jak chceš“, nebo jak uvádí Matějček, Strohbachová (1981), „Nakresli obrázek, který by vyjadřoval život celé vaší rodiny“. Je užitečné dítě při kresbě pozorovat, všimnout si, jakým způsobem zadané téma zpracovává, které postavy kreslí jako první, jak pokračuje dál, kterým figurám věnuje největší pozornost, kde je nejistě, s čím má potíže a podobně. Po dokončení obrázku je vhodné zeptat se, koho z rodiny postava zobrazuje, co dělají, jaká je atmosféra, a třeba přejít ve volný rozhovor inspirovaný pozorováním dítěte při kresbě. Vždy je ale nutné vyvarovat se sugestivních, navádějících otázek.

Kresba začarované rodiny

Kresba začarované rodiny stimuluje ve větší míře symbolické zpracování prožitků a postojů k vlastní rodině. Způsob proměny lze chápat jako určitou symboliku, jejíž význam je zašifrovaný a dítě si jej nemusí uvědomovat. Tímto způsobem je schopné sdělit informaci, kterou by jinak vyjádřit nedovedlo, popřípadě ani nechtělo. Např. pro dítě může být obtížné sdělit, že má k matce ambivalentní vztah a že mu na ní něco vadí. Na vědomé úrovni obvykle převáží pozitivní složka postoje a negativní emoce jsou potlačeny.

Administrace testu je opět nenáročná, pomůckami jsou tužka a bílý papír formátu A4. Instrukce v tomto případě zní: „Nakresli začarovanou rodinu tak, jako kdyby přišel kouzelník a každého z rodiny začaroval do nějakého zvířete, které by mu nejlépe odpovídalo, nejlépe vystihovalo jeho povahu“. Velmi dobré je využívat tuto techniku v kombinaci s klasickou kresbou rodiny. Můžeme také dát dítěti na vybranou, zda chce rodinu začarovat či ne. Po dokončení kresby by měl opět následovat rozhovor na téma, jaké důvody dítě vedly k právě takovému zobrazení. Stává se, že dítě chtělo nakreslit jiné zvířátko, ale to neumí, a proto nakreslilo jiné. Verbalizované vysvětlení je nutné také proto, abychom zjistili subjektivně chápaný význam zvoleného zvířecího symbolu. Při interpretaci je potřeba respektovat vývojové hledisko. „Děti své preference mění v závislosti na rozvoji svých kognitivních schopností i úrovni emoční zralosti. Např. chlapci mladšího školního věku zobrazují otce obvykle jako koně, lva, ptáka a psa, zatímco starší chlapci jej nejčastěji prezentují jako lva nebo slona. U dívek dochází k obdobnému posunu, v mladším školním věku je otec nejčastěji zobrazen jako pes, zatímco u starších dívek je častěji nakreslen jako slon nebo medvěd“ (Vágnerová, 2001).

Kresba začarované rodiny je informačně přínosná projektivní metoda. Je pro děti přitažlivá, má snadné a rychlé provedení, doporučuje se užít od 6 let výše v kombinaci s dalšími metodami rodinné diagnostiky.

Scénotest nabízí bohaté interpretační možnosti a rodinami je velmi dobře přijímán. Rodina je požádána, aby z předloženého materiálu (standardní soubor von Staabové, ev. jeho varianty, např. Borecký, 1977) sestavila libovolnou scénku ze života jejich celé rodiny. Hodnocen je průběh konstrukce a komunikace mezi členy rodiny v době stavby i výsledná sestava. Ta je interpretována jak po stránce formální, tak i po stránce obsahové. Významná je především volba figur pro jednotlivé členy rodiny: zajímá nás, jaké figury jsou voleny (odpovídá jejich věk skutečnému věku dětí i dospělých, jsou oblečeny v pracovních nebo naopak svátečních oděvech), kdo o volbě figur rozhoduje (např. rodiče společně vyberou dětskou figurku pro jedno z přítomných dětí, ono samo pro sebe však volí a do sestavy přidává figuru dítěte mladšího nebo naopak staršího, či dokonce figurku symbolickou – šaška, anděla apod.). Dále je možné posuzovat prostorovou vzdálenost mezi jednotlivými figurkami, to, zda jsou od sebe odděleny překážkami, nebo zda jsou v přímé interakci a jakou má znázorněná interakce povahu (kooperace, soutěžení, agrese – pro niž mohou ovšem svědčit různé symbolické figury nebo zvířata). Neméně významné jsou však i další použité prvky – ať již další lidé mimo okruh nukleární rodiny (babičky a dědečkové, další příbuzní), domácí i divoká zvířata, předměty (někdy i předměty, které nejsou součástí testového materiálu, ale rodina je jako významné přidá) či symbolické figury. Interpretace obsahu tak může být zdrojem nových hypotéz o povaze rodinného fungování a o aktuálních problémech rodiny, které pak mohou být spolu s rodinou zpracovávány. Po stránce formální lze výslednou sestavu hodnotit obdobně jako konstrukce individuálně zadávaného testu světa: posuzována je bohatost scény (od sestav „prázdných“ s minimálním množstvím použitých prvků po sestavy přetížené), uspořádanost (od sestav rigidních s prvky uspořádanými v řadách či kruzích po sestavy chaotické s nedostatečnou souvislostí dílčích prvků), význam ovšem hraje i ojedinělý inkongruentní prvek v jinak dobře uspořádané sestavě, využití plochy (s analogickými interpretačními principy, jaké má umístění projektivní kresby na ploše papíru), ohrazování (např. více či méně nepropustné oddělení rodiny od okolního světa nebo oddělení jednotlivých členů rodiny od sebe navzájem, disociace v okolním světě – se specifickými obsahy), ale na rozdíl od testu světa i trojdimenzionální charakteristiky (rozměr do výšky, jeho stabilita, vratkost).

Nejčerstvější metodou diagnostiky rodinného systému je Gehringův FAST (Family System Test) z roku 1998. Jeho hlavním cílem je analýza rodinných procesů a vztahů, pro kterou využívá figurální

techniku – zkoumané osoby rozmístí ují po šachovnici velikosti 45 × 45 cm dřevěné figurky představující členy rodiny. Zadávací instrukce zní: „Figurkami na šachovnici znázorníte typickou situaci v rodině“. Dalšími variantami mohou být znázornění ideální nebo konfliktní situace. Základem pro posuzování rodinné koheze je vzdálenost mezi figurkami, rodinná hierarchie se odvozuje od použitých podstavců pod figurkami. Z dimenzí koheze a hierarchie vychází klasifikace typu rodinné struktury; vyvážený, labilně vyvážený, nevyvážený. Práce s testem je variabilní a podle toho nabízí hodnocení i v dalších oblastech, jako je například flexibilita, rozdíly v percepce a další. Mnoho důležitých informací pochází ze sledování interakcí. Nezbytnou podmínkou správného vyhodnocení testu FAST je znalost rodinné anamnézy. Test je současně také terapeutickým nástrojem.

V české verzi Test rodinného systému vyšel v nakladatelství Testcentrum Praha roku 2005. Test je rychlý, administrace individuální nebo skupinová, použitelný od 6 let pro různé typy rodin, nezávisle na jazyce.

17.1.4 Vyjádření míry úbytku funkce (kvalitativní diagnostika)

Kvalifikovaný odhad sycený ze všech možných informačních zdrojů – anamnéza, dokumentace, pozorování, rozhovor, informace učitelů, informace rodinných příslušníků, informace orgánu péče o dítě, sociálního pracovníka, analýza produktů (deníky, kresby, reflektivní materiál...).

Odborně může být velmi diskutabilní, zda je v našich kompetencích diagnostikovat rodinu jen z toho důvodu, že se do ní narodí dítě s postižením. Rodinu nediodagnostikujeme jako takovou, ale zjišťujeme pouze „úbytky funkce“ – což v tomto případě znamená, že zjišťujeme, ve kterých oblastech bychom měli nabídnout ve škole tzv. náhradní podporu. Právě proto zde nejde o to, abychom pozitivně hodnotili kvalitu rodiny jako takové (což ovšem neznamená, že bychom pozitivní aspekty jakkoliv popírali).

Jsme si vědomi vlivu bezmoci a závislosti dítěte na rodině, potřeby častého cvičení (což bývá velká tělesná nepříjemnost pro matku i dítě) a traumatu, které působí progresivní, popř. letální onemocnění:

0 = normální stav: rodina je úplná, zcela funkční, ekonomicky stabilní, rodiče se starají se zájmem o všestranný rozvoj dítěte, zajistí dítěti potřebné kompenzační pomůcky, pracují na rozvoji kompenzačních mechanismů dítěte, využívají veškeré jeho možnosti k rozvoji intelektu, osobnosti, sociálního začlenění atd., rodiče obvykle nepotřebují vedení – sami vyhledávají potřebné odborníky, dítě ve škole otevřeně sděluje zážitky z rodiny a rodina se školou spolupracuje;

1 = lehký problém (úbytek funkce 25 %): v rodinném prostředí je zřetelný problém, rodina je ale ochotná ke spolupráci na řešení; může jít o nedostatečné vyrovnání se s postižením dítěte, momentální neshodu mezi rodiči, výraznější konflikt se sourozencem apod.; může se objevit přetěžování dítěte, přílišné zaměření na školní výkony a současné zanedbávání potřeby interpersonálních kontaktů dítěte s tělesným handicapem s vrstevníky a jeho volnočasové aktivity;

2 = středně těžký problém (úbytek funkce 50 %): dítě si stěžuje na rodinnou situaci otevřeně nebo se naopak zdráhá o rodině vůbec mluvit; rodina se obtížně vyrovnává s tělesným postižením (nebo nemocí) dítěte, na dítě jsou přenášeny pocity viny za postižení, což vede k přehnané péči o dítě, a to následně získává nepřímo v rodině velkou moc, poroučí ostatním, toto chování přenáší i do ostatních vztahů; jde o dlouhodobější obtíže s potřebou terapeutické práce při zapojení celé rodiny;

3 = těžký problém (úbytek funkce 75 %): rodinné prostředí je pro dítě často nedostatečné ve více oblastech celkového rozvoje, projevují se nedostatky podnětů, sociálního či materiálního zajištění, rodiče s dítětem doma nepracují, neprojevují zájem o školní vývoj; rodina může být neúplná vlivem nepřijetí handicapu dítěte – rozpadá se, často otec odchází z rodiny a matka pak tvoří s dítětem pevný svazek, dítě se pro ni stává partnerem, je na ní závislé, nesamostatné, úzkostné, což se negativně promítá do všech dalších interpersonálních vztahů;

4 = komplexní problém s nutností podpory osobní asistence nebo dohledu sociálního pracovníka: rodinné prostředí je patologické, v domácím prostředí je zaznamenáno zanedbávání péče, psychické či fyzické týrání, zvýšená agresivita, alkoholismus apod., rodiče přímo či nepřímo ohrožují život nebo zdravý rozvoj dítěte a nesnaží se o změnu situace, je potřeba vnějších zásahů do rodiny skrze instituce pomoci či uplatněním zákona.

17.2 Třída jako vrstevnická skupina, socializační a edukační prostředí

17.2.1 Deskripce domény

Vrstevnická skupina zahrnuje děti a mládež přibližně stejného věku, je malá, zpravidla neformální, často referenční. Některé děti (zvláště pokud se jedná o děti postižené) před vstupem do školy nejsou ve styku s vrstevnickou skupinou. Skupina vrstevníků je považována za důležitý a nezbytný činitel ve výchově. V průběhu 20. století stoupá vliv vrstevníků a jejich skupin a má příznivé i nepříznivé formativní účinky. Během dětství a dospívání se setkává jedinec s vrstevníky a učí se život v těchto skupinách.

Dítě se učí se ve skupině přihlížet k potřebám druhých, jednat s lidmi různých povah, řešit konflikty atd., jedná se o důležité momenty v socializaci, v přípravě pro život a ve formování osobnosti. V raném věku jde spíše o příležitostné interakce. V předškolním se již vytvářejí herní skupiny (zatím proměnlivé a nestálé).

Zařazení do školy znamená příchod do skupiny, větší a na počátku neformální, uvnitř které se tvoří menší skupinky. Mezi 11. až 14. rokem tvoří vrstevnické skupiny velmi důležité místo v životě jedince (skupiny kamarádů, sport. kroužek, ...). V období mládí kolísá vztah jedince a skupiny a působením různých okolností dochází např. k vyčleňování ze skupiny a hledání nové skupiny.

Určitou dobu jsou děti a mladiství velmi závislí na vrstevnické skupině, neboť jim poskytuje více porozumění a je pro ně referenční skupinou. Pro dítě nebo mladistvého je nepřijetí nebo vyloučení z vrstevnické skupiny frustrací. Vrstevnická skupina, i přes možnost konfliktů a nepříznivého vývoje, má podstatný vliv na vývoj zralé osobnosti.

Školní třída jako socializační a edukační prostředí

Školní třída je také vrstevnická skupina. Ve třídě jsou podskupiny, které vytvářejí intimní vztahy. Školní třída má dvě tváře, a to tu, kterou zná učitel, a tu, která obsahuje intimní život dětí. Žáci, kteří nejsou akceptováni svou třídou, se v mnoha případech snaží získat kamarády v jiné skupině vrstevníků. Chladný, nepřátelský postoj skupiny působí rušivě na psychický stav a výkony jedince. Žáci z jakéhokoliv důvodu izolovaní ve třídě potřebují od učitele porozumění, povzbuzení a pomoc. Ideální třída je kolektiv směřující ke stejným cílům jako učitel a škola. Komunikace uvnitř rozmnožuje poznatky, které žák získává ve škole, a navíc přináší další.

Činitelé ovlivňující stav třídy jako skupiny od vzniku

- Věk žáků – vývojové hledisko – pokles závislosti třídy na učiteli, růst autonomie s věkem (největší závislost na učiteli do 7–8 let, do 12 let struktura centralizovaná). Postpubertální období – vrcholí proces růstu nezávislosti skupiny, prohlubují se interindividuální vztahy, oslabuje se vliv na vývoj jedince.
- Třídy s více postupnými ročníky věkově heterogenní, podobají se více primární skupině – rodině, umožňují vzájemné ovlivňování a učení, značné organizační problémy vlivem věkové heterogenity.

- Pohlavní rozdíly – chlapecké skupiny výrazně integrovanější, na vlivu jedince má větší podíl síla, zdatnost fyzická i psychická, dívčí skupiny jsou méně integrované, mají tendenci se rozpadat do přátelských triád a dyád, které mají nepřátelské a konkurenční vzájemné vztahy, vazba na učitele je silnější.
- Velikost třídy – výhody malých tříd, velikost rozhoduje tam, kde je nutný bezprostřední kontakt učitele se žáky, viz cizí jazyky, u formativního působení není vhodnost malých tříd prokázána. S velikostí skupiny roste počet nepřátel. Zvyšuje možnost výběru partnerů.
- Složené třídy – pro vývoj třídy jako skupiny jsou významné jak výkonové a motivační, tak sociální a morální dispozice žáka. Např. třídy s vyšší úrovní rozumových schopností vytvářejí integrovanější a kohezivnější skupiny, někdy u vybraných tříd vzniká nadměrná soupeřivost.
- Důležité je i rodinné prostředí jednotlivých žáků.
- Vzdělání jejich rodičů.

Činitelé ovlivňující stav třídy po jejím vzniku

- Organizace pedagogického procesu – zasedací pořádek, ovlivňuje frekvenci vzájemného kontaktu jednotlivců, vytváří předpoklad pro kooperaci.
- Činnost třídy mimo vyučování.
- Vývoj třídy pod vlivem průběhu školní docházky – první půlrok až rok: vztah třídy ke školním normám kladný, projevuje se v učebním usilí; prostřední období: u žáků pokles napětí, období možných konfliktů skupinových hodnot a norem s cílovými výchovnými požadavky, pokles studijního úsilí a mírné zhoršení klasifikace; poslední fáze: zvyšuje se učební intenzita a respektování školních norem.
- Průběh školního roku – intenzita učební motivace kolísá.
- Ustálená skupinová struktura – strukturální charakteristiky třídy jsou dvě, profil vůdce a vedoucích členů a charakter podskupin. O neformálních normách třídy rozhodují totiž především nejvlivnější a nejoblíbenější členové skupiny.
- Třídní učitel a ostatní vyučující.

Třídní učitel vede třídu jako formální, shora vytvořenou skupinu za účelem výchovy a vzdělávání. Ovlivňuje neformální strukturu třídy. Převážně se vyskytuje nepřímé ovlivňování, přímé řízení se projevuje kladením požadavků a bezprostřední kontrolou.

Na vytváření podmínek pro zdravý rozvoj třídy by se mělo myslet již při jejím konstituování (složení by mělo být vyrovnané, podle pohlaví atd.). Důležitá je aktivizace třídy jako celku, aby byla schopna systematické kooperace a činnosti. Význam mohou mít skupinové diskuze, přesné rozdělení úkolů atd.

17.2.2 Specifika domény pro děti, žáky a studenty s tělesným postižením (zdravotním znevýhodněním)

V období předškolního věku dítěte bývá tělesné postižení nebo chronické onemocnění lépe akceptováno, je-li dostupná odborná pedagogická péče. Všechna fakta tohoto materiálu se dají samozřejmě aplikovat v přiměřené míře i na podmínky předškolního vzdělávání.

Období školního věku dítěte je charakterizováno vystupňováním nároků na školní práci.

Včasně řešení podmínek vzdělávání a výchovy žáka v souvislosti s jeho potřebami podpory významně ovlivní úspěšnost tělesně postiženého nebo zdravotně znevýhodněného dítěte v procesu učení a zároveň může ovlivnit jeho psychickou stabilitu.

Tělesně postižený žák ve třídě (sociální skupině)

Sociální důsledky tělesného postižení se projevují především v omezení motoriky a případně poškozením řeči. Tělesně postižené děti mají mnohem méně sociálních zkušeností, protože bývají velmi často izolovány v rodině, zvláště v předškolním věku, popřípadě v některém ze speciálních zařízení. Obtíže v navazování úspěšných vztahů dále může umocňovat změna tělesného vzhledu a odlišné reakce způsobené důsledkem základního postižení (např. dyskineze, různé tiky, záškuby apod.), které vyvolávají u laické veřejnosti nestandardní sociální reakce, jako je odpor, posměch nebo soucit a bezradnost. Tělesně postižení žáci také snadněji vzbuzují extrémní postoje jak u dospělých (učitelů, vychovatelů...), tak i u ostatních spolužáků. Mohou být ve třídě izolováni, odmítáni, mohou se stát objektem posměchu, ale na druhé straně bývají, zvláště v mladším školním věku, nadměrně tolerováni a ochraňováni svými spolužáky (často výrazně nad rámec skutečných potřeb). Pohybově postižené dítě má obvykle méně sociálních zkušeností, což se následně projeví i v jeho sebepojetí. Mnohé ze zvláštností v chování tělesně postižených nemusí být důsledkem postižení, ale mohou vznikat i nesprávným postojem okolí, které spíše posiluje pasivitu a závislost handicapovaných, někdy i podporuje tendence k izolaci od společnosti, která je nedokáže přijatelným způsobem akceptovat.

Při zařazování tělesně postižených dětí do školy je nutné pamatovat na budoucí spolužáky, které je nutno informovat o faktu, že do jejich třídy bude zařazen žák s tělesným postižením. Je důležité si uvědomit, že většina vrstevníků neměla v minulosti možnost kontaktu s dítětem s tělesným postižením, a tedy neví, jak komunikovat, jak se chovat. Informováním spolužáků můžeme předejít vzniku nepříznivé atmosféry s nepřátelskými vztahy a nepřijetím žáka s tělesným postižením do kolektivu.

Je vhodné například v rámci zážitkové pedagogiky ukázat intaktním spolužákům svět dětí s tělesným postižením, mohou se svést na vozíku, zkusit si namazat chléb ústy atd. Spolužáci by měli vědět, jak třeba mohou i svému kamarádovi pomoci.

Informace by měly být vhodnou formou poskytnuty i rodičům spolužáků, měli by dostat informace o tom, že integraci žáka s tělesným postižením do třídy nebude jejich dítě nějak „ohroženo“. Spíše je třeba poukázat na fakt, že to může být pro vrstevníky velkým přínosem v oblasti sociálního citění, utváření osobnosti dětí či podnětem k volbě budoucího povolání.

Třída jako edukační prostředí je prostor, ve kterém se žák nachází během svého vzdělávání. Úroveň edukačního prostředí bezpochyby ovlivňuje školní výkonnost žáka a proto je jeho přípravě nutno věnovat řádnou pozornost. Podmínky edukačního prostředí můžeme rozdělit do tří oblastí:

- technické podmínky,
- pedagogické podmínky,
- sociální podmínky.

Technické podmínky

Na počátku školní docházky je u tělesně postižených žáků důležité zjištění, zda se mohou pohybovat sami nebo jen s cizí pomocí.

Mobilita jedinců s tělesným postižením velmi podstatně ovlivňuje kvalitu jejich života a je základním předpokladem jejich úspěšné sociální integrace. Někdy je nezbytné adaptovat školní prostředí podle individuálních potřeb žáka. Při sestavování rozvrhu je např. třeba brát zřetel na dobrou **přístupnost učebny**, kam bude žák s tělesným postižením chodit, apod. Snaha je řešit celé prostředí školy v okruhu postiženého žáka tak, aby byl pokud možno nezávislý na cizí pomoci (**toaleta, šatna, jídelna** apod.).

V neposlední řadě je třeba myslet i na vhodné sezení imobilních žáků. Zdravé děti (žáci) mohou často měnit polohu během výkonu nejrůznějších činností. Žáci s tělesným postižením jsou této možnosti

zbaveni. Potřebují sedět pohodlně, používat vhodné podpory k držení těla, která odpovídá dané školní aktivitě.

Existuje celá řada postižení vyžadujících speciální přístup k výběru místa na sezení. Patří sem poškození páteře, DMO, svalová dystrofie, rozštěp páteře, revmatická artritida, postižení končetin a poškození mozku. Vhodně zvolená židle nebo invalidní vozík musí odpovídat fyzickým, funkčním a terapeutickým požadavkům. Žák by měl mít **možnost individuálně měnit pozici během pobytu ve škole**. Imobilní děti/žáci mají špatný krevní oběh, konkrétně v nohou, proto je třeba zamezit jejich prochlazení. Vhodnou pomocí je cvičení, zvedání chodidel a další preventivní opatření. Někteří žáci potřebují k tomu, aby mohli ve škole pohodlně sedět, externí podporu. Jsou to zejména žáci s oslabeným trupem, špatnou kontrolou hlavy apod.

Pracovní místo žáka je závislé na druhu a stupni tělesného postižení a musí splňovat ergometrické požadavky na správné sezení tělesně postiženého žáka, možnost optimální polohy při všech činnostech, stejně tak správné a přiměřené osvětlení. Pro pracovní pohodlí a někdy i nutnosti, vzhledem k používání speciálních pomůcek, je dobré zajistit dostatečně velkou pracovní plochu a dostupnost odkládacích prostor.

Některé invalidní vozíky jsou vybavené přídatným zařízením, např. komunikačním systémem. Využívání **počítačové technologie** pomáhá postiženým žákům ke zvýšení sebedůvěry a pozitivně ovlivňuje přístup ostatních žáků k postiženým spolužákům. Široký rozsah technologií je vhodný k podpoře žáků zejména v oblastech komunikace, edukace, mobility, socializace.

Počítače s příslušným programovým vybavením v kombinaci s tvůrčími výukovými postupy pomáhají postiženým žákům rozšířit si možnosti svého vzdělávání. Programy musí vyhovovat věku a vzdělávací úrovni žáka a reagovat na jeho měnící se potřeby. Rychlý rozvoj technologií umožňuje využívat nejrůznější verze programového vybavení pro většinu počítačových sestav. Hlavní důraz při používání počítačů u žáků s tělesným postižením je kladen na **fyzický přístup (např. adaptace klávesnice)**.

Pracovní plocha – pracovní plocha by měla být v závislosti na tělesném postižení schopná nastavení do optimální výšky, při zachování správného sezení (správné držení těla). Pokud dítě sedí na vozíku, musí mít tato lavice odpovídající výřez. Ve starším školním věku nastává i u části tělesně postižených žáků psychický problém s používáním jakýchkoliv pomůcek, které jsou odlišné od pomůcek třídního kolektivu. Reakcí bývá odmítání sezení na odpovídajících židličkách nebo sedačkách.

Velikost pracovní plochy musí respektovat fakt, že žák má na ní umístěny kromě učebních textů i kompenzační pomůcky (počítač, speciální klávesnici, komunikátor nebo „jen pomůcky pro výuku“, což s sebou nese nároky na velikost této plochy. Nejjednodušším řešením tohoto problému je přídatný stolec. Je důležité dbát na zachování kontaktu se spolužáky. Je dobré, když má žák ve třídě svůj úložný prostor pro uchovávání pomůcek a školních textů.

Pokud je ve třídě asistent pedagoga, je dobré vytvořit i místo pro něj tak, aby mohl žákovi v případě potřeby asistovat a přitom neomezovat ostatní žáky.

Vzdálenost od tabule – rozhodující je schopnost vizuomotorické koordinace a nutnost sedět poblíž učitele, aby tento mohl žákovi pomoci, pokud bude pomoc potřebovat.

Práce na tabuli – vhodné jsou bílé keramické tabule s možností využití různých barev popisovačů. Měla by být možnost nastavit odpovídající výšku tabule, aby mohl na tuto tabuli psát i vozíčkář. Pokud není možno klasickou tabuli upravit tak, aby ji mohli TP žáci využívat, je nutné texty psané na tabuli předkládat žákovi v tištěné či psané podobě do lavice. Pro žáky mobilní jen s technickou podporou (chodítka, berle, vozíky apod.) je třeba zajistit volný průchod k tabuli.

Osvětlení – správné osvětlení má rozhodující vliv na psychickou pohodu klienta po celou dobu edukace. Důležité je, aby osvětlení umožňovalo správné vidění na blízko, na střední vzdálenost i na dálku.

Před oslněním chráníme vhodným typem osvětlení, zacloněním zdroje světla žaluziemi.

Učební pomůcky – pro úspěšné vzdělávání tělesně postižených žáků je důležité, aby škola ve spolupráci se SPC, případně s rodiči, vybavila žáka potřebnými kompenzačními a učebními pomůckami.

Pedagogické podmínky

Společná výchova a výuka žáků klade na pedagogy nové úkoly. Předpokladem pro úspěšnou integraci je, aby také učitelé základní školy disponovali základními speciálněpedagogickými znalostmi a měli základní orientaci ve speciálněpedagogické problematice. Je třeba, aby byli kompetentní ve spolupráci se speciálními pedagogy ze speciálněpedagogického centra pro tělesně postižené zajistit žákům s tělesným postižením speciálněpedagogickou podporu nutnou pro jejich optimální individuální rozvoj v závislosti na druhu postižení a podle potřeb výuky.

Důležité je „celkové naladění školy“, cíle, směřování a koncepce školy, která se odráží v její kultuře. Garantem této koncepce je zejména vedení školy a pedagogický sbor. Je to záležitost obtížně měřitelná, ale jasně čitelná při pravidelných kontaktech s danou školou. Pro žáka má největší význam vzájemný vztah s třídním učitelem, dalšími vyučujícími a výchovným poradcem. Tělesně postižený žák potřebuje pro podání odpovídajícího výkonu prostředí, které je bezpečné a pokud možno přátelské. Potřeba bezpečí a jistoty je nejsilnější (a také nejlépe naplňována) v období mladšího školního věku. Stabilní kolektiv třídy s minimem vyučujících (na 1. stupni ZŠ našťastí setrvává model třídy s třídním učitelem, který je zde většinu vyučování) je pro všechny žáky velmi komfortní a pro žáky se speciálními vzdělávacími potřebami velmi důležitý.

Cílem musí být nastavení prointegračního prostředí ve třídě, ve které je žák s tělesným postižením zařazen. Proto je velmi důležitý výběr pedagoga ve třídě a je třeba dbát na:

- Seznámení širšího vedení školy (ředitel, výchovný poradce, předpokládaný třídní učitel) s problematikou integrace konkrétního žáka s konkrétním tělesným postižením.
- Při výběru třídy je třeba zvážit počet žáků ve třídě a klima této třídy. Naplnění tohoto požadavku je velmi často nereálné zejména v menších školách, kde výuka daného ročníku probíhá v jedné třídě.
- Při zprostředkování informací o konkrétním tělesném postižení spolužákům v dané třídě, ale i v ostatních třídách školy je vhodné využít řízený rozhovor se spolužáky. Velmi vhodnou technikou je simulace omezené mobility pomocí her.
- Reálné možnosti vzdělávání žáka s TP v dané třídě a dané škole je nutno probrat se zákonnými zástupci žáka, protože to jsou oni, kteří jsou odpovědní za vzdělávací dráhu svého dítěte a mají být seznámeni se všemi pozitivy i riziky projednávaného řešení.
- Zvláštní pozornost je nutno věnovat nastavení spravedlivého systému hodnocení a klasifikace integrovaného žáka. Vyučující musí získat konsenzus třídy se způsobem hodnocení a klasifikace. Pokud je toto spolužáky chápáno jako nespravedlivé, je to jednou ze zaručených cest, které vedou k neúspěšnosti intergrace, protože integrovaný žák nebude přijat do třídního kolektivu (což je jedním z cílů inkluzivního vzdělávání).
- Podle potřeby je vhodné zvážit doporučení asistenta pedagoga do třídy, v níž se TP žák vzdělává.
- V případě, že kmenová škola žáka zaměstnává školního speciálního pedagoga či psychologa, je nutné zainteresovat jej do péče o integrovaného žáka a přenést na něj část kompetencí.

- Poradenský pracovník sehrává v kontaktu se školou důležitou roli jako zprostředkovatel informací od odborných lékařů (většinou neurolog, ortoped) směrem ke škole a jejich aplikace ve školním prostředí.

Sociální podmínky

Patří sem vztahy mezi spolužáky ve třídě, popsané na počátku kapitoly. V hierarchii každé „zdravé“ třídy lze nalézt přirozené vůdce, loajální většinu i vyložené outsidersy. V případě, kdy je třídní komunita ohrožena jakýmkoliv způsobem šikany, jsou pokřiveny jednotlivé role i vztahy v kolektivu.

17.2.3 Diagnostika třídy jako vrstevnické skupiny a edukačního prostředí

Poradenští pracovníci SPC se na diagnostice školního prostředí (školní třídy) podílejí zatím spíše výjimečně, ale vzhledem k tomu, že situace ve třídě, v níž je zařazen žák s tělesným postižením, velmi ovlivňuje úspěšnost integrace takového žáka, bylo by vhodné, aby se tato situace (ve spolupráci s výchovnými poradci a poradenskými pracovišti na jednotlivých školách) změnila.

Zásady pro diagnostiku vztahů ve školní třídě:

- diagnostika je vždy jen prvním krokem a pak by měly následovat nápravné kroky (intervence...),
- diagnostika se nemůže dělat anonymně, je třeba, aby se děti podepisovaly,
- zjišťování vztahů mezi dětmi vyžaduje výraznou etiku, pozor na sdělování výstupů sond,
- u jednotlivých metod je důležitá odborná kompetence diagnostika,
- diagnostika tříd je vždy týmová práce,
- mnoho metod, které ve třídě užíváme, má diagnostický náboj,
- je třeba dobře dokumentovat své kroky a archivovat veškerý materiál.

V oblasti zkoumání klimatu ve třídě je hlavním diagnostickým nástrojem pozorování a rozhovor. Bohužel neexistují žádné validní diagnostické nástroje zkoumající postavení integrovaného žáka ve třídě, můžeme však použít dostupné diagnostické nástroje určené pro sociometrické měření obecně a na jejich základě můžeme určit postavení konkrétního žáka v kolektivu.

Nástroje diagnostiky tříd:

Nestandardizované (nestandardizované metody – dynamická diagnostika)

Pod **dynamickou diagnostiku** zahrnujeme rozhovory, pozorování členů skupiny při běžných činnostech, které ve třídě probíhají, nebo při nejrůznějších aktivitách, které navodíme během práce se skupinou. Do těchto aktivit (tréninkových cvičení) se promítají nejen prvky z metod sociálních výcviků, ale i vstupy dramatické výchovy, psychoterapie, zážitkové pedagogiky, teorie her aj. Podstatné by však mělo být, že zachovávají charakter hry a aktivizace žáků. Volba konkrétní techniky samozřejmě záleží na okolnostech, složení skupiny, věku, ale také na zkušenostech diagnostikujícího.

Standardizované – sociometrie, dotazníky MCI, B-4, B-3, D-1, SORAD, CES, DSA

Přehled některých dotazníků

- **SOCIOMETRIE (Moreno)** je nejstarší metodou. Zkoumá preference dětí, sympatie a atraktivitu. Je snadná pro zadání i pro vyhodnocení (je možné i pomocí sociogramu). Možné otázky: s kým bys chtěl sedět v lavici...
- **DOTAZNÍK B-4 (Braun)** je dotazník pro 2.–3. třídy a pro nižší třídy základních škol praktických. Staví proti sobě kladné a záporné body z preferencí ve třídě a zároveň sonduje spokojenost žáka se svou třídou. Vyhodnocuje se kvalitativně i kvantitativně, což umožňuje srovnání tříd v jedné škole.
- **DOTAZNÍK B-3 (Braun)** je dotazník od 4. třídy po maturitní ročníky a pro vyšší třídy zvláštních škol. Mají podobnou konstrukci jako B-4 a navíc sledují sebevnímání dítěte v kontextu třídy a jeho pocity zaznamenané formou škály. Obě metody (B-4, B-3) lze zadávat i v netřídních kolektivech – skupinách v DD, sportovních klubech, zájmových kroužcích apod.
- **Dotazník D-1 (Doležal)** je vhodný pro druhý stupeň základní školy a především pro diagnostiku počínajících fází šikany. Výsledkem je 32 indexů (tabulek) žáků, se kterými je možné připravit dobrou intervenci ve třídě.
- **Dotazník MCI (Fraser)** je pro žáky 3.–7. ročníků a zjišťuje pohled dětí na svou třídu. Jeho nespornou výhodou je rychlá administrace a rychlé vyhodnocení. Neoznačuje však konkrétní preference dětí ve třídě.
- **Dotazník CES (Mareš)** vychází z MCI, porovnává mínění dětí a pedagogů o situaci ve třídě. Považuje učitele za centrální postavu klimatu školní třídy.
- **Dotazník DSA (Ruisel)** je metoda vhodná pro zjišťování toho, jak se dítě cítí ve třídě akceptováno druhými. Je však určena výhradně psychologům.

Testová diagnostika skupiny zahrnuje zejména standardizované techniky, které nám umožní proniknout do sociálních sítí školní třídy, vztahů mezi žáky. Jedním z nejčastěji užívaných testů je **SO-RA-D** (Sociometricko-ratingový dotazník, autor: Hrabal, Vl. – příručka, T-118). Podle charakteru problému je někdy vhodné použít i další testy. Například Dotazník sociálního klimatu školní třídy (CES), autor manuálu J. Mareš (1998).

Dotazník SORAD kombinuje sociometrický dotaz, rating a anketu, lze jej použít od 5. třídy ZŠ. Pozice žáků i struktura třídy se hodnotí dvojdimenzionálně z hlediska **sympatičnosti (oblíba)** a vlivu na pětistupňové škále. Vyhodnocení může být ve formě matematické tabulky (podle počtu získaných voleb) nebo ve formě grafické (různé typy sociogramů). Jedná se tedy o skupinové indexy (všichni se vyjadřují ke všem).

Co vyčteme z dotazníků?

- celkový stav třídy + srovnání s jinými třídami,
- spokojenost dětí ve třídě (kladné pocity a sebevnímání),
- hodnocení kvality třídy dětmi,
- veřejné mínění dětí z hlediska vlastností jejich spolužáků,
- postavení jednotlivých žáků (kdo a jak jej hodnotí, kde a v jakém světle se ukazuje),
- srovnání výsledků s předchozím školním rokem (nejlepší termín zadání je listopad).

17.2.4 Vyjádření míry úbytku funkce (kvalitativní diagnostika)

U zajištění technických podmínek edukačního prostředí nemůžeme mluvit o diagnostice v pravém slova smyslu. Nediagnostikujeme možnosti a schopnosti žáka, ale naše schopnosti zajistit mu optimální technické podmínky ke vzdělávání. Stejně tak nositelem iniciativy v zajištění speciálněpedagogických podmínek není žák, ale poradenský pracovník. Nediagnostikujeme tak po pravdě klienta, ale z velké části sami sebe a naši schopnost zajistit optimální edukační podmínky. Úroveň jejich nastavení nám pomůže nastavení škály, která však není nijak validní a vychází pouze ze zkušeností pracovníků SPC.

Metodický postup:

- definování (konkrétní doméně relevantních) výroků a jejich kvantifikátorů,
- kvantifikace dílčích výroků na 5stupňové Likertově škále nebo vyjádřená deficitními procenty – viz MKF: 0 – norma, 1 – lehký problém, 2 – středně těžký problém, 3 – těžký problém, 4 – komplexní problém.

Úroveň technických a speciálněpedagogických podmínek:

Pracovní místo, pracovní plocha

- 0 – může být využita pracovní plocha intaktního žáka, nemusí být nijak uzpůsobena,
- 1 – pracovní místo plně vyhovuje potřebám pro psaní a čtení; lavice odpovídá individuálním potřebám žáka, odkládací plocha pro kompenzační pomůcky je dostatečně prostorná, umožňující přehledné uspořádání; žák správně sedí,
- 2 – jsou stoprocentně naplněny tři ze čtyř výše uvedených podmínek, čtvrtá není naplněna z důvodu technické nemožnosti,
- 3 – není splněna polovina výše uvedených podmínek,
- 4 – pracovní místo ani pracovní plocha nevyhovují potřebám tělesně postiženého žáka.

Pedagogická podpora

- 0 – žák nemá speciálněpedagogické potřeby,
- 1 – pracovník SPC má k dispozici lékařské zprávy, z nichž vychází při stanovení edukačního plánu, vstupní diagnostika byla provedena, žák potřebuje individuální přístup,
- 2 – vstupní diagnostika či rediagnostika provedena, žák potřebuje podporu IVP,
- 3 – vstupní diagnostika či rediagnostika provedena, žák potřebuje podporu IVP a speciálněpedagogickou péči,
- 4 – žák nemůže pracovat bez podpory asistenta pedagoga.

Informovanost kmenové školy integrovaného žáka

- 0 – ve škole není žák se speciálněpedagogickými potřebami, který vyžaduje naši péči,
- 1 – vedení školy i zainteresovaní pedagogové mají dostatek informací o problematice integrace žáka se tělesným postižením, všem účastníkům jsou jasné způsoby komunikace v případě běžné potřeby i krizové intervence, jsou jasně vymezeny kompetence v péči o žáka, všechna data jsou pravidelně aktualizována,

- 2 – vedení školy a třídní učitel byli dostatečně informováni, není však zajištěn účinný přenos informací k ostatním pedagogům školy, což má za následek omezení respektování speciálních vzdělávacích potřeb žáka,
- 3 – škola nebyla informována na základě nespolupráce školy a rodiny,
- 4 – vedení školy, třídní učitel i ostatní účastníci byli dostatečně informováni, tyto informace však nemají dopad na edukaci žáka.

Informovanost kmenové třídy integrovaného žáka

- 0 – ve třídě není žák se speciálněpedagogickými potřebami, který vyžaduje naši péči;
- 1 – spolužáci byli v přiměřené míře informováni o speciálních vzdělávacích potřebách spolužáka s důrazem na způsob hodnocení a klasifikace spolužáka s TP, se kterým se ztotožňují. S celou situací byli seznámeni rovněž rodiče spolužáků a jsou prointegračně naladěni;
- 2 – spolužáci byli v přiměřené míře informováni o speciálních vzdělávacích potřebách spolužáka s důrazem na způsob hodnocení a klasifikace spolužáka s TP. Spolužáci tyto potřeby v převážné míře akceptují a hodnocení tolerují. Problémy ve třídě se objevují spíše výjimečně;
- 3 – spolužáci nebyli v přiměřené míře informováni o speciálních vzdělávacích potřebách spolužáka a nebyli seznámeni se způsobem a důvody hodnocení a klasifikace spolužáka s TP. Ve třídě se často objevují drobnější problémy mezi spolužáky a integrovaným žákem;
- 4 – spolužáci byli v přiměřené míře informováni o speciálních vzdělávacích potřebách spolužáka s důrazem na způsob hodnocení a klasifikace spolužáka s TP, s kterým se neztotožňují. S celou situací byli seznámeni rovněž rodiče spolužáků a s integrací nesouhlasí. Mezi integrovaným žákem a spolužáky se objevují závažné problémy.

Dotazníková šetření mají své vlastní vyhodnocení, které poměrně přesně udává postavení daného žáka v třídním kolektivu. Pro naši potřebu je nutno získané výsledky interpretovat převodem do následujících čtyř stupňů.

- 0 – přijímají integrovaného žáka bezvýhradně, jeho odlišnost si ani neuvědomují,
- 1 – integrovaný žák je přijímán s tím, že si intaktní jeho odlišnost uvědomují, jeho postavení v kolektivu je rovnocenné,
- 2 – přijímání a postoj k integrovanému žákovi je pouze formální, žáci spíše plní očekávání okolí,
- 3 – intaktní si uvědomují a přiznávají, že jejich postoj k integrovanému žákovi je pasivní, žák pro ně není důležitý, nepřátelsky však proti němu nevystupují, žák je více méně trpěn,
- 4 – otevřené odmítání, odpor až sklony k agresivnímu chování směrem k integrovanému žákovi.

Literatura

- GJURIČOVÁ, Š., KUBIČKA, J. *Rodinná terapie: Systemické a narativní přístupy*. 1. vyd. Praha: Grada, 2003. 182 s. ISBN 80-247-0415-3.
- JANOŠKOVÁ, M. *Projektivní techniky Kresba rodiny a Test tří stromů u dětí z výchovných ústavů*. Diplomová práce, Brno: Psychologický ústav FF MU, 2005.
- KUCHARSKÁ, A., a kol. *Obligatorní diagnózy a obligatorní diagnostika ve speciálně pedagogických centrech*. Praha: IPPP ČR, 2007. ISBN 978-80-86856-42-1.

- LAZAROVÁ, B. *Netradiční role učitele (o situacích pomoci, krize a poradenství ve školní praxi)*. Brno: Paido, 2005. 70 s. ISBN 80-7315-115-4.
- LAŠEK, J. *Sociálně psychologické klima školních tříd a školy*. Hradec Králové: Gaudeamus 2001. 161 s. ISBN 80-7041-088-4.
- MÁDROVÁ, E. *Test rodinných vztahů zachycující citové vazby dítěte*. Bratislava: Psychodiagnostické a didaktické testy, 1987.
- MATĚJČEK, Z. *Po dobrém nebo po zlém*. Praha: Portál, 2000. 109 s. ISBN 80-7178-486-9.
- MATĚJČEK, Z., STROCHBACHOVÁ, I. *Kresba začarované rodiny*. *Československá psychologie*, 45 (4), 1981, 316–329.
- MATĚJČEK, Z. *Psychologie nemocných a zdravotně postižených dětí*. Praha: H&H, 2001 ISBN 80-86022-92-7.
- MATOUŠEK, O. *Rodina jako instituce a vztahová síť*. Praha: Sociologické nakladatelství, 1993. 124 s. ISBN 80-901424-7-8.
- Mezinárodní klasifikace funkčních schopností, disability a zdraví (2001)*.
- NOVOSAD, L. *Základy speciálního poradenství*. Praha: Portál, 2000. 159 s. ISBN 80-7367-174-3.
- ŘÍČAN, P., KREJČÍŘOVÁ, D., a kol. *Dětská klinická psychologie (Vyd. 4.)*. Praha: Grada, 1995. ISBN 80-7169-2.
- SOBOTKOVÁ, I. *Psychologie rodiny (Vyd. 2.)*. Praha: Portál, 2007.
- SVOBODA, M. *Kresebný test tří stromů*. *Psychodiagnostické sešity (Příloha psychologie dnes) 1*, 2002, 4–7.
- SVOBODA, M., KREJČÍŘOVÁ, D., VÁGNEROVÁ, M. *Psychodiagnostika dětí a dospívajících*. Praha: Portál, 2001. 792 s. ISBN 80-7178-545-8.
- ŠÍPEK, J. *Projektivní metody*. Praha: ISV, 2000.
- VÁGNEROVÁ, M. *Kresebné techniky*. In: Svoboda, M. (ed.), Krejčířová, D., Vágnerová, 2001.
- VÁGNEROVÁ, M. *Psychopatologie pro pomáhající profese: variabilita a patologie lidské psychiky*. Vydání 1. Praha: Portál, 1999. 448 s. ISBN 80-7178-214-9.
- VÁGNEROVÁ M., HADJ-MOUSSOVÁ Z., ŠTECH S. *Psychologie handicapu*. Praha: Karolinum, 2001.
- VÁGNEROVÁ, M. *Patopsychologie dítěte pro speciální pedagogy*. Praha: SPN, 1988. 127 s. ISBN 80-7083-158-8.
- VÁGNEROVÁ, M. *Psychologie problémových dětí a mládeže*. Liberec: TU, 2000. ISBN 80-7083-378-5.
- VÁGNEROVÁ, M. *Psychologie problémového dítěte školního věku*. Praha: UK, 2001. 170 s. ISBN 80-7184-488-8.
- VALENTA, M., a kol. *Přehled speciální pedagogiky a školská integrace*. Olomouc: UP v Olomouci, 2003. 322 s. ISBN 80-244-0698-5.
- VÍTKOVÁ, M. *Integrativní speciální pedagogika*. Brno: Paido, 2004. 181 s. ISBN 80-7315-071-9.
- VÍTKOVÁ, M. *Otázky speciálně pedagogického poradenství, základy teorie a praxe*. Brno: MSD, s. r. o., 2004. 245 s. ISBN 80-86633-08-X.
- DITTRICH, P. *Pedagogicko-psychologická diagnostika*. Jinočany: H&H, 1993. ISBN 80-85467-06-2.

18 Metodika práce s Katalogem míry posuzování SVP

Pavčina Baslerová, Eva Čadová, Jan Michalík, Miloš Potměšil, Milan Valenta

V úvodu tohoto Katalogu již bylo konstatováno, že je zaměřen na děti, žáky a studenty tělesným postižením a zdravotním znevýhodněním a že má za úkol ulehčit, zpřesnit a pokud možno i standardizovat dosud roztržštěnou praxi v oblasti posuzování míry jejich speciálních vzdělávacích potřeb.

V souladu s nejnovějšími přístupy k posuzování potřeb a schopností osob se zdravotním postižením (např. MKF, Národní plán vytváření rovných příležitostí pro osoby se zdravotním postižením, Národní akční plán inkluzivního vzdělávání), ale i v souladu s požadavkem standardizace a přesnosti závěrů speciálněpedagogické diagnostiky byl vytvořen soubor doporučených a možných postupů využitelných v praxi speciálněpedagogických center.

V následující části podáváme komentář k možným způsobům jeho využití a metodická doporučení pro zachycení a vyhodnocení výsledků diagnostické činnosti.

18.1 Pojetí Katalogu a možnosti jeho využití

Manuál má být podporou pro možné posuzování míry speciálních vzdělávacích potřeb. Až dosud, v souladu s platnou legislativou, byl pojem speciálních vzdělávacích potřeb vnímán horizontálně – tj. jako soubor dětí, žáků a studentů se zdravotním postižením, zdravotním znevýhodněním a sociokulturním znevýhodněním (viz § 16 školského zákona). Toto pojetí přinášelo nejen legislativní, ale i zásadní praktické problémy. Jen obtížně bylo možno určit tzv. „těžké zdravotní postižení“, takřka vůbec nebyl definován pojem zdravotního znevýhodnění a značné legislativní i praktické obtíže provázely pokusy o definici postižení kombinovaného.

Podstatou vytvořeného manuálu – kterým je Katalog posuzování míry SPC pro děti a žáky s tělesným a postižením a zdravotním znevýhodněním (tj. chronicky nemocných) – je vytvoření modelu, který kvantifikuje diagnostické výstupy speciálněpedagogického centra ve vztahu ke stanovení míry speciálněpedagogické podpory. Tyto výstupy jsou zpracovány ve stratifikačních pásmech 0–4 dle míry deficitu (funkční ztráty) v jednotlivých doménách. Jedná se tedy o první ucelený pokus vyjádření míry (hloubky) jednotlivých zdravotních postižení u nás. Důležité je, že zvolený způsob i jemu odpovídající metodologie postupu poradenských pracovišť nesměruje ke stanovení hloubky SVP samoúčelně, např. pro potřeby statistiky či ekonomických normativů, ale důsledně popisuje a vyjadřuje dopady dané míry (hloubky) zdravotního postižení na individuální speciální vzdělávací potřeby každého žáka.

Stanovení míry podpůrných opatření s ohledem na jednotlivé domény je souhrnným vyjádřením výsledku speciálněpedagogické a psychologické diagnostiky. Obsahuje shrnující výrok poradenského pracovníka. Přitom použitá metodologie nadále zohledňuje a v řadě případů stále počítá s empirií a profesní dovedností každého poradenského pracovníka.

V žádném případě nemůže být závěr vyšetření výsledkem zprůměrování (či stanovení jiné středové hodnoty) jednotlivých kvantifikátorů. Na každém poradenském pracovníkovi bude, zda navrženou metodiku využije ve své diagnostické práci jako pomůcku a komplementární nástroj, jenž především:

- zřehledňuje výsledky diagnostického procesu,
- zřehledňuje (převedením výsledků do sumační tabulky a grafů) ontogenezi a vývojový trend konkrétního klienta v čase,

- upozorňuje na kauzalitu, vztahy, souvislosti a změny mezi doménami – funkcemi (výsledky diagnostického procesu) v čase.

Navržený diagnostický materiál vychází ze zkušeností speciálních pedagogů a psychologů – dlouholetých praktiků ze speciálněpedagogických center pro tělesně postižené. Fakt, že má svůj původ ve zkušenosti, však omezuje jeho možnost mít normativní charakter. Nicméně standardizace stanovení míry – hloubky speciálních vzdělávacích potřeb na základě tohoto manuálu je v bytostném zájmu klientů i samotných poradenských pracovišť. **Navržená kvantifikace však nenahrazuje zprávu z vyšetření.**

Abychom však naplnili cíl celého našeho snažení – sjednotit diagnostické postupy v rámci celé republiky – je nutné najít konsenzus mezi odborníky, kteří jej budou využívat, a domluvit se, do jaké míry jej budeme používat všichni v dané oblasti diagnostiky žáků se tělesným postižením a zdravotním znevýhodněním.

Samostatnou otázkou, kterou stanovení míry (hloubky) speciálních vzdělávacích potřeb vyvolává, je související problém poskytnutí adekvátních prostředků speciálně-pedagogické podpory. Ty jsou vázány právě na zjištění míry (hloubky) speciálních vzdělávacích potřeb příslušného dítěte nebo žáka.

Odborní pracovníci by měli být schopni, na základě vyšetření a posouzení možnosti konkrétního dítěte, žáka, nebo studenta, stanovit potřebnou úroveň (stupeň) podpory. Především se jedná o přizpůsobení obsahu, forem a metod vzdělávání jeho potřebám a možnostem.

Tato podpůrná opatření nemusí vždycky korespondovat s tíží postižení (závažností onemocnění) jako takového, ale měla by odrážet skutečnou potřebu podpory při vzdělávání.

Příklad: Těžce tělesně postižený žák imobilní např. po úrazu páteře, vybavený odpovídajícími pomůckami, může mít ve výuce nižší potřebu podpory než mobilní žák s diagnózou DMO a epilepsií.

Pro ilustraci bychom mohli uvést orientační příklad rozvrstvení podpůrných opatření do 4 úrovní u dětí, žáků a studentů, kteří jsou v péči SPC pro TP (tělesně postižení, zdravotně znevýhodnění a s kombinovanými vadami).

1. úroveň podpůrných opatření

Na této úrovni by měla spočívat podpora především ve zvýšeném individuálním přístupu k žákovi. Přizpůsobení forem a metod vzdělávání vzdělávacím potřebám žáka a respektování jeho možností při hodnocení by mělo být zcela v kompetenci školy a při jejich využívání není nutné měnit nebo modifikovat obsah vzdělávání.

Tuto podporu budou využívat především děti, žáci a studenti s lehkým tělesným postižením a děti a žáci a studenti zdravotně znevýhodnění, kteří ani v současné době nevyužívají podporu integrace a je jim doporučován pouze individuální přístup ve výuce.

2. úroveň podpůrných opatření

Podpora je poskytována školou ve spolupráci s poradenským zařízením. Při vzdělávání je třeba využívat speciálních forem, metod, postupů a respektování možností žáka při hodnocení výsledků vzdělávání. Obsah učiva může být modifikován, děti, žáci a studenti jsou vzděláváni s využitím individuálního vzdělávacího plánu. Je možné zařazení předmětů speciálněpedagogické péče (např. rozvoj grafomotoriky, náprava SPU, individuální vedení výuky u žáků zdravotně znevýhodněných, kteří dlouhodobě nemohou docházet do školy) a podle potřeby i speciálních učebnic a textů.

Stanovená opatření by měla být vyhodnocována ve spolupráci se školským poradenským zařízením.

Tuto podporu budou využívat především integrovaní žáci se středně těžkým tělesným postižením a žáci zdravotně znevýhodnění, kteří potřebují určení konkrétního typu podpory a kterým již dnes poskytuje SPC pravidelnou péči a poradenství, i když nejsou vedeni jako integrovaní.

3. úroveň podpůrných opatření

Podpora je poskytována školou v užší spolupráci s poradenským zařízením. Při vzdělávání je třeba využívat speciálních forem, metod, postupů a respektování možností žáka při hodnocení výsledků vzdělávání. Děti, žáci a studenti jsou vzděláváni s využitím individuálního plánu. Obsah učiva může být modifikován, ale i redukován (vzdělávání v souladu s RVP ZV LMP). Při vzdělávání je využíváno speciálních učebnic, didaktických, kompenzačních a rehabilitačních pomůcek. Potřebná bývá i úprava pracovního prostředí (žáci s tělesným postižením potřebují často speciální lavice vhodné k vozíku, speciální sedačky nebo židličky...). Vhodné je snížení počtu žáků ve třídě nebo využití možnosti zařazení asistenta pedagoga alespoň na některé předměty (u žáků s TP zvláště do hodin TV, PV).

Stanovená opatření by měla být vždy vyhodnocována ve spolupráci se školským poradenským zařízením.

Tuto podporu budou využívat především tělesně postižení s větší mírou postižení motoriky na základě postižení CNS (v případě potřeby těžce zdravotně znevýhodnění žáci) a žáci s kombinovaným postižením individuálně integrovaní, zařazení do tříd, případně do škol samostatně zřízených pro konkrétní typ postižení.

4. úroveň podpůrných opatření

Pedagogickou podporu poskytuje škola ve spolupráci s poradenským zařízením.

Na této úrovni je potřebné přizpůsobení obsahu, forem a metod vzdělávání vzdělávacím potřebám žáka a respektování jeho možností při hodnocení výsledků vzdělávání. Obsah učiva může být modifikován vzhledem k potřebám dětí, žáků a studentů, ale i redukován (vzdělávání v souladu s RVP ZV LMP, RVP ZŠS). Při vzdělávání je nutné využívání speciálních učebnic, speciálních didaktických, kompenzačních a rehabilitačních pomůcek a ve většině případů je nutná i úprava pracovního prostředí ve třídě.

Výuka předmětů speciálněpedagogické péče odpovídající speciálním vzdělávacím potřebám je zajišťována pedagogem s příslušnou kvalifikací (patří sem i využití terapeutických metod).

U některých dětí, žáků a studentů je nutná výuka s podporou náhradních forem komunikace (alternativní a augmentativní komunikace) a využití potřebných pomůcek (komunikátory, PC, speciální klávesnice...).

Poskytování individuální pedagogické nebo speciálněpedagogické péče i mimo vyučování v rámci školy.

Vzniká potřeba zařazení dalšího pedagogického pracovníka nebo další osoby podílející se na práci se žákem, např. asistent pedagoga, nebo je využíváno snížení počtu žáků ve třídě.

Pro studenty je možné využít prodloužení délky středního a vyššího odborného vzdělávání, nejvýše však o 2 roky.

Stanovená opatření by měla být vždy vyhodnocována ve spolupráci se školským poradenským zařízením, které by se mělo podílet i na sestavení IVP.

Tuto podporu budou využívat především těžce tělesně postižení žáci a žáci s kombinovaným postižením individuálně integrovaní nebo zařazení do tříd, případně do škol samostatně zřízených pro konkrétní typ postižení.

Tvůrci katalogu předpokládají, že v následujícím období bude vytvořen samostatný přehled dostupných a potřebných prostředků speciálněpedagogické podpory (hovoříme o samostatném katalogu těchto

prostředků). Je samozřejmé, že bez tohoto katalogu – tedy pravidel pro co možná nejpřesnější měření míry zmiňovaných SVP u dětí, žáků a studentů – není možno stanovovat žádný objektivně platný a potřebám dětí a žáků odpovídající soubor pomůcek, opatření – souhrnně prostředků speciálněpedagogické podpory.

Velmi obecně lze stanovit, že daná 4 pásma úbytků funkcí jsou charakterizována následujícími výroky:

- 1. stupeň (úbytek funkce do 25 %) –** lehká míra speciálněpedagogické podpory:
za podpůrná opatření je odpovědná kmenová škola žáka, pracovník SPC je v roli konzultanta, nemusí jít o žáka se zdravotním postižením,
- 2. stupeň (úbytek funkce do 50 %) –** střední míra speciálněpedagogické podpory:
edukační podmínky nastavuje a kontroluje ve frekvenci dané vyhláškou pracovník SPC,
- 3. stupeň (úbytek funkce do 75 %) –** vysoká míra speciálněpedagogické podpory:
počet intervencí je vysoký, žákovi může být poskytována pravidelná reedukace a různé terapeutické zásahy, vzdělávací proces může být realizován s pomocí asistenta pedagoga,
- 4. stupeň (úbytek funkce do 100 %) –** velmi vysoká míra speciálněpedagogické podpory:
žák není schopen efektivní edukace bez podpory pedagogického asistenta.

18.2 Metodika práce a využití hodnotících kritérií Katalogu

Diagnostika dítěte, žáka a studenta s tělesným postižením nebo se zdravotním znevýhodněním vždy vychází z primární diagnózy stanovené lékaři. Z praxe však víme, že zdravotní nález nám nemůže diagnostikovat vzdělávací potřeby žáků. Jejich popis je úkolem speciálněpedagogické a psychologické diagnostiky. Aby bylo možné objektivně posoudit tyto potřeby, bylo stanoveno 16 domén (oblastí), které výrazně ovlivňují možnosti získávání vědomostí, dovedností a návyků dětem, žákům a studentům tělesně postiženým a zdravotně znevýhodněným, kteří jsou klienty speciálněpedagogických center pro TP.

Soubor oblastí je velmi rozsáhlý, a proto je zřejmé, že nebude vždy možné diagnostikovat každé dítě, žáka nebo studenta komplexně. Vždy bude záležet na důvodu vyšetření a v nemalé míře i na zkušenosti diagnostikujícího pracovníka.

Příklad: Není nutné při každém vyšetření zabývat se např. intelektovými předpoklady jen z důvodu existence těžkého tělesného postižení. Takovému přístupu se velmi často (a oprávněně) brání i zákonní zástupci žáka.

Je však nutné vždy diagnostikovat ty oblasti (domény), které jsou nutné ke stanovení konkrétní podpory ve vzdělávacím procesu.

Vždy bude záležet především na:

- věku žáka (předškolní, mladší školní věk, starší školní věk, adolescence),
- druhu a stupni tělesného postižení, případně na druhu a závažnosti onemocnění,
- účelu vyšetření (vstupní vyšetření, vyšetření za účelem vhodného zaškolení, školní zralost, výchovné problémy, kariérové poradenství, uzpůsobení přijímacích a maturitních zkoušek... – viz výčet vyšetření, ke kterým se poradenský pracovník vyjadřuje podle zákonných norem, v 1. části katalogu),

Na tomto místě je nutno se zmínit o způsobu, jakým byly předkládané domény vybrány z nabídky, kterou poskytuje MKF. Můžeme je rozdělit do dvou skupin:

1. hrubá motorika, jemná motorika, úchop, grafomotorika, lateralita, komunikace, intelektuální funkce, kognitivní funkce, smyslové vnímání, pozornost, paměť, emocionalita, adaptabilita a sociabilita, pracovní dovednosti, sebeobsluha,
2. rodinné prostředí, edukační prostředí, kompenzační a rehabilitační pomůcky.

Ad 1: jedná se o domény, díky nimž diagnostikujeme úbytek funkce v oblasti motoriky nebo v oblastech, které jsou ovlivněny druhem a stupněm tělesného postižení, případně zdravotního znevýhodnění.

Ad 2: jedná se o domény, pomocí nichž nedialogujeme samotného žáka, ale naši schopnost nastavit optimální edukační prostředí, včetně zajištění a používání kompenzačních a rehabilitačních pomůcek, a vytyčit oblasti, v nichž jsme schopni usměrňovat výchovný styl rodiny, v níž se klient nachází. Nejde tak o úbytek schopností či funkcí samotného klienta, přesto zjištěné skutečnosti mohou mít zásadní vliv na školní úspěšnost žáka a úspěšnost integrace vůbec.

Proto je naprosto legitimní, že zejména doména rodinné prostředí (tu můžeme nejméně ovlivnit) může výsledek diagnostiky ovlivnit tak zásadně, že může zvýšit míru potřebné podpory o jeden, výjimečně o dva stupně.

V následující části podáváme modelový způsob práce s katalogem, přičemž je třeba upozornit na to, že výsledný produkt, tj. stanovení stupně deficitu v diagnostikované doméně (jakožto východisko pro určení míry speciálněpedagogické podpory – podpůrných opatření), je výsledkem diagnostického procesu využívajícího jak běžný standardizovaný instrumentář, tak i klinické prostředky poradenské praxe.

V těch doménách (funkčních oblastech), kde se běžně využívají standardizované nástroje (disponující objektivnějšími a validnějšími parametry), využívá poradenský pracovník těchto nástrojů pro určení kvantifikátoru – tj. konkrétního stupně 0 až 4, samozřejmě v kombinaci s klinickými metodami (viz následující subkapitola a).

V případě diagnostikování domén, u nichž nemáme k dispozici standardy, se tvůrci Katalogu snažili usnadnit kvantifikaci s pomocí výroků (viz následující subkapitola b).

Nicméně i některé domény disponující standardizovanými diagnostickými nástroji vybavili autoři Katalogu pro větší objektivitu a přehlednost výrokovými kvantifikátory (viz následující subkapitola a + b).

a) Standardizované (testové) diagnostické nástroje

U testových nástrojů navržená čtyřstupňová kvantifikace aplikuje tzv. normální rozložení četností vycházející z frekvenčního rozložení (frekvenční distribuce) daných funkčních schopností v populaci a standardních odchylek (sigma) od příslušného populačního průměru. Tímto postupem se otvírá možnost pro transformaci jednotlivých skóru. Týká se to samozřejmě nejen inteligenčních testů a jednoho z neznámějších vážených skóru, jakým je IQ, ale i většiny dalších standardizovaných testů, jejichž hrubý skór je převáděn na vážený – např. na steny, percentily, T-skóry, z-skóry, staniny...

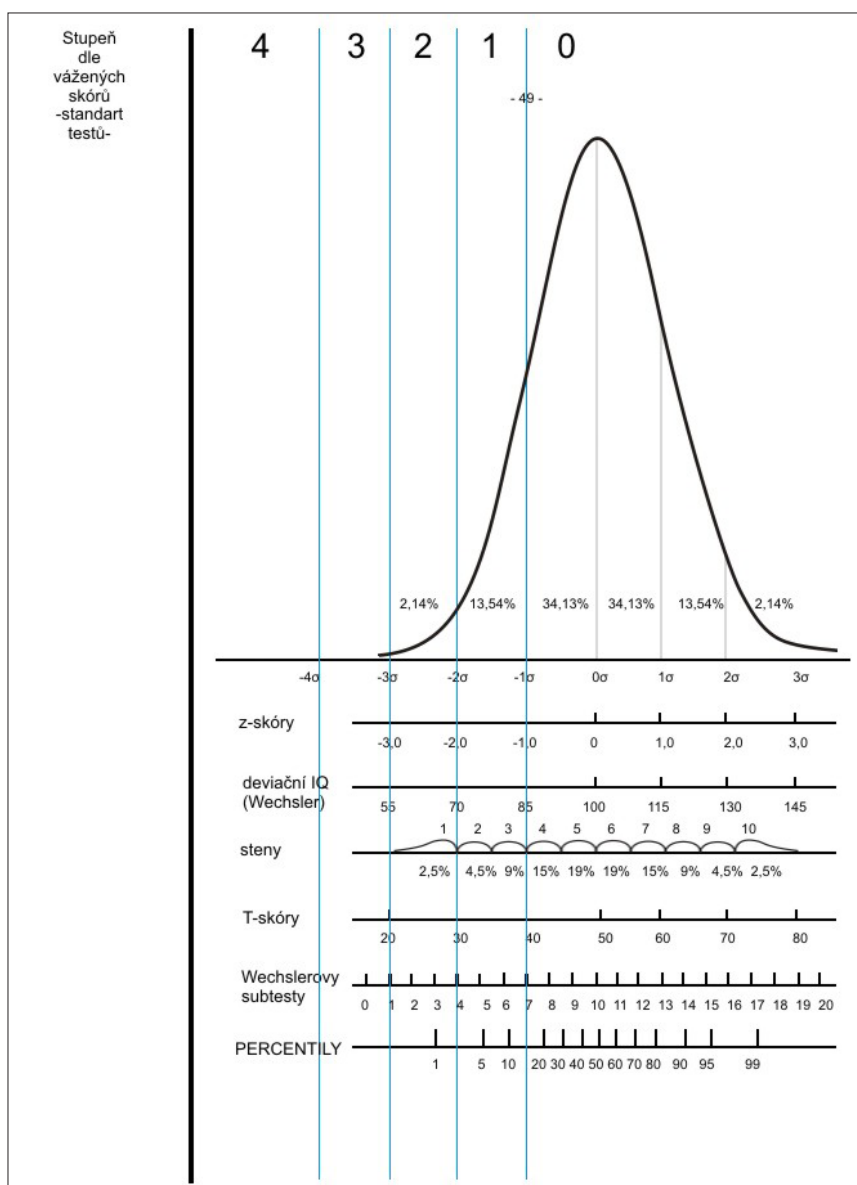
S naprostou většinou těchto testů pracuje poučený poradenský psycholog (klinický psycholog, psychiatr) a speciální pedagog je seznámen s výsledky těchto zkoušek. Znamená to, že kvantifikace vytěžující standardizované testové metody je v praxi SPC záležitostí především poradenských psychologů.

Opět je nutno zdůraznit, že kvantifikace míry podpůrných opatření vycházející ze standardizovaných nástrojů má pouze orientační hodnotu a slouží jako screeningový nástroj. Pro stanovení finální kvantifikace je třeba komplexního zhodnocení stavu klienta.

Stupeň ztráty	Standardní odchyłka	Příklady vážených skóreů
I. STUPEŇ	$-2 < \text{Sigma} \leq -1$	deviační IQ 85–71 (u subtestů IQ vážený skóre > 4 a současně ≤ 7), 3–2 steny, 15–3 percentil, 40–30 T skóre...
II. STUPEŇ	$-3 < \text{Sigma} \leq -2$	IQ 70–56 (vážený skóre $> 1 \wedge \leq 4$) sten 1, percentil 2–1, 30–20 T skóre...
III. STUPEŇ	$-4 < \text{Sigma} \leq -3$	IQ 55–41 (vážený skóre ≤ 1), 20–10 T skóre...
IV. STUPEŇ	$\text{Sigma} \leq -4$ <i>Pozn.: Jde o praktickou absenci funkce, kterou již nelze měřit standardizovanými testy. V poradensko-diagnostické praxi SPC se jedná o naprostou marginálii.</i>	pod 40 IQ, pod 10 T skóre...

Následující graf názorně ukazuje rozložení jednotlivých stupňů uvedených tabulce.

Graf. 1 Normální rozložení četností – Gaussova křivka (Řičan, 1980)



Standardizované diagnostické nástroje, které ale nejsou uzpůsobené pro žáky s tělesným postižením

Někdy bývá problémem využití standardizovaných diagnostických nástrojů u žáků s tělesným postižením. Ty počítají při jejich realizaci i s využitím jemné motoriky a s určitou úrovní grafomotoriky a řeči. Často se z nich dají použít pouze určité subtesty a i ty je potřeba modifikovat dle motorických možností žáka.

b) Nestandardizované (testové) diagnostické nástroje

Touto modifikací se většina diagnostických nástrojů stává nestandardizovanými.

Příklad transferu vážených skóre standardizovaných testů na stupeň podpůrných opatření:

Například v doméně POZORNOST jsme se zaměřili na:

- udržení záměrné pozornosti,
- přesouvání pozornosti,
- rozdělení pozornosti.

Pro stanovení míry podpůrných opatření udržení záměrné pozornosti byly využity následující testy, jejichž vážené skóre jsme transformovali podle následujících tabulek:

ČÍSELNÝ ČTVEREC	
STUPĚŇ m. p. o.	STEN
bez p. o.	4. a výše
I.	2. a 3.
II.	1.
III.	nedosahuje 1.
IV.	nezvládne

ČÍSELNÝ OBDÉLNÍK	
STUPĚŇ m. p. o.	PERCENTILY
bez p. o.	15. a výše
I.	3.–15.
II.	1.–3.
III.	nedosahuje 1.
IV.	nezvládne

TEST KONCENTRACE POZORNOSTI	
STUPĚŇ m. p. o.	STEN
bez p. o.	4. a výše
I.	2. a 3.
II.	1.
III.	nedosahuje 1.
IV.	nezvládne

BOURDONŮV TEST		
STUPĚŇ m. p. o.	STEN	PERCENTILY
bez p. o.	4. a výše	15. a výše
I.	2. a 3.	3.–15.
II.	1.	1.–3.
III.	nedosahuje 1.	nedosahuje 1.
IV.	nezvládne	nezvládne

TEST CESTY	
STUPĚŇ m. p. o.	STEN
bez p. o.	4. a výše
I.	2. a 3.
II.	1.
III.	nedosahuje 1.
IV.	nezvládne

KÓDOVÁNÍ – SUBTEST WISC III	
STUPĚŇ m. p. o.	VÁŽENÝ SKÓR
bez p. o.	> 7
I.	$> 4 \wedge \leq 7$
II.	$> 1 \wedge \leq 4$
III.	≤ 1
IV.	nezvládne

Stanovení míry podpůrných opatření (tj. kvantifikátor 0–4, jenž se dosazuje do výsledné kumulační tabulky a překlápí do celkového grafu) v doméně pozornost je pak produktem komparace a analýzy výsledků použitých standardizovaných (i klinických) zkoušek, přičemž v případě testů se nejedná o průměr či jinou středovou hodnotu. Poradenský pracovník zde zhodnocuje svoji zkušenost a uváží, které zkoušky (a jejich výsledky) jsou – vzhledem k zakázce – zásadní a doplňkové.

c) Klinické diagnostické nástroje

V případě využití klinického instrumentáře využívá poradenský pracovník pro kvantifikaci kvalifikovaný odhad. Ten je sycen ze všech možných informačních zdrojů, jež jsou v daném diagnosticko-poradenském případě k dispozici. Půjde zejména o nástroje, jako je anamnéza, dokumentace, pozorování, rozhovor, informace učitelů, informace rodinných příslušníků, informace orgánu péče o dítě, sociálního pracovníka, analýza produktů – deníky, kresby, reflektivní materiál, portfolia...

Kvantifikovaný odhad – rozumíme jím vytěžení diagnostických, poradenských, ale i životních a profesních zkušeností poradenského pracovníka pro potřeby diagnostického procesu a stanovení speciálně-pedagogické a psychologické diagnózy.

Metodický postup použití

- Součástí každé domény je vyjádření úbytku funkce uvedenými výroky relevantními ke konkrétní doméně.
- Kvantifikace výroků je vyjádřena na 5stupňové Likertově škále nebo pomocí deficitních procent (viz MKF): 0 – norma, 1 – lehký problém (do 25 % deficitu), 2 – středně těžký problém (do 50 % deficitu), 3 – těžký problém (do 75 % deficitu), 4 – komplexní problém (75–100 %).
- V případě více výroků v doméně je vyjádření výsledné kvantifikace středovou hodnotou (průměr, medián, modus) nebo jiným globálním vyjádřením (např. verbálním s tím, že dojde k preferenci určitého/určitých výroků před ostatními).
- Výsledné hodnoty jsou zaneseny poradenským pracovníkem do uvedené tabulky, ze které se vytvoří výsledný graf.

Příklad: doména Grafomotorika

K hodnocení úbytku funkce grafomotorických dovedností lze využít čtyřstupňovou škálu:

- 0 – úbytek dovednosti 0%, žádná ztráta dovednosti, jedinec grafomotorické činnosti zvládá v normě,
1 – úbytek dovednosti 25%, jedinec zvládá grafomotorické činnosti jen někdy bez dopomoci,
2 – úbytek dovednosti 50%, jedinec zvládá grafomotorické činnosti s dopomocí,
3 – úbytek dovednosti 75%, jedinec spolupracuje, grafomotorické činnosti naznačuje,
4 – úbytek dovednosti 100%, jedinec grafomotorické činnosti nezvládá, je zcela závislý na dopomoci.

Vývojová škála grafomotorických schopností

Výrok sám vyjadřuje 0% úbytku funkce (tj. normu).

Popis dovednosti	Hodnocení			
	1	2	3	4
	Zvládá pouze někdy bez dopomoci	Zvládá s dopomocí	Naznačuje, spolupracuje	Nezvládá
2, 3, 4 roky				
Sevře ruku v pěst				
Roztáhne prsty				
Přendá předmět z jedné ruky do druhé				

Otevře dveře na kliku				
Využívá při práci spolupráci obou rukou				
Vyválí váleček z modelíny				
Navlékne korále na trn				
Odšroubuje víčko z krabičky či nádoby				
Zapichuje kolíky do perforované desky				
Postaví po předvedení komín z kostek				
Bez dopomoci nebo úpravy zvládá manipulační činnosti s většími předměty				
Je schopen koordinace oko – ruka				
4, 5 až 6 let				
Dotkne se palcem postupně všech prstů téže ruky				
Koordinace oko – ruka je funkční				
Stříhá nůžkami po čáře				
Vystřihne kruh				
Zvládá lepení				
Z modelíny tvoří kouli, válec, placku				
Na šroubek našroubuje maticku				
Navlékne korálky na volný návlek				
Přeloží list papíru				
Roztrhne papír				
Otáčí listy po jednom				
Využívá při práci spolupráci obou rukou				
Při manipulaci oběma rukama jsou pohyby koordinované				
Bez dopomoci nebo úpravy zvládá manipulační činnosti				
6 až 7 let – předškolák				
Dotkne se palcem postupně všech prstů téže ruky				
Koordinace oko – ruka je funkční				
Stříhá nůžkami po čáře				
Vystřihne kruh				
Při pracovních činnostech využívá adekvátně obě ruce				
Manipuluje s většími předměty				
Manipuluje s drobnými předměty				
Vymodeluje z modelíny požadovaný tvar				
Montuje, demontuje jednoduché předměty				
Bez dopomoci nebo úpravy zvládá manipulační činnosti				
Obsluhuje jednoduché přístroje denního použití (ovladač TV, hračky na baterie, domovní zvonek, budík aj.)				
6, 7 až 8 let – první ročník				
Flexe zápěstí je bez omezení				
Extenze zápěstí je bez omezení				
Při pracovních činnostech využívá adekvátně obě ruce				
Manipuluje s většími předměty				
Dotkne se bříškem každého prstu na ruce bříška palce				
Vymodeluje z modelíny požadovaný tvar				

Využívá při práci spolupráci obou rukou				
Bez dopomoci nebo úpravy zvládá manipulační činnosti				
Obsluhuje jednoduché přístroje denního použití (ovladač TV, hračky na baterie, telefon, domovní zvonek, budík aj.)				
8, 9 až 12 let – 2. až 5. ročník				
Flexe zápěstí je bez omezení				
Extenze zápěstí je bez omezení				
Při pracovních činnostech využívá adekvátně obě ruce				
Manipuluje s většími předměty				
Dotkne se bříškem každého prstu na ruce bříška palce				
Manipuluje s drobnými předměty				
Vymodeluje z modelíny kuličku				
Využívá při práci spolupráci obou rukou				
Bez dopomoci nebo úpravy zvládá manipulační činnosti				
Montuje, demontuje jednoduché předměty				
Obsluhuje jednoduché přístroje denního použití (ovladač TV, hračky na baterie, CD přehrávač, telefon, domovní zvonek, budík aj.)				
Ovládá obsluhu PC, dokáže pracovat s běžnou klávesnicí a myší				
Dokáže psát na běžné klávesnici počítače				
12–15 let a víc				
Flexe zápěstí je bez omezení				
Extenze zápěstí je bez omezení				
Při pracovních činnostech využívá adekvátně obě ruce				
Manipuluje s většími předměty				
Dotkne se bříškem každého prstu na ruce bříška palce				
Manipuluje s drobnými předměty				
Vymodeluje z modelíny kuličku				
Využívá při práci spolupráci obou rukou				
Bez dopomoci nebo úpravy zvládá manipulační činnosti				
Montuje, demotuje jednoduché předměty				
Obsluhuje jednoduché přístroje denního použití (ovladač TV, hračky na baterie, CD přehrávač, telefon, domovní zvonek, budík aj.)				
Ovládá obsluhu PC, dokáže pracovat s běžnou klávesnicí a myší				
Píše na PC				

Během celého období školní docházky vždy hodnotíme nezávisle na věku schopnost psaní (čitelnost, využitelnost ve vyučovacím procesu, tempo písma a únavu při psaní).

Tabulace domén se čtyřstupňovou kvantifikací a jejich transfer do sloupového a případně i kruhového grafu (dle verze softwarové podpory).

Postup pro vyplnění kvantifikátorů domén do sumační tabulky (a následné překlapaní do grafů)

U každé konkrétní domény (v tabulce levá část řádku) je prostor pro vyplnění stratifikačního stupně 0–4 (pravá část řádku tabulky). Uvedený prostor lze navýšit o další okénka (v řadě všech domén takto sloupec), do kterých je možno zaznamenávat výsledky dalšího (dalších) vyšetření, což umožňuje komparaci – sledování změn u jednotlivých vyšetření a domén v čase. Přehlednější pro sledování těchto změn je pak sloupcový, případně kruhový graf, do kterého se automaticky překlápí hodnoty dosazené do tabulky. Z grafů lze také vyčíst zprůměrovanou sumační hodnotu kvantifikátoru, která má orientační (i „archivační“) hodnotu. Výsledky každého vyšetření jsou v kruhovém grafu vytaženy jinou barvou, což umožňuje sledovat chronologickou interakci jednotlivých domén (např. došlo-li ke zlepšení rodinného prostředí, zlepšily se parametry – kvantifikátory dalších domén – edukace, kognitivní funkce...).

Číslo domény	Název domény
1.	Hrubá motorika
2.	Jemná motorika
3.	Úchop
4.	Grafomotorika
5.	Laterálita
6.	Komunikace
7.	Intelekt
8.	Kognitivní funkce
9.	Smyslové vnímání Zrakové vnímání Sluchové vnímání Deficity dílčích funkcí Poruchy učení
10.	Pozornost
11.	Paměť
12.	Emocionalita
13.	Sociabilita a adaptabilita
14.	Pracovní dovednosti
15.	Sebeobsluha
16.	Sociokulturní schéma Rodina Třída jako vrstevnická skupina a edukační prostředí

Přehled nosných domén doporučených k otevření pro konkrétní poradenské situace SPC pro TP

Po seznámení se způsoby kvantifikace kvalitativního posouzení míry (hloubky) SVP a pedagogické podpory uvádíme i doporučený postup pro využití konkrétních domén. A to ve vazbě na jednotlivé pedagogické situace, k nimž je vyžadováno vyjádření SPC.

Tento výčet není úplný, neobsahuje všechny pedagogické situace, ale jen ty, které jsou v činnosti SPC pro žáky s tělesným postižením a zdravotním znevýhodněním nejčastější nebo nejběžnější. Stejně tak navržený okruh domén, které by měly být v diagnostice u konkrétního žáka vždy vytěženy, lze rovněž, v závislosti na zkušenosti poradenského pracovníka a potřebách klienta doplnit či modifikovat.

SPC pro žáky s tělesným postižením	
Poradenská/vzdělávací situace	Domény (posuzovaná oblast)
Poskytnutí informace a poradenské pomoci	– dle konkrétní zakázky
Zjištění (definice) speciálních vzdělávacích potřeb	– motorika (hrubá, jemná, grafomotorika) – sebeobsluha a pracovní dovednosti – smyslové vnímání – komunikace – sociokulturní schéma: rodina a třída jako edukační prostředí – kognitivní a intelektové funkce (v případě podezření na deficit intelektových funkcí)
Individuální vzdělávací plán	– motorika (hrubá, jemná, grafomotorika, úchop, lateralita) – smyslové vnímání: deficity dílčích funkcí, příp. poruchy učení – kognitivní funkce – paměť – pozornost – zajištění sebeobsluhy
Přijetí dítěte se zdravotním postižením ke vzdělávání v mateřské škole, popřípadě ukončení docházky do MŠ	– motorika (hrubá, jemná, grafomotorika) – lateralita, úchop – sebeobsluha a pracovní dovednosti – smyslové vnímání – komunikace – sociokulturní schéma: rodina – adaptabilita, sociabilita, emocionalita
Odklad školní docházky	– motorika (hrubá, jemná, grafomotorika) – lateralita, úchop – sebeobsluha a pracovní dovednosti – smyslové vnímání – komunikace – emocionalita – adaptabilita a sociabilita – kognitivní a intelektové funkce (v případě podezření na deficit intelektových funkcí)
Zařazení žáka do základního vzdělávání (ZŠ, ZŠPR, ZŠSp), do některé z forem speciálního vzdělávání či do školského zařízení (přípravné stupně ZŠ, ZŠPr, ZŠSp)	– kognitivní a intelektové funkce (v případě podezření na deficit intelektových funkcí) – motorika (hrubá, jemná, grafomotorika) – sebeobsluha a pracovní dovednosti – smyslové vnímání – komunikace – sociokulturní schéma: rodina a třída jako edukační prostředí – adaptabilita a sociabilita
Významná změna speciálních vzdělávacích potřeb žáka se zdravotním postižením	– domény, které korelují se změnou speciálních vzdělávacích potřeb žáka
Přihláška žáka ke studiu na střední škole	– kognitivní a intelektové funkce – paměť – pozornost – motorika (hrubá, jemná, grafomotorika) – sebeobsluha a pracovní dovednosti – sociokulturní schéma: rodina
Přihlášení žáka k maturitní zkoušce + odborný posudek k MZ	dlouhodobě vedení klienti: vycházíme z dlouhodobě realizovaných vzdělávacích opatření, – motorika (jemná, grafomotorika) – pracovní dovednosti a sebeobsluha – smyslové vnímání

Výčet domén i situací je pouze orientační.

V případě podezření jakéhokoliv úbytku v některé z funkcí doplníme diagnostiku o diagnostiku dané domény.

V případě žáka s vícečetným postižením použijeme i domény z těch katalogů, které korespondují s postižením žáka.

Číselné vyjádření výsledků vyšetření nenahrazuje zprávu z vyšetření.

Nesmí být chápáno dogmaticky. Výsledek diagnostiky není aritmetickým průměrem dosažených hodnot.

Do stanovení závěrů se musí promítnout zkušenost poradenského pracovníka.

18.3 Softwarová podpora poradenského pracovníka

Jan Michalík, Eva Čadová

V rámci tohoto Katalogu je podán výčet funkcí (oblastí), které jsou měřeny nově navrženou metodikou zjišťující míru úbytku dané funkce ve vztahu ke stanovení míry (hloubky) speciálních vzdělávacích potřeb dítěte, žáka nebo studenta se zdravotním postižením. Součástí je i podrobný manuál výroků, které v jednotlivých oblastech (doménách) případný úbytek dané funkce měří.

Katalog je proto metodikou či rádcem poradenského pracovníka při měření míry speciálních vzdělávacích potřeb. Knižní podoba však umožňuje popsat jednotlivé domény a funkce, již méně je však vhodná pro praktické zachycení (záznam) výsledků diagnostiky.

Proto je jako příloha tohoto Katalogu připraven k využití praktický počítačový program „Diagnostika SVP_2012“, který je k dispozici na samostatném CD-ROM (příloha Katalogu) nebo je ke stažení na webových stránkách spc.upol.cz (v sekci Katalogy).

Program je připraven jako jednoduchý, přesto výstižný systém, který umožní zachytit výsledky diagnostiky v jednotlivých oblastech. Je zpracován pro intuitivní ovládání. Jeho základním úkolem je ulehčit poradenskému pracovníkovi SPC zachycení záznamu výsledků diagnostiky, její přehledné zpracování a využití. Zvláště pozitivní je, že naměřené výsledky bude možno komparovat v čase, s vývojem dítěte. A tak lépe vyhodnocovat změny, k nimž v oblasti speciálních vzdělávacích potřeb dochází. Ať již v důsledku přirozeného vývoje dítěte, v důsledku úprav vzdělávacího prostředí, využití kompenzačních pomůcek i dalších činitelů.

V programu jsou vytvořeny funkce pro záznam nejpoužívanějších údajů, jako jsou data žáka, kontaktní údaje na zákonné zástupce, prostor pro záznam problému (druhu speciálních vzdělávacích potřeb apod.). Základní přínos „Diagnostiky_SVP_2012“ spočívá v mechanismu převodu výsledků diagnostiky v jednotlivých doménách a výrocích do datové, případně grafové podoby.

Více o práci s programem je uvedeno v nápovědě k využití. Předpokládá se, že jak se budou zpřesňovat a částečně i měnit výrokové formy v rámci Katalogů (na základě praktického využívání), tak bude pro každý rok dotvářena i licence „Diagnostiky_SVP“ pro dané období.

Publikace z produkce UP je možno zakoupit prostřednictvím e-shopu na adrese www.e-shop.upol.cz

**Mgr. Eva Čadová
a kolektiv**

**Katalog posuzování míry speciálních vzdělávacích potřeb
Část II.
(diagnostické domény pro žáky s tělesným postižením a zdravotním znevýhodněním)**

Určeno pro pracovníky SPC, kteří mají v péči klienty s tělesným postižením a zdravotním znevýhodněním

Výkonný redaktor doc. Mgr. Miroslav Dopita, Ph.D.
Odpovědná redaktorka Mgr. Lucie Loutocká
Technická redaktorka RNDr. Anna Petříková
Návrh obálky Jiří Jurečka

Vydala a vytiskla Univerzita Palackého v Olomouci
Křížkovského 8, 771 47 Olomouc
www.upol.cz/vup
e-mail: vup@upol.cz

Olomouc 2012

1. vydání

Ediční řada – Ostatní
čZ 2012/168

ISBN 978-80-244-3052-2

NEPRODEJNÁ PUBLIKACE



evropský
sociální
fond v ČR



EVROPSKÁ UNIE



MINISTERSTVO ŠKOLSTVÍ,
MLÁDEŽE A TĚLOVÝCHOVY



OP Vzdělávání
pro konkurenceschopnost



INVESTICE DO ROZVOJE VZDĚLÁVÁNÍ

Inovace činnosti SPC při posuzování speciálních vzdělávacích potřeb, reg. č.: CZ.1.07/1.2.00/14.0020



9 788024 430522