

Univerzita Karlova v Praze
Pedagogická fakulta

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

2011

Jan Merunka

Univerzita Karlova v Praze

Pedagogická fakulta

Katedra speciální pedagogiky

Vyučovací program PORTAGE

The Portage Project

Autor: Jan Merunka

Vedoucí práce: PaedDr. Jaroslava Zemková, Ph.D

Praha 2011

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci zpracoval samostatně a použil jen prameny uvedené v seznamu literatury.

Souhlasím, aby práce byla uložena na Karlově univerzitě v knihovně Pedagogické fakulty a zpřístupněna ke studijním účelům.

Podpis autora:

Děkuji vedoucímu bakalářské práce PaedDr. Jaroslavě Zemkové, Ph.D za odborné vedení a pomoc, kterou mi poskytla při vypracovávání bakalářské práce.

OBSAH

ÚVOD.....	1
1 Program Portage	
1.1 Historie programu Portage.....	2
1.2 Model programu Portage.....	3
1.3 Cíle programu Portage.....	4
1.3 Složky programu Portage.....	5
2 Ontogenetický vývoj člověka	
2.1 Fyziologický vývoj člověka.....	7
2.2 Patologický vývoj člověka.....	10
3 Pedagogická diagnostika	
3.1 Pedagogická diagnostika v našich zemích	15
3.2 Diagnostika jedinců se speciálními potřebami.....	15
4 Raná péče a speciální vzdělávací programy ve školství	
4.1 Raná péče	20
4.2 Rámcový vzdělávací program pro předškolní vzdělávání.....	22
4.3 IVP	24
4.4 Další programy intervence	26
5 Praktická část	
5.1 Cíl práce, Hypotézy, Výzkumná metoda šetření.....	28
5.2 Místo šetření , charakteristika vzorku(věk , stupeň a typ postižení).....	28
5.3 Vlastní šetření.....	29
5.4 Závěry šetření.....	43
Závěr.....	45
Seznam literatury a jiných zdrojů	
Přílohy	

ÚVOD

Za své téma bakalářské práce jsem zvolil program Portage, protože jsem již nějaký čas pracoval jako dobrovolník Střediska pomoci ohroženým dětem ROSA na Kladně, kde tento program, mimo jiných aktivit rané péče, provádějí. Téma vývojového programu dítěte raného věku jsem si zvolil také proto, že bych rád v budoucnu pracoval v rámci své práce s touto věkovou skupinou a rozvíjel jejich dovednosti v rámci logopedické péče. Jako dobrovolníka střediska mě program oslovil svým velkým důrazem na spolupráci s rodinou, která je zde stěžejním bodem terapie při vývoji dítěte. Ačkoli patří tento program mezi ty programy, které byly vytvořeny již před mnoha lety, je zde hledisko důležitosti práce s rodinou a začlenění rodiče do multidisciplinárního týmu zmíněno mnohem dříve, než si odborná veřejnost začala uvědomovat její plnou důležitost. V rámci vymezení cílů své práce jsem se snažil získat co nejvíce informací o tomto programu, zjistit dle jakých podmínek probíhá diagnostika dítěte raného věku a seznámit se i s dalšími programy, které jsou používány při reedukaci dětí v raném věku a školního věku.

Moje bakalářská práce je rozčleněna celkově do dvou částí. První částí je část teoretická, která se dělí celkem do čtyř kapitol a druhou částí práce je díl praktického šetření. V rámci první kapitoly teoretické části je Programu Portage. Zde je uvedena historie programu Portage v zahraničí a jeho proniknutí na české území v devadesátých letech dvacátého století. Dále je zde uveden popis jeho složek a cíle, kterých se snažíme pomocí programu dosáhnout. Kapitola druhá se věnuje přehledu vývoje dítěte od narození po dospělost, a to jednak z hlediska fyziologického, tak z hlediska patologického vývoje jedince. Třetí kapitola se již věnuje rozboru diagnostických nástrojů, které jsou při hodnocení vývojového stupně dítěte užívány. I zde jsem rozdělil diagnostiku z hlediska dítěte fyziologicky zdravého a dítěte, pro které je třeba užít speciálně-pedagogickou diagnostiku. Ve čtvrté kapitole přecházím k samotnému popisu principu rané péče v České republice a ukotvení vzdělávání předškolních dětí dle Rámcového vzdělávacího plánu pro předškolní vzdělávání. V páté kapitole je popsána výzkumná část ohledně způsobu použití programu v zařízeních sociální podpory dětí. Výzkum byl prováděn v dětských domovech v oblasti Středočeského kraje a zařízení rané péče ROSA. Výzkum byl prováděn dotazníkovou formou, jejímž cílem bylo porovnat podmínky, rozsah a vstupní předpoklady klientů vstupujících do programu.

1 PROGRAM PORTAGE

1.1 Historie programu Portage

Program Portage byl vytvořen roku na popud na základě podnětu Ministerstva školství Spojených států amerických v roce 1969. Podnětem k tvorbě tohoto programu byla snaha vytvořit nový model podpory pro děti s postižením. Ministerstvo nebylo spokojeno s dosavadními programy rozvoje pro tyto děti a danými osnovami a tak bylo rozhodnuto, že bude vytvořen nový program podpory experty ministerstva. Pracovníci projektu využili dosavadní poznatky o vývoji dítěte a ověřené formy hodnotících škál, mezi které patřily Bayleovy škály, Vinelandská škála sociální zralosti, Denver Developmental Screening Test, Peabody Picture Vocabulary Test k vytvoření kritérií vyjádřených pomocí souboru dovedností.

Portage program byl vytvořen roku 1972 a dělil se na tři vývojová ustanovení.

1. *The Portage Guide to Early Education (PGEE),*
2. *the Portage Classroom Curriculum (PCC)*
3. *Growing Birth to Three*

Portage Guide to Early Education byl dvakrát upraven a přeložen do více než třiceti jazyků k potřebám odborníkům z řad akademické obce i odborníků v mnoha pedagogických zařízeních. Během své realizace v praxi docházelo postupně jako u jiných programů k inovaci v důsledku získávání nových poznatků v medicíně, pedagogice, psychologii a jiných vědách a proto bylo nutné, aby i Program Portage reagoval na tyto změny. Mezi tyto faktory patřily mezi mnoha jinými zejména nové poznatky ohledně výzkumu mozku a vztahem mezi raným učením sociální interakcí, výzkumy ohledně gramotnosti a fáze před-matematického myšlení. Dále věda přinesla poznatky o důležitosti „zapuštění“ intervence do aktivit běžného dne a výzkumem zákonitostí raného učení. Tak vznikl na podzim roku 2003 New Portage Guide, který snažil právě skloubit nové poznatky a výzkumy s poznatky z let minulých.

Samotný program Portage byl za své existence aktualizován celkem dvakrát. První revize proběhla roku 1976 druhá v roce 1996. Od roku 1976 se začalo s tréninky projektu i pro další odborníky mimo Velkou Británii.

Co se týče rozvoje aktivit v jiných zemích mimo Evropu a Severní Ameriku dostal Projekt Portage programu od Agency for International development v Peru v roce 1977 grant na rozvoj

raného vzdělávání v této jihoamerické zemi. Poté se projekt rozšířil i do dalších zemí, mezi kterými byly Japonsko, Čína, Taiwan, Indie, Jamajka, Mexiko a mnoho dalších. V roce 1986 proběhla mezinárodní Portage konference ve Velké Británii. Od té doby jsou tyto konference pořádány každé 2 roky International Portage Association. Doposud se konaly ve Velké Británii, Japonsku, Indii a Jamajce. Poslední revize proběhla v roce 2003. Byl vytvořen New Portage Guide to Early Education. Proces revize byl realizován na základě ohlasů odborníků na vývoj dítěte a poznatků z praxe. Hlavními experty, kteří se podíleli na realizaci této revize, byli:

Prof. Betty Black, Ph.D.

Jill Mc .Donald – tvůrce osnov

UW- Milwaukee and a former Head Start teacher who had adapted the Portage Classroom Curriculum

Sběr informací byl realizován i formou telefonických rozhovorů, které byly rozděleny na dvě různé části. Jedna sada otázek byla určena pro odborníky na poli výzkumu tvorby vzdělávacích osnov. Druhá sada byla určena přímo uživatelům Portage programu. V rámci šetření bylo dotázáno přes 20 uživatelů z různých zemí světa.

Díky dlouhodobému sběru ohlasů odborníků z řad akademiků i pedagogických pracovníků byl vytvořen nový soubor materiálů a podkladů, který by mohl sloužit jak v rámci výuky ve škole tak i formou domácích konzultací realizovaných v přirozeném prostředí klienta. Materiály programu Birth to Three, jež byly publikovány v rámci Projektu Portage v roce 1993, jsou používány v Norsku, Portugalsku, Rusku a USA.

Autorkami projektu Birth to Three jsou Karen Wollenberg a Elizabeth Olsen. V rámci programu Birth to Three byl realizován multidisciplinární přístup, který vedl k lepšímu porozumění pocitům rodičů a zlepšení spolupráce pedagogických, lékařských a sociálních pracovníků. Do České republiky pronikly koncepty Programu Portage až po sametové revoluci. Velkou zásluhu na uvedení programu mezi programy pro podporu dětí s postižením bylo zařízení s názvem Dětské centrum Paprsek v Praze 9 Hloubětín. Zároveň zde vzniklo školicí středisko, které proškolilo první odborníky zabývajících se programem Portage v České republice.

1.2 Model programu Portage

Model programu je založený na poznatku, že dítě je již ovlivnitelné od útlého věku v rámci rané intervence. Zastává základní poznatek, že v tomto věku je nejlepším učitelem a průvodcem

právě rodič. Většina dětí, které se narodí s těžkým postižením, je v péči svých rodičů. Rodičům, kterým se narodí dítě postižené, procházejí však jinými fázemi než ti, kterým se narodí dítě zdravé. Zdravé dítě bývá rodinou kladně přijato jako dlouho očekávaný dar "přírody". Vstup dítěte do rodinného kruhu je považován za výsostný rituál, kterým si rodiče utvrzují svou sociální a biologickou roli. U postižených dětí se však žádný rituál často neprobíhá. Rodiče jsou zklamáni a zdrceni, hledají pomoc, oporu. Té se jim mnohdy od příbuzných nedostane, a proto se s žádostí o pomoc musí obrátit na specializovaná pracoviště. V rámci péče o dítě nabízí mnoho organizací podporu a pomoc v prostředí mimo domov. Vhodná je péče poskytována dětskými stacionáři či zájmovými a příležitostnými spolky včetně neprofesionálních odborníků. Ve velké Británii poskytují pomoc a radu v rámci prostředí domova zdravotní sestry, které pracují ve sdružení s názvem (Health Visitors). V ČR takovéto služby podobného typu v rámci domácích konzultací velmi chyběly a až v nedávné době se začal klást důraz na rozvoj těchto služeb. Mnoho rodičů velmi uvítalo komplex služeb, které jsou nabízeny mimo institucionální péči. Mnohdy si zde připadaly v jakési „podřízené“ roli, ve které musejí poslouchat názor odborníka bezvýhradně a možnost jejich vlastní realizace péče je velmi potlačena. V průběhu domácích konzultací však se tito rodiče cítí být rovnocennými partnery, tvůrci a realizátory edukačních programů. Mnohdy mají ostych zeptat se na jisté věci v prostředí instituce. Jisté otázky jim přijdou trapné a mají ostych před více lidmi se na ně zeptat ohledně rozvoje svého dítěte. Díky domácím konzultacím získají rodinní příslušníci nejenom pocit bezpečí, empatie a porozumění, ale často se s domácími konzultanty spřátelí natolik, že jsou rodiče poté v určitých otázkách mnohem přístupnější.

1.3 Cíle programu Portage

Podpora vývoje dítěte, harmonizace rozvoje ve všech oblastech a snaha umožnit uplatnění jeho zvláštních vloh a schopností. Portage program byl vypracován s důrazem na to, aby mohl vyhovět potřebám a obavám rodičů ohledně rozvoje jejich dítěte.

Jádro projektu je založeno na pravidelných návštěvách domácích konzultantů, které jsou realizovány zpravidla jednou za týden. V průběhu návštěv je realizován praktický nácvik určité činnosti, kterou je potřeba zlepšit s ohledem na individuální možnosti dítěte. Domácí konzultant předvede nácvik činnosti s dítětem rodiči a poté sleduje průběh prováděné činnosti rodičem. Následně zaznamená do archu dovedností počáteční stupeň zvládnání dané činnosti.

([Http://www.portageproject.org](http://www.portageproject.org) [online]. 2010 [cit. 2010-07-25]. Portage project. Dostupné z WWW: <<http://www.portageproject.org/pdf/portageproject.pdf>>.)

1.4 Složky programu Portage

Program Portage patří mezi programy, který se soustředí na sledování a rozvoj dítěte ve více složkách. Dal by se považovat za určitý „návod rozvoje dítěte v raném věku“.

Dítě je tedy v jeho průběhu sledováno a rozvíjeno v několika složkách pomocí domácích konzultací či při docházení do zařízení, kde je nácvik činností prováděn. K těmto složkám, které se v rámci Programu Portage snažíme rozvinout, patří motorika, soběstačnost a sebeobsluha, řeč, vědomosti a socializace.

„Motorika(z latinského motus= pohyb) je súhrn všetkých pohybov ľudskeho tela, celková pohybová schopnosť (hybnost) organismu“ (Vašek 1991, s. 102)

Motorika má velmi výraznou úlohu při vzdělávání a výchově člověka. Na efekt edukace má velký vliv zjištěná úroveň míry motoriky daného jedince. Motorika významně souvisí i s dalšími složkami jako jsou lateralita, rozvoj řeči a myšlení. Poznatky o úrovni motoriky jsou velmi potřebné s ohledem na výběr profesního zaměření jedinců s postižením. Hybnost sama o sobě je souhrnem složek, které se liší svým charakterem. Zařazujeme k ní instinktivní pohybové reakce (reakce pohybem na neočekávané situace); jednoduché nepodmíněné reflexy; pohybové návyky, které získáme v průběhu lidského života. Nejvyšším stupněm motoriky je schopnost koordinovaného a vůlí ovládaného pohybu. K této nejvyšší formě je třeba již určitá míra inteligence k pochopení dané situace a návrhu adekvátního pohybového řešení. Motorika se dále dělí na hrubou a jemnou. Jemnou motorikou se myslí zejména motorika ruky, ale patří k ní i motorika mluvidel, mimiky a gest. Jedná se o pohyby malých svalových skupin. Hrubá motorika je záležitostí velkých svalových skupin.

Odlišnosti v motorice osob se zdravotním postižením jsou ovlivněny druhem a stupněm postižení, délkou působení efektu (vrozené či získané) a úrovní kompenzace. (Vašek,1991)

Sociabilita je popisována jako schopnost vytvářet a rozvíjet mezilidské vztahy s okolím. Jejich tvoření probíhá při interakci ve skupině. Tato vlastnost je z velké míry ovlivnitelná výchovou daného jedince. Sociální vztahy mohou být normální i narušené, což se považuje za narušení rovnováhy mezi jedincem a prostředím. Faktory, které ovlivňují utváření sociálních vztahů u jedince s postižením je vztah jedince k sobě samému, vztah k rodičům a nejbližšímu okolí, míra tolerance okolí, tendence k agresivitě, míra potřeby sociálních kontaktů. Sociální vztahy mohou být normální či narušené. Odborná literatura zde uvádí termíny jako defektivita, naznačující poruchy rovnováhy mezi jedincem a prostředím. Při utváření sociability jedince

s postižením posuzujeme faktory vztahu jedince k sobě samému a náhledu n své postižení, vztahu k rodičům a k širšímu sociálnímu prostředí, míra potřeby sociálních kontaktů postiženého, míra tolerance jedince s postižením vůči okolí, tendence jedince s postižením k agresivitě a míra osvojení a ochoty dodržovat společenské, morální a právní normy společnosti. Další složkou programu Portage patří rozvíjení složky řečové. Možnost dobré socializace jedince s postižením je z velké míry dána schopností komunikovat se svým okolím, schopností dorozumět se. (Vašek 1991)

V jiné literatuře se uvádí, že předpokladem sociability je schopnost empatie, přizpůsobení se a kompromisu. (Průcha, Walterová, Mareš 1995)

Řeč je projevem lidské bytosti, každý člověk má za určitých podmínek osvojit si dovednost řeči. Cílem komunikace jako takové je schopnost interakce mezi dvěma lidskými jedinci (Sovák, 1978)

Určování úrovně sebeobsluhy se provádí při diagnostice dětí v předškolním věku a při diagnostice jedinců s mentálním postižením. Vyšetření dané úrovně se zpravidla provádí tak, že se aktuální výkon dítěte porovná s vývojovými normami získanými pozorováním a zobecní se s výkony dětí intaktní populace. Tento způsob posuzování lze uplatnit u dětí, které nejsou ochotni komunikovat či spolupracovat s vyšetřující osobou. Činnosti posuzované pro diagnostiku úrovně sebeobsluhy lze zařadit do tří základních oblastí. Stravovací a sebeobslužné úkony (pití a přijímání stravy), hygiena (udržení stolice, čistotnost, mytí se) a oblékání a obouvání. Poslední složkou programu je složka zabývající se úrovní vědomostí daného jedince. (Vašek, 1991)

„Zisťuje se tu stav osvojených poznačkov ,sposobilostí a návykov žiaka, ale sekundárne aj efektívnosť práce pedagóga „.(Vašek 1991, s. 98)

Původně se zjišťovala úroveň vědomostí pouze zkoušením. Posupně se však došlo k názoru, že zkoušení samotné je ovlivnitelné mnoha faktory, které mohou zkreslit jeho výsledky. Při zjišťování školní výkonnosti je třeba zohlednit druh a typ postižení, osobu vyučujícího, rodinné zázemí, schopnost zvládnutí kompenzačních technik jedincem. (Vašek, 1991)

„Vědomosť je převážně kognitivní, individuálně svébytná soustava představ a pojmů, teorií a komplexních poznatkových struktur, které si žák osvojil díky školnímu vzdělávání, vlastnímu učení a jiným vlivům. Je výsledkem žákova vnímání, poznávání, myšlení, zapamatování, praktického experimentování i životních zkušeností“ (Průcha, Walterová, Mareš 1995, s. 250)

2 ONTOGENETICKÝ VÝVOJ ČLOVĚKA

2.1 Fyziologický vývoj člověka

Novorozenecké období je vymezeno dobou od narození do konce prvního měsíce života. Je skutečně obdivuhodné, co dítě v tomto prvním období svého bytí dokáže. (Bartoňová, 2005)

„Hned po narození se začíná adaptovat na vnější svět, který se tolik liší od světa dělohy. Veškeré systémy jsou připraveny fungovat od okamžiku narození“. (Allen, Marotz 2002, s. 47)

Období novorozenecké začíná narozením a trvá do 28. dne života. Dítě v tomto období spí téměř 24 hodin. Donošený novorozenec má hmotnost kolem třech až čtyřech kg a délku okolo padesáti cm. Obvod hlavy měří cca třicet čtyři cm a obvod hrudníku zhruba třicet dva cm. Z hlediska tělesné proporcionality tvoří hlava novorozence asi $\frac{1}{4}$ tělesné délky, dítě má dlouhý trup a krátké končetiny. (Machová, 1985)

Tělo novorozence okamžitě přebírá všechny vegetativní funkce, kterými jsou dýchání, přijímání potravy, vylučování, regulace a teploty těla. Tyto funkce však nemohou být v tomto období již zralé a dítě je při určitých z nich závislé při jejich vykonávání na péči svých rodičů či jiných opatrovatelů. (Bartoňová, 2005)

Nervová soustava je nezralá a díky této nezralosti je dítě závislé na péči matky. V soustavě jsou již vytvořeny reflexní oblouky nepodmíněných reflexů. Motorika je omezena na pohyby pro přežití a je čistě reflexního původu. Během těchto prvních týdnů nemá dítě volní kontrolu nad pohyby svého těla, tu získá až koncem prvního měsíce. Jedinec však vnímá své okolí a na podněty reagují pláčem, kterým vyjadřují své potřeby a emoce. Percepční a kognitivní schopnosti jsou na reflexní úrovni. Kůže je svráštělá a vyschne až několik dní od samotného porodu, na některých místech se může odlupovat. Barvou je světlá a postupně ztmavne do barvy odpovídající jeho genetickým předpokladům. Hlava může být po porodu mírně zdeformovaná, do týdne se však upraví do správného tvaru. Hlava v tomto období představuje až čtvrtinu celkové délky. Barva vlasů a množství se liší u každého jedince. (Bartoňová, 2005)

Druhým obdobím, kterým dítě při vývoji prochází, je období kojenecké. Toto období trvá od prvního měsíce do 1. roku života. Je to období velkých změn.

Dítě velmi rychle roste, jeho organismus a tělesné funkce se stabilizují, dech a tep je stále pravidelnější. S posilováním svalů se zlepšuje i motorika. Dítě se zajímá, co se kolem něho děje

a na dění reaguje. Postupně si vytváří silné emoční pouto ke svým pečovatelům. (Allen, Marotz, 2002)

Velmi výraznou úlohu hraje v tomto věku potřeba stimulace, díky níž získává kojeneček potřebné a životně důležité zkušenosti o svém okolí. Důležitou se stává schopnost záměrně uchopovat a následně pouštět uchopené předměty. Objevuje se u něj sociální vědomí a dále se rozvíjí jeho řečové schopnosti. Pláč sice je i nadále primárním způsobem komunikace, již však si můžeme povšimnout složitějších způsobů komunikace. Dítě napodobuje zvuky, hlasy a gesta ze svého okolí. Kojeneček již preferuje lidský hlas před jinými sluchovými podněty. V prvním roce života se objevují první slova s významem, rozumět řeči naučí dříve. Toto období je pro vývoj řeči velice důležité a je vhodné dítě k mluvení motivovat úsměvem. (Vágnerová in Bartoňová, 2005)

„Kojenecké období představuje prudký rozvoj tělesného a psychického vývoje. V pohybovém vývoji začíná kojeneček postupně ovládat své tělo tak, že je schopen zvládnout vzpřímený postoj, chůzi s držením za ruku a konečně samostatný první krůček.“ (Bartoňová, 2005, s. 26)

Dobrym diagnostickým vodítkem raného vývoje dítěte je právě schopnost úsměvu. Úsměv je odpovědí na kladné podněty. Pro zdravý vývoj je velmi důležité klidné a láskyplné prostředí, které dítěti poskytuje pocit jistoty a bezpečí, které v tomto období velmi potřebuje pro zdravý budoucí vývoj. (Bartoňová, 2005)

Období batolete je charakterizováno od začátku druhého roku života do konce roku třetího. Název batole je odvozen od nejistého kroku - batolivé chůze. V tomto období probíhá 1. emancipace dítěte. Dítě již není omezeno v mnoha činnostech na matku, ale samo poznává prostředí, ve kterém žije. Dítě se osamostatňuje v přijímání potravy, chůzi, udržování čistoty. Přesto je však díky své nezkušenosti a neobratnosti velmi zranitelné a je třeba se vyvarovat vážných úrazů (např. popáleniny) či otravou léky. Z tohoto důvodu je důležitý dozor nad dítětem. Růstové tempo oproti předchozím obdobím se zpomaluje a nyní činí asi polovinu za první rok života. V průměru batole měří osmdesát pět cm. Koncem roku třetího činí výška zhruba jeden metr, průměrná hmotnost je asi patnáct kg. U dívek a chlapců se hmotnost liší s převahou u chlapců. Dochází k růstu hrudníku a jeho předozadnímu oplošťování. Tělesná proporcionalita je podobná jako u kojence. Období batolivé je charakteristické též jako období první dentice a chrup se skládá z 20 mléčných zubů. Vývoj motoriky a psychomotoriky mají těsnou souvislost. Dle dosažených motorických dovedností lze tedy soudit o úrovni psychomotorické. Motorický vývoj je nápadný velkou pohybovou aktivitou. Dítě se ve třetím

roce zdokonaluje v chůzi a díky pohybu si může samo aktivně vyhledávat podněty, které mu přinášejí radost. V psychickém vývoji je důležitá právě schopnost dítěte se samostatně pohybovat, jelikož si pohybem rozšiřuje okruh podnětů, které ho stimulují.

„Zatímco v kojeneckém věku dítě předměty pouze prohlíží a zkoumá, nyní si s nimi již skutečně hraje“. (Machová 1985, s. 76)

Hra však probíhá individuálně, i když je ve společnosti dalších dětí. Děti tohoto věku si spolu nikdy nehrají. V období batolete si dítě utváří nejdůležitější životní postoje. Obrovský vliv na jejich utváření má citové zázemí rodiny. Strádání v této složce způsobuje citovou deprivaci. Zatímco v roce prvním užívalo dítě kolem třech až pěti slov, v průběhu druhého roku se jeho slovní zásoba rozšíří až na dvě stě slov. Dítě se učí pojmenovávat předměty a mluví o sobě ve třetí osobě. (Machová, 1985).

Dítě může pomocí řeči dosahovat určitých cílů, usměrňovat dospělé, a proto se snaží komunikovat stále častěji. Kolem dvou a půl roku se již objevují známky frustrace z neúspěšné komunikace. V roce třetím se dostáváme do období logických pojmů. Dítě nyní dokáže označení, která byla spojena s konkrétními věcmi, generalizovat na označení všeobecná. (Klenková, 2006)

Předškolní věk je datován od začátku čtvrtého roku do konce roku šestého. Hlavní činností k učení se novým věcem je hra.

Při hře se rozvíjí prvky jako představivost, myšlení, paměť, řeč, ale i sebeobsluha a ukázněnost. Dítě touží po společnosti dětí i dospělých a uvědomuje si již svoji roli v rámci rodiny a kolektivu. Na počátku předškolního věku se projevuje období prvního vzdoru. Dítě odmítá poslušnost, vzteká se, prosazuje své nároky a požadavky. V tomto se projevuje vznikající vůle a sebevědomí dítěte, jež se dostává do sporu s vůlí dospělých. V tomto období již dětský růst neprobíhá tak rychle jako v obdobích předcházejících a tento jev bude přetrvávat až do dospělosti. V průměru vyroste asi šest cm za rok a váží asi sedmáct kg. Mezi pátým a šestým rokem se zásadně změní tělesná proporcionalita.

Oproti dalším partiím se zrychluje růst končetin a zpomaluje růst hlavy, která zaujímá nyní již jen šestinu tělesné výšky. Díky prodlužování končetin mluvíme o období první vytáhlosti.

Ke konci šestého roku dochází k výměně chrupu v tzv. období druhé dentice. Z hlediska psychomotorického vývoje dochází k myelinizaci nervových drah a diferenciaci mozkové kůry. Také se ustaluje poměr mozkových laloků. Nyní je struktura nervové soustavy připravena

na nejvyšší funkce nervové činnosti. V motorice dochází ke zdokonalení hrubé motoriky a zlepšování v motorice jemné. Dítě chodí, běhá bez pádů, přeskakuje překážky a v na přelomu pátého a šestého roku se zvládne samo obléknout a svléknout. V psychickém vývoji se dále rozvíjí paměť, řeč, myšlení a fantazie. Dítě velmi rádo kreslí obrázky, kde se dobře objevují jeho motorické schopnosti.

V řeči dochází k dalšímu obohacování slovní zásoby a je dobré, aby k jejímu rozvoji mělo dítě co nejvíce podnětů. Dítě již zvládne krátké básničky a písničky. V rámci sociálního vývoje se dítě učí osamostatňovat od rodiny. Učí se spolupracovat s jinými, podřizovat se jim, pečovat o druhé, vést jiné. Tyto prvky jsou zásadní při socializaci. V šesti letech je dítě připraveno na vstup do školy. Ta znamená v životě dítěte, ale i rodiny, velkou změnu. Jedinec se musí přizpůsobit pevně danému rozvrhu dne, kolektivu a autoritě učitele. Bude se muset učit i věci, které pro něj nebudou přitažlivé a zvyknout si tak překonávat obtíže a překážky se školou spojenými. Důležitým momentem je, aby dítě pocíťovalo ze své práce radost a uspokojení. (Machová, 1985)

2.2 Patologický vývoj člověka

Narození dítěte s postižením přináší závažnou životní situaci pro dítě i jeho rodinu. Z hlediska celkového vývoje by mělo projít dítě s postižením stejnými obdobími jako dítě zdravé, a to ve všech oblastech vývoje motorického, sociálního i psychického. U dítěte s postižením však v určitých obdobích existuje riziko, že se u něj projeví sekundární postižení. V určitých obdobích rozvoje dítěte od jeho narození po dospělost prochází rodiče procesem postupného vyrovnávání a akceptace postižení svého dítěte. V období kojeneckém je dítě fixováno hlavně na matku. Fixace na jednu pečující osobu je pro něj velmi důležitá. Dítě získá základní modely sebepojetí a jistoty. Zejména v prvotních stádiích může být vývoj dítěte ohrožen odmítáním matky pečovat o své dítě (např. kojení). Protipólem odmítavé péče bývá až úzkostná a nepřiměřená fixace na dítě.

Dítě bývá ohroženo citovou deprivací a nedostatkem stimulace, která je pro jeho další rozvoj velmi důležitá. Hovoříme v tomto případě o tzv. bazální životní strategii.

Tato strategie nám říká, že způsob, jakým dítě prožije první rok, ovlivní jeho postoj k životu. Strategie se vytváří vzhledem k možnostem, které dítě má pro život a ze zkušeností, kterou získává. Zdravé děti jsou při získávání zkušeností s vnějším prostředím aktivnější než děti s postižením, které jsou limitovány určitým deficitem. Proto u těchto postižených dětí při

zkoumání „nového světa“ převažuje apatie a pasivita, která je rodiči mnohdy posilována. Vývoj psychiky je ovlivněn zejména činiteli, mezi které patří dynamika interakce základních potřeb – potřeby jistoty, stability a potřeby proměnlivosti, která se odráží zejména se zvědavostí a touhou zkoumat okolní svět. U dítěte s postižením spíše vystupují činitelé jako pocit bezpečí a stability, jelikož jejich schopnosti zkoumat okolní svět jsou omezené jak nemožností získávat informace (senzorické postižení, tělesné), tak nemožností tyto získané informace adekvátně zpracovat a vyhodnotit, což se týká zejména dětí s postižením mentálním. Postiženému dítěti běžná stimulace často nestačí, a proto je nutné zvolit formy stimulace, které mu pomou v jeho rozvoji. Takovou formou může být speciální vzdělávací program. (Vágnerová, 1999)

„Mentální postižení těžkého a hlubokého stupně bývá většinou diagnostikováno již v tomto období, především díky tomu, že se ve většině případů jedná o postižení kombinované. U dětí s mentálním postižením se v tomto věku setkáváme s nápadnými poruchami vegetativními, zaostává u nich vývoj pohybových funkcí, porušena je i jemná motorika a senzomotorická koordinace“. (Říčan, Krejčířová in Černá 2008, s. 128)

Ve věku batolete dochází u dítěte k tzv. prvnímu období emancipace. Emancipace je důležitá pro vědomí sebe sama a tudíž k rozvoji vlastní identity. Pokud tento krok je z určitých důvodů nemožný, bude mít osobnost tohoto jedince v dalším rozvoji své specifické rysy. Dítě již nepotřebuje ke stimulaci svého rozvoje pouze podněty, které mu překládá dospělá či jiná osoba, ale může si podněty opatřit samo. Dítě se tedy opouští vztahy, které blokují jeho další rozvoj. Dítě se osamostatňuje. U dítěte s postižením je forma osamostatňování v určitých složkách nemožná. Obtíže se mohou projevit v odpoutání se z vázanosti na určité místo, odpoutání se z vázanosti na aktuální kontakt s realitou a odpoutání se z vazby na matku. U odpoutávání se z vázanosti na určité místo je pohyblivost dítěte s tělesným postižením omezena, dítě je i nadále závislé na podnětech, které mu jsou předkládány jinými osobami. Děti s postižením zraku zaostávají za zdravými vrstevníky v samostatné lokomoci. Vzdálenější prostor je neláká, protože je v něm nemá co zaujmout, jelikož z distančních smyslů je důležitý hlavně zrak pro zkoumání okolního prostředí. U odpoutávání se z vázanosti na realitu je důležitý přechod na formu symbolického myšlení. Pokud tedy dítě není schopno porozumět mluvené řeči, opoždí se jeho vývoj myšlení. Zde jsou ohroženy děti s poruchami sluchu a děti s mentálním deficitem. Proces odpoutávání se z vazby na matku se týká všech dětí a u postižených dětí bývá obtížnější. Dítě s postižením je na blízkých osobách závislejší a rodiče mnohdy svou hyperprotektivní výchovou závislost i nadále podporují. Závislost je vlastně formou bezpečí a ochrany a stereotypu a akt

osamostatňování je brán jako ohrožení této stability. V naší kultuře je vede matku v péči o postižené dítě spíše k pasivitě a udržování „kontroly“ rozvoje svého dítěte. (Vágnerová, 1999)

„Závažně postižené batole je v některé oblasti natolik vývojově opožděné, že se celkově jeví spíše jako kojeneček: nechodí, nemluví, není zvědavé apod. Rodiče se k němu v důsledku toho také chovají jako ke kojenci, obyčejně generalizovaně. Neberou v úvahu, že má některé kompetence přiměřené věku. V tomto období dochází k definitivnímu potvrzení diagnózy a často i ke zpřesnění pravděpodobné míry postižení.“ (Vágnerová, 1999, s. 111)

Období předškolní trvá od čtyř do šesti let věku. V tomto období dochází k vývojovému pokroku a rodiče dětí s těžším postižením si často vytvářejí nereálná očekávání o vzdělávací dráze svého potomka. Období končí nástupem do školy, což je v naší společnosti považováno za výraznou událost. Nástup dítěte do školy je jakýmsi potvrzením normality dítěte. Dítě dosáhlo jistého stupně vývoje a rodiče často věří, že handicap nebude tak velkou překážkou. Mnohdy ani neuvažují o jiné vzdělávací alternativě, než kterou jim nabízí běžná základní škola. Rodiče si často nechtějí připustit, že by dítě nebylo schopno zvládnout požadavky běžné školy. Ve škole si dítě uvědomí, že je určitým způsobem jiné. Dochází zde k tzv. první krizi identity. Dítě poznává své odlišné schopnosti a dovednosti vzhledem ke svým spolužákům a občas se setká

i s negativním postojem spolužáků k němu samotnému. V takovém případě dojde u rodičů k „rozpomenutí se na problémy, které měli oni sami s přijetím a akceptací faktu, že je jejich dítě postižené. Čím je rozpor s nároky školy na dítě a možnostmi výkonu dítěte větší, tím větší traumatické zážitky tato situace přináší jak dítěti, tak rodině. (Vágnerová, 1999)

Integrace dětí s postižením do běžného výukového proudu lze chápat jako způsob začleňování jedince do majoritní společnosti a lze jí chápat jako přijatelnou míru socializace, která se svou formou blíží normě. Společnost se musí naučit rozumět problémům a obtížím těchto osob a přijímat je jako rovnoprávné členy. Jedinec s postižením je konfrontován s nepříjemnými zkušenostmi, které integrace přináší (posměch, menší výkon jiné zájmy, pocit méněcennosti). Je proto třeba dítě vhodně motivovat a podporovat. Pokud je zátěž příliš velká, dítě se stáhne do ústraní či vyhledává společnost osob s podobnými specifikami. Na druhou stranu dítě získá možnost získat sociální zkušenosti nutné k životu v majoritní společnosti, v níž bude muset žít po celý svůj život. Při zvolení speciální školy není dítě stresováno faktem své odlišnosti a je zde i menší riziko odmítnutí a šikany ze strany kolektivu. Forma výuky je také lépe přizpůsobena individuálním potřebám těchto jedinců. Faktor přímé konfrontace s intaktní společností je však odsunut až do dospělosti a pro osoby, které si zvykli na jistou míru „ izolace“ od běžné

společnosti přináší zvýšené množství stresových zážitků a jedince může být na nepříjemné reakce citlivější než v období dětství. (Vágnerová, 1999).

Míra úspěšnosti je ovlivněna řadou faktorů mezi, které patří prostředí školy (klíma, bezbariérovost, postoje učitelů k žákům s postižením, přijetí učiteli a spolužáky dítěte s postižením, speciální podpora (asistence, speciální pomůcky). (Slowik, 2007)

Dospívání neboli pubescence je obdobím tzv. druhé emancipace. U jedince se rozvíjí forma logického uvažování (v případě absence deficitu v oblasti mentální). Pro osobu s postižením v průběhu dospívání je přítomnost jeho vady již samozřejmostí. V toto období, kdy je kladen důraz na kritiku sebe sama a srovnávání se s ideálem. Jedinec musí být schopen přijmout sebesama i s charakterem vady a důležité z hlediska sociálního je i fakt, jak na jeho „deficit“ pohlížejí i jeho vrstevníci. V případě, že nedokáže přijmout obraz své osobnosti takové jaké je i s jejími nedostatky, reaguje často obrannými mechanismy. Postupně může dojít ke stranění se společnosti a tudíž v konečné fázi k sociální izolaci jedince.

Nepřijetí sebesama má vliv i na další rozvoj jeho osobnosti. Již samotný fakt toho, že jsem odlišný ústí mnohdy u osob s postižením k psychickým problémům až k frustraci. V dospívání dochází k odpoutávání se od rodiny, k osamostatňování jedince a větší inklinaci k vrstevníkům. Pro jedince s postižením jsou tyto oblasti často nerealizovatelné. U některých typů postižení nemá jedinec ani potřebu se osamostatnit (osoby s mentálním postižením).

„Dospívání je obdobím hledání vlastní identity. Je zřejmé, že pro postižené jedince je tento proces mnohem obtížnější a riziko selhání větší.“ (Vágnerová 1999, s. 113)

Prvotní pocit být součástí určité sociální skupiny se často setkává s odmítáním, nezájmem až ignorací zdravých vrstevníků. Postižený jedinec strádá nedostatkem sociálních vztahů. V tomto období hraje velkou roli partnerství dvou osob. Například u osob těžce zrakově postižených je volba výběru partnera omezena. Často navazují vztahy s osobami, které velmi dobře znají- spolužáci . Druhou volbou bývá volba partnera s postižením (až 56% se stejným typem postižení). (Hamadová, Nováková, Květoňová, 2007)

V období dospívání se jedinec připravuje na volbu svého budoucího povolání. V kontextu osob s postižením je nabídka možností uplatnění se na trhu práce omezena. (Vágnerová, 1999)

„Tváří v tvář všem těmto otázkám cítí rodiče odpovědnost za přípravu svého dítěte na co možná nejsamostatnější život. Cítí nutnost připravit je, jak se sám o sebe postarat, jak vycházet se spolupracovníky, jak si utvářet společenské vazby apod. Důležitou dimenzí nezávislosti, která

leží rodičům zvláště na srdci, je schopnost ochránit sám sebe, rozpoznat potencionálně nebezpečné situace a vyvarovat se jich“. (Ainsworth, Baker in Černá 2008 s. 174)

3 PEDAGOGICKÁ DIAGNOSTIKA

3.1 Pedagogická diagnostika v našich zemích

Pedagogická diagnostika má v českých zemích dlouhou tradici počínající dobou J. A. Komenského, který se ve své publikaci *Informatorium školy mateřské* zamýšlí nad problémem, kdy je nejvhodnější věk pro nástup dítě do školy. Na začátku 20. století se hodnocením zabývali J. V. Klíma, C. Stejskal a V. Příhoda. Ten je významný zejména tím, že položil základy kvantitativního hodnocení. Pedagogická diagnostika je poměrně mladou vědou, která se začíná prosazovat až v 60. letech našeho století. V tuto dobu totiž dochází k proměně školského systému a k rozvoji pedagogického poradenství. (Zelinková, 2001)

„Pedagogicko-psychologická diagnostika ve škole není tedy pouze jednorázové zjištění určitých osobnostních vlastností žáka, ale je nezbytnou součástí každodenní soustavné práce a spolupráce všech učitelů“. (Maydlová in Zelinková, 2001)

Postupně dochází k přesunu v diagnostické práci ve škole od diagnostiky osobnosti žáka k diagnostice výchovných a sociálních podmínek. Mezi další aspekty patří diagnostika školní třídy, vztahů mezi žáky a autodiagnostika učitele. V současnosti je kladen důraz na diagnostiku jako prostředek možnosti zkvalitnění práce a komunikace mezi učitelem a žákem. S rozvíjením možnosti počítačů se naskytla možnost vytvoření programů k podpoře pedagoga. Takovým programem je Kantorův notes, vytvořený J. Novákem, který slouží k podpoře pedagogické aktivity učitele a statistické zpracování hodnocení žáka. Diagnostika speciálněpedagogická se rozvíjí v průběhu 70 let. Mezi její tvůrce patří Kábele, Žlab, Sovák a mnozí jiní. (Zelinková, 2001)

3.2 Diagnostika jedinců se speciálními potřebami

Dobře provedená diagnostika je východiskem pro úspěšnou integraci. V rámci ní získáme informace nejen o úrovni vědomostí, ale i schopnostech komunikačních, sociabilitě a přizpůsobivosti.

V rámci diagnostiky nehledáme složky, ve kterých dítě selhává, ale složky, ve kterých naopak vyniká. (Zelinková, 2001)

Diagnostika jedince s postižením je nutnou provádět za spolupráce multidisciplinárního týmu. Mezi tyto odborníky se řadí lékař, psycholog, sociální pracovník, speciální pedagog.

Různí odborníci z těchto oblastí do tvorby více či méně zasahují, avšak nejčastěji spolu komunikují v této otázce speciální pedagog a psycholog. Ve velké míře dochází k prolínání těchto dvou diagnostik, proto v praxi se využívá při diagnostice jak testů psychologických, tak speciálně pedagogických. V průběhu diagnostiky se odborníci nezaměřují na jen na jedince s postižením ale i na hlediska kauzální, neboli hledání příčiny stavu, hledisko dynamiky, neboli uvažuje možnost progresu stavu a hlediskem longitudiálním, tedy že vyšetření nebylo ovlivněno aktuálním stavem osoby při vyšetření. Speciálně pedagogická diagnostika využívá standardizovaných i nestandardizovaných postupů. Ostatními hledisky je princip všestrannosti vyšetření a princip modifikace.

„Obecně lze konstatovat, že speciálně pedagogická diagnostika osob se zdravotním postižením se zabývá rozpoznáváním podmínek, prostředků i efektivity edukace a šířeji i enkulturace klientů“. (Ludíková, Renotírová 2006, s. 135)

Speciálně pedagogická diagnostika se provádí v mnoha zařízeních. U osob s mentálním postižením provádí diagnostiku v rámci školské oblasti SPC, speciální školy a pedagogicko-psychologické poradny. V dalších resortech jako je resort práce a sociálních věcí, spravedlnosti a zdravotnictví můžeme nalézt také další zařízení, kde lze provádět speciálně pedagogickou diagnostiku. Patří mezi ně ústavy sociální péče, střediska výchovné péče, diagnostické a výchovné ústavy, věznice pro mladistvé, foniatriká a neurologická oddělení nemocnic střediska rané péče a střediska sociální rehabilitace (např. Tyfloservis). Diagnostické metody se dají rozdělit na obecné a speciální. K obecným metodám řadíme rodinnou anamnézu, osobní anamnézu, vyšetření prostředí a katamnézu (zkoumání příčin opakovaného objevení nežádoucích projevů po ukončení péče).

Mezi speciální zkoušky patří pozorování, dotazníková forma, rozhovor, analýza výsledků činnosti. Mezi metody testové patří testy didaktické, psychodiagnostické a testy sociometrické. Diagnostika se zaměřuje na určité specifické oblasti, mezi které patří úroveň vědomostí, sociabilita, jemná a hrubá motorika, lateralita, komunikační dovednosti a vývoj řeči, sebeobsluha a orientační vyšetření smyslových orgánů. Zvláštní metodou při diagnostice je využití hry. Ty můžeme rozdělit dle typu na manipulační, tematické, konstruktivní, intelektové, sensorické a pohybové. (Sroková, Vavrošová 2004)

Anamnéza původně metodou z oblasti medicíny. V dnešní době je využívána i v dalších vědách např. psychologii, pedagogice či speciální pedagogice. Anamnéza zkoumá jak klienta, tak jeho rodinu a blízké či vzdálenější příbuzenstvo.

Speciální pedagog se zaměřuje především na anamnézy rodové, perinatální, zdravotní, výchovná a vývojová anamnéza (úroveň vědomostí, postojů, stabilita výkonu a jeho kolísavost, věk kdy začalo dítě chodit) a rodinná anamnéza. Pozorování je jedna z nejstarších diagnostických metod vůbec. Můžeme jej rozdělit podle mnoha vzájemných charakteristik (přímé x nepřímé, terénní x laboratorní, introspektivní x extrospektivní, standardizované x volné, krátkodobé x longitudiální). Pro záznam pozorování byly vytvořeny různé techniky. Pro pozorování participovaného byla zvolena metoda deníku. K účelu objektivizace a kvantifikace užity techniky ratingové – škála (Ludíková, Renotiérová, 2006)

„Diagnostická metoda označující specifický druh vnímání a myšlení, zaměřenou na diagnostikovanou osobu nebo jev, a jehož cílem je rozpoznat nejvýznamnější znaky a vlastnosti (osoby, jevu) stejně jako příčiny, které tyto znaky nebo vlastnosti vyvolaly“. (Vašek in Ludíková, Renotiérová, 2006 s. 137)

Pozorování není omezeno typem zařízení (škola, školní třída), ale ve všech prostředích, ve kterých můžeme pozorovat způsob projevu jedince. Samotné projevy psychiky je nemožné sledovat. Projevují se však ve způsobu, který měřitelný je. Tímto projevem je chování. V chování můžeme pozorovat nejen rysy prožívání a reakcí na prostředí, ale i minulých zkušeností a prožitků. Ze zvyšující se dobou pozorování se naše výsledky zpřesňují. Kromě pozorování, kdy je vyšetřující osobně přítomen, mohou vychovatelé či učitelé použít video kameru či jiné záznamové zařízení a poskytnout materiály vyšetřujícímu zprostředkovaně. (Zelinková, 2001).

Rozhovor je cílevědomá činnost, která je uskutečňována verbální nebo neverbální komunikací a těmito formami získat podklady a poznatky k možnosti stanovení diagnózy. Rozhovor se dělí do tří typů na řízený, neřízený a kombinovaný a podle dle cíle na anamnestický (vývojové a zdravotní aspekty) a na typ specializovaný (motivace jednání, vědomosti, postoje jedince). Rozhovor by měl být svou povahou veden tak, aby byl k dotazovanému ohleduplný a otázky v něm voleny by měly být „ušity na tělo“ (Ludíková, Renotiérová, 2006).

Otázky mohou být uzavřené, otevřené i polouzavřené. Odpověď celou větou se užívá v případech, kdy je nutné zjistit důvěrné informace od žáka. (Zelinková, 2001)

Analýza produktů činnosti. K analyzování můžeme využít jakýkoliv klientův výrobek či produkt (písemná práce, výrobek, artefakt). Nejčastěji se používá analýza hry a dětské kresby. Při posuzování úrovně dětské hry je třeba se orientovat zejména na hledisko, zdali odpovídá její úroveň ontologické normě pro dítě daného věku. V rámci tohoto posuzování může dojít k regresi

či naopak k urychlení (akceleraci) jejího vývoje. Zřetel je brán na to, zdali odpovídají konkrétní znaky v kresbě správnému grafomotorickému vývoje jedince přiměřenému věku.

Dle Ludíkové, Renotieorové, 2006 můžeme posuzovat tyto typy her:

„Funkční hra, ve které se uplatňují senzomotorické funkce (pohyby těla, vydávání zvuků, uchopování předmětů), jsou typické pro kojenecké období, po jehož skončení jeho frekvence klesá.

Manipulační hry se uplatňují v manipulaci s různými předměty a vrcholí manipulační činností s nimi (překládání kostek, čmárání tužkou) v první etapě batolecího období.

Napodobovací hry spočívají v napodobování činností lidí i zvířat začátkem druhého roku života (štěkot psa, mňoukání kočky, jedení lžící). Tyto hry mají velký význam pro rozvoj komunikace a socializace dítěte.

Kolem třetího roku života se izolované prvky napodobovací hry spojují v souvislé činnosti (péče o panenku-jedení lžící, umývání, uspávání).

Receptivní hry jsou založeny na přijímání potravy a zpracování vnějších podnětů s malým zastoupením pohybových aktivit-prohlížení obrázků, poslech pohádek, veršů a říkanek, sledování televizních a divadelních programů. Frekvence těchto aktivit (začínajících v kojeneckém období) vrcholí ve čtvrtém roce života.

Úlohové hry vycházejí z napodobovacích her a rozvíjejí se zejména ve třetím až pátém roku života. Dítě přebírá fiktivní úlohy ze života dospělých, které mají většinou týmový charakter (hra na obchod, na lékaře, na školu, na maminku a tatínka). Tyto hry výrazně posilují psychické funkce dětí a jejich sociální cítění.

Konstruktivní hry se odvíjí z her manipulačních, přičemž se uplatňují již od jednoho do dvou let a jejich význam narůstá až do období školní docházky. Charakteristickým znakem konstruktivních her je jejich cíl, který leží na konci práce s nejrůznějším materiálem, jako jsou stavebnice, písek, modelína“.

V dětské kresbě lze nalézt kromě grafomotorických dovedností úroveň dalších dovedností. Například zde můžeme nalézt prvky citového vnímání (rodinné vztahy). V rámci analýzy kresby je důležitá zejména její složka formální a obsahová.

Dotazník – Dotazníková forma má v rámci oboru speciální diagnostiky velkou tradici.

V oblasti klinické se užívají nestandardizované dotazníky, kde jsou otázky voleny pro každého klienta jiné a druhou formou je forma standardizovaného dotazníku, užívaná v rámci testových metod. (Ludíková, Renotiérová, 2006).

Největší výhodou dotazníku je možnost získání velkého množství informací od respondentů ve velmi krátkém čase. Faktorem největší důležitosti je zadání přesných a zřejmých otázek. Před samotným zadáním dotazníku respondentům, je dobré pokyny k jejich vyplnění dobře vysvětlit. A to formou ústní nebo písemnými pokyny v záhlaví dotazníku. Otázky by také neměly být příliš osobního charakteru, popřípadě se na tyto skutečnosti ptát až po předchozím souhlasu respondentů. Ve školním prostředí lze dotazník použít až na druhém stupni základní školy kde je již úroveň čtení a pochopení textu je již rozvinutá. (Zelinková, 2001)

4 RANÁ PÉČE A SPECIÁLNĚ VZDĚLÁVACÍ PROGRAMY VE ŠKOLSTVÍ

4.1 Raná péče

Význam včasné péče je velice důležitý a proto by měla být osobám s postižením poskytována co nejdříve. Pro vývoj dítěte je též velice důležité, jak rodiče akceptují fakt, že je jejich dítě odlišné od ostatních dětí a jaké zaujmou vzhledem k této situaci postupy. Samotný fakt, že dítě je postiženo, je pro rodiče velice traumatizujícím zážitkem, se kterým se budou muset vyrovnat. (Vágnerová, 1999)

„Podstatné je, že postoje a chování rodičů k postiženému dítěti budou jiné, než kdyby bylo dítě zdravé.“ (Vágnerová 1999, s. 103)

Akceptace postižení je zdlouhavý proces, který prochází několika fázemi. První z nich je fáze šoku a popření, následuje fáze postupné akceptace a vyrovnání se s problémem a poslední fází je tzv. fáze realismu, při které se rodiče smíří s faktem, že jejich dítě nebude nikdy zdravé. Ve vztahu k dítěti z tohoto hlediska hrozí jisté problémy. Může dojít jak k hyperprotektivní výchově ze strany rodiče a na straně druhé k odmítnutí péče o své postižené dítě. Období, kdy se rodiče postupně smiřují s faktem, že se jim narodilo dítě s postižením, se nazývá fáze krize rodičovské identity. (Vágnerová, 1999)

Ranou péčí lze chápat jako soubor komplexu služeb orientovaných na rodinu dítěte raného věku se zdravotním postižením či ohrožením vlivem biologických faktorů nebo vlivem prostředí. Služby rané péče jsou určeny pro rodiče a děti, jestliže se u dítěte vyskytlo zdravotní postižení nebo je vývoj ohrožen sociálně patologickým prostředím. Tyto služby jsou poskytovány zdarma. Služby rané péče jsou poskytovány od narození do čtyř let věku dítěte a u dítěte s postižením kombinovaným do sedmi let věku života.

Raná péče by měla vycházet z možnosti volby, její přijetí pečovateli je dobrovolné.

K rodině se musí přistupovat jako k rovnoprávnému partnerovi při všech intervenčních záležitostech, proto se spolupodílí na tvorbě a rozhodování o míře využívaných služeb. Raná péče není v dnešní době zajišťována státem, ale její služby jsou poskytovány organizacemi neziskového sektoru.

V týmu rané péče by měli být zastoupeni tito odborníci (speciální pedagog, lékař, fyzioterapeut, logoped, ergoterapeut, rehabilitační pracovník, sociální pracovník, psycholog). K týmu by měla být přibrána i rodina.

Postavení jednotlivých profesí by mělo být sobě rovnocenné ovšem i v dnešní době je jakýmsi „vedoucím“ terapie lékař. K dobrým výsledkům je třeba značná míra empatie a spolupráce všech zúčastněných.

Služby rané péče by měli být poskytovány způsobem, aby se rodina nestala závislou na žádné instituci. Velká část služeb by měla být poskytována klientům v jejich přirozeném prostředí, tedy v domácím prostředí. Pracovník centra tedy dochází do rodiny v pravidelných intervalech a provádí edukaci v prostředí domova.

Před terapií se vždy nejdříve seznámí se změnami v životě dítěte a následuje přímá práce s dítětem. Občas je nutno zvolit pro edukaci zvolit ambulantní formu péče. Terapie jsou prováděny při návštěvách zařízení, kde se daná terapie provádí. Toho je využíváno tehdy, jeli nutné zjistit reakce dítěte mimo známé prostředí.

K těmto formám realizace lze přidat rehabilitační pobyty, které jsou obvykle jednodenní a účastní se jich celé rodiny. Hlavním cílem je intenzivní práce s dětmi a jejich rodiči. Dochází zde i ke kontaktu rodičů se stejnými problémy a tudíž mají i formu psychoterapeutickou. Rodiny si v průběhu pobytů mohou sdělovat kontakty na různá zařízení poskytující ranou péči, mohou se radovat z vývoje svých dětí, mohou se navzájem podporovat. Poslední formou jsou odborné semináře pořádané různými sdruženími orientující se na problematiku konkrétních druhů postižení. Zde se mohou rodiče setkávat s odborníky v jiném v jiném než „pracovním“ vztahu a dozvědět se důležité informace. Mohou se také setkat s rodiči s obdobnými problémy stejně jako při rehabilitačních pobytech a dozvědět se další informace a poznatky přímo od nich samotných. V dnešní době je kladen důraz na co možná nejefektivnější využívání raného věku dítěte. Období raného věku je totiž obdobím velice rychlého vývoje.

Od narození do tří let věku dojde k tak rychlému vývoji, jenž se nebude již nikdy v životě opakovat. Základem každého dobrého vývoje dítěte je dostatek vhodných podnětů k rozvinutí široké šíře schopností a dovedností. (Ludíková, Renotírová 2006)

Cíle rané péče dle Ludíkové, Renotírové 2006 spočívá v těchto bodech:

Snížit negativní vliv postižení nebo ohrožení na rodinu a dítěte a jeho vývoj.

Zvýšit vývojovou úroveň dítěte v oblastech, které jsou postiženy nebo ohroženy

Posílit kompetence rodiny a snížit její závislost na sociálních systémech

Vytvořit pro dítě, rodinu i společnost podmínky sociální integrace

Fází rané péče by měla být informace pro rodiče o navazujících službách. To znamená zprostředkování kontaktu na Speciálně pedagogické centrum a speciální mateřskou školu. Raná péče je důležitým článkem pomoci, díky níž lze předcházet výraznému zaostávání ve vývoji dítěte s postižením nebo toto opožďování alespoň zmírnit.

4.2 Rámcový vzdělávací program pro předškolní vzdělávání

Z hlediska vzdělávání jedinců s postižením jsem považoval za důležité popsat i právní rámec vzdělávání pro tyto jedince. V následující kapitole bych Vás rád seznámil s těmito aspekty.

Rámcový vzdělávací program pro předškolní vzdělávání vymezuje hlavní požadavky, podmínky a pravidla pro institucionální vzdělávání dětí předškolního věku. Předškolní vzdělávání je určeno pro děti od tří do sedmi let věku, přičemž děti v posledním roce před vstupem do školy jsou do předškolních institucí přijímány přednostně. Dle zákona je předškolní vzdělávání definováno jako veřejná služba. Plnění plánu je závazné pro mateřské školy, v mateřských školách s upraveným programem pro děti se speciálními potřebami a v přípravných třídách základních škol. Tento program obsahuje základní vzdělávací rámec, na který může navázat vzdělávání ve školách základních. Dle školského zákona 561/2004 Sb. je určující nejen pro pedagogy, ale i pro zřizovatele školských zařízení a jejich odborné a sociální partnery.

V rámci jeho vymezení a principů je nutné aby RVP PV :

akceptoval přirozená vývojová specifika dětí předškolního věku a důsledně je promítal do obsahu, forem a metod jejich vzdělávání

umožňoval rozvoj a vzdělávání každého jednotlivého dítěte v rozsahu jeho individuálních možností a potřeb

zaměřoval se na vytváření základů klíčových kompetencí dosažitelných v etapě předškolního vzdělávání

definoval kvalitu předškolního vzdělávání z hlediska cílů vzdělávání, podmínek, obsahu i výsledků, které má přinášet

zajišťoval srovnatelnou pedagogickou účinnost vzdělávacích programů vytvářených a poskytovaných jednotlivými mateřskými školami

vytvářel prostor pro rozvoj různých programů a koncepcí i pro individuální profilaci každé mateřské školy

umožňoval mateřským školám využívat různých forem i metod vzdělávání a přizpůsobovat vzdělávání konkrétním regionálním i místním podmínkám, možnostem a potřebám

poskytoval rámcová kritéria využitelná pro vnitřní i vnější evaluaci mateřské školy i poskytovaného vzdělávání.

Koncepčně usiluje program o to, aby si dítě osvojilo určité kompetence, a tím získalo schopnosti a možnosti ke vzdělávání celoživotnímu a tyto schopnosti mu v dospělosti umožnily ve společnosti získané dovednosti uplatnit. Předškolní vzdělávání má stejně jako další vzdělávání své úkoly, které se snaží naplnit. Mezi tyto úkoly patří doplňování rodinné výchovy a zajištění podnětného prostředí, které bude dítě dobře stimulovat v jeho rozvoji. Zároveň poskytuje dítěti odbornou péči pedagogických profesionálů a tvoří smysluplnou náplň dne dítěte. Vzdělávání má také dítě připravit na jeho další stupeň – základní školu.

K tomu je nutné podporovat dítě nejen po stránce intelektuální, ale i tělesné a zajistit uspokojení individuálních potřeb dítěte. Instituce předškolního vzdělávání plní též úkol diagnostický, který se týká zejména dětí se speciálními potřebami. Dětem se zdravotním postižením má zajišťovat včasnou speciálně-pedagogickou péči. Mezi cíle předškolního vzdělávání patří cíle rámcové, vyjadřující obecné záměry vzdělávacího procesu a směřující k vytvoření optimálních podmínek k rozvoji dítěte, dále získání klíčových kompetencí (soubory předpokládaných vědomostí, dovedností a schopností důležitých pro rozvoj jedince, cíle dílčí zaměřující se na určité složky, které by měl pedagog v konkrétních vzdělávacích oblastech sledovat a podporovat a posledním cílem předškolního vzdělávání jsou tzv. dílčí výstupy, které obsahují poznatky, postoje a dovednosti, jež odpovídají dílčím cílům.

(Ministerstvo školství, mládeže a tělovýchovy České republiky [online]. 2005, 15. 12. 2009 [cit. 2011-03-20]. Rámcový vzdělávací program pro předškolní vzdělávání. Dostupné z WWW: <<http://www.msmt.cz/vzdelavani/ramcovy-vzdelavaci-program-pro-predskolni-vzdelavani>>.)

4.3 Individuální vzdělávací plán

V mnoha vyspělých zemích Evropy dochází pro osoby se speciálními potřebami k tvorbě individuálních vzdělávacích plánů. Struktura i obsah těchto plánů se od sebe odlišuje nejen v jednotlivých státech světa, ale i v rámci jednoho státu.

První návrh individuálního vzdělávacího plánu byl vypracován podle poznatků a zkušeností ze zahraničí a objevil se v knize V. Mertina v roce 1994. V průběhu zkoumání se došlo ke zjištění, že samotná tvorba těchto plánů je pro pedagogy závažným problémem. Objevovaly se proto požadavky na sjednocení plánů v rámci jednoho státu. I přes jejich vzájemnou rozdílnost mají tyto plány společný cíl- plánování možnosti vzdělávání a následné použití ve výuce. Plán je výsledkem dobře naplánované aktivity, která se stala odrazovým bodem práce učitele při integraci žáka s postižením. IVP také vychází z diagnostiky odborného pracoviště, (pedagogicko-psychologická poradna či speciálně pedagogické centrum). Bere v úvahu rodinnou anamnézu a údaje o rozumové úrovni jedince. Je vypracován pro předměty, kde se jeho „handicap“ projevuje v největší možné míře a je zpracován tím pracovníkem, který bude samotnou reedukaci a přímou práci provádět - nejčastěji třídní učitel spolu s učitelem daného předmětu. (Zelinková, 2001).

„Smyslem individuálního vzdělávacího plánu je respektování speciálních vzdělávacích potřeb a tím přiblížení vzdělávání každému jedinci s mentálním postižením.“ (Černá a kol 2008, s. 169).

Individuální vzdělávací plán posuzuje aktuální dosažené schopnosti a vědomosti v určité oblasti a stanoví cíle, jichž by mělo být dosaženo v jistém časovém horizontu, popisuje způsob výchovných opatření vztahujících se ke vzdělávacímu procesu a řeší také způsob vyhodnocování úkolů daných plánem. Plán je tedy možné v případě nutnosti upravovat tak, aby lépe vyhovoval vzdělávanému jedinci. (Zelinková, 2001)

„Je změnou od nahodilého přístupu k profesionálnímu, plánovanému a organizovanému způsobu vyučování integrovaných jedinců.“ (Pyl, de Graff Emanuelson in Zelinková 2001, s.173)

Jeho význam dle Zelinkové, 2001 spočívá zejména v těchto oblastech:

A. Umožňuje žákovi pracovat dle jeho schopností, individuálním tempem, bez ohledu na učební osnovy, bez stresujícího porovnávání se spolužáky. Není překážkou k dalšímu vzdělávání, ale pomůckou k lepšímu využití předpokladů. Má též hodnotu motivační. Nejsou ojedinělé případy, kdy dítě pracující bez stresu a porovnávání s vrstevníky dosahovalo mnohem

lepších výsledků. Pozitivně též působí pocit, že mu učitel chce pomoci, dává šanci být lepší. Cílem není hledat úlevy, ale najít optimální úroveň, na níž může integrovaný žák pracovat.

B. Umožňuje učitelům pracovat s dítětem na úrovni, které ono samo dosahuje, bez obavy z neplnění učebních osnov. Je východiskem plánované aktivity ve vztahu ke konkrétnímu integrovanému žákovi. Je vodítkem pro individuální vyučování a hodnocení. Nové údaje získávané v průběhu vyučování slouží jako zpětná vazba a vedou k úpravě plánu podle dosažených výsledků.

C. Do přípravy se zapojují i rodiče, kteří se tak stávají spoluodpovědnými za výsledky práce svého dítěte. Jsou seznámeni se stávající situací a perspektivou dítěte. Využívají tak svého práva ve vztahu k dítěti, ale též na sebe přebírají odpovědnost.

D. Aktivní účast žáka mění jeho roli. Není pasivním objektem působení učitele a rodičů, ale přebírá na sebe odpovědnost za výsledky reedukace.“

Individuální vzdělávací plán lze dělit i v rámci cílů, kterých má být dosaženo v určitém časovém horizontu. Tyto cíle se dělí na krátkodobé, dlouhodobé a vzdálené. Krátkodobé cíle by měli být dosažitelné v co možná nejkratší době a pedagog může očekávat výsledky již v po krátkém časovém intervalu při aktivizaci jednotlivých oblastí.

Takovým cvičením může být například zvládnutí násobilky či opakování psaní velkých písmen.

Dlouhodobé cíle se spíše zabývají problémem, kolik množství látky by měl žák zvládnout za určitý ročník školy. Některá témata je vzhledem k rozumovým schopnostem žáka a obtížnosti učebních osnov nutné vynechat. Vzdálené cíle jsou takové, které budou dosaženy v horizontu několika let.

Mezi tyto cíle patří např. zvládnutí maturitní zkoušky či přechod na druhý stupeň základní školy. Patří sem i problém týkající se ukončení školní docházky. Zde platí pravidlo, že by se profil absolventa neměl výrazněji lišit od absolventa bez postižení. (Zelinková, 2001)

4.4 Další programy intervence

Kromě programu Portage existují i další programy, které se věnují vzdělávání a reedukaci jedinců se speciálními potřebami. V této kapitole bych Vám je rád přiblížil prostřednictvím základních informací.

Program pro rozvoj pozornosti u dětí s lehkou mozkovou dysfunkcí (KUPOZ) byl vyvinut PhDr. Kuncovou jako cvičný program, který slouží ke zlepšení pozornosti u dětí ADHD. Tato oblast bývá u dětí s touto poruchou narušena a velmi výrazně ovlivňuje proces edukace. Jádro zaměření programu by se dalo rozdělit do čtyř složek. Složkou první je oblast zraková, složkou druhou je oblast sluchová, dále oblast řečová a poslední je oblast pojmového myšlení. Program je určen pro děti mladšího školního věku mezi osmým až dvanáctým rokem života.

Denně by měla být prováděna zhruba čtyři cvičení v celkové délce přibližně dvacet minut. Celý program by mělo být dítě schopno splnit v průběhu patnácti týdnů. Je důležité projít program jako celek bez přerušení, aby byl účinek co nejvyšší. Při vypracování je důležitá fyzická přítomnost rodiče, který dítě motivuje při plnění a zároveň kontroluje, zda dítě plní zadané úlohy.

Program se staví do středu mezi tvrdým školním drilem, který dítě s ADHD často nezvládá a na druhé straně s liberální výchovou. Program Kupoz je pojat hravou formou z důvodu toho, aby se dítě při jeho provádění nepřetížilo a zároveň byl pro dítě zábavný, aby ho zaujal. Díky jednoduchosti zadávaných úkolů má dítě možnost být úspěšné, což je hlavní devizou tohoto programu- možnost zažít úspěch, být v něčem dobré. Ve výsledku není důležité to, jestli dítě uspělo ve všech úlohách, ale aby byl program procvičen jako celek. Hlavním přínosem u jedince je zlepšení psychomotorického tempa, zlepšení pozornosti, stylu práce. Program může tyto složky ovlivnit dlouhodobě u některých jedinců i trvale.

Program prevence školní neúspěšnosti prvňáčků (KUPREV) je určen pro děti od čtyř do osmi let věku. Program obsahuje osmnáct lekcí, které jsou rozloženy v intervalu jeden týden- 1 až 2 lekce. Program je určen pro práci rodiče s dítětem, upevňuje jejich vztahy a připravuje dítě na školní práci, zároveň učí rodiče, jak se svým dítětem efektivně pracovat. Cílem programu je naučit dítě orientovat se v čase, sociální oblasti, prostoru. (<http://www.pppbreclav.cz/programy-ppp>)

Program rozvoje motoriky (KUMOT) je určen pro děti předškolního věku, nesmělé, sociálně neobratné a děti s hyperaktivitou, vhodný je i pro děti s Aspergerovým syndromem

ve věku mezi čtyřmi a šesti lety. V rámci programu dochází k procvičování motoriky a její koordinace, problematických rysů (neuvolněnost horní končetiny, odbourávání agresivních rysů chování, schopnost vyjadřování citů). Cílem je tyto negativní projevy odbourat. Lekce probíhají ve skupinách o pěti až osmi dětech bez účasti rodičů (<http://www.dczlin.estranky.cz/clanky/Kumot.html>)

Základy **Metody Dobrého startu** (MDS) objevují již za první světové války startu, kde byla určena ve svém počátku určena k rehabilitaci osob se získanými poruchami hybnosti. Ve 40. letech 20. století fyzioterapeutka Theá Bugnet vytvořila metodu s názvem Le Bon Départ, v překladu Dobrý start. Poprvé byla tato metoda použita na škole v Cannes při pomoci s výukou čtení a psaní a poté použita u dětí s poruchami učení. V dnešní době je používána v mnoha zemích Evropy. Metoda dobrého startu postupuje dle vývoje psychomotoriky, která společně s emocionální, sociální a motivační složkou přispívá k rozvoji složky řečové. Její koncepce se skládá ze tří složek a to z písňe, pohybu a grafického vzoru. Nositelem edukačního procesu je píseň, od níž se odvíjí příběh a následný pohyb.

MDS se zaměřuje na sebeuvědomování svého těla, vlastního já. Symbolem písňe je grafický vzor. K jeho reprodukci je nutné rozvinou u dítěte zrakové vnímání, pravolevou a prostorovou orientaci a názorné paměti. Grafický vzor koresponduje s rytmičtým schématem. Na závěr cvičení se provádí reprodukce grafického vzoru spolu s hudebním doprovodem, při kterém dítě samo zpívá. Do souboru je zahrnuto celkem dvaceti pěti lidových písňi na CD a sady pracovních listů s grafickými vzory. (<http://www.zsob-jaromerice.cz/metoda-dobreho-startu/d-1052/p1=1030>)

Program pro hyperaktivní jedince (HYPO) je vhodný především pro děti s nadměrnou pohybovou aktivitou a s poruchami pozornosti, u dětí nezralých s odkladem školní docházky.

Jejím autorem je PhDr. Zdeňka Michalová. Cílovou skupinou jsou děti ve věku pět až šest let. Je určen především pro individuální práci rodiče s dítětem, kterým je v poradně poskytnuta názorná instruktáž, jak s dítětem na daných úkolech pracovat.

Program se zaměřuje na rozvoj dovedností, mezi které patří krátkodobá paměť, vizuomotorická koordinace, sluchová pozornost, řeč, logické myšlení, početní představy. Práce s programem je koncipována na dobu deseti týdnů.

(<http://www.pppcb.cz/index.php?stranka=clanek&parent=2&kategorie=108&id=492>)

5 PRAKTICKÁ ČÁST

5.1 Cíl práce, hypotézy, metody šetření

Cílem mé práce je zjistit, zdali jsou podmínky pro vzdělávání jedinců pomocí Programu Portage rovnocenné v rámci rodinné péče a péče ústavní. V rámci šetření se budu zabývat porovnáním jednotlivých složek edukace dle programu u dětí z péče ústavní a v rodinné péči.

Pro šetření jsem vybral tyto hypotézy:

H1: Děti v ústavní péči se dostávají do Programu Portage dříve.

H2: U dětí v domácí péči jsou prováděné konzultace častější.

H3: U dětí v ústavní péči se objevují první pokroky dříve.

H4 : U dětí z ústavní péče je preferována při edukaci složka řečová a u dětí ze zařízení je preferována složka socializace.

V bakalářské práci byla z hlediska metodologie použita metoda kvantitativní. Respondenti jsou pracovníci z ústavní péče a pracovníci střediska rané péče. Jako výzkumná technika byla použita metoda *dotazníku*.

Dotazník pro odborníky obsahoval 12 uzavřených otázek, viz příloha.

5.2 Místa šetření, charakteristika výzkumného vzorku

V rámci vyhledávání informací o Programu Portage jsem se obrátil na Dětský domov Kladno. Jeho zřizovatelem je od roku 2003 Středočeský kraj. V tomto dětském domově mají zhruba 30 lůžek, z čehož dvacet je určeno pro děti kojence a deset pro děti s postižením. DD má také své detašované pracoviště v ulici Hornická 203 v obci Stochov s 25 lůžky pro batolata.

Základním úkolem Dětského domova je zajišťování léčebně-preventivní, výchovné a sociální péče dětem, o které se z nejrůznějších důvodů nemůže postarat jejich rodina. (<http://www.kr-stredocesky.cz/portal>).

V tomto zařízení je program PORTAGE prováděn u všech dětí.

Druhým zařízením, ve kterém jsem svůj výzkum prováděl osobně, bylo Středisko pomoci ohroženým dětem ROSA, se sídlem v ulici Římská 2854, Kladno.

Zařízení funguje již od roku 1992, kdy bylo založeno občanské sdružení s cílem pomáhat dětem, které přecházejí z dětského domova do náhradní rodinné péče. Zařízení poskytuje služby jak dětem se zdravotním postižením a jejich rodinám, tak dětem v náhradní rodinné péči a dětem se sociálním znevýhodněním.

Ve středisku ROSA je program PORTAGE prováděn pouze u vybraných skupin zaměřující se na práci s dětmi s postižením.

5.3 Vlastní šetření

Středisko ROSA

V rámci zjišťování dostupných informací o Programu Portage jsem oslovil Středisko pomoci ohroženým dětem ROSA, kde jsem snažil zjistit informace o tomto programu od pracovníků a dobrovolníků střediska, kteří tento program provádějí. Díky jejich pomoci jsem od nich obdržel praktický manuál programu z roku 2003, ze kterého se mi podařilo získat informace o historii programu v zahraničí a kontakt na Dětské centrum Paprsek se sídlem v Praze, jehož pracovníci program přinesli do České republiky a pomáhali a pomáhají s výcvikem domácích konzultantů programu.

Dětský domov Kladno

Dle získaných informací je program Portage používán u všech klientů od třetího měsíce věku nebo třetího měsíce od přijetí dítěte do domova. Zde mi byla velice nápomocna zdejší speciální pedagožka Mgr. Beznosková, která je hlavním pracovníkem provádějící program v zařízení. Dle jejích slov se lze stal Program Portage „pomocným přehledem vývojového stupně dítěte“, proto je využit u všech dětí. Také mi byl zde poskytnut další materiál pojednávající o historii programu.

Výzkum v rámci dětských domovů byl proveden dotazníkovou formou. Dotazníky jsem v zařízení rozdál osobně a či rozeslal mailem. Dotazník obsahoval 12 uzavřených otázek.

Prvních šest otázek zjišťuje, kdy, kde a jakým způsobem byl program používán. Další šest otázek se zaměřuje na osobní pohled na program Portage. V úvodním textu jsem požádal o spolupráci a vysvětlil účel dotazníků a návod na správné vyplnění dotazníku. Otázky byly vybrány tak, aby byla odpověď na ně jasná a srozumitelná. Tímto dotazníkem jsem obeslal dětské domovy ve Středočeském kraji.

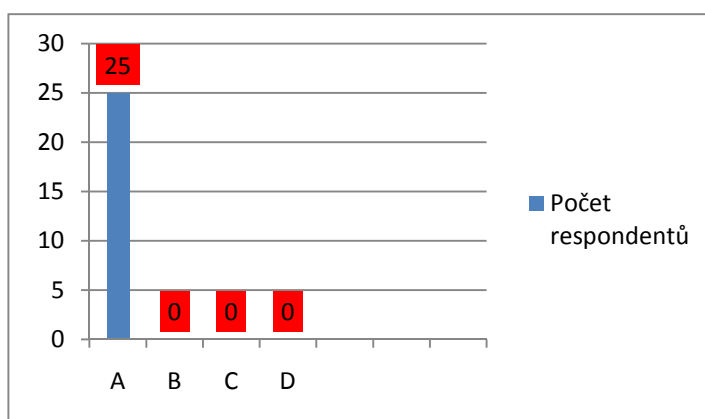
Dotazníkové šetření probíhalo od února 2011 do března 2011. Rozeslal jsem celkem 100 kusů dotazníků, návratnost byla 25 %. Dotazníky byly vyplňovány pracovníky dětského domova. Zkoumaným vzorkem bylo 25 dětí.

Obeslanými zařízeními byly:

Dětský domov Milovice <http://www.ddmilovice.cz/>, 2. Dětský domov pro děti do tří let Strašnice ddstrancice@ri.ipex.cz, 3. Dětský domov pro děti do 0-3leté a Dětský domov Stochov detskydomovkl@volny.cz, Dětský domov Nové Strašecí www.strasidytko.cz

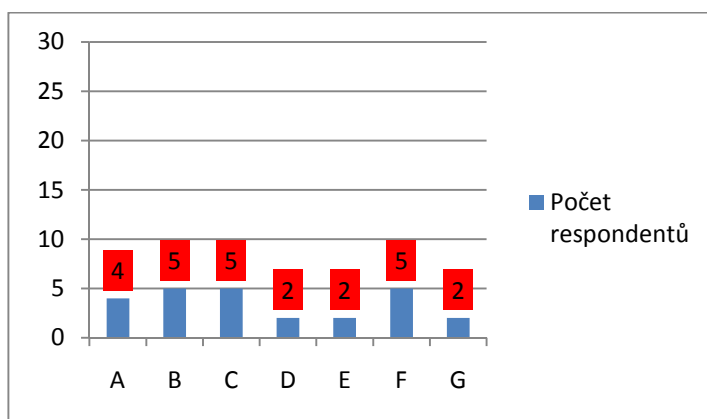
Výzkum ohledně Programu Portage v dětských domovech nedopadl podle mých představ. Celkový počet obeslaných zařízení byl N=4. Návratnost dotazníků byla 25%. V následujících dvanácti grafech budou zobrazeny odpovědi respondentů na jednotlivé otázky dotazníku z Dětského domova.

Otázka č.1 Dítě pochází z úplné nebo neúplné rodiny:



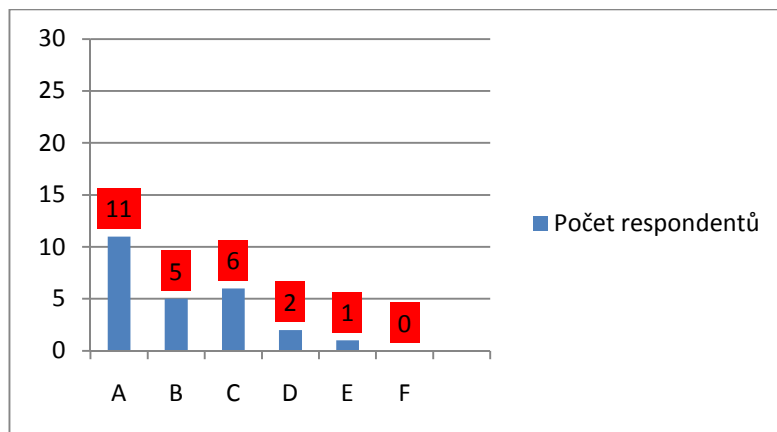
V tomto grafu je znázorněno, že všechny děti pocházejí z úplné rodiny. Hodnota činí 100 %. Ostatní hodnoty se v průběhu šetření nevyskytly.

Otázka č. 2 Diagnostikovaná vada dítěte:



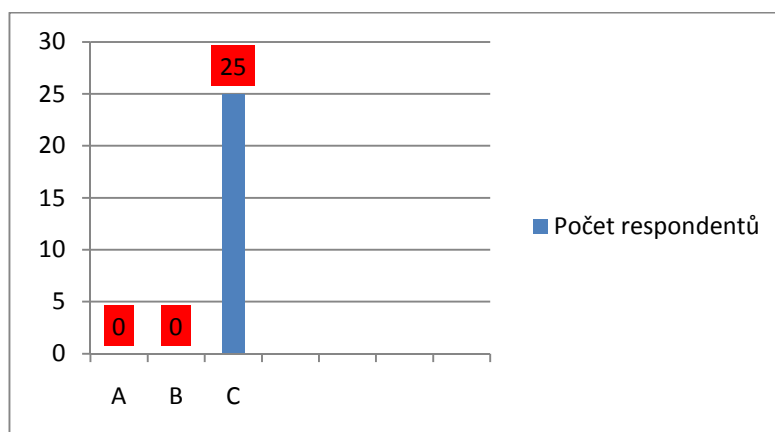
Z grafu vyplývá vyrovnaný počet dětí s postižením tělesných, mentálním a kombinovaným v počtu 20% u každé hodnoty. Následuje smyslové postižení s 16% a postižení v oblasti řeči, poruchy chování a pozornosti a autismus každá po 8 %.

Otázka č. 3 Věk stanovení diagnózy:



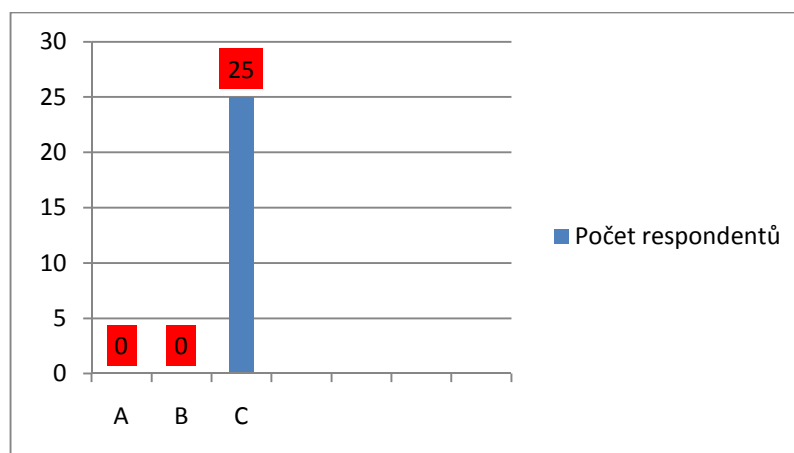
Z grafu vyplývá dominance zjištění diagnózy ve věku 0-1 , a to počtem 44 % , následuje ve věku 2-3 let počtem 24 % a 20 % ve věku 1-2 roky. Možnost 3-4 roky v 8% a diagnostika v 4-5 letech ve 4 % . Možnost 5-6 let se v daném vzorku nevyskytla.

Otázka č. 4 Místo prováděné intervence:



V rámci hodnocení otázky č. 4 vychází nejvíce možnost jiného místa provádění intervence, kterým se zde myslí dětský domov. Hodnota činí 100 %. Ostatní možnosti se v daném vzorku nevyskytly.

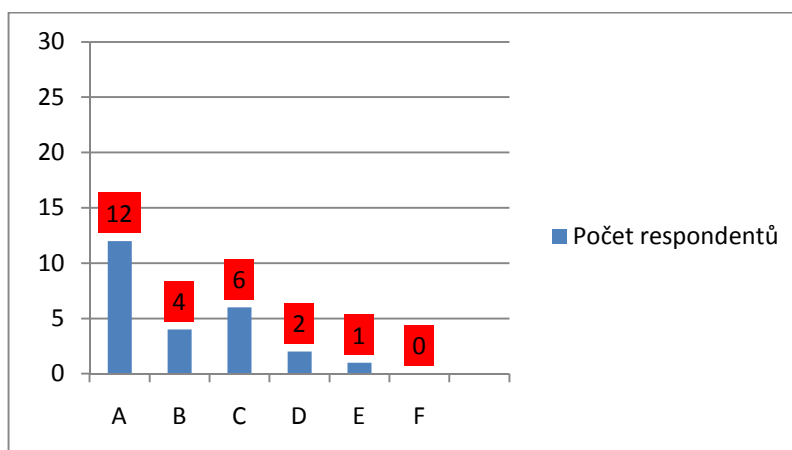
Otázka č. 5 Osoba provádějící intervenci nejčastěji :



Zde je uvedeno, kdo provádí intervenci. Intervence jinou osobou činí 100%. Jinou osobou je zde myšlena zdravotní sestra či pedagogická pracovnice. Ostatní možnosti se v daném vzorku nevyskytly.

Otázka č.6

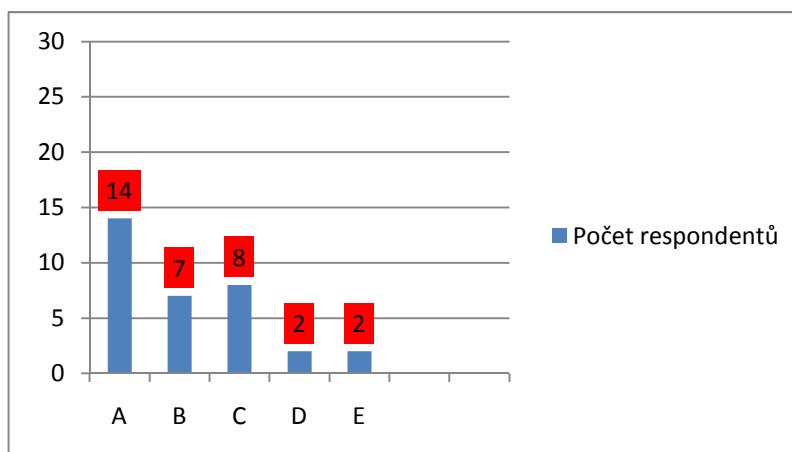
Věk zahájení programu Portage :



Z hlediska věku zahájení programu při intervenci dominuje možnost A s počtem 48 %, následuje možnost C s počtem 24 % a možnost B s počtem 16 %. Možnost D se vyskytla v 8% a ve 4 %. Možnost F se v daném vzorku nevyskytla. Při porovnání výsledků s grafem č. 6 druhého dotazníku nám vycházejí výsledky, které nám potvrzují H1.

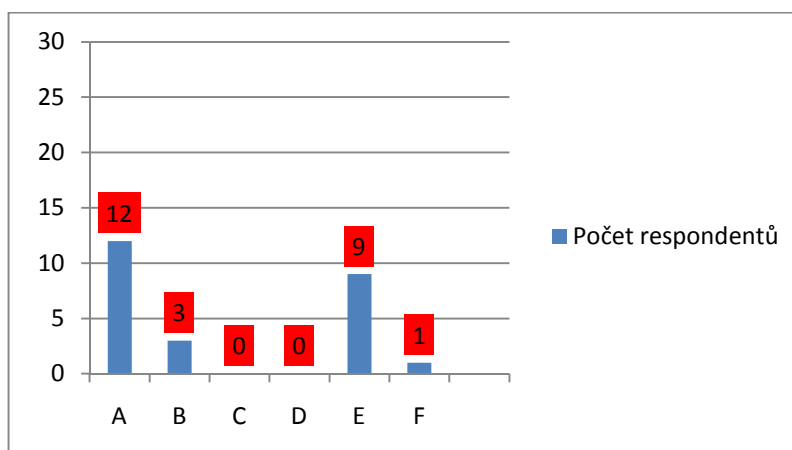
Otázka č. 7

Která složka by měla být u daného dítěte řešena nejdříve:



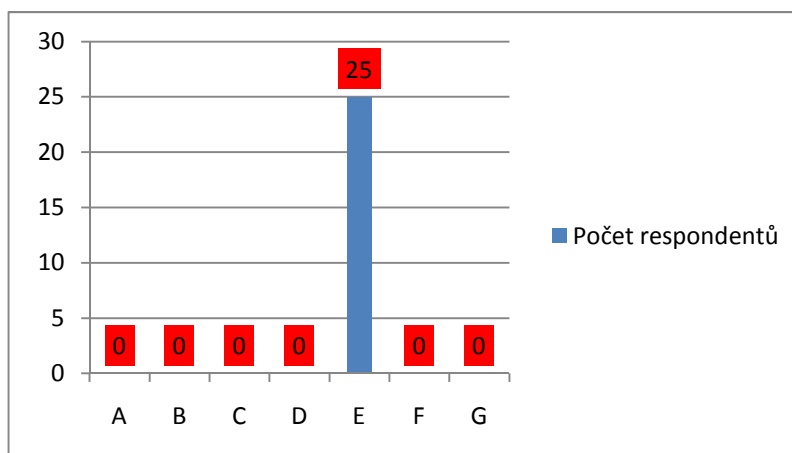
Z grafu vyplývá, že nejčastěji řešenou složkou byla soběstačnost a sebeobsluha. Ukázalo se, že často bývají řešeny dvě složky současně. Z daného vzorku byla preferována v 56% složka socializace, soběstačnost a sebeobsluha 28%, motorika v 32% a řeč a vědomosti každá v 8 %.

Otázka č. 8 Po jaké době jste viděly první pokroky ?:



Dle grafu vyplývá, že první pokroky byly patrné do 3 měsíců v počtu 48 %, následuje možnost jiné představující rozsah po 12 měsících terapie v počtu 36 % a možností prvních pokroků za 6 měsíců od začátku terapie v součtu 12 %. Jiné případy činí 4 %, Možnosti C a D se ve vzorku nevyskytly. V porovnání hodnot maxim a minim s grafem č.8 druhého dotazníku nám vychází, že H3 nelze prokazatelně potvrdit.

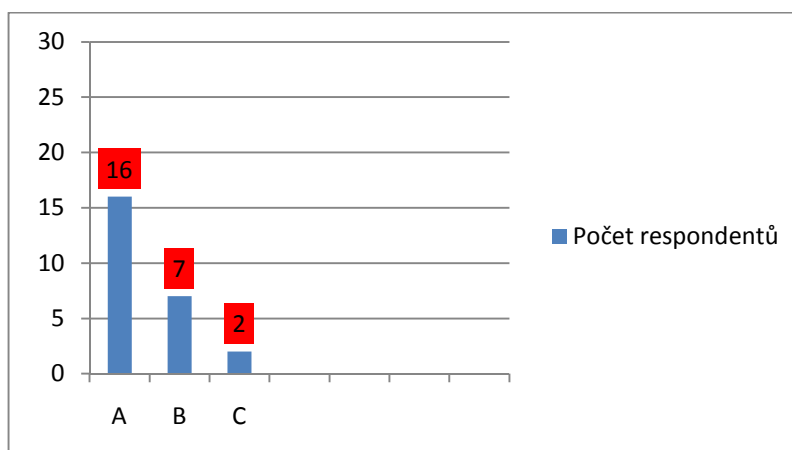
Otázka č. 9 Kde jste se dozvěděli o programu Portage ? :



Popisuje zdroj informace o existenci programu Portage.

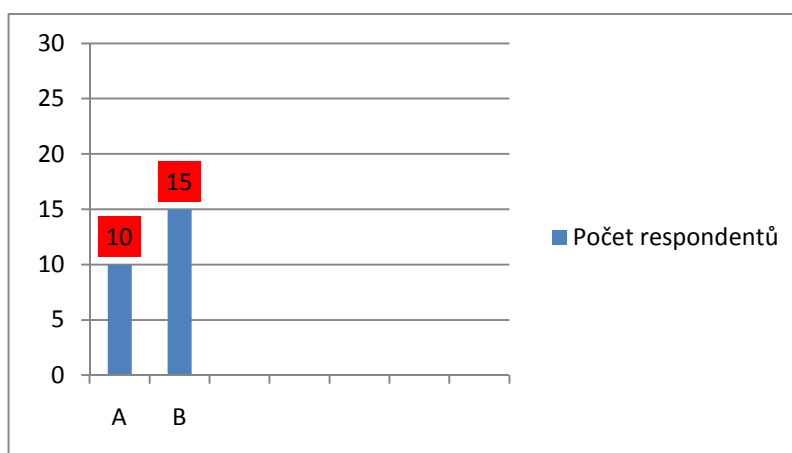
Zde vychází ze součtu údajů 100 % vyhodnocení možnosti E (od psychologa), zaměstnanci se s programem seznámili prostřednictvím PhDr. Vávrové, která Program přinesla do ČR a na jejichž školeních byli pracovníci domova účastni. Jiné možnosti se v šetření nevyskytly.

Otázka č. 10 Splnil program vaše očekávání?



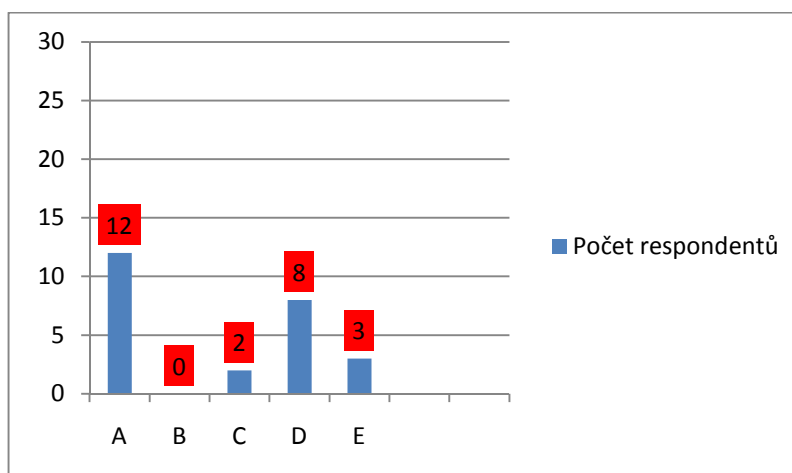
Dle grafu splnil program očekávání u 64 % pracovníků, 28 % bylo spokojeno pouze částečně a 8 % nebylo spokojeno vůbec. Jako důvod své nespokojenosti uváděli malou možnost využití programu při progresivních onemocněních.

Otázka č. 11 Používáte společně s programem Portage nějaké další programy?



Z hlediska využití je program užíván spolu s jiným u 40 % dětí, nejčastěji to bývá Metoda Dobrého startu. Pro 60 % dětí je program používán samostatně.

Otázka č. 12 Jak často se konzultant věnuje reedukaci dle programu Portage?

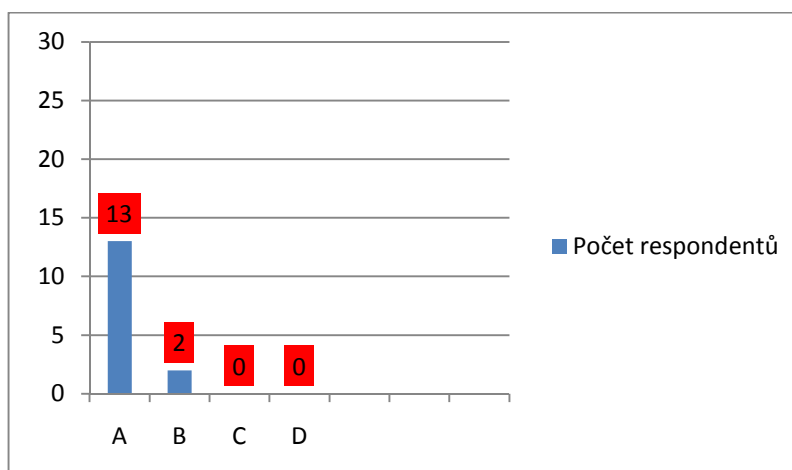


Dle výzkumu vycházela nejčastěji možnost nácviku dovedností vzhledem k možnostem personálu jedenkrát za týden a to v počtu 48%, druhou možností byla možnost jiná (denně při službách) v počtu 32%. Třetí nejčastější možností provádění konzultací je jednou za 2 týdny v počtu 12%. V 8% případech byly prováděny jedenkrát za 3 týdny.

Při porovnání s dotazníkem rozdaným v zařízení rané péče vyšlo, že vzhledem ke každodennímu kontaktu personálu s dětmi je možné provádět konzultace v častější míře než v zařízení rané péče. Tímto tvrzením se H2 nepotvrdila.

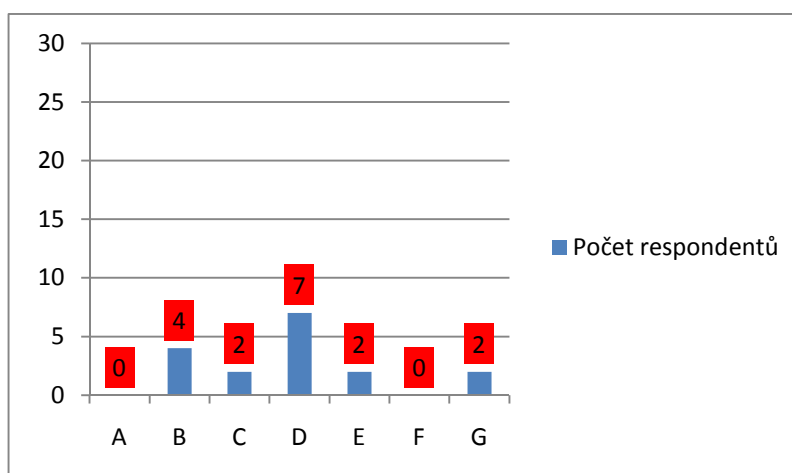
Výzkum v zařízeních rané péče byl realizován ve Středisku ROSA. Celkový počet obeslaných zařízení N=1, počet rozeslaných dotazníků 20. Návratnost dotazníků= 75 % V následujících tabulkách budou zobrazeny odpovědi respondentů na jednotlivé otázky dotazníku. Dotazníky byly vyplňovány rodiči, jejichž děti dochází do zařízení rané péče. Dotazníkové šetření probíhalo od února 2011 do března 2011. Zkoumaným vzorkem bylo 15 dětí.

Otázka č. 1 Dítě pochází z úplné nebo neúplné rodiny:



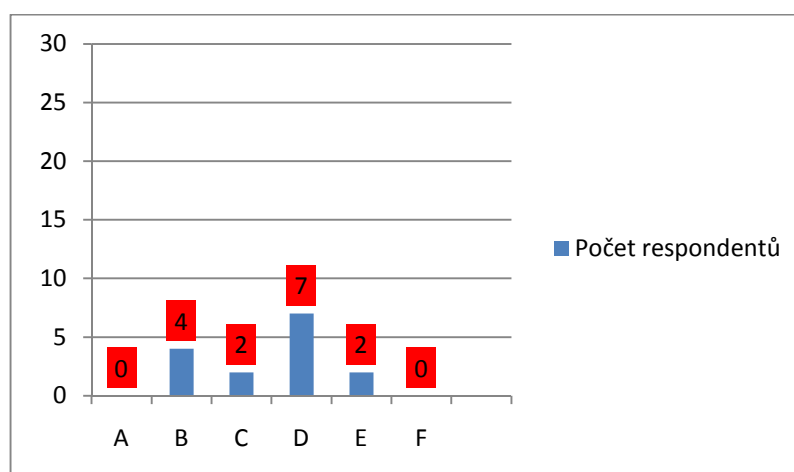
V šetření se vyskytlo 86 % dětí žijící v úplné rodině a 13 % žijící v rodině s jedním dítětem. Ostatní možnosti se v šetření nevyskytly.

Otázka č. 2 Diagnostikovaná vada dítěte:



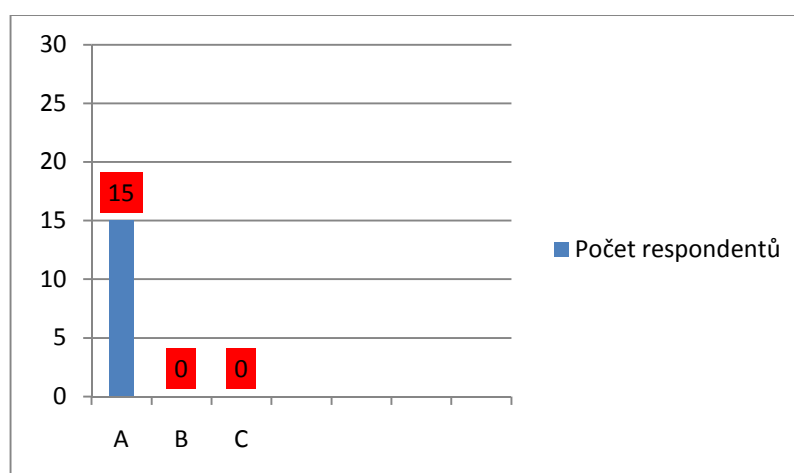
Zde se vyskytlo 26% dětí s tělesným postižením, 13% s postižením mentálním, 46% s poruchami chování a pozornosti a 13% s autismem a 13% s řečovým postižením.

Otázka č. 3 Věk stanovení diagnózy:



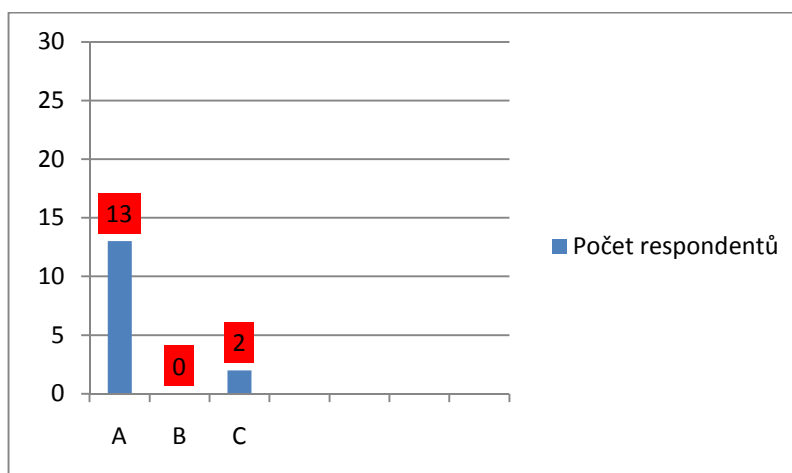
V tomto grafu vidíme 26% dětí s diagnostikovanou vadou v 1-2 letech, 13% dětí ve 2-3 letech, 46% ve 3-4 letech a 13% ve 4-5 letech. Jiné případy se ve výzkumu nevyskytly.

Otázka č. 4 Místo provádění intervence:



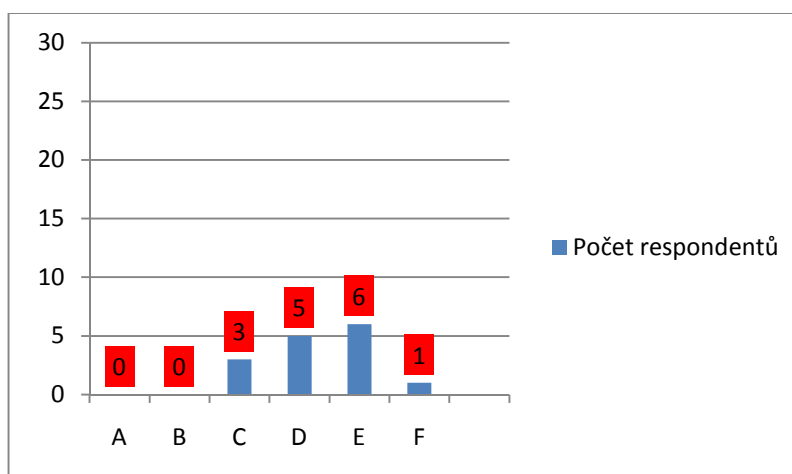
Zde je odpověď všech zúčastněných možnost A (v domácí péči), která tedy činí 100%. Jiné možnosti se nevyskytly.

Otázka č. 5 Osoba provádějící intervenci nejčastěji:



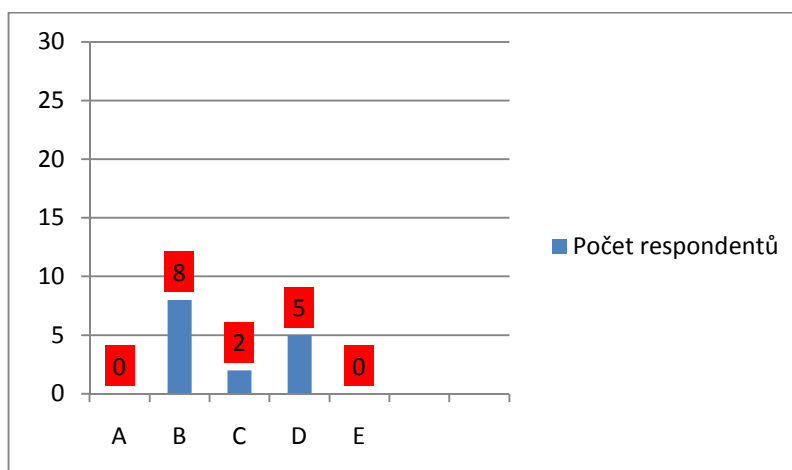
V tomto grafu v 86% provádí reedukaci s dítětem matka, ve 13 % případů to je převážně domácí konzultant. Jiné případy se ve výzkumu nevyskytly.

Otázka č. 6 Věk zahájení programu Portage :



V 20% je zahájena intervence ve 2-3 letech, v 33% ve věku 3-4 let, ve 40% kolem 4-5 roku věku a v 6% ve věku 5-6 let.

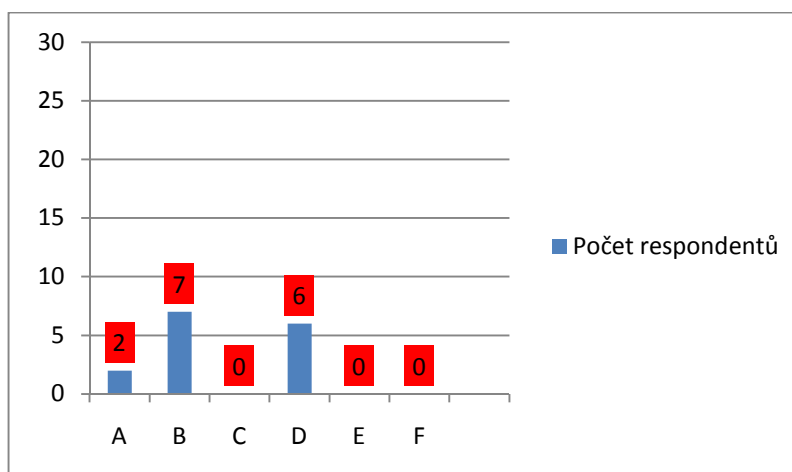
Otázka č. 7 Která složka by měla být u daného dítěte řešena nejdříve:



V 53% byla preferována pro reedukaci soběstačnost a sebeobsluha, v 13% rozvoj motoriky a v 33% rozvoj řeči jedince.

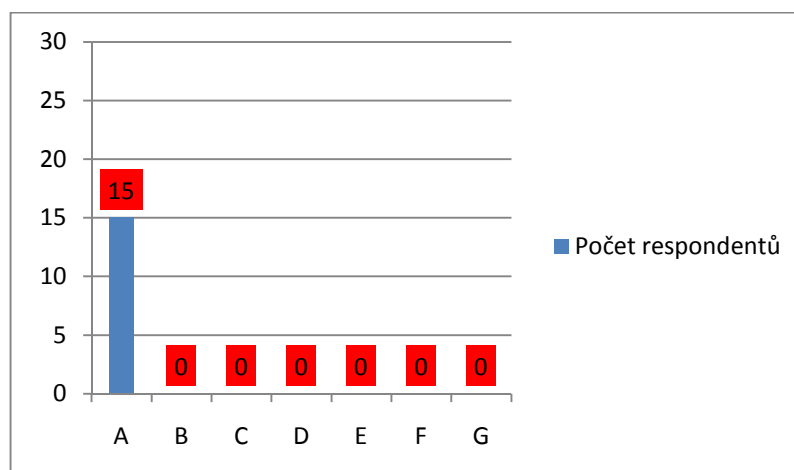
Z grafů č.7 obou dotazníků je zřejmé, že u dětí v ústavní péči byla preferována spíše složka socializace a u dětí z rané péče byla preferována složka sebeobsluhy a soběstačnosti. H4 se tedy nepotvrdila.

Otázka č. 8 Po jaké době jste viděli první pokroky? :



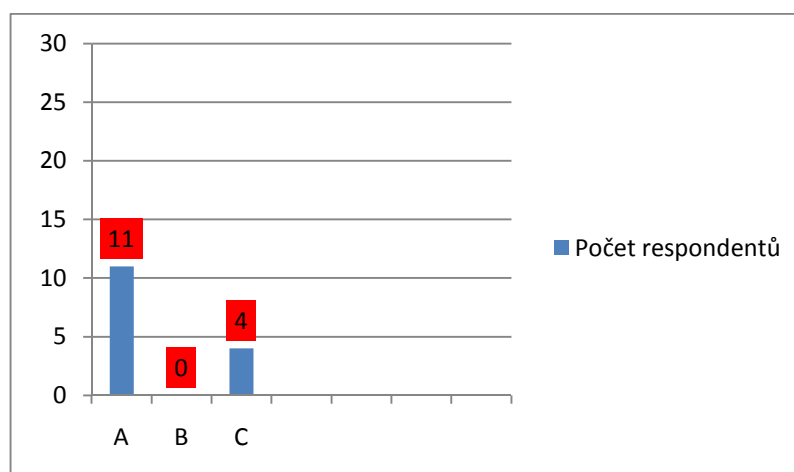
V otázce prvních pokroků bylo dosaženo ve 13% u dětí kolem 3.měsíce, v 46% kolem šestého měsíce věku a u 40% dětí se objevují první pokroky ve věku 1 roku. Ostatní možnosti se nevyskytly.

Otázka č. 9 Kde jste se dozvěděli o programu Portage?:



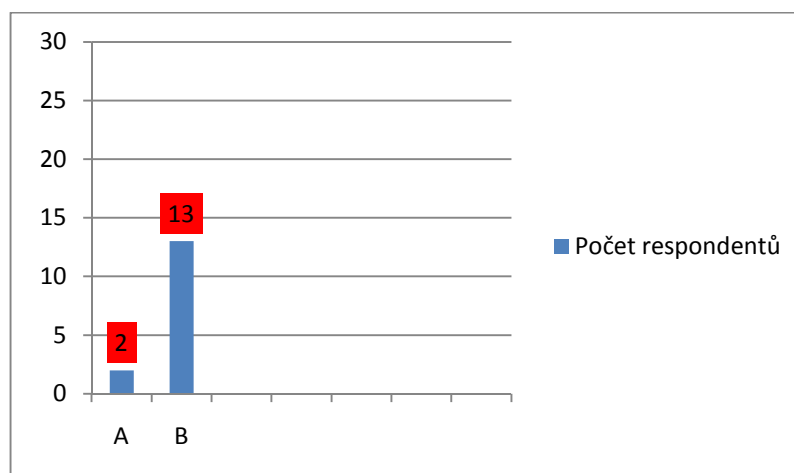
V tomto případě 100% dotazovaných se dozvědělo o programu u dětského lékaře. Ostatní případy se ve výzkumu nevyskytly.

Otázka č. 10 Splnil program vaše očekávání?:



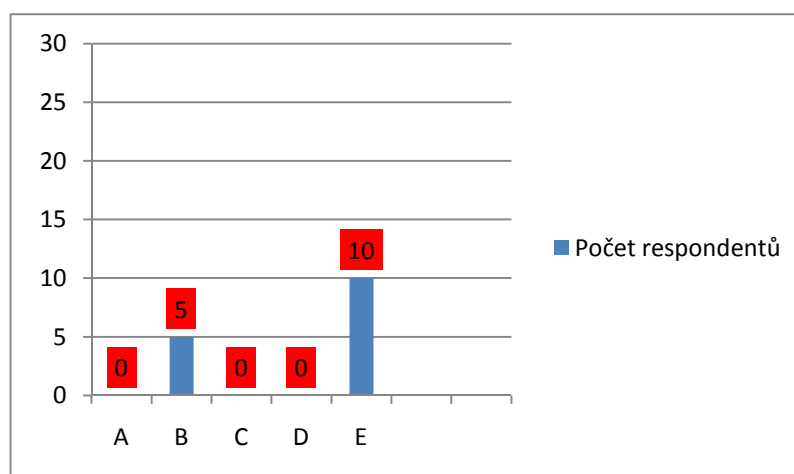
Z hlediska spokojenosti se samotným programem Portage odpovědělo 73% dotazovaných, že jsou s ním spokojeni, 26 % dotazovaných uvedlo, že program nesplnil jejich očekávání. Jiné možnosti se ve výzkumu nevyskytly.

Otázka č. 11 Používáte společně s programem Portage nějaké další programy?



Pouze 13% respondentů uvedlo, že spolu s prováděním programu Portage je použit další vzdělávací program, 86% účastníků odpovědělo, že je program užíván samostatně.

Otázka č. 12 Jak často se konzultant věnuje reedukaci dle programu Portage?



V 66% případů je program prováděn jednou za dva týdny, 33% dotazovaných odpovědělo, že provádí program dvakrát týdně pro reedukaci. Jiné možnosti se v šetření nevyskytly.

5.4 Závěry šetření

Základním kamenem mého šetření byla snaha zjistit, jak probíhá používání programu Portage v zařízení rané péče a v dětských domovech. Nejdříve jsem se snažil zjistit základní informace o programu a jeho historii v České republice. Dle dostupných informací je program v prováděném vzorku zařízení používán spíše v menším množství oproti programům jiným. Informace o programu jsou rodiči získávány buď prostřednictvím lékaře, nebo dětského psychologa. Z dotazníkového šetření se nám ukázalo, že většina dětí zařazených do programu pochází z úplné rodiny. Z hlediska diagnostikované vady převažují vady kombinované, mentální a tělesné. Co se týče věku stanovení diagnózy, záleží na závažnosti daného typu postižení. Intervence je prováděna buď v ústavní výchově u dětských domovů, nebo formou domácích konzultací při zařízeních rané péče. Nejčastěji provádí reedukaci matka či personál v ústavním zařízení. Věk zahájení programu je dřívější v ústavní péči. Nejčastěji preferovanou složkou v programu byla složka sebeobsluhy a soběstačnosti. Rychlost pokroků dítěte je závislá hlavně na stupni postižení jedince. O programu se pracovníci dozvěděli většinou od psychologa nebo lékaře. Dle názoru pracovníků program splňuje ve většině případů očekávání.

Co se týče užívání jiných programů spolu s programem Portage, byl tento jev pozorován více u zařízení ústavní péče. Frekvence nácviku jsou častější u zařízení ústavní péče.

Z dotazníkového šetření nám vplynuly i výsledky hypotéz:

Hypotéza 1 : „*Děti v ústavní péči se dostávají do Programu Portage dříve*“. Tato hypotéza byla potvrzena. V dětském domově se děti dostávají do dětského domova v kojeneckém věku. U zařízení rané péče se děti do programu dostávají kolem 4-5 roku.

Hypotéza 2 : „*U dětí v domácí péči jsou prováděné konzultace častější*“. Tato hypotéza se nepotvrdila. Vzhledem ke každodennímu kontaktu personálu s klienty je možné provádět nácvik činností častěji než u konzultantů, kteří do rodiny docházejí.

Hypotéza 3 : „*U dětí v ústavní péči se objevují první pokroky dříve*“ Zde nelze jednoznačně určit. V dětském domově mají oproti zařízení rané péče větší počet pokroků do 3 měsíců, na druhou stranu však zde mají i děti, které udělají pokroky až po 1 roce, což se u zařízení rané péče nevyskytovalo. Velmi zde závisí na typu a stupni postižení a individuálním posouzení rodičem a pečovatelem.

Hypotéza 4 :., *U dětí z ústavní péče je preferována při edukaci složka řečová a u dětí ze zařízení je preferována složka socializace*“. V obou skupinách je spíše kladen důraz na soběstačnost a motoriku, řeč je řešena primárně v menší míře. Tato hypotéza tedy ověřena nebyla.

Dotazníkové šetření nám umožnilo nahlédnout do způsobu užití programu Portage v zařízeních různého typu.

ZÁVĚR

Ve své práci jsem se zabýval programem Portage a jeho užitím v praxi. Nejdříve jsem vycházel z teoretických zdrojů, poté jsem se věnoval vlastnímu šetření. Provádění edukace pomocí programu Portage se v zařízení rané péče a zařízeních péče ústavní od sebe liší v určitých specifických oblastech. Dle výzkumu bylo zjištěno, že v zařízení ústavní péče začínají se samotným programem většinou dříve než v zařízeních rané péče. Pracovníci se shodují na nutnosti začít s programem již v raném věku, avšak ne vždy se toho podaří dosáhnout vzhledem k pozdnímu počátku rané intervence.

Dále bylo zjištěno, že u dětí v rámci konzultací prováděných v domácím prostředí je vzhledem k počtu dětí na jednoho pracovníka konzultace možné provádět častěji. V rámci pokroků jednotlivých dětí nelze určit, zdali má vyšší frekvence konzultací vliv na lepší rozvoj dítěte s postižením.

Seznam literatury a jiných zdrojů :

- ALLEN, K.Eileen; MAROTZ, Lyn.R. *Přehled vývoje dítěte*. Praha : Portál, 2002. 192 s. ISBN 80-7178-614-4.
- ALLEN, MAROTZ: *Přehled vývoje dítěte od prenatálního vývoje do 8 let*. Praha: Portál, 2002. 187 s. ISBN 80-7178-614-4
- BARTOŇOVÁ, M.; VÍTKOVÁ, M. *Strategie ve vzdělávání žáků se speciálními vzdělávacími potřebami*. Brno : Paido, 2007. 128 s. ISBN 978-80-7315-136-2.
- BARTOŇOVÁ, Miroslava Bartoňová. *Kapitoly ze specifických poruch učení I.* Brno : Paido, 2005. 128 s. ISBN 80-210-3613-3.
- ČERNÁ, Marie . *Česká Psychopedie*. Praha : Karolinum, 2008. 92 s. ISBN 978-80-246-1565-3.
- HAMADOVÁ, Petra; KVĚTOŇOVÁ, Lea; NOVÁKOVÁ, Zita. *Oftalmopedie : Texty k distančnímu vzdělávání*. Brno : Paido, 2007. 125 s. ISBN 978-80-7315-159-1.
- KLENKOVÁ, J. *Kapitoly z logopedie*. Brno : Paido, 2000. 94 s. ISBN 80-85931-88-5.
- KLENKOVÁ, J. *Logopedie*. Praha : Grada Publishing, 2006. 228 s. ISBN 80-247-11110-9.
- MACHOVÁ, Hana. *Biologie člověka pro speciální pedagogy*. Praha : SPN, 1985. 139 s.
- PIPEKOVÁ, Jarmila: *Kapitoly ze speciální pedagogiky*. Brno, 2006. 408 s. ISBN 80-7315-120-0
- PRŮCHA, Jan; WALTEROVÁ, Eliška; MAREŠ, Jiří. *Pedagogický slovník*. Praha : Portál, 1995. 290 s. ISBN 80-7178-029-4
- RENOTIÉROVÁ, Marie: *Speciální pedagogika*. Olomouc, 2006. 313 s. ISBN 80-244-1475-9
- SLOWIK, J. *Speciální pedagogika*. Praha : Grada, 2007. 160 s. ISBN 978-80-247-1733-3.
- SOVÁK, M. *Logopedie*. Praha : SPN, 1981. 464 s. ISBN 14-248-81.
- SOVÁK, Miloš. *Uvedení do logopedie*. Praha : SPN, 1978. 328 s.
- SROKOVÁ, Eva ; VAVROŠOVÁ, Dagmar . *Speciálně pedagogická diagnostika ve školní praxi*. Ostrava : Montanex, 2004. 50 s. ISBN 80-7225-143-0.
- VÁGNEROVÁ, Marie . *Psychopatologie pro pomáhající profese*. Praha : Portál, 1999. 450 s. ISBN 80-7178-214-9.
- VAŠEK, Štěpán . *Špeciálnopedagogická diagnostika*. [s.l.] : Slovenské pedagogické nakladateľstvo, 1991. 167 s. ISBN 80-08-00396-0.
- ZELINKOVÁ, O. *Poruchy učení*. Praha : Portál, 2003. 264 s. ISBN 80-205-0462-1.
- ZELINKOVÁ, Olga. *Pedagogická diagnostika a individuální vzdělávací program*. Praha : Portál, 2001. 205 s. ISBN 80-7178-544-X.

