

Univerzita Karlova v Praze

Pedagogická fakulta

Katedra speciální pedagogiky

Možnosti speciálně pedagogické
diagnostiky u dětí
s kombinovaným postižením

autor: Bc. Eva Budišová

vedoucí práce: PhDr. Pavlína Šumníková, Ph.D.

PRAHA 2011

NÁZEV:

Možnosti speciálně pedagogické diagnostiky u dětí s kombinovaným postižením

ANOTACE:

V diplomové práci nahlédnu do problematiky speciálně pedagogické diagnostiky vzhledem k dětem s kombinovaným postižením. U těchto dětí, jejichž postižení je většinou těžkého charakteru, je velmi obtížné správně a co nejpřesněji provádět speciálně pedagogickou diagnostiku. Ta je velmi důležitá pro vytvoření individuálního plánu speciálně pedagogické intervence.

Práce je zaměřena jak na jednotlivé oblasti speciálně pedagogické diagnostiky, tak na komplexní diagnostické nástroje. V rámci těchto oblastí jsou zmíněny metody a materiály, které lze u skupiny dětí s kombinovaným postižením podle odborné literatury používat. V druhé části práce jsou popsány výsledky dotazníkového šetření, které přináší praktický pohled na tuto problematiku.

Přínosem by se měly stát všechny tyto shromážděné poznatky a zkušenosti, které by mohly být východiskem pro hledání dalších dílčích metod. Tyto metody se týkají prozatím stále nově utvářející se problematiky speciálně pedagogického diagnostikování dětí s kombinovaným postižením.

KLÍČOVÁ SLOVA:

osoby s kombinovaným postižením, speciálně pedagogická diagnostika, hodnocení dětí s kombinovaným postižením, oblasti speciálně pedagogické diagnostiky

NÁZEV V ANGLIČTINĚ:

Possibilities of Special Educational Diagnostic for Children with Multiple Disabilities

ANNOTATION:

This diploma thesis deals with a view to the special pedagogical diagnostic issue accordance to the children with multiple disabilities. By these children whose disability is mostly the hardest character is making special pedagogical diagnostic as much as correct and accurate very difficult. This diagnostic is very important for developing an individual plan of a special pedagogical intervention.

The work is focused on both the individual areas of special pedagogical diagnostic and the complex diagnostic tools. In these areas are mentioned the methods and the materials of a foreign literature which is possible to use with a group of children with multiple disabilities. In the second part of the thesis are developed the results of a survey which brings a practical look to this issue.

All these collected knowledge and experience should have become the benefit which should have been a starting point for searching other partial methods. These methods are dealing, for now, with still newly making issue of special pedagogical diagnostics of children with multiple disabilities.

KEYWORDS:

people with multiple disabilities, special educational diagnostic, assessments of children with multiple disabilities, sections of special educational diagnostic

Prohlašuji, že jsem diplomovou práci Možnosti speciálně pedagogické diagnostiky u dětí s kombinovaným postižením vypracovala pod vedením PhDr. Pavlína Šumníkové, Ph.D. samostatně na základě vlastních zjištění a za použití pramenů uvedených v seznamu literatury.

Praha, 25. března 2011

.....

podpis

Děkuji PhDr. Pavlíně Šumníkové, Ph.D. za odborné vedení, cenné rady a připomínky, které mi poskytla při zpracování diplomové práce. Dále děkuji všem pracovníkům SPC a dalších zařízení, kteří mi ochotně odpověděli na můj dotazník, díky nim mohlo proběhnout orientační šetření, které je pro tuto práci obohacující.

Obsah

1 Termín kombinované postižení	8
1.1 Osoby s kombinovaným postižením	9
1.2 Kategorie skupiny osob s kombinovaným postižením	11
2 Speciálně pedagogická diagnostika	13
2.1 Problematika speciálně pedagogické diagnostiky	18
2.2 Přístupy a vhodné diagnostické situace v návaznosti na děti s kombinovaným postižením	22
3 Jednotlivé oblasti speciálně pedagogické diagnostiky a děti s kombinovaným postižením	30
3.1 Speciálně pedagogická diagnostika motorických dovedností	30
3.2 Speciálně pedagogická diagnostika sebeobslužných činností	36
3.3 Speciálně pedagogická diagnostika úrovně socializace	39
3.4 Speciálně pedagogická diagnostika grafomotoriky a kresby	40
3.5 Speciálně pedagogická diagnostika rozumových schopností	43
3.6 Speciálně pedagogická diagnostika komunikačních dovedností	46
3.7 Speciálně pedagogická diagnostika úrovně percepce	49
3.8 Speciálně pedagogická diagnostika taktilní, kinestetické, vestibulární a vibrační percepce	49
3.9 Speciálně pedagogická diagnostika zrakové percepce	50
3.10 Speciálně pedagogická diagnostika sluchové percepce	52
3.11 Speciálně pedagogická diagnostika laterality	53
3.12 Speciálně pedagogická diagnostika školní zralosti, školních schopností a dovedností	53
3.13 Speciálně pedagogická diagnostika prostorové, časové a pravolevé orientace	56
4 Vhodné komplexnější diagnostické materiály pro děti s kombinovaným postižením v rámci speciálně pedagogické diagnostiky	57
4.1 Gesellovy vývojové škály	57
4.2 P-A-C archy Günzburga	58
4.3 Diagnostika a edukace dětí a žáků s těžkým zdravotním postižením	60
4.4 Záznamové archy používané v rehabilitačních třídách vypracované D. Poláškovou	62
4.5 Van Dijkova posuzovací metoda	63
4.6 Podpurná diagnostika Fröhlich/Haupt	64
5 Orientační průzkum – speciálně pedagogická diagnostika dětí s kombinovaným postižením	66
5.1 Analýza diagnostických a intervenčních nástrojů užívaných v SPC (IPPP 2008, 2009) ..	66
5.2 Průzkum možností speciálně pedagogické diagnostiky u dětí s kombinovaným postižením (2011)	68
5.2.1 Průběh dotazníkového šetření	68
5.2.2 Hodnocení v rámci krajů ČR	71
5.2.3 Výsledky dotazníkového šetření – klienti	72
5.2.4 Výsledky dotazníkového šetření – vnímání speciálně pedagogické diagnostiky u dětí s kombinovaným postižením	73
5.2.5 Výsledky dotazníkového šetření – použití diagnostických nástrojů	74
5.2.6 Výsledky dotazníkového šetření – problémy při diagnostikování	77
5.3 Nástroje speciálně pedagogické diagnostiky – srovnání teorie a praxe	79
6 Závěr	83
Seznam použité literatury	106

Úvod

Speciálně pedagogická intervence vychází ze speciálně pedagogické diagnostiky, díky níž je jedinec s postižením hodnocen v jednotlivých oblastech osobnosti. „*Cílem je vyhodnotit stav jedince, abychom byli schopni určit adekvátní cíle a vybrat metody a postupy, kterými budeme těchto cílů dosahovat, a tak můžeme i edukaci těžce zdravotně postižených usnadnit.*“ (Opatřilová, 2005, 48) Jak je zmíněno, ve speciálně pedagogické diagnostice by nám mělo jít především o co nejkvalitnější hodnocení dané osoby s postižením. Pro svou práci jsem zvolila skupinu osob s postižením, která se do popředí zájmu v rámci speciálně pedagogické diagnostiky začíná teprve dostávat. Jedná se o osoby s kombinovaným postižením. A protože je nutné se speciálně pedagogickou intervencí začít co nejdříve, budu se zajímat o dětský věk.

Skupinu osob s kombinovaným postižením necharakterizuje společný prvek, který by byl i v širokém pásmu vymezil, jaké zvláštnosti budou jedinci této skupiny mít, co je spojuje atd. Kombinace postižení a handicapů je tak různorodá, že se dnes odkláníme od snahy dílčího dělení v rámci této velké skupiny, ale je nutné pohlížet na každou osobu s kombinovaným postižením jako na novou kvalitu člověka. Pokud tomu tak je, jsou naši speciální pedagogové schopni děti s kombinovaným postižením optimálně diagnostikovat? Existují vhodné speciálně pedagogické materiály a metody, které speciálním pedagogům pomohou odhalit všechny stránky osobnosti dítěte?

Proto bude mým cílem zjistit, jaké možnosti speciálně pedagogické diagnostiky se pro hodnocení dětí s kombinovaným postižením speciálním pedagogům nabízí, co je doporučováno skrze odbornou literaturu, nebo co by mohlo být vhodné, nebo částečně vhodné. Nelze zřejmě najít univerzální diagnostický materiál, metodu apod., ale tato práce by měla být přehledem dosavadních speciálně pedagogických metod a materiálů v návaznosti na problematiku osob s kombinovaným postižením skrze odbornou literaturu. Dále by měla ukázat pohled odborníků (speciálních pedagogů), kteří provádí speciálně pedagogickou diagnostiku u dětí s kombinovaným postižením, a dále by mohla být východiskem pro další optimální diagnostickou podporu. Tuto práci bych doporučila všem, kteří se podílí na speciálně pedagogické diagnostice u dětí s kombinovaným postižením, protože shrnuje použití známých i méně známých diagnostických materiálů a opírá se o praktické zkušenosti, či vlastní vytvořené materiály některých zařízení pro děti s více vadami, kde se realizuje speciálně pedagogická diagnostika.

1 Termín kombinované postižení

Pro vymezení termínu „kombinované postižení“ je potřeba nejprve podrobněji nahlédnout do terminologie, protože každý autor tuto skupinu, kombinovaně postižených, označuje trochu jinak a z těchto označení pak vycházejí i definice.

Podle Ludíkové (in Renotiérová, Ludíková a kol., 2006) neexistuje v současné době jednotná terminologie pro kategorii osob s kombinovaným postižením, a u nás v České republice se nejčastěji používají tyto termíny: *vícenásobné postižení*, *kombinované postižení*, *kombinované vady*.

Ludíková (2005) ve své publikaci zmiňuje i používané pojmy v cizích jazycích, v angličtině se používají pojmy *multiple handicap*, které přeložíme jako *vícenásobně postižený*, dále to je pojem *severe/multiple disabilities*, což přeložíme jako *těžké/vícenásobné postižení*. V němčině se setkáme s pojmem *schwerstmehrfachbehinderung*, což přeložíme jako *těžké vícenásobné postižení*. Ve slovenštině se používají dva termíny a jsou to: *viacnásobné postihnutie* a *viaceré chyby*. Vidíme, že s termínem *vícenásobné postižení* se setkáme ve všech těchto jazycích, i u nás, ale přeci jenom u nás to není termín, který by byl nejčastěji používán. Za dobu, co studuji na Pedagogické fakultě Univerzity Karlovy, jsem se mnohem častěji setkávala spíše s termínem kombinované postižení.

Shrňme-li dosavadní poznatky o členění speciální pedagogiky, Sovák (1986) speciální pedagogiku rozčlenil do 5 oborů, a to z důvodu metody výzkumu a pracovních metod na: psychopedii, etopedii, logopedii (poruchy sluchu i řeči), tyflopedii, somatopedii. O kombinovaných vadách se také zmiňuje, ale rozhodně zatím nepatří mezi jeden obor speciální pedagogiky.

Kombinované postižení, jako jeden z oborů ve speciální pedagogice, se objevuje až mnohem později. Například Pipeková (1998) uvádí dělení speciální pedagogiky na 6 oborů (podle systému Sováka): psychopedie, tyflopedie, etopedie, logopedie, surdopedie, somatopedie a dále uvádí, že v současné době se k systému podle Sováka přiřazují ještě dva obory a to: speciální pedagogika osob s kombinovaným postižením a parciálními nedostatky. Stejně členění najdeme i u Renotiérové (in Renotiérová, Ludíková a kol., 2006), která člení speciální pedagogiku na tyto obory: psychopedie, tyflopedie, etopedie, logopedie, surdopedie,

somatopedie, speciální pedagogika osob s parciálními nedostatky a speciální pedagogika osob s vícenásobným postižením.

Dělení z pohledu pediatrií najdeme u Kašparové, Kašpara (in Květoňová-Švecová, 2004), kteří rozdělují typy postižení do čtyř skupin, tedy: tělesné postižení, smyslové postižení, mentální postižení a kombinované postižení.

Skupina osob s kombinovaným postižením má své místo i v legislativě, je tomu tak například ve Školském zákoně č. 561/2004 Sb.: „*Zdravotním postižením je pro účely tohoto zákona mentální, tělesné, zrakové nebo sluchové postižení, vady řeči, souběžné postižení více vadami, autismus a vývojové poruchy učení nebo chování.*“¹⁶

Je patrné, že každý autor používá jiné označení pro skupinu osob s kombinovaným/vícenásobným postižením. V této práci pracuji s termínem, který je obsažen v názvu této práce, osoby s kombinovaným postižením.

1.1 Osoby s kombinovaným postižením

„*Kategorie osob s kombinovanými vadami představuje ze všech úhlů pohledu nejsložitější skupinu, která ale je současně stále ještě nejméně propracovanou oblastí speciálně pedagogické teorie a praxe.*“ (Ludíková, 2005, 8) Nejjednodušší definici kombinovaného postižení uvádí zřejmě Jesenský (2000) v pojetí komprehenzivní speciální pedagogiky, a to takové, že kombinované postižení se používá pro výskyt dvou a více postižení. Toto vysvětlení je naprosto adekvátní k termínu „kombinované“, jedná se o kombinace, ale které postižení (nekombinované) s sebou nenese další dílčí poruchy, které se mohou překlenout nebo jsou považovány za další postižení? Po prostudování problematiky pohledu na osoby s kombinovaným postižením je opravdu těžké udělat někde hranici a říci: toto je kombinované postižení, a toto ještě není.

Nyní bych se chtěla ohlédnout za tím, jak se nahlíží ve speciální pedagogice na skupinu osob s kombinovaným postižením a jak se na ni nahlíželo dříve. To pomůže k lepšímu chápání toho, kdo všechno jsou osoby s kombinovaným postižením.

V roce 1982 uvedla Eisová, že: „*Termín kombinovaná vada označujeme ve speciální pedagogice několikanásobné (vícenásobné, mnohočetné, vícečetné) postižení jedince, tedy postižení nejméně dvěma ale i více defekty.*“ (Eisová, 1982, 5) Dříve byl termín

kombinovaných vad zužován na souhrn vad nebo postižení, kde společným znakem je mentální postižení a k němu přidružené jiné postižení (Teplý, 1963). Sovák pohlíží na kombinované postižení tak, že se jedná o vady, které spolu příčinně nesouvisejí. Znamená to, že se za kombinované vady nepokládají ty, které vznikly druhotně díky působení primárního postižení – tzn. že jedinec se sluchovým postižením, u kterého vznikla i vada s následnou poruchou řeči, nemá kombinované postižení. Tato Sovákova koncepce (1986), teorie primárního a sekundárního defektu, je dnes překonána, protože na člověka s kombinovaným postižením se dříve pohlíželo jako na součet všech postižení a podle toho se kombinovaly i metody a přístupy (Ludíková, 2005).

Ještě bych se chtěla zastavit u pojmu těžké vícenásobné postižení (viz výše) nebo těžké postižení, kterým taktéž někteří autoři označují tuto skupinu osob, která je předmětem této práce. Opatřilová (2005) a Vítková (2003) uvádí, že vedle pojmu kombinované postižení se uvádí i termíny těžké zdravotní postižení, hluboké postižení, sdružené defekty. To, že má jedinec nějaké postižení, je handicapován v mnoha oblastech, pokud však trpí více postiženími najednou, jeho handicapy se taktéž zvětšují, tudíž si myslím, že označení „těžké postižení“ má naprosto opravňující charakter. Vítková (2001) se také přiklání k postižení celistvosti člověka (komplex omezení člověka jako celku) před přiřazováním hlavního symptomu, jako by bylo tělesné nebo mentální postižení, a proto používá pojmy těžké postižení, kombinované vady, děti s těžkým narušením vnímání, těžké mentální postižení atd. za shodné. Stejně tak je termín „těžké zdravotní postižení“ uveden také v legislativě ve vyhlášce č. 73/2005 Sb.: *„Za žáky s těžkým zdravotním postižením se pro účely této vyhlášky považují žáci s těžkým zrakovým postižením, těžkým sluchovým postižením, těžkou poruchou dorozumívacích schopností, hluchoslepi, se souběžným postižením více vadami, s autismem, s těžkým tělesným nebo těžkým či hlubokým mentálním postižením.“*¹ Ale různorodost druhů postižení je velmi rozmanitá: *„Vzhledem na uvedenou různorodost není možné početně přesně určit výskyt vícenásobně postižených v populaci.“* (Ludíková, 2006, 303)

Vidíme, že dnes vychází přístup k osobám s kombinovaným postižením z pojetí, že nemůžeme sumarizovat jednotlivé vady, ale jedná se o novou kvalitu člověka (a to by se mělo odrážet všude – jak v diagnostice, tak v péči o tyto osoby, v edukaci atd.). Toto pojetí označuje Vašek: *„Vychádzajúc z poznatku, že viacnásobné postihnutie nie je možné posudzovať jako súčet dvoch alebo viacerých postihnutí, ale v dôsledku viacerých faktorov, vzniká nová kvalita. ... Viacnásobné postihnutie sa môže vyskytovať v rôznych početných*

variantách, v rámci ktorých interindividuálne rozdiely vyžadujú prísne individuálny prístup.“
(Vašek, 2005, 125)

Výše již bylo naznačeno, kdo jsou to osoby s kombinovaným postižením, nyní bych chtěla přesně vymezit speciálněpedagogický obor, který se jimi zabývá. Předmětem je tedy výchova a vzdělávání osob s kombinovaným postižením, tzn. osob, které mají nedostatky v kognitivní, komunikační, motorické, psychosociální oblasti a tyto nedostatky mají takový rozsah, že ve vztahu k osobám s jedním postižením vyžadují zvýšenou speciálněpedagogickou péči ve směru individuálního přístupu, a zároveň tyto nedostatky jsou takové, že se jedná o výskyt minimálně dvou rozdílných postižení nebo narušení nebo této kombinace (Ludíková, 2006).

1.2 Kategorie skupiny osob s kombinovaným postižením

Vzhledem k velikosti a různorodosti této skupiny, jsou tendence v jejím rámci tvořit kategorie z důvodu specializovanější následné péče, edukace atd.

V roce 1986 rozdělil Sovák (1986) kombinované defekty do 4 skupin, a to:

1. slepohluchoněmí
2. slabomyslní hluchoněmí
3. slabomyslní slepí
4. slabomyslní tělesně postižení

Z toho je zřejmé, že kromě slepohluchoněmých, kdy kombinace těchto dvou postižení je opravdu závažná, je k jinému postižení přidruženo mentální postižení.

Jinak dělí osoby s kombinovaným postižením Eisová (1982), také uvádí 4 skupiny:

1. společný znak je slabomyslnost (nejčastěji se přidružují tělesné vady, dále vady smyslové, vady řeči ...)
2. vzájemné kombinace tělesných vad se smyslovými, vadami řeči nebo hlasu
3. jedinci, kteří vyžadují opakovanou léčebnou péči ve specializovaném zdravotnickém zařízení (např. dítě s vrozenou a operovanou luxací kyčelních kloubů a srdeční vadou)
4. sdružené vady jen lehčího stupně (např. oční a sluchová vada lehčího stupně)

Vašek (2005) kategorizuje osoby s kombinovaným postižením jen do 3 skupin:

1. mentálně postižení s dalšími postiženími

2. slepohluchota

3. poruchy chování v kombinaci s dalšími postiženími či narušeními

Osoby s kombinovaným postižením tvoří velkou skupinu, proto je zřejmě důležité tuto skupinu kategorizovat kvůli speciální edukaci osob, speciálnímu přístupu atd., který je pro stejný druh postižení společný. Například osoby s hluchoslepotou mají specifické komunikační systémy a toto postižení je hodně specifické samo o sobě. I když záleží na každém jednotlivci, připadá mi tato kategorie v rámci kombinovaných vad zcela smysluplná. Co se týká ostatních kategorií, přijde mi, že nejsou tolik specifické, že kombinace dvou a více postižení je natolik různá, že nelze přesně utvořit kategorie, protože symptomy jsou tak různorodé v kombinaci s dalšími postiženími. „...v současné péči se stále více dostává do popředí člověk jako takový, v našem případě dítě, a teprve následně se hovoří o tom, zda se jedná o dítě zdravé, či s postižením. Dříve se postižení vnímalo spíše jako kategorie, byl diagnostikován defekt, a podle druhu a stupně postižení následovalo opatření.“ (Jankovský, 2001, 30) Zde právě vede problematická kategorizace k jednotnému zařazování osob s postižením, a ne k individuálnímu pojetí, a vzhledem k tomu, že kombinací různých postižení je nespočetně, nemá podle mého názoru význam striktně dělit osoby s kombinovaným postižením do různých kategorií. Nicméně připouštím, že jsou specifické skupiny (hluchoslepotu), kde to význam mít může. Jankovský (2001) ještě uvádí, že je potřeba vnímat postižení ne jako kategorii, ale jako dimenzi – tedy rozměr života.

Stejného názoru je i Ludíková: „...je zřejmé, že v současnosti a pravděpodobně i do budoucna se stále více definování a kategorizace osob s kombinovanými vadami bude odklánět od konstatování druhu a míry postižení a jejich zakomponování do terminologie spíše směrem k popisnému charakteru integračních projevů jedince a jejich specifík.“ (Ludíková, 2005,11)

2 Speciálně pedagogická diagnostika

Význam diagnostiky ve speciální pedagogice

„Speciálně pedagogická diagnostika sleduje podmínky, průběh a výsledky výchovného a vzdělávacího procesu osob se zdravotním postižením, je východiskem při určování možností ve výchově a vzdělávání těchto jedinců v souvislosti s charakterem jejich postižení.“ (Rádlová, 2004, 5). Z výše uvedeného je důležité se zaměřit na „souvislost s charakterem jejich postižení“, protože to nám poukazuje na to, že k dítěti a jeho postižení je nutné přistupovat individuálně, stejně tomu tak bude i při diagnostice, zvláště pokud se bude jednat o dítě s kombinovaným postižením. Speciálně pedagogická diagnostika neukazuje pouze na to, jaký druh postižení dítě má, ale jde zde především o celkové komplexní hodnocení dítěte. Podle Monatové (2000) je speciálně pedagogická diagnostika dlouhodobý proces a vede k pedagogické diagnóze, která se snaží následně postihnout stupeň celkového rozvoje dítěte, a na základě toho hledat optimální postupy v navazující reedukaci, socializaci dítěte, kompenzaci.

Speciální pedagog, stejně jako jiný odborník, musí při správné diagnostice spolupracovat s dalšími odborníky a pracovníky jako jsou lékaři, psychologové, pedagogové, sociální pracovníci a další dílčí odborníci. Tím můžeme diagnostiku rozdělit na dílčí části, podle toho, kdo z odborníků danou část provádí. Podle Přinosilové (2007) potom hovoříme o diagnostice ve speciální pedagogice, speciálně pedagogická diagnostika je pak pouze její částí. Dílčími částmi diagnostiky ve speciální pedagogice jsou tedy: lékařská část diagnostiky (má zpravidla primární postavení pro speciálního pedagoga, na základě diagnózy lékařem je navržena terapie), psychodiagnostika (psycholog se zaměřuje na určení stupně vývoje, na psychické vlastnosti a procesy a stavy), sociální diagnostika (zaměřuje se na vlivy sociálního prostředí, výchovu, vztahy) a speciálně pedagogická diagnostika. Nejčastěji se speciálně pedagogická diagnostika stýká s diagnostikou psychologickou, pokud mluvíme o diagnostice podmínek edukace, protože do ní patří i osobnost jedince s postižením (úroveň psychických stavů, vlastností, procesů, včetně stanovení druhu, stupně a typu postižení (Valenta in Rádlová, 2004).

Z výše uvedeného vyplývá, že speciálně pedagogickou diagnostiku provádí přímo speciální pedagog, jak popisuje i Přinosilová (2007). Speciální pedagog pak realizuje speciálně pedagogickou diagnostiku v těchto institucích: speciálně pedagogická centra, pedagogicko-psychologické poradny, instituce resortu školství, instituce resortu práce a sociálních věcí, instituce resortu zdravotnictví nebo v oblastech nestátních neziskových sektorů. Jako konkrétní příklady, kde probíhá speciálně pedagogická diagnostika, Valenta (in Rádlová, 2004) uvádí: denní centra, stacionáře, střediska výchovné péče, alternativní centra pomoci, dětská oddělení, foniatrická oddělení, střediska rané péče, ústavy sociální péče atd. Podle mého názoru je pro speciálně pedagogickou diagnostiku nesmírně podnětná škola, kterou dítě s postižením navštěvuje, komunikace speciálního pedagoga s učitelem (učiteli) a stejně tak informace z rodinného nebo jinak výchovného prostředí. *„Práce speciálního pedagoga je velice cenná, protože má možnost sledovat dítě v přirozených podmínkách v rodině, v denním stacionáři nebo v dalších předškolních institucích tím, že určité jevy probíhají v obměňovaných a v opakovaných podmínkách, které jsou dlouhodobé, mají značný diagnostický význam.“* (Monatová, 2000, 10)

Obsah speciálně pedagogické diagnostiky

Speciální pedagog sleduje jak kompetence, které jsou u dítěte s postižením omezeny právě v důsledku jeho vady nebo postižení, ale také sleduje i ty kompetence, které narušeny nejsou (Přinosilová, 2007).

Čím se tedy speciálně pedagogická diagnostika přímo zabývá, co zkoumá? Jsou to tyto oblasti osobnosti dítěte s postižením (příčemž je tato práce zaměřena na diagnostiku u dětí): rozumové schopnosti, komunikační dovednosti, zraková percepce, sluchová percepce, kinestetická percepce, taktilní percepce, jemná a hrubá motorika, grafomotorika a kresba, školní zralost, pravolevá, prostorová a časová orientace, úroveň koncentrace, čtenářské schopnosti, matematické a početní schopnosti, lateralita, sebeobslužné činnosti, sebepojetí a sebehodnocení, diagnostika rodinného prostředí, zájmy atd. (Rádlová, 2004).

Pro přesnější a důkladnější speciálně pedagogickou diagnostiku se tato diagnostika může rozdělovat do jednotlivých disciplín podle zaměření na určitý druh postižení, jedná se o speciálně pedagogickou diagnostiku psychopedickou, logopedickou, surdopedickou, tyflopeditickou, somatopedickou, etopedickou (Rádlová, 2004). Podle Přinosilové (2007) má speciálně pedagogická diagnostika ještě 2 disciplíny, a to diagnostiku specifických poruch

učení a parciálních nedostatků a diagnostiku vícečetných postižení (kombinované vady). Ze stejného důvodu, aby byla diagnostika úžeji zaměřená, ji speciální pedagogové mohou dělit podle věku diagnostikovaného jedince a podle toho rozlišujeme: diagnostiku dětí raného a předškolního věku, diagnostiku dětí ve školním věku a adolescentů, diagnostiku dospělých osob, diagnostiku v období stáří (Rádlová, 2004). Je nesmírně důležité nezapomenout na včasnou diagnostiku u dětí, protože čím dříve bude známa speciálně pedagogická diagnóza, tím dříve budou moci být nastaveny vhodné postupy, jak s dítětem pracovat, vhodná edukace atd. Zároveň nám takto členěná diagnostika podle věku umožňuje přistupovat k jedinci jako k plnohodnotnému člověku a vnímat ho na této věkové úrovni a pomocí diagnostiky ho stále více integrovat do běžného života, do společnosti v každém věku.

Pokud chceme diagnostikovat klienta s postižením, je nutné se řídit obecně danými principy, kterými podle Rádlové (2004) jsou: princip komplexního přístupu, princip etiologického hlediska, longitudinální princip a princip dynamiky. Princip komplexního přístupu říká, že je k vypracování komplexní diagnózy třeba týmové spolupráce a širokého kontextu diagnostikování. Etiologický princip spočívá v preferování kauzální diagnostiky, která se zaměřuje na příčiny stavu před symptomy. V rámci longitudinálního principu je důležité, že diagnóza není ovlivněna aktuálním stavem klienta při průběhu diagnostikování, proto se doporučuje diagnostikovat např. žáka přímo ve škole při jeho přirozeném chování, než jednorázově v poradně. A princip dynamiky poukazuje na uplatňování individuálního přístupu ke klientovi, na aktuálnost diagnózy a na změny přístupu při diagnostikování, pokud jsou potřeba (Valenta in Rádlová, 2004).

Dítě prochází od svého narození, přes vstup do nějaké instituce, až po vstup do další péče neustálými změnami, přičemž proces vývoje dítěte má globálně vzestupnou tendenci, i když není vždy plynulá, někdy se zrychluje, někdy zpomaluje, někdy vykazuje regres. Proto je důležité mít podrobné informace o celkové úrovni dítěte, o všestrannosti jeho rozvoje skrze rodinu nebo jinou instituci. Je tedy potřeba provádět diagnostiku v různých časových obdobích, z hlediska časového sledu, aby usnadnila upřesnění diagnózy a další adekvátní působení na dítě (Monatová, 2000).

Diagnostiku členíme podle časového sledu provádění následovně:

- diagnostika vstupní – od prvního vyšetření a převzetí jedince do péče
- diagnostika průběžná – během celkové doby péče

- diagnostika výstupní – při ukončení péče a při přeřazení jedince k jinému odborníkovi, do jiné instituce, zařízení (Přinosilová, 2007)

Metody speciálně pedagogické diagnostiky

Ve speciálně pedagogické diagnostice můžeme využívat jak klinické diagnostické prostředky, které se považují za nestandardizované, tak testové zkoušky a postupy, o kterých mluvíme jako o standardizovaných. Mezi klinické diagnostické prostředky řadíme anamnézu, pozorování, dotazník, rozhovor, analýzu produktů činnosti (analýza hry, analýza kresby), případovou studii; mezi testové metody řadíme psychodiagnostické metody (vývojové škály, testy inteligence, testy specifických funkcí a schopností), sociometrické testy, didaktické testy (Valenta in Rádlová, 2004).

Pro standardizované testové metody jsou dané určité základní metodologické požadavky: objektivita,¹ normalizace,² reliabilita,³ validita.⁴ Až na výjimky s testovými metodami pracují pouze odborní psychologové, a nikoliv speciální pedagogové (Přinosilová, 2007).

Východiskem pro speciálně pedagogickou diagnostiku je podle Monatové (2000) anamnéza, která se skládá z osobní anamnézy, rodinné anamnézy a anamnézy širších životních podmínek a zkoumá dosavadní vývoj jedince od narození do současnosti.

Cílem anamnézy je hledání eventuálních příčin a souvislostí vzhledem k současnému stavu jedince, které získáváme nejčastěji formou rozhovoru, a to přímo od jedince s postižením, nebo od jeho rodičů, sourozenců, jiných lidí z okolí, učitelů, vychovatelů atd. Při anamnéze se také vychází z lékařských zpráv, zpráv z poraden atd. (Přinosilová, 2007). Při sběru dat pro anamnézu dítěte s postižením bych sledovala tyto oblasti: údaje z rodinné anamnézy (choroby v rodině z hlediska dědičnosti, osobnostní odchylky, sociální patologie v rodině), údaje o rodině (členové rodiny, vztahy členů, ekonomický statut, funkčnost rodiny z hlediska výchovy, bydlení, volný čas a jeho trávení, zájmy rodiny, vztahy se širšími členy rodiny a přáteli rodiny), období těhotenství a porodu, psychomotorický vývoj, vývoj v raném, předškolním a školním věku (docházka do zařízení, adaptace, odklad, výuka), tělesné zdraví, citový vývoj, sociální vztahy, návyky, sebeobsluha, chování, zájmy a volný čas atd.

1 „Objektivita testu je naplněna tehdy, když jsou jeho výsledky nezávislé na tom, kdo test předkládá a hodnotí a současně jsou zaručeny stejné podmínky pro všechny vyšetřované osoby.“ (Přinosilová, 2007, 40)

2 „Normalizace znamená možnost srovnat výsledky v testu dosažené konkrétní osobou s normami, které vznikly vyšetřením velkého reprezentativního vzorku osob.“ (Přinosilová, 2007, 40)

3 Znamená spolehlivost testu, jak skrze měření to spolehlivě činí (Přinosilová, 2007).

4 Znamená platnost testu, zda test měří skutečně to, co má měřit (Přinosilová, 2007).

„Pozorování znamená systematické, plánovité, bezprostřední sledování jedince. Jde o úmyslné vnímání určité situace, činnosti, jednání, jehož cílem je proniknout do příčin a souvislostí daného projevu.“ (Monatová, 2000, 19) Můžeme pozorovat jednorázové jevy (krátkodobé pozorování), ale častěji se ve speciálně pedagogické diagnostice jedná o dlouhodobé a opakované pozorování, které umožňuje lépe poznat pozorovaného jedince, a dospět k potřebnému zobecnění. Pozorování se uskutečňuje jak v přirozeném prostředí pro jedince, tak v navozených podmínkách, v terénu, pozorování reakcí dítěte na určitou situaci atd. (Monatová, 2000). Pozorování je jednou z nejdůležitějších metod diagnostiky, ale při pozorování dochází k subjektivnímu zkreslování toho, koho pozorujeme díky tradicím, haló efektu, stereotypizace atd. (Valenta in Rádlová, 2004).

Dotazník slouží jako doplňková metoda při speciálně pedagogické diagnostice od většího počtu respondentů (např. potřeba zjistit určité údaje od více osob se stejným postižením, které mají různé bydliště). Metoda dotazníku má své klady (promyšlení předem připravených otázek) i zápory (nelze požádat o upřesnění dané odpovědi, špatné pochopení otázky atd.). Otázky mohou být kladeny k otevřeným odpovědím, k uzavřeným odpovědím, jejich kombinacím, ratingu (škála neboli stupnice například od ano přes různé stupně po ne, kdy dotazovaný zaškrťává stupeň svého souhlasu nebo nesouhlasu) (Monatová, 2000). Dotazník může být položen i rodičům, nebo učitelům, vychovatelům dítěte, což napomůže k ucelenějšímu pohledu na jedince, kterého diagnostikujeme.

Rozhovor je prostředkem k přímému navázání kontaktu s daným jedincem, díky němuž získáváme důležité informace pro naši diagnostiku, nezískáváme jen informace, které jsou pro nás důležité, ale i názory, postoje, přání toho, koho diagnostikujeme. Rozhovor může být řízený, nebo neřízený, kde klient má sám možnost volit téma. Za standardizovaný rozhovor považujeme rozhovor, který se blíží dotazníku (otázky jsou předem připravené v určitém pořadí), volný rozhovor má cíl, ale způsob, kterým ho chceme dosáhnout, není předem stanoven. U dětí se doporučuje rozhovor přizpůsobit jejich vývojové úrovni, také s nimi hovořit v přítomnosti rodičů, navodit správnou atmosféru, přizpůsobit se způsobou komunikace a chápání dítěte. U dětí předškolního věku můžeme využít magických technik, kdy například nehovoříme s dítětem my, ale třeba plyšové zvířátko, maňásek atd. Při rozhovoru můžeme zachycovat i projevy strachu, nedůvěry, předvádění se, komunikace, úzkosti atd., což je pro speciálně pedagogickou diagnostiku opět přínosem. (Přinosilová, 2007)

Analýza produktů činnosti informuje o úrovni dovedností a vědomostí, o zájmech, o nedostatecích a problémech jedince, kterého diagnostikujeme. K této diagnostické metodě se používají jakékoliv produkty klienta: výtvarné a pracovní činnosti (kresby, výrobky, modely...), písemné práce, kde se klade důraz na analýzu obsahové a formální úrovně (Přinosilová, 2007). V praxi se této metody nejčastěji využívá při analýze dětské kresby a hry (Valenta in Rádlová, 2004). „Získané výsledky je nutno konfrontovat s výsledky i jiných metod. Výtvary a výrobky mají individuální výpovědní hodnotu ve vztahu k osobnosti svého tvůrce.“ (Přinosilová, 2007, 38).

Případová studie (kazuistika) je sumarizační metoda, která obsahuje všechny dostupné informace a zároveň se snaží nacházet vzájemné souvislosti, postihnout vzájemné vztahy mezi již zjištěnými informacemi o daném klientovi, u kterého provádíme diagnostiku. Tato metoda pracuje s výsledky z jiných odborných vyšetření (lékařských, psychologických, sociálních, soudních spisů a našich speciálně pedagogických) (Přinosilová, 2007).

Testové metody jsou vlastně zkoušky, které mají přesně vymezené podmínky a pravidla při zadávání, při hodnocení a při vysvětlení. Široká škála druhů testů je dělí na osobnostní, testy schopností (sem spadají testy inteligence), výkonové, sociometrické atd. (Valenta in Rádlová, 2004). S těmito testy však speciální pedagog obvykle nepracuje, ale jejich výsledky jsou podkladem pro speciálně pedagogickou diagnostiku. Speciální pedagog se často setkává s vývojovými škálami, které jsou zaměřené především k diagnostikování malých dětí, kde můžeme srovnávat s normou (vývoj jemné a hrubé motoriky, vizuomotorická koordinace, chování, adaptabilita atd.). Jako příklad uvádí Valenta Gesellovu škálu, nebo Bayleyové škály (Valenta in Rádlová, 2004).

2.1 *Problematika speciálně pedagogické diagnostiky*

Jak jsem zmínila výše, můžeme speciálně pedagogickou diagnostiku specifičtěji konkretizovat na psychopedickou, logopedickou, surdopedickou, tyflopeditickou, somatopedickou, etopedickou, diagnostiku specifických poruch učení a parciálních nedostatků a diagnostiku vícečetných postižení (kombinovaných vad). Přinosilová (2007) popisuje některé momenty při diagnostice u dětí s mentálním, tělesným, sluchových a zrakovým postižením, v rámci těchto postižení místy poukazuje na zvláštnosti při speciálně pedagogické diagnostice. Také uvádí, že standardizované testy, které se používají ve speciálně

pedagogické praxi (např. pro diagnostiku školní zralosti, nebo pro test laterality atd.), jsou původně určeny pro zdravou populaci. O speciálně pedagogické diagnostice u osob se zdravotním postižením se zmiňuje takto: „... *nemáme pro diagnostiku zdravotně postižených jedinců dostatek vhodných metod, a proto většinou využíváme v praxi standardní metody, které však prezentujeme nestandardním způsobem. Jejich prezentaci a využití, stejně jako interpretaci výsledků musíme modifikovat s ohledem na druh a závažnost zdravotního postižení konkrétního jedince.*“ (Přinosilová, 2007, 24)

Pokud má jedinec tělesné postižení, bude tedy nutné mu upravit materiál tak, aby vyhovoval jeho motorickým schopnostem, stejně tak budeme muset materiál upravit dítěti se zrakovým postižením (například zvětšit písmo), u mentálního postižení upravit formu a obsah zadání atd. Je tedy důležité, aby jedinec s postižením mohl náš např. test vykonat, a my mohli zjistit, jak na tom v dané oblasti je, a najít vhodnou reedukaci. Stejně jako jinde, tak i v rámci speciálně pedagogické diagnostiky můžeme používat jak metody standardizované, tak nestandardizované. Se standardizovanými testovými metodami ve speciální pedagogice pracují převážně jen psychologové, ale jsou standardizované metody i přímo pro speciální pedagogy jako například Matějčkův a Žlabův test laterality. Tak či onak se při používání standardizovaných testů klade důraz na shodnost podmínek, tzn. na to, že všechny osoby, které vykonávají daný test, by měly mít stejné podmínky, stejné zadání atd. (Přinosilová, 2007). A protože je nutné některé metody upravit pro konkrétní dítě s postižením, aby mohlo probíhat diagnostikování, je možné si vytvořit vlastní položky pro konkrétního klienta. „*V klinické oblasti se využívají nestandardizované dotazníky, jejich položky jsou šity na míru konkrétního klienta.*“ (Valenta in Rádlová, 2004, 11) Nebo: „...*v případě strukturovaného rozhovoru musí mít připravené alternativní otázky, přičemž všechny otázky musí být klientovi 'ušity na tělo' tj. vycházet z jeho věku mentálního (a nikoliv fyzického) a také druhu, typu a stupně postižení.*“ (Valenta in Rádlová, 2004, 12)

Pokud jsem se výše zmínila o tom, že dítěti s postižením je nutné upravit materiál (test, zadání) tak, aby jej mohlo absolvovat, tak potom zde vyvstává problém s možným porušením standardizace testu. Toto se podle mého názoru netýká jen speciálně pedagogické diagnostiky, ale právě i té psychologické, kdy pro komplexní speciálně pedagogickou diagnostiku potřebuje speciální pedagog právě výsledky dílčích standardizovaných metod od psychologů. Jak uvádí Vágnerová (in Svoboda, Krejčířová, Vágnerová, 2001), nelze očekávat, že

modifikované či nestandardně administrované testy budou měřit totéž, jako testy, co jsou standardně administrované pro konkrétní skupinu.

Vítková se zmiňuje o porovnávání výkonů dětí s těžkým postižením s normou, které bývá po právu kritizováno a které je problematické. *„Při aplikování poznatků z vývojové psychologie na okruh těžce postižených nesmíme zapomenout, že se v tomto případě jedná o děti, mládež a dospělé, jejichž vývojový a chronologický věk se nekryje a kteří nemohou být v žádném případě ve své celosti kladeny na úroveň zdravého novorozence či malého dítěte.“* (Vítková, 2001, 17). Dítě s těžkým nebo kombinovaným postižením je samo o sobě novou kvalitou člověka (novou kvalitou postižení, jak vyplývá z kapitoly 1.1), a tudíž musí být velmi obtížné pozorovat určité podobnosti v chování, které odpovídá stejnému věku dítěte bez postižení. Může se jednat o pouhé vodítko, jak píše Vítková (2001), které nám ukáže výkony dítěte s takto těžkým postižením v oblastech, přes které se ve srovnání s normou ještě nedostalo. Je důležité nezapomenout na to, že se dané oblasti překrývají a jsou vzájemně závislé. Pokud má dítě kombinované nebo velmi těžké postižení, je podle mého názoru překrývání vývojových oblastí důležitým faktorem, protože závislost stupňů vývoje se díky kombinovaným vadám zvětšuje, a zatímco by dítě s jedním postižením překonalo určitý vývojový stupeň, u dítěte s kombinací postižení to tak být nemusí.

Tím se dostáváme k použitelnosti diagnostických archů a vývojových škál, které se používají k diagnostikování především malých dětí (viz. předchozí kapitola). Vítková uvádí použitelnost diagnostických archů orientovaných vývojově za spornou a uvádí některé nedostatky: nevýhodou je malá diferenciací v elementárních oblastech chování, skoro nepostihují kvalitativní aspekty toho, co jedinec prožívá (celkové ladění, náladu, strach, problémové chování), a tím je redukována pedagogická podpora při vytváření funkční zdatnosti a užitečnosti. S tím také souvisí přílišná formálnost diagnostických archů, kdy je opomíjen situační kontext. A posledním nedostatkem, který Vítková (2001) uvádí, je již výše naznačený příliš velký důraz na nezbytnost dodržování jednotlivých vývojových kroků.

Východiska pro speciálně pedagogickou diagnostiku u dětí s kombinovaným postižením

Pokud je naším úkolem zjistit, jaké jsou individuální problémy a zvláštnosti daného dítěte s kombinovaným postižením při zvládání běžných životních situací, abychom mohli určit cíle pro konkrétní dítě (jak dlouhodobé, tak krátkodobé), je nezbytné si vytyčit několik

východisek, které by mohly být odrazem k ucelenější a přesnější diagnostice dětí s kombinovaným postižením. Někteří autoři uvádí specifika při speciálně pedagogické diagnostice a vytyčování cílů u osob s těžkým (zdravotním) postižením, ale jak je zmíněno výše, i na tyto osoby pohlížíme jako na osoby s kombinovaným postižením, tudíž je možné tyto poznatky přenést do obecné roviny pro osoby s kombinovaným postižením.

Pro speciálně pedagogickou diagnostiku je samozřejmostí, že musíme vycházet z diagnostiky medicínské, psychologické a širšího sociálního prostředí, kdy cílem je určit adekvátní cíle a usnadnit tak edukaci těžce zdravotně postižených (Opatřilová, 2005). Stejně tak tomu bude i u dětí s kombinovaným postižením, kdy je podle mého názoru velmi důležité vycházet z medicínské diagnózy, která nám již vymezi, které diagnostické materiály budeme moci pro konkrétní dítě použít atd.

„Primárním cílem je zajištění životně důležitých potřeb dítěte s těžkým postižením. Teprve potom můžeme uskutečňovat svůj záměr co se týče podpory samostatnosti v sebeobsluze a v získávání zkušeností s okolím.“ (Vítková, 2001, 20) Z toho bychom měli vycházet i při diagnostice a vzhledem k tomu vybrat vhodné diagnostické metody. S tím může souviset i celkové naladění dítěte v určitém jeho životním období. Vítková (2001) uvádí, že třeba záchvatovitá choroba, nebo podávání léků se může projevit nepříznivě na vnímavost a celkové ladění dítěte s postižením, přičemž mnoho dětí s těžkým zdravotním postižením trpí např. epileptickými záchvaty.

Dalším východiskem je včasnost. *„Včasnost speciálněpedagogické diagnostiky v oblasti péče o jedince s kombinovanými vadami je předpokladem pro zahájení speciálněpedagogické intervence, tj. adekvátního způsobu stimulace, edukace a rehabilitace.“* (Ludíková, 2005, 82)

Nesmí být opomenuta ani průběžnost speciálně pedagogické diagnostiky. Podle Opatřilové (2005) je nezbytné chápat diagnostiku jako denní činnost skrze pozorování. Je vhodné si zvolit adekvátní způsob zaznamenávání výsledků tak, abychom mohli zaznamenávat i detailní projevy a výkony žáka. Diagnostika může ukazovat na pokroky, stagnaci, nebo regres ve vývoji dítěte s postižením, není tedy vhodné setrvávat na již dosažených výsledcích, ale objektivně hodnotit změny, které u dítěte nastaly. K porovnávání diagnostických výsledků v průběžné diagnostice jsou dále podle Opatřilové vhodná týmová setkávání.

Vzhledem k formálnosti diagnostických archů, které jsou běžně používané pro diagnostiku, jak je již uvedeno v předchozí kapitole, bude potřeba hledat takové materiály či metody, které

budou více „šity na míru“ dítěti s kombinovaným postižením díky individuálnímu přístupu ve speciálně pedagogické diagnostice. Může se jednat o snahu o situační kontext, který bývá mnohdy opomíjen, jak je opět zmíněno výše. Výhodou by mohla být také snadná orientace v diagnostickém archu, kde hned budeme vidět, jak na tom dítě je od posledního diagnostikování, a nebude třeba složitě vyhledávat starší záznamy.

Vítková též uvádí, že vývojové škály (diagnostické archy) mají položky, které jsou závislé na dodržování jednotlivých kroků vývojových fází dítěte (zmíněno v předchozí kapitole). Myslím si, že při speciálně pedagogické diagnostice by se mělo vycházet z toho, že díky kombinovanému postižení, u něhož výskyt postižení je opravdu různý, nemůžeme příliš očekávat, že dítě půjde vývojově tak, jak je to obvyklé. V některých oblastech může být napřed, v některých pozadu a někdy dokonce se můžeme ptát, jak je možné, že dítě zvládá toto a nezvládá ono. „*Výkony v jednotlivých oblastech jsou většinou velmi nerovnoměrně rozvinuté. Vývojový a chronologický věk se nekryje, ale na straně druhé můžeme pozorovat určité podobnosti v projevech odpovídající normě.*“ (Opatřilová, 2005, 52)

2.2 Přístupy a vhodné diagnostické situace v návaznosti na děti s kombinovaným postižením

Stejně jako u nás, tak i ve Spojených státech amerických je chápán diagnostický proces výhradně v pozitivním smyslu, a to takovém, kdy má diagnostika pomoci v hodnocení dětí s postižením za účelem dalších adekvátních postupů, určení adekvátních dílčích cílů, zvolení vhodné náplně individuálně vzdělávacího plánu jak ve školských, tak i v jiných zařízeních, poskytnutí pomoci při výchově a vzdělávání rodičů i učitelů atd. „*Most important, assessment is not being proposed to suggest a student's limitations in potential development. Instead, the intention of assessment is to help with the planning process.*“⁵ (Westling, Fox, 2004, 124)

Zároveň se při speciálně pedagogické diagnostice považuje za přínosné vytvořit vhodné diagnostické situace. Podle Konečné (in Rádlová, 2004) se jedná o situace, kdy dítě, které diagnostikujeme, se cítí přirozeně a má tak možnost se plně soustředit na samotnou činnost, bez zábran, bez stresu a bez toho, aniž by mělo pocit, že se po něm něco požaduje v prostředí,

5 Překlad: Nejdůležitější je to, že hodnocení nemá předkládat a navrhnout omezení možného vývoje žáka. Místo toho je účelem tohoto hodnocení pomoci s procesem plánování.

nebo v podmínkách, které jsou pro něj pro danou činnost nepochopitelné. Potom by totiž hodnocení dítěte postrádalo smysl.

Týmová spolupráce

Westling, Fox (2004) uvádí, že pro diagnostické hodnocení dětí s kombinovaným postižením je podstatné, aby diagnostika byla vedena týmem odborníků (pedagogové, logopedi, fyzioterapeuti atd.), kteří mají v procesu diagnostikování každý svou podstatnou roli. Speciálně pedagogická diagnostika vedená jen jedním odborníkem (bez týmu) není tolik účelná a podle mého názoru se tak často děje (viz. níže kapitola 5.2.6, která popisuje problémy při diagnostikování u dětí s kombinovaným postižením). Mnoho autorů, například Ludíková (2005), uvádí, že v případě kombinovaných vad je nezbytně nutné podporovat mezioborovou spolupráci. Myslím si ale, že v praxi to je sice dodržováno, ale pouze okrajově. Mám na mysli konkrétně to, že každý speciální pedagog má sice k dispozici zprávy od dalších odborníků z různých dílčích vyšetření, které samozřejmě zahrne při speciálně pedagogické diagnostice, ale ze zkušeností z různých praxí, které jsem při studiu absolvovala, se domnívám, že práce v širším týmu, kdy se diskutuje nad konkrétním dítětem s kombinovaným postižením, se u nás více méně nerealizuje. Důležitost a pravidelnost týmových setkání byla zmíněna i v předchozí kapitole. Opatřilová (2005) vidí týmová setkávání jako nezbytnost při speciálně pedagogické diagnostice, kdy při týmových setkávání je možné srovnat výsledky s ostatními edukátory a dále se dohodnout na zaměření hodnocení v jednotlivých oblastech.

Dále autoři (Westling, Fox, 2004) zdůrazňují, že role učitele a rodičů (nebo vychovatelů) jsou při speciálně pedagogické diagnostice nepostradatelnou složkou, protože díky nim je možné si vytvořit ucelenou představu o konkrétním dítěti s postižením. Stejně jako přínos pro celkové hodnocení dítěte s postižením skrze nejbližší osoby (rodiče, učitel) je také neopomenutelným přínosem různý typ prostředí, kde se dítě s postižením pohybuje. Jedná se o získávání informací z přirozeného prostředí dítěte, z inkluzivního prostředí, a také hlavně z přímého pozorování v těchto různých prostředích.

Americký přístup ke speciálně pedagogické diagnostice klade důraz na určité požadavky při hodnocení dětí s kombinovaným postižením a shrnuje je do 6 bodů. Některé z následujících bodů jsou podrobně charakterizovány níže.

shromažďování informací z dosavadních záznamů

- rozhovory s rodiči k vymezení vzdělávacích cílů
- používání škál adaptivního chování k vymezení vzdělávacích potřeb
- používání tabulek či archů pro dovednosti a aktivity jako pomoc k určení potřeb žáka
- vedení ekologických inventářů a přímé pozorování žáků v přirozeném prostředí
- posuzování souvisejících dovedností členy týmu k vymezení potřeb v oblastech jako je komunikace a jazyk, fyzické funkce, sociální dovednosti, sebehodnocení, a pokud je uznáno za vhodné, tak i vymezení potřeb v tradičních školních oblastech (s úpravou, pokud je nutná) (Westling, Fox, 2004)

Zapojení rodičů (vychovatelů)

Nejprve se zmíním o rozhovorech s rodiči k vymezení vzdělávacích cílů, protože tato část celkové speciálně pedagogické diagnostiky u dětí s těžkým nebo kombinovaným postižením je pro autory (Westling, Fox, 2004), a zřejmě i pro americkou normu speciálně pedagogického diagnostikování, naprosto stěžejní. Zásadním momentem je zapojit rodiče do určování dovedností, které jsou pro jejich dítě s postižením vhodné, aby se učilo, protože rodiče jako součást diagnostického týmu jsou schopni podat aktuální informace o každodenních aktivitách a vzdělávacích potřebách jejich dítěte a zvláště pokud se jedná o oblast domova a společenského života. K tomu, aby odborný pracovník, který pracuje na speciálně pedagogické diagnostice, získal tyto aktuální informace, je potřeba pracovat metodou rozhovorů s rodiči diagnostikovaného dítěte. Bez ohledu na to, zda rozhovor s rodiči vede učitel, který by chtěl získat podklady pro hodnocení žáka, nebo přímo odborník (zřejmě speciální pedagog, psycholog), který má v úmyslu udělat komplexní speciálně pedagogické diagnostikování, je důležité podle autorů dodržet následující pokyny tak, aby diagnostik, který do rodiny vstupuje, narušil soukromí rodiny co nejméně.

1. Uspořádat schůzku s rodiči v době, která je pro ně vhodná a v místě, které si sami vyberou, obvykle to bývá u nich doma nebo ve škole jejich dítěte.
2. Pokusit se o odhalení rodinných a kulturních měřítek dané rodiny a dát rodičům najevo, že je respektuji.
3. Pokusit se postavit vzájemný vztah s rodinou na důvěře, upřímnosti a otevřenosti.
4. V případě, že by rodičům pomohlo, aby mohli své dítě svěřit pečovateli, nebo aby

mohl někdo dítě pohlídat v průběhu rozhovoru, pokud by to bylo jejich přáním, je mým úkolem zkusit toto zprostředkovat.

5. Vyvarovat se profesní mluvy a arogance v ovzduší. Naopak ukázat respekt a otevřenost k jejich názorům a myšlenkám. Více naslouchat než mluvit.
6. Na naplánované setkání přijít včas a zůstat pouze do té doby, jak bylo předem domluveno, obvykle by to nemělo trvat více jak jednu hodinu. (Westling, Fox, 2004)

V průběhu rozhovoru s rodiči by měly zaznít dvě hlavní otázky: „Co může Vaše dítě dělat?“ a „Co byste chtěli, aby se Vaše dítě naučilo?“⁶ Tyto otázky jsou podle mého názoru tím hlavním cílem, jak by mohl speciální pedagog proniknout do celkové představy o dítěti s kombinovaným postižením v souladu s podněty od jeho rodičů. Jako příklad uvádí autoři Westling, Fox (2004) dva vzory dotazníků, které lze v rozhovoru s rodiči použít.⁷

Hra jako diagnostická situace

Další diagnostickou situací, která je podle mého názoru vhodně použitelná i u dětí s kombinovaným postižením, je hra. Hra se začíná rozvíjet již v batolecím období, kdy je jejím předpokladem přiměřený rozvoj jemné a hrubé motoriky (Přinosilová, 2007). Pokud se jedná o dítě s kombinovaným postižením, může být rozvoj hry značně opožděný, záleží na projevech postižení či vad u konkrétního dítěte. Výhodou spontánní hry jako diagnostické situace je, že můžeme odhalit to, jak dítě přistupuje k hračkám, k materiálům, co při hře preferuje, jak s podněty manipuluje, zda je hra stereotypní, nebo naopak dítě neustále přebíhá od jedné věci ke druhé atd.. Hra ukazuje na mnoho oblastí ve speciálně pedagogické diagnostice a může podle mého názoru provázet řadu diagnostických procesů. Přinosilová (2007) popisuje, pro jaké účely lze hru diagnosticky využít. Jedná se o využití pro obraz: celkového charakteru hry (což ukazuje na rozumovou schopnost dítěte), hry jako odrazu reality (ukazuje nám interakci se sociálním prostředím, fantazii, úroveň paměti), pohybových dovedností (obratnost, šikovnost, hrubá a jemná motorika), lateralitu (lze si povšimnout preferencí), oblast percepce (funkce smyslových orgánů), komunikačních schopností (komentování hry, komunikace s ostatními dětmi nebo dospělými, rozsah slovní zásoby a formy komunikace), kvality pozornosti (délka soustředění, zájem), úrovně volní složky

6 Autoři (Westling, Fox, 2004) poznamenávají, že otázky nemusí zaznít přesně v této formě, ale je možné se zeptat i jinou cestou, nebo jinou formou. Přesné znění zde nehraje roli, důležitý je obsah.

7 viz. příloha č. 1 a příloha č. 2

(vytrvalost, snaha úkol dokončit, překonání překážek), emoční prožívání hry (citlivost, emoce), sociálního chování (spolupráce, autority, pravidla, normy, zacházení s hračkami), oblasti zájmů (jaký typ hry je upřednostňován, stereotypnost). Důležitým faktem pro hodnocení dítěte je, že všechny děti a především děti s postižením chtějí skrze hru jako svou tvůrčí aktivitu něco sdělit (Hájková in Květoňová-Švecová ed., 2004).

Podle Přinosilové (2007) může hra jako diagnostická situace vzniknout buď náhodně, spontánně, kdy je hra sledována bez jakéhokoliv ovlivňování nebo zasahování, nebo se záměrným cílem, kdy za účelem diagnostikování speciální pedagog hru ovlivňuje, ať už způsobem realizace nebo jejím námětem. Při přípravě hry v procesu diagnostiky je také kladen důraz na prostředí, kdy Přinosilová (2007) doporučuje, aby to bylo prostředí, které dítě důvěrně zná a kde se cítí dobře. Podobně to je i s volbou denní doby pro hru jako diagnostickou situaci.

Zde bych navázala na výše zmíněné shromažďování informací z dosavadních záznamů jako důležitý předpoklad k hodnocení dítěte s postižením. Přinosilová (2007) doporučuje pro objektivitu pozorování herních situací pozorování opakovat a zdokumentovat například videozáznamem s požadavkem nenápadnosti při natáčení na kameru. Tomu by mohlo napomoci natáčení videozáznamu i samotnými rodiči, nebo sourozenci, kteří s dítětem, které potřebujeme diagnostikovat běžně pracují, a proto nebude situace pro dítě s postižením nezvyklá. Navíc by zde mohlo být výhodou, že rodinní příslušníci natočí dítě v přirozeně vytvořené herní situaci, kdy bude mít náladu si hrát, a ne v situaci, kdy je povinnost si hrát. Často se může stát, že dítě může být příchodem cizího člověka (speciálního pedagoga) rozladěno, a k diagnostickému procesu (hře) nemusí dojít a bude potřeba ho opakovat. Myslím si, že je důležité hledat formy, jak rodinné příslušníky zapojit do procesu diagnostikování vlastního dítěte s kombinovaným postižením, a toto může být jedna z forem. Stejně tak by to mohlo fungovat i v zařízeních u učitelů nebo vychovatelů, kam dítě přes den dochází nebo je v nich umístěno. Stejného názoru jsou i autoři Westling, Fox (2004), kteří kladou důraz na rodiče jako součásti diagnostického týmu, kdy mohou poskytovat kritické informace o aktuálních schopnostech a aktivitách u dítěte s kombinovaným postižením – zvláště pak doma a ve společnosti, kde se pohybuje.

Další diagnostickou situací vhodnou pro děti s kombinovaným postižením může být kresba, avšak vzhledem ke kombinaci postižení, nemusí být vždy tou vhodnou metodou.

Konečná (in Rádlová 2004) uvádí, že kresba a hry mají při diagnostice mnoho společného, protože kresba je zpočátku pro dítě vnímaná jako určitá forma hry. Stejně jako u hry, může kresba vzniknout spontánně, nebo může vzniknout na základě konkrétního úkolu, kdy má dítě něco nakreslit podle zadání diagnostika. Protože je kresba také ukazatelem grafomotorických schopností a diagnostiky školní zralosti, budu se kresbou podrobněji zabývat v pozdějších kapitolách.

Vyučování jako diagnostická situace

Jen okrajově byla v kapitole o metodách speciálně pedagogické diagnostiky popsána metoda pozorování v procesu vyučování. Vyučování samo o sobě je také považováno za jednu z nejvhodnějších diagnostických situací, protože je tak variabilní, že nabízí pro diagnostiku ideální podmínky (Konečná in Rádlová, 2004). V tomto případě je podle mého mínění vždy možné s vyučováním jako diagnostickou situací pracovat i u dětí s kombinovaným postižením bez ohledu na to, jaké postižení dané dítě má. Konečná (in Rádlová, 2004) také uvádí, že role speciálního pedagoga jako diagnostika v takto pojatém diagnostickém procesu je spatřována ve správné identifikaci všech zvláštností v projevech žáka a v umění správného vyhodnocení získaných poznatků.

S vyučováním, jako jednou z hlavních diagnostických situací, počítá i americký systém vzdělávání žáků s kombinovaným postižením, jak doporučují autoři Westling, Fox (2004), kdy s diagnostikovaním žáků je počítáno již v rámci kurikula. K tomuto účelu bylo vytvořeno množství školních osnov a doprovodných aktivit ve výuce s cílem napomoci diagnostickému týmu a učiteli s plánováním dalších funkčních cílů pro žáky s kombinovaným postižením. Pro takové diagnostikování žáků s kombinovaným postižením se ve Spojených státech používají následující materiály: „COACH“ (Choosing Options and Accommodations for Children, Giangreco et al., 1998), dále je možné použít klasifikaci „Community Living Skills“ (Dever, 1988), která je podle položek a oblastí určena spíše pro dospívající a dospělé, a tou se v této práci zabývat proto nebudu, a také „The Syracuse Community-Referenced Curriculum Guide“ (Ford et al., 1989). Autoři Westling, Fox (2004) zdůrazňují, že tento materiál se liší od dříve doporučených diagnostických materiálů pro žáky s kombinovaným a těžkým postižením, a to tím, že dříve doporučené materiály byly vytvářeny s ohledem na běžný vývoj u dítěte bez postižení (od kojence, batolete atd.) a podle toho byly položky hodnotících testů v tomto věkovém uspořádání prezentovány. Nyní jsou položky prezentovány podle aktivit

a dovedností, které jsou vhodné pro chronologický věk žáka s kombinovaným nebo těžkým postižením. Hodnocení žáků, ať už skrze tyto výše zmíněné materiály, nebo skrze pouhé jejich části, by mělo mít nějaký systém, který bude ukazovat jasný výkon určitých schopností. Funkční systém, který může být příkladem, ukazuje COACH.

COACH je diagnostický průvodce, který může být zvolen jako forma diagnostiky k plánování vzdělávacího procesu pro žáka s kombinovaným nebo těžkým postižením. Westling, Fox (2004) zároveň doporučují, že použití COACH musí být v souladu se spoluprací s rodiči, protože rodiče dítěte s kombinovaným postižením také hodnotí vzdělávací možnosti jejich dítěte, a oni jsou těmi, kdo doporučují, nebo považují za důležité pro jejich dítě, aby se učilo oblastem, které si myslí, že v životě využijí, než oblastem, které nepovažují za tolik důležité. „*It is a comprehensive planning system based on learning priorities determined by parents and professionals.*“⁸ (Westling, Fox, 2004, 130) COACH⁹ hodnotí každou dovednost na určité škále, a to takto: R – odolný vůči pomoci od ostatních, E – teprve vznikající dovednost (1% - 25%), P – částečná dovednost (25% - 80%), S – dovedný, znalý (80% - 100%).¹⁰ Ve výsledku je porovnáváno hodnocení položek od rodičů a od profesionálů a podle toho se stanoví vzdělávací priority u žáků s kombinovaným nebo těžkým postižením (Westling, Fox, 2004).

Dalším materiálem, který pomáhá hodnotit dovednosti žáka je „The Syracuse Community-Referenced Curriculum Guide“ (Ford et al., 1989), který nabízí řadu funkčních aktivit pro osoby s kombinovaným/těžkým postižením. Tento průvodce zahrnuje oblasti uspořádané v tabulce, která je řazena postupně podle věku dítěte s postižením od 5 do 21 let. Průvodce obsahuje tabulky pro oblasti společenského života, pro školské dovednosti, pro sociální dovednosti, pro komunikativní dovednosti a pro motorické dovednosti. Stejně jako diagnostika pomocí COACH, tak i tento průvodce je postaven na principu toho, co by se žák s kombinovaným postižením měl ve škole naučit, respektive obsah toho, co by měla škola žákům s těžkým postižením poskytnout. Opět je směřodátné rozhodnutí o tom, co bude ve výuce daného žáka preferováno, na základě současných schopností žáka, rodičovských a osobních preferencích (Westling, Fox, 2004).

8 Překlad: Jedná se o komprehenzivní systém plánování, který je založený na vzdělávacích prioritách rodičů a profesionálů.

9 viz. příloha č. 3

10 Značení jednotlivých stupňů je odvozeno z anglického originálu takto: R – Resistant to assistance from others, E – Early/emerging skill, P – Partial skill, S – Skillful.

Tyto přístupy, které jsem nyní popsala jsou v souladu s diagnostickým požadavkem, pokud se zaměřujeme na vyučování jako na diagnostickou situaci: „*Uplatnění diagnostických prvků ve výuce naráží i na jejich časové zařazení, přičemž vyučovací hodina by neměla být primárně zaměřena na diagnostiku, ale na výuku samotnou.*“ (Konečná in Rádlová, 2004, 73) Způsob, kdy speciálně pedagogická diagnostika je zařazena do procesu výuky, mi u žáků s kombinovaným postižením přijde velice vhodný, měl by ale být kladen velký důraz na spolupráci s učitelem a s rodiči dítěte s kombinovaným nebo těžkým postižením.

Další specifickou a opačně směřovanou diagnostickou situací, je podle Konečné (in Rádlová, 2004) diagnostika na poradenském pracovišti a mimoškolní výchova jako diagnostická situace. Pokud speciální pedagog diagnostikuje dítě s postižením ve svém poradenském zařízení, musí počítat s tím, že dítě, které chce diagnostikovat, není zvyklé na nové prostředí a může to být pro něj problematické. Specifickou situací pro dítě, které má být diagnostikováno, může být i přímý kontakt speciálního pedagoga s diagnostikovaným dítětem. Zároveň může být specifickou situací i nedostatek informací o dítěti z jeho přirozeného prostředí, a tak je problém řešen právě na poradenském pracovišti, kdy musí speciální pedagog podrobit dítě vyšetření.

Co se týká mimoškolní výchovy jako diagnostické situace, tak tím má autorka na mysli veškeré výchovné působení ve školní družině, ve školním klubu, při docházce na různé zájmové kroužky, ale třeba i v internátních zařízeních, kde jsou žáci třeba přes týden umístováni – zde by ale péči měli přebírat speciální pedagogové, kdy mají možnost žáky velmi dobře poznat prakticky v každodenních situacích, a to je argumentem pro vhodnou diagnostickou podporu (Konečná in Rádlová, 2004).

3 Jednotlivé oblasti speciálně pedagogické diagnostiky a děti s kombinovaným postižením

Vzhledem ke kombinaci postižení, které může dítě mít, je velmi obtížné vyhledat takové diagnostické nástroje, aby mohly být vždy univerzálně použitelné, což zřejmě není ani možné. Podle Alešové (in Kucharská a kol., 2007) je snaha rozlišovat v SPC pro více vad postižení na lehký, střední a těžký stupeň postižení právě z hlediska zvládnání výukových nároků, což bude samozřejmě platit i pro diagnostiku. Je to zřejmé i na tom, že u některých diagnostických úkolů je vidět, že by je zvládlo dítě s lehčí kombinací postižení, kdežto u těžší kombinace by to bylo velkým problémem.

Není mi známa žádná publikace, která by se přímo zabývala speciálně pedagogickou diagnostikou dětí s kombinovaným postižením skrze tyto jednotlivé oblasti, kromě publikace Kucharské a kol. (2007) *Obligatorní diagnózy a obligatorní diagnostika ve speciálně pedagogických centrech*, kde je věnována jedna kapitola SPC pro děti a žáky s více vadami a ze které lze čerpat poznatky k diagnostice dětí s kombinovaným postižením. Tato kapitola se ale spíše zaměřuje jen na vstupní vyšetření. Proto nabídnu více takových nástrojů, které posoudím jako vhodné nebo částečně vhodné ke speciálně pedagogické diagnostice dětí s kombinovaným nebo těžkým postižením vždy k dané oblasti podle toho, co předkládá literatura zabývající se speciálně pedagogickou diagnostikou.

3.1 Speciálně pedagogická diagnostika motorických dovedností

V praxi je vždy diagnostika motoriky úzce spojena s reedukací, protože při hře nebo úkolech, na kterých můžeme sledovat motorické schopnosti dítěte, si dítě zároveň danou činnost procvičuje (Přinosilová, 2007). Při posuzování motorických dovedností je prvním požadavkem určit potřebnost motorických funkcí, které je nutné ovládat, aby se dítě s postižením mohlo učit dalším dovednostem (Westling, Fox, 2004).

Hrubá motorika

U hrubé motoriky se u dětí s těžkým zdravotním postižením podle Opatřilové (2005) sleduje celková mobilita, hodnotí se samostatnost pohybu, schopnost samostatně provést

změnu polohy, koordinace pohybů, držení těla, stoj, sed, leh, kontrola hlavy, rovnováha. V případě, že se vyskytne nějaké omezení, je potřeba ho popsat. Zároveň je potřeba sledovat, zda dítě používá některé z podpůrných opatření, například ortopedické pomůcky (berle, kozička), nebo kompenzační pomůcky, jako jsou fixační pásy, různé opěrky, klín v sedu proti sesouvání, fixační límec na podporu hlavy.

Pro raný věk doporučuje Přinosilová (2007) ke speciálně pedagogické diagnostice použití vývojových škál. V našich podmínkách se nejčastěji používá Gesellova vývojová škála (oblast hrubé motoriky), Škála Bayleyové (motorická stupnice). Tyto vývojové škály jsou založeny na plnění úkolů, které odpovídají věku dítěte bez postižení, výsledky jsou tedy srovnávané s normou a jsou zpravidla určeny pro raný věk (Valenta in Rádlová, 2004). Zde se musím pozastavit, pokud se jedná o dítě s kombinovaným postižením, pro něj musí být splnění úkolů dvojnásobně složitější, pokud má oproti zdravému dítěti několik postižení navíc. Přinosilová (2007) doporučuje u dětí s těžkým zdravotním postižením vývojové škály používat spíše v pozdějším věku, než pro které jsou přesně určeny. Každopádně vývojové škály jsou objektivními metodami, jak zjistit aktuální vývojovou úroveň dítěte, jelikož úroveň motoriky má zásadní vliv na další vývoj člověka, protože souvisí s rozvojem řeči, myšlení, laterality atd. (Langer in Rádlová, 2004). Jak uvádí Marková (in Hanák a kol., 2005), je pro naše prostředí, s ohledem na děti s těžkým zdravotním postižením, doporučena za nejvhodnější vývojovou škálu Gesellova vývojová škála. Škála Bayleyové má jednoznačný požadavek při hodnocení položek, že za splněné položky jsou považovány jen ty, které dítě splní při vyšetření. Zatímco u Gesellovy škály lze započítat i to, co dítě zvládne mimo vyšetření, a to i na základě rozhovoru s rodiči atd.

Pro děti předškolního věku, které jsou kvůli svému postižení ve vývoji opožděny, doporučuje Přinosilová (2007) použít Orientační test dynamické praxe,¹¹ který je původně určen dětem od batolecího období a dětem raného věku. Test se od předchozích škál liší tím, že je prezentován jako hra, dítě má napodobovat pohyby, které jsou mu předváděny, přičemž se hodnotí kvalita a dokonalost napodobených pohybů. Vágnerová (2001) uvádí, že test je vhodný pro děti s postižením a lze ho použít v jakémkoliv věku, skládá se z osmi položek, které jsou zaměřeny na: pohyby rukou, nohou, jazyka. Test probíhá způsobem, kdy examinátor dítěti předvádí pohyby, které má dítě co nejpřesněji zopakovat. Úlohy však směřjí

¹¹ Autorem testu je Jiří Míka. Tento test byl schválen MŠMT ČR jako diagnostický materiál pro speciální školy pod čj. 29 782/97-22 dne 1. 12. 1997 (Zelinková, 2007).

být dítěti předvedeny pouze jednou a examinátor by se měl vyvarovat jakékoliv verbální instrukci. Podle mého názoru může být tento test motorických dovedností opět použitelný jen pro určité kombinace postižení. Nebo by musel být upraven, což pak ale není validní.

Speciálně pedagogickou diagnostiku motoriky (hrubé i jemné) najdeme v P-A-C arších podle Günzburga. Kromě oblasti motoriky najdeme v P-A-C arších i další 3 oblasti (samostatnost, schopnost porozumění, sociální adaptaci). Všechny tyto 4 oblasti hodnocení se pak zpracovávají do kruhového diagramu a jsou uspořádány do vzrůstajících stupňů obtížnosti na soustředné kružnici. P-A-C mají několik forem. Jednou z nich je právě diagnostika pro mladší a starší děti s těžkým mentálním postižením, kterou uvádí Vítková (2001) jako vhodnou pro speciálně pedagogickou diagnostiku osob s těžkým zdravotním postižením. Více se o tomto diagnostickém materiálu jako celku zmíním v následujících kapitolách.

Pro hodnocení hrubé motoriky jsou dostupné materiály vytvořené přímo v rehabilitačních třídách, nebo v SPC pro děti s více vadami. K dispozici jsou archy pro podle mého názoru hrubé orientační hodnocení hrubé motoriky, a to dvě varianty vytvořené rehabilitační třídou pomocné školy, které uvádí Vítková (2001). O těchto materiálech se podrobněji zmíním v kapitole 4, jakožto o uceleném souboru speciálně pedagogické diagnostiky. Stejně tak byly vytvořeny záznamové archy a k nim metodika Speciálně pedagogickým centrem (dále jen SPC) v Blansku ve spolupráci se Speciální školou pro žáky s více vadami v Blansku a Katedrou speciální pedagogiky Pedagogické fakulty MU v Brně. Tyto diagnostické materiály jsou také rozděleny do několika oblastí. Oblast pro diagnostiku hrubé motoriky vytvořila Dagmar Opatřilová (in Hanák, 2005). O tomto uceleném diagnostickém materiálu, Diagnostika a edukace dětí a žáků s těžkým zdravotním postižením, se také zmíním v příští kapitole.

Test na určení svalové síly R.W. Lovetta (přepřacovaný V. Jandou) má být součástí komplexního vyšetření hrubé motoriky a je v našich podmínkách určen pro děti s DMO (Přinosilová, 2007).

V dostupné literatuře o speciálně pedagogické diagnostice se dále doporučují u hodnocení hrubé motoriky tyto zkoušky, avšak pro děti s kombinovaným postižením se jeví spíše jako nevyužitelné.

- Ozereckého škála. Je koncipována do 8 subtestů, v každém jsou úkoly pro každou věkovou kategorii. Metoda je určena pro děti od 4,5 do 14,5 let. Test je určen

k individuálnímu použití na diagnostiku hrubé i jemné motoriky a jeho plnění obvykle trvá 45 – 60 minut. Byla vytvořena i zkrácená verze v trvání 10 – 15 minut. Škála je určena pro vyšetření dětí s podezřením na opoždění motorického vývoje, celkového opoždění např. v rámci nějaké komplexnější poruchy, třeba u mentální retardace, nebo u dětí s ADHD atd. V současnosti se tato metoda u nás prakticky nepoužívá, metoda nebyla pro české děti standardizována (Vágnerová in Svoboda, Krejčířová, Vágnerová, 2001).

- Bühlerové-Hetzerové Kleinkindertest. Co se týká oblasti motoriky, přičemž tato vývojová škála má opět několik oblastí, doporučuje Marková (in Hanák, 2005) použití škál, které jsou určeny pro první měsíce života do dvou let dítěte s postižením, protože v úkolech pro pozdější věk začínají převažovat takové úkoly k diagnostice, kde je kladen důraz na duševní produktivitu. Zároveň upozorňuje na to, že v pozdějších obdobích jsou věkové úrovně pro diagnostiku již ve velkých odstupech (6 měsíců až 1 rok), což je v hodnocení dětí s kombinovaným postižením již výrazným problémem. Další nevýhodou pro diagnostiku dětí s kombinovaným postižením je složitost úkolů, které jsou nedostatečně popsány nebo složitě vysvětlené.
- Škála Griffithové. Opět se jedná o obecnou vývojovou škálu, kde je možné získat vývojový kvocient i v oblasti motoriky. Podle Krejčířové (in Svoboda, Krejčířová, Vágnerová, 2001) se u nás tato vývojová škála téměř nevyužívá a je často kritizována v zahraniční literatuře. Podle Markové (in Hanák, 2005) je pro diagnostiku těžce postižených dětí nevhodující.
- Vyšetřování pomocí motorických reflexních reakcí. „*Pomocí přesně prováděných pohybů a cviků dochází ke specifickým reflexním motorickým reakcím.*“ (Langer in Rádlová, 2004, 48) Dále Langer uvádí, že dle reakcí při tomto vyšetřování lze předpokládat případnou poruchu motoriky, která může být zapříčiněna např. DMO. Podle mého názoru může přesně a objektivně posoudit motorické reakce na reflexy pouze fyzioterapeut či lékař, který by měl být součástí týmu, proto tuto metodu nepovažuji za speciálně pedagogickou.

Jemná motorika

Vývoj jemné motoriky vychází z hrubé motoriky, vývojově postupuje pohyb ruky od ramene k prstům (Zelinková, 2007). I v oblasti jemné motoriky se využívají vývojové škály (Gesellova – oblast jemné motoriky, škála Bayleyové – motorická stupnice), kdy v diagnostikování jemné motoriky lze s těmito škálami pracovat u dětí s kombinovaným postižením i v pozdějším věku, než pro jaký věk jsou určeny (Přinosilová, 2007). Langer (in Rádlová, 2004) uvádí k diagnostikování jemné motoriky i výše zmíněnou Ozereckého škálu, jedná se o část pro jemnou motoriku, kdy dítě má za úkol dávat mince nebo sirky do krabičky, navíjí nit na cívku atd.

K posouzení vývojové situace je nutné znát vývojové dovednosti u dítěte bez postižení. Možností, jak diagnostikovat jemnou motoriku, je spousta s využitím hry jako diagnostické situace. Přinosilová (2007) uvádí, že k diagnostice lze využít různé skládačky, kostky, puzzle, a to různých materiálů, stavění kostek a konstrukcí z nich, navlékání korálků (různě velkých a navlékat lze také na různě silné materiály), použití přírodnin (kaštanů, šípků, kamínky, luštěniny atd.) lze je třídít, vybírat a různě kombinovat, lze využít i kreslení, obkreslování, práce s výtvarným materiálem, jako je těsto, keramická hlína, modelína, papír, vystřihování, muchlání papíru atd. Současná nabídka trhu dává širokou škálu možností, jak procvičovat jemnou motoriku. Domnívám se však, že i když dává trh mnoho nabídek a pomůcek k procvičování jemné motoriky, je jejich využití opět velice individuální vzhledem k naší specifické skupině dětí. U dětí s kombinovaným postižením by mělo být dítě pozorováno při běžné činnosti (Westling, Fox, 2004).

U dětí s tělesným postižením a kombinovanou vadou je vhodné zprvu diagnostikovat úroveň úchopu. Přinosilová (2007) doporučuje diagnostikovat úchop opět hrou, kdy například dítě vytahuje z pytlíčku různé předměty. Hájková (2004) uvádí, že k hodnocení hybné funkce ruky v raném věku nemáme moc využitelných hodnotících škál pro speciálně pedagogickou diagnostiku. Hybnou funkci ruky můžeme posoudit alespoň orientačně, a to tak, že budeme sledovat prvky, které charakterizují pohyb ruky. Mezi tyto prvky patří: energie pohybu (jaké napětí a jakou energii dítě používá při provádění pohybu, v jaké míře podléhá ruka gravitaci, zda dítě tuto gravitaci dokáže překonat, nebo s ní bojuje, zda se pohybuje uvolněně ...), metrie pohybu (zde se zaměřujeme na velký a malý dosah pohybu, přesahování či nedosahování, zda dítě zaplní pohybem málo či hodně prostoru, jaký je tvar a směr pohybu),

čas provedení pohybu (zda dítě provede pohyb rychle, pomalu, plynule, zda jsou v pohybu nějaké prodlevy, jaký je rytmus), průběh pohybu (zda je volný, plynulý, přerušovaný, trhavý, kontrolovaný, nekontrolovaný, příliš kontrolovaný) (Hájková in Květoňová-Švecová, 2004). Pokud by se tyto vyjmenované prvky, které je třeba sledovat, vložily do tabulky, bylo by možné při předem připravené nebo i u běžné činnosti dítěte tyto prvky pozorovat a následně zaznamenávat do tabulky. Mohla by pak následně vyjít přehledná (sice jen orientační) diagnóza hybné funkce ruky, pokud literatura zmiňuje, že žádný materiál pro speciálně pedagogickou diagnostiku k této oblasti není.

Přehlednou diagnostiku jemné motoriky opět představují již výše zmíněné diagnostické archy vytvořené z podnětu v SPC v Blansku neboli Diagnostika a edukace dětí a žáků s těžkým zdravotním postižením, kde část pro diagnostiku jemné motoriky vytvořila Dagmar Opatřilová (in Hanák, 2005). Pro hrubší orientační hodnocení jemné motoriky můžeme u dětí s kombinovaným postižením využít záznamových archů, které používá rehabilitační třída, jak uvádí Vítková (2001) ve své publikaci.

Mezi jemnou motoriku řadíme i motoriku artikulačních orgánů, která nemůže být u dítěte s kombinovaným postižením opomenuta. Zelinková (2007) uvádí možnosti její diagnostiky: vyplazování jazyka, pohyb jazyka od jednoho koutku úst ke druhému, olizování rtů, vedení jazyka podél horních a dolních zubů, nafukování tváří současně i střídavě, pohyby koutku úst přibližováním i oddalováním, nafukování míčku, foukání do bublifuku, dále je důležité si všimnout nápadností při jídle a pití. Zde se podle mého názoru opět jedná jen o orientační diagnostiku.

Pohybová koordinace

Pohybová koordinace souvisí s vývojem hrubé motoriky a zahrnuje koordinované pohyby celého těla a končetin při chůzi, běhu, různých druzích sportu (např. lyžování) i jemné motoriky, kdy se zaměřujeme na pohyby rukou a prstů. Je to například střídání pohybu dlaní, pěstí, prstů; střídání polohy dlaně a pěstí (jednou rukou, oběma rukama, střídavě), pokládání prstů na plochu (jednou rukou, oběma rukama, střídavě), předstíraná hra na klavír atd. (Zelinková, 2007).

Senzomotorická koordinace

„*Postihuje motorickou reakci na senzorické podněty.*“ (Opatřilová, 2005, 49) Důležité je si uvědomit, co senzomotorika umožňuje, a na základě toho lze využít tato cvičení, kterými můžeme diagnostikovat obtíže v oblasti audiomotoriky, chůze v daném rytmu, se změnou směru (na zvuk bubínku, nebo na základě změny barvy v terčíku), cvičení podle obrázků, kdy dítě má napodobit viděný cvik. (Zelinková, 2007) Zelinková také uvádí, že vizuomotorika se výrazně rozvíjí až začátkem školního věku. U dětí s kombinovaným postižením se může samozřejmě vyvíjet i později. Zelinková (2007) doporučuje následující vizuomotorická diagnostická cvičení: dopravování předmětu nohou na dané místo, běh mezi překážkami, přeskoky přes švihadlo, navlékání korálků, skládání předmětů podle předlohy, vystřihování podle linie, omalovánky, spojování prvků tužkou na papíře od bodu k bodu. Zelinková (2007) pro diagnostiku senzomotorické koordinace doporučuje i Orientační test dynamické praxe, který je zmíněn již výše, avšak je otázkou, zda bude ve většině případů použitelný pro skupinu dětí s kombinovaným postižením. Vzhledem k tomu, že Zelinková (2007) uvádí, že tento test má odhalit děti s lehčím postižením mozku, je předpoklad, že nebude široce pro děti s kombinovaným postižením využíván.

Psychomotorika a sociomotorika

Tyto dvě dílčí motorické oblasti zmiňuje Opatřilová (2005) ve své publikaci. „*Psychomotorika je souhrn pohybových aktivit, které odráží psychické funkce a stav jedince. Sociomotorika odráží pohybové projevy jako reakci na sociální interakci.*“ (Opatřilová, 2005, 49). Protože jsem nenašla žádnou zmínku ve speciálně pedagogické diagnostice o těch dvou oblastech, na které by měl být kladen důraz při hodnocení dětí s postižením, kromě této publikace, nemohu s jistotou posoudit, nakolik jsou důležité při diagnostice dětí s kombinovaným postižením. Mým názorem je, že tyto dvě oblasti by měly být zahrnuty v rámci vývojových škál nebo vlastně vytvořených diagnostických archů, které se zaměřují na celkové hodnocení dítěte v raném věku skrze dílčí oblasti.

3.2 Speciálně pedagogické diagnostika sebeobslužných činností

V této části diagnostiky je potřeba se u dětí s kombinovaným postižením zaměřit na celkovou samostatnost ve všech sebeobslužných činnostech, kde hlavními body jsou:

používání toalety, hygienické návyky, oblékání a svlékání, stolování a příjem potravy (Opatřilová, 2005). To, jak moc bude dítě s postižením samostatné, záleží samozřejmě i na ostatních vývojových oblastech jeho osoby (jemná a hrubá motorika, komunikační dovednosti, rozumové schopnosti atd.).

Podle Přinosilové se v rámci sebeobsluhy zaměřujeme na zjištění, v jakých oblastech je jedinec plně samostatný a jaká je pro něj míra potřeby pomoci. Zároveň je nesmírně důležité oblast sebeobsluhy nepodceňovat, protože pokud dítě s postižením nebude vedeno k samostatnosti, může pak být společností přijímáno negativně, dokonce i pokud jeho rozumové schopnosti nebudou sníženy; a později může mít jeho sebemenší nesamostatnost negativní důsledky v oblasti sebehodnocení a sebevědomí (Přinosilová, 2007).

Co je tedy potřeba v sebeobslužných činnostech u jedinců s těžkým postižením přesněji hodnotit, popisuje Opatřilová (2005):

- používání toalety – naznačit potřebu, používání nočníku, chodí na toaletu samo, nutná dopomoc při vyprazdňování, vyměšování, pravidelnost, zácpa, inkontinence
- hygienické návyky – umývání a utírání obličeje, těla, rukou, vlasů, čištění zubů, úprava zevnějšku, intimní hygiena, používání kosmetických přípravků
- oblékání, svlékání – zda je zcela závislé na asistenci druhé osoby, nebo spolupracuje pasivně, nebo se snaží pomáhat s oblékáním, nebo zda některé činnosti zvládá sám, či je schopen je udělat s dopomocí
- stolování a příjem potravy – stoluje samostatně, s dopomocí, s plnou asistencí, krmení, spolupráce při krmení, sání, polykání, kousání stravy, žvýkání stravy, špulení úst na jídlo, přijímání potravy lžící, používání lžice, pití z lahve, z hrnečku s náhubkem, bez něj, tekutiny jsou podávány lžící, strava je mixovaná, pasírovaná, nebo v pevné podobě atd.

V raném věku můžeme podle Přinosilové (2007) hodnotit dítě s postižením v sebeobslužných činnostech také pomocí vývojových škál (Gesellovy a Bayleyové), kde tuto oblast najdeme v kategorii sociálního chování, kde u dítěte posoudíme úroveň sociálních návyků, sebeobslužných činností, celkovou sociální reaktivitu, vývoj sebepojetí dítěte.

Dále Přinosilová (2007) doporučuje Vinelandskou škálu sociální zralosti,¹² která se dá použít u různých druhů zdravotního postižení. Vágnerová (in Svoboda, Krejčířová, Vágnerová, 2001) uvádí, že tato škála není příliš náročná, a proto je doporučována pro děti s různým druhem postižení. U dětí mentálním postižením škála posuzuje jejich sociální zralost vzhledem k celkové úrovni inteligence. Samotná škála je popisována jako soubor položek, který je rozdělen do 8 kategorií, které hodnotí úroveň soběstačnosti v jídle, v oblékání, samostatnost dítěte, činnosti, které zvládne, způsob komunikace, úroveň motoriky a sociální adaptace, přičemž všechny položky jsou zaměřeny na posouzení soběstačnosti jedince. Vágnerová uvádí několik příkladů položek: „*Zapíná si oděv. Obsluhuje se sám na toaletě. Dovede se obsloužit u stolu. Umí samostatně telefonovat.*“ (Vágnerová in Svoboda, Krejčířová, Vágnerová, 2001, 196) Všechny položky jdou hodnoceny skrze pozorování dítěte, ale mohou být i posouzeny skrze osobu, která dítě dobře zná (například rodiče), také lze škálu hodnotit na základě rozhovoru přímo s dítětem, ale předpokladem je, že jeho mentální věk musí být na úrovni minimálně 5 let. Test není časově limitován a je vhodný pro děti od 3 do 9 let, respektive tak, aby mentální úroveň dítěte odpovídala tomuto věkovému rozpětí, jak uvádí Vágnerová (in Svoboda, Krejčířová, Vágnerová, 2001). Nevím, zda je tato škála vhodná i pro děti s kombinovaným postižením, neznám všechny testované položky, ale vzhledem k tomu, že se doporučuje pro děti s postižením, bude snad i u některých kombinací postižení využitelná, opět bude nutné individuálně zvážit, zda ji použít. Ještě se zmíním o restandardizaci této škály, kterou Vágnerová (in Svoboda, Krejčířová, Vágnerová, 2001) považuje za nutnou. Černá (2008) uvádí, že použití této škály pro děti s mentálním postižením je dobré, ale je problematické hodnocení, protože v současné době neexistují normy pro českou populaci. K používání škál adaptivního chování k diagnostice žáků s kombinovaným postižením v oblasti každodenních činností, jako je výše zmíněná Vinelandská škála sociální zralosti, se kloní i Westling, Fox (2004), kteří zmiňují i další používané škály ve Spojených státech jako Scales of Independent Behavior¹³ nebo Pyramid Scales.¹⁴

Za velmi vhodný diagnostický materiál pro děti s kombinovaným postižením považují opět již výše zmíněné diagnostické archy Diagnostika a edukace dětí a žáků s těžkým zdravotním postižením, které obsahují pro diagnostiku sebeobslužných činností 4 části: oblast

12 Vinelandská škála sociální zralosti byla vytvořena E. A. Dollem ve 30. letech 20. století jako nástroj pro hodnocení jeho pacientů s mentálním postižením, česká verze této škály byla vytvořena J. Koženým v roce 1965 (Vágnerová in Svoboda, Krejčířová, Vágnerová, 2001).

13 Bruininks, Woodcock, Weatherman, & Hill, 1985 (Westling, Fox 2004)

14 Cone, 1984 (Westling, Fox, 2004)

stravování a oblast oblékání (vytvořila Andrea Holubová in Hanák, 2005), oblast hygieny a oblast udržení osobní čistoty (vytvořila Miloslava Kocmanová in Hanák, 2005). Z dalších z praxe vytvořených záznamových archů osvědčených v rehabilitační třídě, jak uvádí Vítková, (2001) je možné pro hrubší orientační hodnocení osobní hygieny, oblékání, jedení použít tyto záznamové archy; sebeobsluhu jako celek shrnuje i další jednoduchý záznamový arch (opět používán v rehabilitační třídě), který může být použit jako velmi orientační, než se vytvoří podrobnější diagnóza, která může být realizována po této základní pak v dílčích oblastech sebeobsluhy.

Dalším vhodným materiálem pro diagnostikování sebeobsluhy u dětí s kombinovaným postižením nebo těžší formou mentální retardace jsou podle Přinosilové (2007) Škály funkční nezávislosti,¹⁵ které obsahují tyto oblasti: sebeobsluha (stolování, oblékání atd.), tělesná čistota (mytí, koupání, používání toalety atd.), pohyby a přesuny (používání vozíku, přesun do vany atd.), lokomoce (chůze, lezení, zvládání schodů atd.), komunikace (porozumění, aktivní řeč atd.), sociální porozumění (sociální interakce, schopnost řešit běžné problémy atd.). „*Ve všech těchto oblastech je stanovena míra pomoci nutná k vykonávání jednotlivých činností (od úplné samostatnosti po úplnou závislost).*“ (Krejčířová in Svoboda, Krejčířová, Vágnerová, 2001, 405)

V rámci hodnocení sebeobsluhy můžeme použít Günzburgovu škálu (Přinosilová, 2007). Jedná se o P-A-C archy Günzburga. Jak je zmíněno ve výše uvedené kapitole, v těchto diagnostických archích se hodnotí 4 oblasti. Do diagnostikování sebeobsluhy můžeme zařadit oblast samostatnosti (stolování, pohybová schopnost, použití toalety a umývání, oblékání) a sociální adaptaci (domácí práce, hry), vhodná bude i oblast porozumění (řeč, rozdíly, pojmy čísel, činnost s papírem a tužkou) (Vítková, 2001).

3.3 Speciálně pedagogická diagnostika úrovně socializace

„Jedním z měřítek kvality života ve společnosti je u jedinců se zdravotním postižením úroveň sociability, tedy míra jejich schopnosti navazovat a pěstovat mezilidské vztahy v užším i širším sociálním prostředí. ... Proto je diagnostika této oblasti u jedinců zdravotně postižených velmi významná.“ (Přinosilová, 2007, 95) Dále podle Přinosilové záleží při vývoji

15 Dle Msall et al., 1993 (Krejčířová in Svoboda, Krejčířová, Vágnerová, 2001).

socializace na tom, zda je dítě přijato rodinou, jaké jsou způsoby výchovy v rodině, jakou míru kontaktů se sociálním prostředím dítě má.

Diagnostické archy, které uvádí Vítková (2001) a které jsou pro speciálně pedagogickou diagnostiku používány v rehabilitačních třídách, obsahují základní položky vztahující se k socializaci, které můžeme na základě pozorování hodnotit. Socializaci tedy hodnotíme na základě pozorování nebo rozhovoru s blízkými osobami nebo s dítětem samotným a zaměřujeme se na: přiměřenost, sebevědomí a sebehodnocení dítěte, sociální obratnost při navazování vztahů, schopnost se prosadit, vytrvalost, aktivitu, projevy impulzivity při řešení sociálních situací, snaha vyhnout se řešení problémů (Přinosilová, 2007).

Zřejmě nejvhodnějším materiálem pro diagnostiku dětí s kombinovaným postižením bude záznamový arch a metodika ze souboru Diagnostika a edukace dětí a žáků s těžkým zdravotním postižením, kde oblast socializace napsala Michaela Benešová, a po diagnostice poznávacích schopností jí je věnováno 81 položek (Hanák a kol., 2005). Diagnostickou oblast sociální adaptace obsahuje i Günzburgova škála (P-A-C archy), která byla zmíněna výše a podrobně bude ještě popsána.

Úroveň socializace se zabývá Demaray et al. (in Westling, Fox, 2004), který přezkoumal 6 formálních nástrojů, které hodnotí sociální dovednosti, a za nejkompaktnější pro hodnocení žáků s kombinovaným a těžkým postižením považuje SSRS¹⁶ neboli Social Skills Rating System. Tento diagnostický materiál umožňuje samostatné hodnocení od učitelů, rodič a žáků a obsahuje různé normy pro žáky v předškolním věku, školním věku a dospívající. Vágnerová (in Svoboda, Krejčířová, Vágnerová, 2001) uvádí SSRS jako hodnotící škálu pro žákovu sebehodnocení (posouzení jeho žádoucího i problematického chování) a posuzovací škály pro rodiče, učitele, jak zmiňuje i Demaray. Vágnerová dodává, že tato škála nebyla přeložena a upravena pro české potřeby.

3.4 Speciálně pedagogické diagnostika grafomotoriky a kresby

„Grafomotorika je ovlivněna úrovní jemné a hrubé motoriky, pohybovou koordinací, senzomotorickou koordinací a úrovní vývoje psychiky. Do této oblasti můžeme řadit i kresbu.“ (Zelinková, 2007, 54) Jak se bude u dítěte s postižením rozvíjet grafomotorický projev a kresba, záleží na jeho možnostech, které mu vytváří jeho životní prostředí (Přinosilová,

16 SSRS vytvořili Gresham, Elliott, 1990.

2007). Dále podle Přinosilové (2007) se při zjišťování úrovně grafomotoriky máme zaměřovat na: kvalitu úchopu a držení psacího či kreslicího náčiní, manipulace s kresebným náčiním, pohyby prstů a ruky, uvolnění ruky a plynulost pohybů při kreslení a psaní, jaký je přítlak a sklon čar při psaní nebo kreslení, zda se daří dotahovat kresbu k základní obrysové linii, jak moc je zaplněna plocha papíru, zda dítě sedí správně, zda má vhodnou pracovní plochu pro kresbu, vhodnou výšku židle.

Vzhledem k velmi různorodé skupině dětí s kombinovaným postižením, nebude opět snadné vybrat diagnostické materiály v rámci speciálně pedagogické diagnostiky grafomotoriky a kresby.

Grafomotorika

Diagnostika grafomotoriky souvisí s diagnostikou motoriky, zvláště pak jemné motoriky, a je tedy důležité se soustředit na tyto oblasti a to hlavně skrze pozorování. Pokud má dítě s postižením tyto předpoklady pro rozvoj grafomotoriky, zaměřujeme se v rámci odborného speciálně pedagogického posouzení na již výše zmíněné grafomotorické oblasti včetně senzomotorické koordinace (Boďová in Rádlová, 2004).

Grafomotorické dovednosti můžeme u dětí s kombinovaným postižením společně diagnostikovat v rámci motorických oblastí Gesellovy vývojové škály, Škály Bayleyové a P-A-C archů, které jsem zvolila za spíše vhodně použitelné pro děti s kombinovaným postižením. Samostatnou grafomotorickou oblast mají i záznamové archy ze souboru Diagnostika a edukace dětí a žáků s těžkým zdravotním postižením, kde tuto grafomotorickou část vytvořila Dagmar Opatřilová (Hanák, 2005). Vítková (2001) uvádí příklad již také opět výše zmíněných záznamových archů používaných v rehabilitační třídě, kde lze hrubý odhad grafomotorických dovedností přehledně zaznamenat do tabulek.

Kresba

Kresbu můžeme diagnostikovat z vývojového hlediska, což podmiňuje znalost vývoje kresebných dovedností u dítěte bez postižení tak, jak jdou za sebou. Stejně tak je tomu i s kresbou lidské postavy, která má také svá určitá stádia, a také nápodoba základních geometrických tvarů se vyvíjí v určitém časovém sledu (Přinosilová, 2007).

Vývoj kresby lidské postavy hodnotí Test kresby lidské postavy,¹⁷ kde má dítě za úkol nakreslit mužskou postavu a poté ženskou postavu bez jakékoliv předlohy, a jak popisuje Vágnerová (in Svoboda, Krejčířová, Vágnerová, 2001), hodnotí se především zachycení jednotlivých částí těla, oblečení, proporcí atd. Test je určen pro děti 3,5 až 11 let, avšak Vágnerová (in Svoboda, Krejčířová, Vágnerová, 2001) ho doporučuje maximálně dětem se sluchovým nebo s řečovým postižením, nebo sociokulturně handicapovaným dětem a tento test považuje již za zastaralý vzhledem ke způsobům hodnocení; test by měl lépe odpovídat vývojové úrovni současné dětské populace a jsou požadovány tvrdší normy při jeho hodnocení. Přinosilová (2007) uvádí, že nízký skóre nacházíme ve výsledcích tohoto testu u dětí s mentální retardací a se zrakovým postižením, se syndromem ADHA a DMO. Pokud by měl být podle mého názoru použit u dětí s kombinovaným postižením, tak spíše výjimečně.

Podle Boďové (in Rádlová, 2004) je kresba nedílnou součástí různých diagnostických baterií, protože při kreslení dochází k propojení kognitivních funkcí s motorickými dovednostmi atd. Vývoj kresby nalezneme jako část úkolů v rámci Gesellovy vývojové škály, konkrétně oblasti adaptivního chování, avšak kresbě, jako samostatné oblasti, tu není věnovaná samostatná část (Krejčířová in Svoboda, Krejčířová, Vágnerová, 2001). Je pravděpodobné, že kresebné úkoly se vyskytují i v jiných již zmíněných vývojových škálách nebo v záznamových arších, které hodnotí celkové dovednosti u dětí s postižením a které se zdají vhodné k použití i pro děti s kombinovaným postižením, ale nikde zde nenajdeme části, kde by šlo kresbu samostatně hodnotit. Bude proto třeba uvést diagnostické testy, které zřejmě nebudou úplně vhodné pro děti s kombinovaným postižením.

Jedním z takových diagnostických testů používaných při speciálně pedagogické diagnostice je Test obkreslování.¹⁸ Test obsahuje 12 předloh, které zobrazují geometrické obrazce, které jsou různě složité, jak popisuje Vágnerová (in Svoboda, Krejčířová, Vágnerová, 2001). Dítě má za úkol obkreslit tyto předlohy na volný list papíru A4. Kruh, kříž, čtverec, trojúhelník a kosočtverec jsou prvními pěti předlohami, které má dítě obkreslit, a jsou převzaty z Gesellovy vývojové škály. Další obrazce jsou kombinací těchto základních, a to plošně i prostorově. Test není časově limitován a je standardizován pro děti od 5 do 13 let, ale

17 Tuto zkoušku vytvořila F. Goodenoughová v roce 1926. V roce 1982 byl upraven a standardizován na českou populaci dle Šturmy a Vágnerové (Vágnerová in Svoboda, Krejčířová, Vágnerová, 2001).

18 První verzi tohoto testu vytvořil z. Matějček v roce 1957 a byl původně součástí diagnostiky lehké mozkové dysfunkce. V roce 1974 byl standardizován na populaci českých dětí (Vágnerová in Svoboda, Krejčířová, Vágnerová, 2001).

pokud má dítě nějaké postižení, může být test použit v pozdějším věku. Testem kromě kresebných dovedností měříme i úroveň senzomotorických dovedností a zrakových schopností. Podle Přinosilové (2007) lze tento test využít u dětí předškolního a mladšího školního věku i s narušenou komunikační schopností, se sluchovým postižením, s ADHD apod. Vágnerová (in Svoboda, Krejčířová, Vágnerová, 2001) uvádí, že Test obkreslování je také vhodný k diagnostice u dětí se zrakovým postižením, ale je potřeba zdůraznit linie předloh, aby byly dostatečně kontrastní. Podle mého názoru by vzhledem k použití pro děti se sluchovým i zrakovým postižením, mohl být tento test vhodný i pro určitou skupinu dětí s hluchoslepotou. Další vhodné použití u dětí s kombinovaným postižením bude velice individuální, spíše velmi malé.

3.5 Speciálně pedagogická diagnostika rozumových schopností

Diagnostiku inteligence provádí odborný psycholog s využitím standardní testové metody, a to od 3 let věku dítěte. Do té doby, pokud jsou děti mladší, nebo jejich mentální roveň je nižší než 3 roky, používají se ke zjištění celkové vývojové úrovně vývojové škály, které již byly zmíněny (Krejčířová in Svoboda, Krejčířová, Vágnerová, 2001). V raném věku zachytí vývojové škály to, že s dítětem není něco v pořádku, a psycholog dokáže později změřit inteligenci. Ve speciálně pedagogické diagnostice se nejedná o měření inteligence pomocí testů, ale o sledování možností a průběhu vývoje jedince s postižením¹⁹ a nasazení vhodné intervence. Speciálně pedagogickou diagnostiku zajímá, jak naše dítě s kombinovaným postižením funguje doma, ve škole, ve společnosti atd. Podle Konečné (in Rádlová, 2004) nelze rozumové schopnosti ve speciálně pedagogické diagnostice diagnostikovat jako takové, ale jejich vývoj jde společně s dalšími psychickými funkcemi. Opatřilová (2005) do speciálně pedagogické diagnostiky u jedinců s těžkým postižením ani rozumové schopnosti jako takové nezařazuje (je to široké spektrum, které se prolíná všemi dalšími hodnoceními), ale uvádí funkční diagnostiku kognitivních procesů, které souvisí s komunikací a se získanými zkušenostmi, přičemž obecně nás zajímají projevy senzomotorické inteligence, chápání běžně užívaných pojmů, rozpoznání souvislostí, účelné použití jednoduchých nástrojů, orientace časových představ v souvislosti s činnostmi (snídaně, odjezd do školy atd.).

Obecně lze sledovat vývojová období v rozumových schopnostech, která jsou určující pro pedagogickou práci a působení na dítě (Zelinková, 2007). V několika případech je zmiňováno

¹⁹ Viz kapitola Význam diagnostiky ve speciální pedagogice .

vývojové stádium kognitivních funkcí podle Piageta, které nám pomůže orientačně posoudit vývojovou úroveň jedince s postižením.

- 0 – 2 roky – Senzomotorické stádium, kdy je v tomto období hlavní vnímání a motorika a v tomto období neexistují vlastní myšlenkové procesy, které by byly oddělené od motorické činnosti a vnímání. Dítě dosahuje pojmu trvalého objektu, kdy si uvědomuje, že i když objekt není bezprostředně přítomný, tak nadále existuje.
- 2 – 4 let – Předoperační stádium (období předpojmové a symbolické inteligence). Dítě se teprve učí ovládat jazyk a říkáme, že myslí v tzv. předpojmech, což znamená konkrétní označení objektu, který nemá obecnou platnost. Dítě ještě nechápe obecnější pravidla, i když má informace o světě, ale pouze útržkovité informace.
- 4 – 7 let – Předoperační stádium (období názorného, intuitivního myšlení). Dítě již uvažuje v celostních pojmech. Myšlení je vázáno už i na to, co si dítě umí představit. Myšlení je intuitivní, egocentrické (není schopné si uvědomit názor druhého člověka), antropomorfické (přenáší lidské vlastnosti a lidské myšlení na věci kolem něj) a magické.
- 7 – 12 let – Období konkrétních myšlenkových operací. V 6 letech už dítě bez postižení chápe stálost počtu, v 7 letech množství a v 9 letech hmotnost. V tomto období dokáže logicky přemýšlet o událostech a objektech, ví, že realita je proměnlivá, a chápe již názor z pohledu druhé osoby. Dokáže třídit předměty podle různých hledisek, zařazovat je do skupin. Abstrakce je schopno jen s konkrétními věcmi.
- od 12 let – Období formálních operací znamená, že dítě dokáže myslet logicky i o abstraktních pojmech, zabývá se abstrakcí, budoucností, kombinuje a integruje myšlenky.

(Piaget, 1999)

Zelinková (2007) uvádí jako vhodný diagnostický materiál pro speciální pedagogy a učitele, kteří by rádi o psychických schopnostech svých žáků věděli více, testovou baterii na měření kognitivních operací TEKO, která vychází z Piagetovy teorie, ale pro naši populaci tento test upravily Váryová, Mikulajová. Test spočívá v plnění úkolů, kde se zjišťují různé

kognitivní schopnosti dítěte. „*Představuje moderní diagnostiku rozumových schopností, která se odklání od klasického testování a směřuje k hodnocení vývojového potenciálu dítěte. Nediagnostikuje se aktuální výkon, ale zóna nejbližšího vývoje.*“ (Zelinková, 2007, 100) Zelinková dále uvádí, že se nejedná o testování jako takové, ale o dynamické hodnocení a pomoc dítěti při řešení úkolů a po výsledné diagnóze navazuje odpovídající pedagogické působení. Administrace testu je podle Zelinkové (2007) časově náročná, protože vyžaduje důkladné prostudování manuálu. Test TEK0 distribuuje Psychodiagnostika Brno, avšak k jeho podobě jsem se nedohledala, nemohu tedy posoudit, zda by byl vhodným diagnostickým materiálem i pro děti s kombinovaným postižením.

Další možností, jak hodnotit rozumové schopnosti u dětí s těžkým zdravotním postižením, je podle Přinosilové (2007) transdisciplinární herní diagnostika. Krejčířová (in Svoboda, Krejčířová, Vágnerová, 2001) považuje tuto metodu jako za alternativní diagnostický přístup a vhodnou pro děti, které špatně spolupracují a jsou vážněji postižené. Na diagnostickém procesu se podílí řada odborníků (speciální pedagog, psycholog, pediatr, logoped atd., rodiče – každý z týmu zde má svou funkci) a dítě je hodnoceno pouze na základě podrobně zaznamenávaného pozorování volné i řízené hry, je to natáčeno na kameru a potom v týmu rozebíráno, při hodnocení je využívána řada posuzovacích škál. Aby bylo pozorování kvalitní, je nutné předem připravit herní materiály a facilitátor musí umět vyvolat v dítěti diagnosticky významné projevy. Tato herní diagnostika měří u dítěte s postižením i krátkou separaci od rodičů, situace u jídla, komunikační dovednosti, pohybovou kru, hru s druhými dětmi atd., ale více než na výkony dítěte se zaměřuje především na dynamické aspekty myšlení a učení, sleduje se, co dítě nejvíce motivuje, jaký typ hry preferuje, jakým způsobem vstupuje do interakce s okolím, jak sděluje vlastní potřeby (Krejčířová in Svoboda, Krejčířová, Vágnerová, 2001). Tento typ diagnostiky mi přijde využitelný i pro děti s kombinovaným postižením, protože se jedná o velmi variabilní možnosti diagnostiky, které se dají přizpůsobit velmi individuálně, zároveň za přínos zvláště pro děti s kombinovaným postižením vidím týmovou práci odborníků a rodičů.

Pokud nemáme ke speciálně pedagogické diagnostice úrovně myšlenkových operací žádné diagnostické materiály, Přinosilová (1997) popisuje, na co se má speciální pedagog u dětí zaměřit: na analýzu (manipulace s předměty; třídění podle barev, tvaru, velikosti; záměrné manipulace, tvoření skupin), na syntézu (skládání půlených předmětů, skládání zrcadlových obrázků, skládání obrázků z více částí se šikmými i jinak tvarovanými okraji, puzzle,

skládačky) a na analyticko-syntetické činnosti (popletené obrázky, obrázky s tajenkou, hledání rozdílů na zdánlivě stejných obrázcích).

3.6 Speciálně pedagogická diagnostika komunikačních dovedností

„U těžce kombinovaně postižených je proces komunikace výrazně narušený a omezený.“ (Opatřilová, 2005, 50) Orientační diagnostiku komunikačních schopností by měl umět provádět každý speciální pedagog, logoped provádí diferenciální diagnostiku komunikačních schopností. Pro speciálně pedagogickou diagnostiku komunikačních dovedností je základem znalost ontogenetického vývoje řeči. Komunikaci je třeba chápat v širším slova smyslu, zařazujeme sem mimiku dítěte, gestiku a řeč celého těla, schopnosti verbálního vyjadřování, porozumění běžným sociálním situacím. Logoped má dítě s kombinovaným postižením vést k využívání různých forem alternativní a augmentativní komunikace (Opatřilová, 2005). Přinosilová (2007) považuje za velmi důležité sledovat kvalitu komunikačních schopností u jedinců s postižením, protože se u nich často setkáváme se symptomatickými poruchami řeči. To nebude výjimkou ani u dětí s kombinovaným postižením. Jak uvádí Ludíková (2005), u osob s kombinovanými vadami dochází často k narušení (až znemožnění) komunikačního procesu v důsledku sensorických, kognitivních, motorických bariér nebo v oblasti emočně-volní. Aby měly děti s kombinovaným postižením možnost se stát rovnocennými komunikačními partnery, jsou využívány systémy alternativní a augmentativní komunikace, kterých je celá řada a lze je různě kombinovat. Z toho důvodu bude i podle mého názoru opět velice individuální hodnotit komunikační schopnosti, co se týká průběžné diagnostiky.

Jedno z prvních posouzení komunikačních dovedností můžeme zhodnotit podle vývojových škál, kde např. Gesellova škála obsahuje pro oblast řeči samostatnou složku, kde lze sledovat viditelné i slyšitelné formy komunikace, mimiku, gestikulaci, předřečovou vokalizaci až po slova a věty, pasivní znalost řeči a rozumění. U vývojové škály Bayleyové se v rámci mentální stupnice setkáme také s hodnocením řeči (Krejčířová in Svoboda, Krejčířová, Vágnerová, 2001). V P-A-C Günzburgově škále je také vyhrazena jedna celá oblast schopnosti porozumění, kde se ve speciálně pedagogické diagnostice zaměřujeme na řeč, rozdíly, pojmy čísel, činnost s papírem a tužkou (Vítková, 2001).

K hodnocení komunikačních schopností je pro děti s kombinovaným a těžkým postižením velmi vhodný záznamový arch s metodikou na oblast řeči, který vytvořila Jana Kolářová (in Hanák, 2005) a je jedním z uceleného souboru diagnostiky Diagnostika a edukace dětí a žáků s těžkým zdravotním postižením. Oblast má název „řeč“, ale je v ní zahrnuta široká škála komunikačních dovedností. Pro velmi hrubé posouzení verbální komunikace a impresivní složky řeči lze u dětí s těžkým zdravotním postižením podle Vítkové (2001) použít ukázkové záznamové archy používané v rehabilitačních třídách. Podle mého názoru nebude možné tyto archy použít u všech dětí s kombinovaným postižením, ale opět individuálně zvážit, zda budou pro diagnostiku u konkrétního dítěte přínosem.

Pro skupinu dětí s hluchoslepotou byl vytvořen oficiální test pro odhad komunikativních dovedností Callier-Azusa Scale.²⁰ Podle Suralové (2000) se jedná o škálu pro vychovatele a lékaře, která nabízí systém pro posuzování komunikativních dovedností hluchoslepých a ostatních těžce handicapovaných osob. Škála obsahuje 4 oblasti: 1, názorné a symbolické schopnosti 2, receptivní komunikace 3, účelová komunikace 4, reciprocita; dále je každá oblast rozdělena do jednotlivých a po sobě následujících bodů, které označují rané aktivity dítěte s hluchoslepotou, kdy vybírání těchto bodů bylo provedeno na základě koncepce o podpůrných vývojových aktivitách, jejich projevech chování a následném vlivu na rozvoj komunikativních dovedností. U některých položek se počítá s variantou, že hodnotíme dítě totálně zrakově nebo sluchově postižené, a proto jsou zvláště označeny. Stejně je tomu i u položek s dovednostmi, které si dítě může osvojit pouze ve speciálních typech výchovně vzdělávacích programů. Aby bylo testování kvalitní, je potřeba vytvořit dostatek podnětných situací, díky nimž sledujeme přirozené chování dítěte. Pozorování dítěte by mělo probíhat v jemu známém prostředí, a to po dobu nejméně dvou týdnů. Doporučuje se provádět pozorování v týmu. Je upozorňováno na občasné problémy s vyhodnocováním, protože každé dítě s hluchoslepotou je natolik výjimečné, že někdy nespĺňuje podmínky uvedené v testových situacích (Suralová, 2000).

Podle Přinosilové (2007) se ve speciálně pedagogické diagnostice komunikačních schopností osvědčují tyto metody: rozhovor, pozorování komunikace ve vztahu s ostatními dětmi, pozorování dítěte při hře, povídání nad obrázkem, povídání o rodinných událostech, dramatizace příběhu. Diagnostická situace má být pro dítě samozřejmě co nejpřirozenější a nesmíme opomenout i pasivní slovní zásobu dítěte.

20 Vytvořili R. Stillman, Ch. Battl, 1985, Texas.

Ve speciálně pedagogické diagnostice jsou doporučovány tyto dvě zkoušky na hodnocení řeči a jazykových schopností (Přinosilová, 2007):

- **Obrázkově-slovníková zkouška.**²¹ Tento test obsahuje 30 obrázků, na kterých jsou zobrazeny různé věci, zvířata, činnosti. Na obrázcích jsou i různé činnosti a dítě je vyzváno, aby řeklo, co se na obrázku děje. U ostatních obrázků má popsat, co na nich je. Zkouška hodnotí pasivní slovník dítěte a může se využívat i při posouzení školní zralosti. Je administrována pro děti 5 až 7 let a je možné, aby ji plnilo i dítě s mentálním postižením třeba již v pozdějším věku, standardizace byla provedena pouze na slovenskou populaci (Vágnerová in Svoboda, Krejčířová, Vágnerová, 2001). Vzhledem k tomu, že u dětí s kombinovaným postižením dochází až ke znemožnění komunikačního procesu, jak je uvedeno výše, nebude tento test vhodným diagnostickým materiálem, protože je u něj zapotřebí jak aktivní, tak pasivní složka komunikace, což může být pro dítě s kombinovanou vadou velkým handicapem. Test by musel být upraven pro konkrétní dítě, ale zřejmě by ho šlo využít jen v některých případech.
- **Heidelberský test řečového vývoje (HSET)**²² je podle mého názoru podobným příkladem, kdy nelze s tímto materiálem při hodnocení řečových schopností u dětí s kombinovaným postižením počítat. Tento test podle Vágnerové (in Svoboda, Krejčířová, Vágnerová, 2001) obsahuje tyto subtesty: větná struktura, morfologická struktura, větný význam, slovní význam, interakční význam, interakční úroveň. Při bližším prostudování obsahu těchto subtestů je patrné, že test je stavěn na populaci dětí bez postižení a má za úkol odhalit nerovnoměrnosti v řeči u dětí ve věku 4 – 9 let. Podle Krejčířové (in Svoboda, Krejčířová, Vágnerová, 2001) byla standardizace provedena pouze na slovenskou populaci a tento test má pro děti velmi složité a problematické instrukce. Proto bych tento test nepovažovala za vhodný pro diagnostiku dětí s kombinovaným postižením.

Při speciálně pedagogické diagnostice v hodnocení řečových dovedností u naší skupiny dětí bude zřejmě důležité se skrze dostupné diagnostické archy, které by mohly být vhodné pro tyto děti, zaměřit na dílčí a konkrétní položky a ty potom blíže pozorovat a popsat

21 Vytvořil O. Kondáš, 1972 (Vágnerová in Svoboda, Krejčířová, Vágnerová, 2001).

22 Vytvořili H. Grimmová a H. Scholer, 1978, slovenskou verzi vytvořila M. Mikulajová, 2000 (Vágnerová in Svoboda, Krejčířová, Vágnerová, 2001).

(například z vývojového hlediska). U dětí s kombinovaným postižením bude v komunikačních dovednostech hrát velkou roli především neverbální komunikace a porozumění řeči, kdy je diagnostika těchto oblastí většinou vřazena do komplexních škál či hodnotících archů, protože i na komunikačních dovednostech jsou stavěny mnohé z diagnostických úkolů většiny ostatních oblastí, které ze speciálně pedagogického hlediska diagnostikujeme.

3.7 Speciálně pedagogická diagnostika úrovně percepce

„Kvalita smyslového vnímání od raného dětství ovlivňuje vývoj motoriky, řeči, myšlení, přičemž toto působení je vzájemné.“ (Zelinková, 2007) Opatřilová (2005), která se zabývá metodami práce u jedinců s těžkým postižením a více vadami, zahrnuje do speciálně pedagogické diagnostiky i sensorickou a percepční složku jedince, kdy je v rámci sensoriky a percepce důležité se zaměřovat na posuzování vývoje a reakcí na různé podněty skrze smysluplné úkoly a situace.

Úrovní percepce není v žádném diagnostickém materiálu (ve vývojových škálách nebo v ostatních komplexních záznamových archích, které jsem již výše zmínila) věnována samostatná oblast, kde by byl kladen důraz na tuto diagnostiku, což je podle mého názoru velmi nedostatečné, protože co se týká dětí s kombinovaným a těžkým postižením, je jejich rozvoj podmíněn kvalitou vnímání.

3.8 Speciálně pedagogická diagnostika taktilní, kinestetické, vestibulární a vibrační percepce

Podle Opatřilové (2005) u jedinců s těžkým postižením a více vadami je v těchto percepčních oblastech potřeba hodnotit: reakce na délku trvání, intenzitu prožitku, příjemnost nebo nelibost, schopnost lokalizovat tepelné, vibrační, tlakové, kinestetické a taktilní podněty. Jediný návod, jak hodnotit tyto oblasti vnímání samostatně, podává Zelinková (2007) ve srovnání s běžným vývojem dítěte. Není to návod, jak diagnostikovat dítě s kombinovaným postižením, ale můžeme zde najít podněty k vlastní orientační speciálně pedagogické diagnostice.

Vestibulární percepci zkusíme pomoci stoje se zavřenýma očima, stoje na špičkách s otevřenými i zavřenýma očima, stojem na jedné noze (střídá se pravá a levá) opět i se

zavřenýma očima, hodnotí se chůze po čáře, o zvýšené ploše, poskoky na pravé a levé noze, chůze po špičkách vpřed a vzad. Toto diagnostické cvičení se samozřejmě zdaleka nebude týkat všech dětí s kombinovaným postižením vzhledem k jejich handicapu.

Dále Zelinková (2007) uvádí příklady hodnocení taktilní percepce skrze poznávání předmětů hmatem (zvířátka), rozlišování různě drsných povrchů, poznávání geometrických tvarů podle hmatu, třídění podle tvaru a velikosti, poznávání písmen a číslic hmatem, počítání předmětů se zavřenýma očima. Kinestetickou percepci lze hodnotit úkoly, kdy má dítě se zavřenýma očima reprodukovat figuru, která mu byla nakreslena prstem na hřbet ruky; nebo se dotknout těla dítěte v jednom místě a dítě má se zavřenýma očima ukázat, kde to bylo; dítě se zavřenýma očima reprodukuje pohyby paží, které předtím vidělo. Rozvoj kinestetického vnímání podmiňuje vnímání tělového schématu²³ a to můžeme u dítěte hodnotit velmi podobnými úkoly, jako kinestetickou percepci, kdy se dotýkáme dítěte na různých místech jeho těla a dítě to má zopakovat, nebo kdy dítě ukazuje svoje části těla (hlava, ruce, krk...), dítě klepe prsty na desku stolu, dítě vede ukazováček na špičku nosu, dítě dosahuje rukou přes hlavu k uchu na opačné straně těla, než je ruka atd.

K hodnocení vibrační percepce jsem nenašla žádné konkrétní materiály ani úkoly.

3.9 Speciálně pedagogická diagnostika zrakové percepce

U osob s těžkým postižením a více vadami se zrakové vnímání posuzuje z hlediska schopnosti rozlišovat tvar, barvu, velikost, vzdálenost, pohyb objektu atd. (Opatřilová, 2005). Bodřová (in Rádlová, 2004) ukazuje příklady, jak rozvíjet zrakové vnímání u dětí předškolního věku, a uvádí cvičení na rozvoj zrakové percepce, kdy je na konkrétním pedagogovi, aby cíleně zaměřil tyto činnosti na konkrétní potřeby daného dítěte. Podle různých cviků na zrakovou percepci, můžeme i hodnotit, jak na tom konkrétní dítě je: vyhledávání předmětů podle kritéria (barva, velikost atd.), práce s drobným materiálem (mozaiky, korálky, puzzle, skládání kostek), skládání rozstříhaných obrázků, vyhledávání stejných obrázků, hledání rozdílů, vyčleňování rozdílného, rozlišování zrcadlových tvarů, hledání stejných stínových obrázků, bludiště, obkreslování obrázků, překreslování obrázků do čtvercové sítě, orientace na pracovní ploše atd. (Bodřová in Rádlová, 2004).

23 „Pojem tělové schéma není jednotně chápán a definován. Souhrnně lze říci, že je to soubor vnitřních představ, které zahrnují informace o částech těla, vzájemných vztazích mezi částmi těla a možnostech aktivity, patří sem rovněž orientace na vlastním těle, ve stavbě těla.“ (Zelinková, 2007, 61)

Úroveň zrakového vnímání hodnotí ve speciálně pedagogické diagnostice některé testy a také je součástí hodnocení školní zralosti, jak uvádí Boďová (in Rádlová, 2004): Edfeldtův reverzní test, pomocí něhož se zjišťuje u dětí úroveň zralosti zrakového vnímání, kdy diferencuje obrácené a otočené tvary, kdy tato schopnost u dětí dozrává v období nástupu do školy, a tím pádem je test určen pro děti 5 – 8 let. Dále Vágnerová (in Svoboda, Krejčířová, Vágnerová, 2001) u tohoto testu neuvádí, že by bylo vhodné jej použít u dětí s postižením stejně jako u Rekogničního testu reverzní tendence,²⁴ který spočívá v zapamatování obrázku (3 vteřiny), který je dítěti (5,5 – 8,5 let) předložen, a pak má tento obrázek vyhledat v řadě obrázků. Ani Test diskriminace tvarů,²⁵ který měří efekt změny percepčního pole na proces apercepce, a Vývojový test zrakového vnímání M. Frostigové,²⁶ který měří zrakové vnímání v těchto subtestech: vizuomotorická koordinace, figura-pozadí, konstantnost tvaru, poloha v prostoru, prostorové vztahy, není doporučován dětem s postižením (Vágnerová, in Svoboda, Krejčířová, Vágnerová, 2001).

Zelinková (2007) popisuje příklady diagnostických cvičení u jednotlivých kategorií. U vnímání figury-pozadí můžeme hodnotit vnímání změn v oblečení panenky, změny na obrázku; poznání částí určitého obrázku – co k němu patří; rozlišování dvou a více na sobě nakreslených objektů; sledování určité linie mezi ostatními tak, že dítě jede tužkou po linii; orientace v bludišti; obkreslování přes sebe nakreslených geometrických tvarů. Konstantu vnímání lze hodnotit například vybíráním předmětů podle velikosti, tvarů, obrázků, třídění předmětů podle barvy, označení dvou stejných tvarů. Zrakem vnímáme i polohu a vztahy v prostoru, a to: poznávat jeden otočený předmět mezi ostatními předměty; rozlišovat zrcadlově odlišné tvary; rozlišení písmen b-d, M-W, 6-9; ukázat na obrázku, kde je nahoře, dole, vpřed atd.; navlékání korálek podle předlohy; pokládání předmětů podle pokynů; skládání barevných prvků podle předlohy; obkreslování teček podle osy souměrnosti; zrakové rozlišování tam-tma-mat (Zelinková, 2007).

24 Metoda vznikla jako reakce na nedostatky Edfeldtova reverzního testu a vytvořila jej slovenská autorka O. Zápotočná (1990). Výkony srovnávala s Edfeldtovým reverzním testem, tudíž není zřejmě pro českou populaci standardizován (Vágnerová in Svoboda, Krejčířová, Vágnerová, 2001).

25 Tento test obsahuje 1250 tvarů (obrázků), které jsou uspořádány v řádcích vedle sebe na celém A3 formátu, tvary jsou různých typů a navíc prezentovány v různé poloze. Dítě má přeškrtnat všechny tvary, které mu jsou ukázány, test je časově omezen a je vhodný pro děti 9 – 18 let (Vágnerová in Svoboda, Krejčířová, Vágnerová, 2001).

26 Test byl vytvořen pro děti, které mají nějaké obtíže v učení. Všechny dílčí schopnosti, na které jsou zaměřeny jednotlivé subtesty, jsou potřebné i pro školní práci (Vágnerová in Svoboda, Krejčířová, Vágnerová, 2001).

3.10 *Speciálně pedagogická diagnostika sluchové percepce*

„Sluchové vnímání je schopnost přijímat, rozlišovat a interpretovat zvuky různé kvality (řečové i neřečové).“ (Zelinková, 2007, 76) Diagnostika úrovně sluchového vnímání se neprovádí skrze hodnocení fyziologické kvality sluchové ostrosti, která je zajišťována audiometrickým vyšetřením na foniatických odděleních (Zelinková, 2007), ale sledujeme rovinu reakcí na zdroj zvuku, význam zvuku, intenzitu, výšku, vzdálenost, trvání a pohyb zvuku u osob s těžkým postižením a více vadami (Opatřilová, 2005).

Pro děti s kombinovaným postižením není žádná testová metoda, nebo standardizovaná zkouška, jak hodnotit sluchovou percepci, je tedy na speciálním pedagogovi, aby si vytvořil diagnostická cvičení ušitá na míru konkrétnímu dítěti (podobně jako u zrakové percepce). Zelinková (2007) uvádí několik příkladů na hodnocení vnímání a rozlišování zvuků neřečových (z přírodního a společenského prostředí): poznávání předmětů podle zvuku (cinkání klíčů, bubínek...); poznávání zvuků z přírody a prostředí (hlasy zvířat, zvuky z domácnosti); poznávání písní podle melodie; rozlišování tónů podle výšky; lokalizace zvuku v prostoru (tato dovednost je běžná i každodenním životě, kdy v hustém ruchu ulice je třeba rozlišit, odkud se blíží auto atd.). Podobně je tomu u diagnostiky rozlišení figury-pozadí, kterou můžeme hodnotit např., že dítě pozná štěkot psa ve zvukovém záznamu, nebo pozná určitý hlas v rozhovoru (mužský, ženský, dětský); reaguje na slovo v plynulé řeči. Do sluchové percepce zařazujeme i vnímání a reprodukci rytmu, kterou lze procvičovat a hodnotit rytmickými říkadly, pohybovými cvičeními na písničky atd. (Zelinková, 2007), samozřejmě je nutné opět postavit diagnostická cvičení dítěti s kombinovaným postižením vzhledem k jeho možnostem.

Dále Zelinková (2007) uvádí diagnostická cvičení oblastí, které se vztahují přímo k řeči: rozlišování prvků lidské řeči, slabika jako jednotka řeči, hlásky (poznávání hlásek ve slově, Zkouška sluchové diference,²⁷ Zkouška sluchové analýzy a syntézy,²⁸ fonemické uvědomění, sluchová paměť). Vzhledem k tomu, že k narušení komunikačního systému u osob s kombinovanými vadami může docházet již v počáteční fázi (Vašek, 2005), což je fáze percepce, konkrétně zde se bavíme o příjmu informací prostřednictvím sluchového

27 Test slouží k posouzení schopnosti u dětí sluchově rozlišovat zvuky mluvené řeči, kdy dítě rozlišuje, zda dvojice bezsmyslných slov je stejná či nikoliv (např. bram-pram, tost-tost); test vytvořil J. M. Wepman (1960) a u nás přepracoval Z. Matějček (1993) (Vágnerová in Svoboda, Krejčířová, Vágnerová, 2001).

28 Test slouží k hodnocení schopnosti rozkládat slova na hlásky a naopak. Vytvořil Moseley (1976) a u nás přepracoval Z. Matějček (1993) (Vágnerová in Svoboda, Krejčířová, Vágnerová, 2001).

kanálu, přičemž osoby s kombinovaným postižením často používají alternativní komunikační systém, jak uvádí Ludíková (2005), nebude se jich zřejmě většinou diagnostika řečových zvuků tolik týkat.

3.11 Speciálně pedagogická diagnostika laterality

Podle Přinosilové (2007) můžeme laterality sledovat už od raného věku a všimnout si, jak dítě uchopuje předměty, lžíci, hrníček, hračky, jak používá obě ruce, když něco dělá atd. Diagnostika laterality je důležitá, když dítě nastupuje do školy, tzn. na konci předškolního věku, aby se vědělo, jakou rukou bude vedena tužka, pokud se u dítěte jedná o ambidextrii (obourukost), je zvykem, aby dítě vedlo tužku pravou rukou. Podle Lorencové, Košťálové (in Kucharská a kol., 2007) bývá laterality ruky v předškolním věku u jedinců s kombinovaným postižením ještě nevyhraněna, děti jsou proto spíše vedeny k funkčnímu úchopu, který respektuje jejich pohybové možnosti. Později, v mladším školním věku, je pak diagnostika laterality zpřesňována, a to pomocí grafomotorických cvičení, práce s kompenzačními pomůckami, práce s počítačem.

Při vyšetření v rámci speciálně pedagogické diagnostiky u dětí s kombinovaným postižením lze použít Test laterality Žlaba a Matějčka,²⁹ který se zaměřuje na hodnocení laterality horních a dolních končetin, očí a uší, dále se pomocí Torque testu zjišťuje vyhraněnost ruky, kdy dítě napodobuje tvary písma, kroužení, a Sequinova deska na vyšetření laterality horních končetin, která je autorkami velice doporučována, co se týká kombinovaných vad (Lorencová, Košťálová in Kucharská a kol., 2007), avšak o posledních dvou zmiňovaných diagnostických materiálech jsem v dostupné literatuře nenašla žádné informace.

3.12 Speciálně pedagogická diagnostika školní zralosti, školních schopností a dovedností

O diagnostice školní zralosti a školních dovedností se o dětech s kombinovaným postižením nikde konkrétně nehovoří, nicméně speciální pedagožka³⁰ z SPC v Berouně, které se zaměřuje na děti s kombinovaným postižením a děti s hluchoslepotou, uvádí, že jejich

²⁹ Test (1972) obsahuje úkoly jako dávání korálků do lahvičky, tleskání, dívání se kukátkem, poslouchání tikotu hodinek, házení míčku do krabičky atd. (Přinosilová, 2007).

³⁰ Z emailové komunikace dne 18. listopadu 2010.

zařízení používá Orientační test školní zralosti,³¹ kterým je běžně diagnostikována školní zralost. Podle mého názoru musí být test upraven tak, aby jej bylo možné vypracovat, protože, jak uvádí Přinosilová (2007), diagnostika školní zralosti a připravenosti pro školu musí být u dětí s postižením v souladu s jejich mentálními možnostmi, stupněm a druhem postižení a musí respektovat zvláštnosti dítěte. Dále je zřejmé, že u dětí s tělesným a dalším postižením je potřeba, aby mělo dítě zachovanou funkci jemné motoriky ostatně jako u většiny testů, kdy je potřeba, aby dítě něco na papíře vyplnilo. Podle Přinosilové (2007) jako doplněk k Orientačnímu testu školní zralosti se může využívat i Zkouška vědomostí předškolních dětí,³² která sleduje znalosti v počtech, v čase, pohádkách, v domácím prostředí, znalosti o přírodě, společenském zařazení atd.

Okrajově se o školních dovednostech zmiňuje Lorencová, Košťálová (in Kucharská a kol., 2007) v návaznosti na grafomotoriku apod. Žáci s lehčím stupněm kombinovaného postižení, kteří plní odpovídající vzdělávací program, do kterého byli zařazeni, a také v souladu s ním se diagnostikuje úroveň psaného projevu či kresby, při psaní se hodnotí i psaní na počítači. U žáků s kombinovaným postižením, kde je těžší stupeň mentálního postižení, se hodnotí manipulační činnosti, způsob úchopu, použití prstu, psacího nebo jiného nástroje, kresebný nebo psaný projev, schopnost obtahování nebo nápodoby. Hodnotí se i a nakolik je tato činnost prováděna s dopomocí nebo samostatně.

V rámci školní připravenosti, která postihuje především úroveň předškolního vzdělávání z hlediska rozvinutých schopností, osvojených dovedností, je možné, aby pedagogové použili Pozorovací schéma na posuzování školní způsobilosti, které se zaměřuje na tyto oblasti: řeč – výslovnost, komunikace, vyjadřování; činnost a hra – vztah k nim a zájem o ně, osvojování nové činnosti; motorika – zručnost a obratnost; grafomotorika; sociabilita; sebeobsluha; emocionalita; chování – samostatnost, aktivita, hravost, přizpůsobivost (Boďová in Rádlová, 2004). Diagnostický materiál pro děti s kombinovaným postižením pro školní dovednosti neexistuje, je třeba hodnocení přizpůsobit konkrétnímu jedinci podle jeho možností.

Pro některé děti s lehčím stupněm kombinovaného postižení by podle mého názoru mohla být užitečná Prediktivní baterie obtíží ve čtení,³³ kterou uvádí Přinosilová (2007) jako vhodnou pro děti s mentálním postižením. Tento test predikuje problémy ve čtení a celkovou

31 Autorem testu je Jirásek (1970), test obsahuje 3 úkoly: kresba mužské postavy, napodobení psacího písma, obkreslení skupin bodů (Kucharská a kol., 2007).

32 Autoři Matějček, Vágnerová 1976 (Přinosilová, 2007).

33 Autorem původní francouzské baterie je A. Inizan, 1988; u nás upravená B. Lazarovou, 2000 (Vágnerová in Svoboda, Krejčířová, Vágnerová, 2001).

úspěšnost ve školním procesu. Mezi jeho oblasti patří: porozumění, vyjadřování, časoprostorová orientace, zraková paměť, reprodukce rytmu, obkreslování tvarů atd. Stejně využití v rámci speciálně pedagogické diagnostiky by mohlo být i u známé Zkoušky čtení³⁴ a Diagnostiky vývojových poruch učení,³⁵ jak uvádí Lorencová, Košťálová (in Kucharská a kol., 2007), že se dají použít opět u části žáků s kombinovaným postižením a opět nelze tyto zkoušky využít ve standardizované podobě, ale je nutné je upravit konkrétnímu dítěti přímo na míru. Dále podle autorek se v rámci zkoušky Diagnostiky vývojových poruch učení pro žáky s kombinovaným postižením spíše využívají jednotlivé testy pro opis, přepis a samostatné psaní, které jsou vyvozeny z výukových materiálů daného vzdělávacího programu.

Westling, Fox (2004) v americké publikaci *Teaching Students with Severe Disabilities* také nenabízejí žádný konkrétní hodnotící materiál v oblasti školních dovedností pro naši skupinu žáků, ale popisují postup, jak školní dovednosti nejlépe pro konkrétní dítě s těžkým zdravotním postižením určit. Vychází z myšlenky, že i když získávání a uplatňování znalostí v těchto školních dovednostech nemusí být díky vícenásobnému postižení možné, jsou i přesto někteří schopni se několika užitečným dovednostem naučit. Nejprve je důležité pomoci učiteli najít vhodný typ kurikulárního zaměření, a to je založeno na 5 základních úvahách o žákovi:

1. Jaký je věk žáka a kolik času tráví nebo má trávit ve škole? – Čím je žák mladší, tak jeho kognitivní schopnosti a akademické cíle se mohou shodovat, ale čím je starší, tak hrozí, že funkčnost školních dovedností, které by mohl použít v dospělosti, se časem začne snižovat.
2. Jakého úspěchu dosáhne žák na základě toho, jak daleko se dostal ve studiu? – Je důležité neustále hodnotit, zda ve výuce stanovených dovedností pokračovat, nebo výuku směřovat do jiné oblasti.
3. Jaký typ školních dovedností je potřebný pro fungování v konkrétním prostředí, pro volnočasové aktivity, volný čas? – Pokud je obtížné učit žáka konkrétní dovednosti pro danou činnost, je vhodné jej učit i ostatní dovednosti, které se konkrétní činnosti

34 Autorem Z. Matějček a kol., 1987, zkouška obsahuje standardizované testy, které slouží k hodnocení rychlosti, přesnosti, porozumění čteného textu. Test je časově limitován (Kucharská a kol., 2007). Tato zkouška by měla být součástí vyšetření školsky neúspěšných dětí např. dětí zanedbané, se sníženou inteligencí, a hlavně s podezřením na SPU (Vágnerová in Svoboda, Krejčířová, Vágnerová, 2001).

35 Autorem Novák, 1994 a 1997. První vydání (1994) je určeno pro individuální diagnostiku SPU. Druhé vydání (1997) je koncipováno jako vícedimenzionální test na úroveň jazykových schopností, které mají obtíže v základních čtenářských, písařských a pravopisných dovednostech (Kucharská a kol., 2007).

týkají jen okrajově.

4. Jaká je relativní hodnota nebo význam školských dovedností ve srovnání s jinými dovednostmi? Existují jiné dovednosti, které zvýší žákovu nezávislost? – Typické školní dovednosti jsou sice důležité, ale pokud nemá žák odpovídající repertoár základních dovedností, je více pravděpodobné, že bude více závislý na okolí.
5. Jaké jsou přání žáka a jeho rodičů vzhledem k výuce typicky školních dovedností?

Výsledkem zhodnocení těchto otázek by měla být zvolená jedna ze 4 forem školních osnov pro žáka, ke každé formě osnov je uvedeno průběžné diagnostikování žáka, které nemá žádné speciální testy. Stejně jako v naší literatuře je i zde popsán individuální způsob hodnocení žáků. Ovšem kromě hodnocení prvního typu osnov (Všeobecně vzdělávací kurikulum), v rámci kterého jsou žáci hodnoceni klasickými testy a zkouškami, které jsou podle autorů Westling, Fox (2004) pro žáky bez postižení nebo s lehkým postižením.

3.13 Speciálně pedagogická diagnostika prostorové, časové a pravolevé orientace

U prostorové orientace hraje velkou roli zrakové vnímání dítěte, pohyb a manipulace s předměty (Zelinková, 2007). Diagnostika těchto oblastí byla popsána v dílčích diagnostických kapitolách. Přesto je v rámci prostorové orientace potřeba se zaměřit na rozlišování pojmů nahoře-dole, vpředu-vzadu, nad-pod, vedle; dále pojmy první, poslední, hned před... atd. Orientaci vpravo-vlevo může dítě provádět diagnostickými cvičeními na částech svého těla, kde má ukazovat různé kombinace (např. ukaž pravé ucho, polož pero nalevo od knihy atd.). Časová orientace se ve školním věku zlepšuje v souvislosti s vývojem myšlení. V rámci časové orientace se hodnotí tyto pojmy: ráno-poledne-večer, předtím-potom, dny v týdnu, měsíce, roční doby, hodiny atd. (Zelinková 2007).

Lorencová, Košťálová (in Kucharská a kol., 2007) se v rámci diagnostiky v SPC pro žáky s více vadami zmiňují o dětech s tělesným postižením, které mají problémy s orientací v tělesném schématu a orientací v prostoru, proto je potřeba jim diagnostické cvičení uzpůsobit jejich možnostem; děti s mentálním postižením mají problémy ve všech typech orientace, hlavně pravo-levé a časové. Dále autorky uvádí, že potíže s orientací způsobují oslabení ve vývoji před-početní a početní orientace.

4 Vhodné komplexnější diagnostické materiály pro děti s kombinovaným postižením v rámci speciálně pedagogické diagnostiky

4.1 *Gesellovy vývojové škály*

Podle Krejčířové (in Svoboda, Krejčířová, Vágnerová, 2001) jsou Gesellovy vývojové škály celkově nejznámější a nejrozšířenější obecnou vývojovou metodou u nás a snaží se zachytit aktuální úroveň vývoje dítěte. Vytvořil je A. Gesell (1925), dnes se používají v revizi Knoblochové a kol. (1980). Škála je tedy určena pro vyšetření dětí od 4 do 36 měsíců, kdy účelem vyšetření je diagnostika poruch vývoje, informace o temperamentu dítěte, o jeho sociálních dovednostech, o jeho emoční stabilitě, frustrační toleranci, o povaze vztahu s rodiči.

Tato diagnostická metoda má pro každý věkový stupeň stanovené určité pořadí úkolů a jejich zadávání probíhá plynulým přechodem od jedné položky ke druhé. Vlastní diagnostikování se začíná zpravidla na té věkové úrovni, která odpovídá chronologickému věku dítěte, přičemž u dětí s postižením se tento věk určuje i podle námi předpokládané vývojové úrovně a podle informací od rodičů (Marková in Hanák a kol., 2005). Samozřejmě je zde nebezpečí používání obecných vývojových škál (které nejsou primárně určeny pro děti s postižením), kdy uvádí Vítková (2001), že vývojový a chronologický věk se u dětí s postižením nekryje.³⁶ Při vyšetření se stanoví bazální věk (úroveň, na níž dítě splnilo všechny položky) a strop (kde nebyl splněn žádný požadovaný úkol), přičemž se dítěti předkládají položky z blízkých vývojových období, počáteční pozice pro vyšetření lehu, sedu, lokomoce atd. (Marková in Hanák a kol., 2005).

Položky jsou rozděleny do 5 sledovaných oblastí, které jsem popsala již výše v jednotlivých oblastech diagnostiky: adaptivní chování, hrubá motorika, jemná motorika, řeč, sociální chování. Při hodnocení jednotlivých položek v jednotlivých oblastech je nutné rozlišovat mezi trvalými a přechodnými vzorci chování, které v průběhu vývoje mizí a jsou nahrazovány zralejšími (Krejčířová in Svoboda, Krejčířová, Vágnerová, 2001). Marková (in

³⁶ Viz kapitola Problematika speciálně pedagogické diagnostiky.

Hanák a kol., 2005) dodává, že v případě naší skupiny dětí s postižením je potřeba používat zvláštní skór pro situace, kdy smyslové nebo pohybové postižení brání dítěti ve splnění úkolu, protože by jinak mohlo dojít k podcenění jejich vlastní mentální úrovně. Pro každou oblast se stanovuje vývojová úroveň, které dítě dosahuje (úroveň, na níž dítě dosáhlo alespoň poloviny zadaných položek), a na závěr se stanoví vývojový kvocient, který má ukázat odhadem intelektový potenciál dítěte. Nevychází se jen z testových výsledků, ale vývojové situace jsou probírány i s rodiči a skrze pozorování mimo testování (Krejčířová in Svoboda, Krejčířová, Vágnerová, 2001). Marková (in Hanák a kol., 2005) uvádí, že obecně se udává, že právě adaptivní chování úzce koreluje s budoucí inteligencí a vzhledem k charakteristice průběhu těžce postižených dětí, může vyhodnocení škál být nevyhovující. Podle Krejčířové (in Svoboda, Krejčířová, Vágnerová, 2001) je základním pravidlem, že celková vývojová úroveň nesmí být nikdy nižší než úroveň adaptivního chování. Pokud je vývojová úroveň adaptivního chování celkově nízká a řeč je zřetelně lepší, pak je jakýkoliv prognostický odhad obtížný a je doporučeno celkovou vývojovou úroveň dítěte neuvádět, protože se jedná o závažnou dezorientaci chování, a je nezbytné další pozorování, ale je pravděpodobné, že řeč zde bude lepším prognostickým ukazatelem. Celkový vývojový kvocient se vypočítá jako „celkový vývojový věk“ děleno „chronologický věk“ a to celé vynásobeno stem. Stejně tak můžeme samostatně určit i vývojové kvocienty jednotlivých oblastí. Celá řada ověřovacích studií (převaha dětí z USA) ukázala, že škály jsou spolehlivou metodou pro správnou identifikaci dětí s vývojovou retardací či jiným typem postižení.

Marková (in Hanák a kol., 2005) považuje vývojové škály za nejčastěji používanou metodu v praxi, která umožňuje zachytit aktuální úroveň vývoje těžce postiženého jedince. Lze použít několik typů vývojových škál, ale u dětí s těžkým postižením a v našich podmínkách se zdá být nejvhodnější Gesellova vývojová škála.

4.2 P-A-C archy Günzburga

Dalším komplexnějším diagnostickým materiálem jsou P-A-C archy, tato zkratka znamená „pedagogickou analýzu a kurikulum“ a Vítková (2001) zařazuje tento diagnostický materiál jako vhodný pro žáky s těžkým zdravotním postižením. Zároveň uvádí: „*Metoda P-A-C je základním nástrojem pomáhajícím v praktických otázkách, které jsou spojené*

s učením, nemůže být srovnávána s procedurami, které psychologové používají k měření inteligence.“ (Vítková, 2001, 18)

Podle Hanna, Hibbeler (2001) vytvořil H. C. Günzberg P-A-C systém z pedagogické praxe, kde poskytoval pomoc při prosazování důležitých dovedností pro běžný život a integraci osob s mentálním postižením, zaměřoval se na kognitivní a psychomotorické dovednosti, posílení sociálních kompetencí. Vytvořil několik formulářů s oblastmi pro hodnocení dovedností pro osoby s mentálním postižením. Důležitým poznatkem pro práci s P-A-C archy je: *„Die Arbeit mit dem P-A-C System darf nicht in ein „steriles Testen“ verflachen, das lediglich dem Ziel der Dokumentation und der Berichterstattung dient. Sie muss vielmehr der Förderung kurz und langfristiger Ziele dienen, die sich nicht nur auf den rein technischen Erwerb von sozialen Fertigkeiten erstreckt, sondern auch der Entwicklung von Beziehungen zur Umwelt dient.“*³⁷ (Hanna, Hibbeler, 2001, 6) Vzhledem k odkazování na krátkodobou i dlouhodobou podporu považují hodnocení skrze tento materiál za funkční, a to je pro podporu dětí s kombinovaným postižením důležité. Také bych chtěla upozornit, že většina výše diagnostických materiálů nepočítá příliš s dlouhodobějším využíváním. Jako jednu z výhod uvádí Vítková (2001), že můžeme při dlouhodobých pozorováních ihned na první pohled zjistit nejdůležitější změny ve vývoji dítěte.

Práce s P-A-C archy se dělí do postupných kroků. Nejprve se vybírá vhodná forma P-A-C systému (existuje více forem), dále proběhne posouzení klienta, které slouží jako výchozí bod pro posouzení potřeb a nezbytné podpory klienta, dále autoři manuálu (Hanna, Hibbeler, 2001) popisují systém podpory a práci s elektronickým programem P-A-C systému. Autoři publikace také uvádí různé formy P-A-C formulářů. Pro děti s kombinovaným a těžkým postižením jsou doporučeny P-A-C archy S/P série.

S/P = P-A-C formulář obsahuje 181 položek. Formulář umožňuje pozorování obecného vývoje těžce zdravotně postižené osoby všech věkových kategorií. S/P = P-A-C má ještě návaznost na S/P-A-C 1 a S/P-A-C 2. S/P-A-C 1 byl vytvořen jako podrobnější formulář pro osoby s těžkým postižením, u kterých se jedná o získávání dovedností, které děti za normálních okolností získávají ve věku od 1 do 5 let. Právě proto je tato forma vhodná pro děti (i dospívající nebo dospělé osoby) s těžkým zdravotním postižením, protože tyto dovednosti získávají až mnohem později. S/P-A-C 1 obsahuje i více položek, a to 220 (na

³⁷ Překlad: Práce s P-A-C systémem nemůže být zúžena do „sterilních testů“, které slouží pouze k cílům jako je dokumentace nebo podávání zpráv. Musí spíše sloužit k podpoře krátkodobých a dlouhodobých cílů, které se vztahují nejen na čistě technické získávání sociálních dovedností, ale i na rozvoj vztahů s životním prostředím.

rozdíl od S/P = P-A-C), kdy důvodem je podrobnější odhalení vývoje. S/P-A-C 2 je navazujícím materiálem po S/P-A-C 1, ale vztahuje se přímo k dospívajícím a dospělým osobám s těžkým postižením se zaměřením na podporu větší nezávislosti (Hanna, Hibbeler, 2001).

Pokud chceme vybrat vhodnou formu P-A-C, není to snadný úkol, protože je důležité vzít v úvahu dobu a organizační rámec podpory klientů s postižením. Před výběrem je důležité si položit tyto otázky: Kolik času mám na podporu dané osoby k dispozici? Kolik času mám na pozorování klienta? Jaký další rámec podpory je možné použít? Častěji se spíše používá forma S/P = P-A-C, u starších (dospívajících nebo dospělých) je vhodné použít podrobnější formy zmíněné v minulém odstavci (Hanna, Hibbeler, 2001).

Výsledky jednotlivých položek se zaznamenávají do kruhového diagramu³⁸ a každá položka se hodnotí podle následujícího: 0 % = „neúspěšný“, 50 % = „částečně ovládá“, 100 % = „zcela ovládá“, N/A = „nehodí se“ (klient není fyzicky schopen se činnost naučit), KG = „nenaskytuje se žádná příležitost se dovednost naučit“, N/G = „položka není od klienta vyžadována“, a to jak ve formuláři,³⁹ tak i následně v diagramu (viz příloha) (Hanna, Hibbeler, 2001).

Oblasti, které se hodnotí a které byly zmíněny v předchozích kapitolách o oblastech speciálně pedagogické diagnostiky, jsou: samostatnost, schopnost porozumění, motorika, sociální adaptace. Všechny tyto položky (v rámci těchto oblastí) jsou uspořádány do stoupajících stupňů obtížnosti v kruhovém diagramu tak, že dovednost umístěná blíže ke středu je snadnější než dovednost na okraji kruhu (Vítková, 2001).

4.3 Diagnostika a edukace dětí a žáků s těžkým zdravotním postižením

„Nástroj pro správné a přesné stanovení speciálně pedagogické diagnózy a navazující metodiky pro stimulaci a vzdělávání dětí a žáků s těžkým zdravotním postižením.“ (Kucharská a kol., 2005, 200) Podle Hanáka (2005) vznikl tento diagnostický nástroj na základě potřeb poradenské a školské praxe jako absence nějakého uceleného nástroje pro správné a přesné stanovení speciálně pedagogické diagnózy a navazující metodiky pro žáky s těžkým a kombinovaným postižením. Při zpracování metodik se vycházelo z fyziologického vývoje

38 viz. příloha č. 4

39 viz. příloha č. 5

děti a na zpracovávání se podílel tým pracovníků SPC v Blansku, speciální pedagogové Speciální školy pro žáky s více vadami v Blansku a vysokoškolští pedagogové z Katedry speciální pedagogiky Pedagogické fakulty Masarykovy univerzity v Brně.

Tento diagnostický nástroj mimo jiné obohacují i zde popsané zkušenosti při provádění speciálně pedagogické diagnostice v SPC a ve Speciální škole v Blansku. V SPC v Blansku se osvědčuje diagnostikování ve dvojici, jak uvádí Kolářová, Hlaváčková (in Hanák a kol., 2005), kdy jeden speciální pedagog pracuje individuálně s dítětem a druhý speciální pedagog (nebo i psycholog) si zaznamenává při pozorování poznámky a v průběhu konzultuje, nebo vysvětluje přítomnému rodiči, co a proč s dítětem druhý kolega zkouší. V SPC v Blansku je také kladen důraz na prostředí, ve kterém se provádí speciálně pedagogická diagnostika. Nejprve probíhá návštěva a diagnostika v rodině, potom je dítě s rodiči zváno do SPC, kde pro větší objektivitu je nezbytné provést více návštěv, protože se jedná o dlouhodobé opakované diagnostikování. Při návštěvách SPC je pro lepší uchopení diagnostiky používán snoezelen,⁴⁰ kde pozorování je příležitost, jak lépe odhadnout vztah matka – dítě a zároveň i to, jak dítě reaguje i na neznámou osobu, nebo na nové neznámé podněty (zrakové, hmatové, čichové, sluchové). *„Po několika sezeních ve snoezelenu probíhá diagnostika, její upřesňování, v pracovně speciálního pedagoga za přímé účasti rodičů a později bez jejich přítomnosti. Rodiče společně s jedním speciálním pedagogem mohou pozorovat jednosměrným zrcadlem práci druhého speciálního pedagoga s dítětem. Speciální pedagog může rodičům ihned jednotlivé kroky vysvětlit, prokonzultovat, aniž by dítě bylo rušeno.“* (Kolářová, Hlaváčková in Hanák a kol., 2005, 18) Tento postup odpovídá teorii o provádění speciálně pedagogické diagnostiky, kdy je do diagnostikování zapojen i rodič (rodiče) a děje se tak skrze tým. Uvolnění dítěte, znalost prostředí a dlouhodobé diagnostikování je u dětí s kombinovaným postižením velice potřebné.

Záznamové listy pro tuto ucelenou speciálně pedagogickou diagnostiku pro děti s kombinovaným a těžkým postižením jsou sestaveny pro věkovou skupinu 0 – 3 roky. Je to z toho důvodu, že ve většině případů odpovídá psychomotorický vývoj těchto dětí i v období školního věku a dále této vývojové úrovni (Kolářová, Hlaváčková in Hanák a kol., 2005). Diagnostika vývoje dítěte je zaměřená na deset oblastí, jejichž hodnocení považuje autorský

40 Je doporučován pro osoby s těžkým postižením jako např. relaxační metoda. Osoby s těžkým postižením jsou ve svém vnímání a poznávání často odkázány na primární smyslové jevy a díky snoezelenu mohou získávat nové zkušenosti. Jedinec zde může nechat na sebe působit různé podněty. Nachází se zde např. trampolína (ke skokům, ale i pohybu na vlnách), vodní postel, hudební doprovod, voňavé podněty, koberce, plyš atd. (Krejčířová in Renotiérová, Ludíková a kol., 2006).

kolektiv za účelné a byly výše zmiňovány v kapitolách o jednotlivých oblastech speciálně pedagogické diagnostiky. Jsou to tyto oblasti: grafomotorika, jemná motorika, hrubá motorika, poznávací schopnosti, řeč, stravování, hygiena, oblékání, osobní čistota, socializace. V každé této oblasti⁴¹ najdeme několik vývojových úkolů seřazených podle obtížnosti a podle vývojové škály dítěte od narození do 3 let. Ke každému jednotlivému úkolu je metodický pokyn,⁴² který lze jej k plnění úkolu používat, nebo jej doplňovat speciálními postupy a pomůckami, které jsou vhodné pro různý charakter postižení dítěte. Autorský tým považuje za samozřejmé, že je nutné vždy vycházet z psychických a fyzických schopností dítěte a nelze jednu univerzální metody, jakou lze plnit úkol, použít u všech dětí. Do záznamových archů zaznamenává speciální pedagog, zda dítě požadovaný úkol umí, nebo neumí, kdy si tento úkol osvojilo, a je zde sloupec i na poznámky ke každému úkolu. Záznamové archy lze podle autorů využít pro vstupní diagnostiku, ale i pro průběžnou diagnostiku. Každá z deseti oblastí má jiný počet úkolů, a to od 19 úkolů v oblasti až po 92 úkolů. Na sestavování úkolů v jednotlivých oblastech se podílel tým autorů, nejedná se o ucelený diagnostický materiál jednoho nebo dvou autorů. (Hanák a kol., 2005)

4.4 Záznamové archy používané v rehabilitačních třídách vypracované D. Poláškovou

Jako jednu z alternativ, jak hodnotit žáky s těžkým zdravotním postižením a vícenásobným postižením, mohou být záznamové archy D. Poláškové, které uvádí Vítková (2001). Tyto záznamové archy, které se používají ke speciálně pedagogické diagnostice, jsou vytvořeny pro rehabilitační třídy a jednoduše představují hlavní vývojové kroky napříč základními oblastmi speciálně pedagogické diagnostiky. Varianta A,⁴³ kterou uvádí Vítková (2001) je zřejmě vhodná pro průběžnou diagnostiku, protože výsledky jsou zaznamenávány v měsících září, leden a červen. Ke každé oblasti je možné připojit vlastní poznámky. Oblasti, které archy hodnotí, jsou: socializace, osobní hygiena, oblékání, hrubá motorika, jemná motorika, jedení, verbální komunikace, impresivní složka řeči (porozumění). U těchto záznamových archů není uváděno, pro jaký věk jsou vhodné. Jelikož se jedná o děti s těžkým postižením, zřejmě se počítá se značně individuálním přístupem a zkušeností speciálního pedagoga nebo vyučujícího.

41 viz. příloha č. 6

42 viz. příloha č. 7

43 viz. příloha č. 8

Varianta B⁴⁴ hodnotí jednotlivé dovednosti dítěte na škále 1 až 5, kdy podle závěru pozorování v určitém časovém období zakroužkuje speciální pedagog nebo učitel číslo na této škále. Sledované projevy se vyskytují takto: 1 = vzácně, popřípadě vůbec; 2 = příležitostně, nebo potřebuje pomoc druhých; 3 = přiměřeně často, případně s určitou dopomocí; 4 = často, jen výjimečně potřebuje pomoc; 5 = často, samostatně, bez pomoci druhých. Při kroužkování daného stupně se používá v každém časovém období jiné barevné rozlišení. První pozorování se hodnotí v září a to červenou barvou, druhém pozorování v lednu zelenou barvou a při třetím pozorování v červnu použijeme žlutou barvu. Na některé položky nelze odpovědět stupněm na škále 5 bodů, proto je zde vynechané místo pro slovní hodnocení. Těchto položek je ale méně. Stejně jako u předchozího zde máme volné místo u každé oblasti na poznámky a i slovně můžeme hodnotit i ty dovednosti, kde je pětibodová škála. Oblasti, ve kterých hodnotíme dítě jsou: matematické představy, rozvíjení poznání, kresba a grafomotorika, jazykové schopnosti, sociální vyzrállost, motorika, sebeobsluha.

Obě tyto varianty je potřeba podle mého názoru používat značně individuálně, opět budou vhodné jen pro určitou skupinu dětí s kombinovaným postižením a zdají se mi vhodné jako průběžná a hrubě orientační speciálně pedagogická diagnostika v daných oblastech, která by mohla být výchozí pro podrobnější speciálně pedagogickou diagnostiku oblastí, u kterých to bude třeba.

4.5 *Van Dijkova posuzovací metoda*

Autorem této metody je Jan van Dijk, profesor institutu pro neslyšící, pochází z Holandska a podnětem pro vytvoření této metody byla epidemie rubeoly v Holandsku v roce 1964, díky níž vzrostl počet dětí s hluchoslepotou (Souralová, 2000). Metoda je tedy určená pro osoby s kombinovaným postižením, konkrétně pro osoby s hluchoslepotou. Jako vhodnou vidí tuto metodu i autoři Westling, Fox (2004) a výhodu vidí ve velmi intenzivním a přímém přístupu k hodnocení dětí s kombinovaným postižením, kdy tato metoda počítá s dobou interakce mezi speciálním pedagogem a dítětem, a to s jednou až dvěma hodinami, kdy je cílem stanovit klíčové oblasti v rozvoji dítěte.

Nelson, van Dijk, McDonnell, a Thompson (2002 in Westling, Fox, 2004) popsali hodnotící činnosti⁴⁵ na posílení dalšího rozvoje a vzdělávání dítěte, a to tak, že ten, kdo dítě

44 viz. příloha č. 9

45 viz. příloha č. 10

hodnotí, se u dítěte zajímá o: schopnost udržovat a modulovat stav chování; jaký učební kanál je v popředí; jaké jsou možnosti zpracování informací a podnětů; jaká je schopnost pojmout nové zkušenosti se stávajícími schémata; schopnost učit se, pamatovat si; přístup k řešení problémových situací; schopnost tvořit a ovlivňovat sociální vazby; komunikační styly a dovednosti. Všechny tyto oblasti mají své podotázky, které mají být zodpovězeny při herních činnostech v rámci pozorování. Diagnostika se provádí ve dvou, kdy první osoba pozoruje dítě a snaží se v pozorování vyhledat odpovědi na otázky k jednotlivým oblastem, a druhá osoba si může dělat ještě celkové poznámky, nebo natáčet průběh na kameru. Ještě před herní aktivitou by měl proběhnout rozhovor s rodiči.

V příloze č. 10 je uveden model hodnotících otázek podle van Dijka, který je použitelný pro děti 0 – 8 let, jejichž aktuální stav vyzývá k rozvoji základních poznávacích schopností, jazykových dovedností, sociálních dovedností (Nelson, van Dijk, McDonnell, a Thompson, 2002 in Westling, Fox, 2004).

Hodnocení a program podle van Dijka je založen na principu komplexního přístupu k dítěti, přičemž je zde východiskem pozorování interakce mezi matkou a dítětem, kterou van Dijk interpretuje jako „*žítí společně s dítětem, já a ty se vzájemně setkáme v my*“ a „*Co mám udělat, abych dítěti lépe rozuměl?*“ (Souralová, 2000, 12)

4.6 Podpůrná diagnostika Fröhlich/Haupt

Podle Vítkové (2001) je tato diagnostika další možností, jak hodnotit dítě s těžkým postižením. Tato diagnostika vznikla v roce 1988, autory jsou A. Fröhlich a U. Haupt, a dnes je v Německu nadále doporučována pro hodnocení dětí s těžkým postižením, jak doporučuje web vlády Horního Bavorska, kde I. Prestele publikuje článek o možnostech diagnostiky u této skupiny dětí.

Tato diagnostika je založena u dětí s těžkým postižením na rozvoji v oblasti vnímání, motorických dovedností, komunikace a sociálního chování, podobně jako je tomu u dítěte v prvních měsících života. Oblasti, ve kterých je dítě pozorováno, jsou následující: vztah mezi matkou a dítětem; reakce dítěte na řečové podněty; řečové projevy dítěte; reakce dítěte na vnější podněty (ruce, pohyb celého těla); jídlo a pití; kontakt s dítětem. Test obsahuje 238 položek, které jsou rozděleny do čtyř oblastí vývoje. První úroveň odpovídá vývoji dítěte bez postižení od narození do 3. měsíce života. Druhá úroveň je 4. – 5. měsíc života, třetí úroveň

zahrnuje 6. – 8. měsíc života a čtvrtá úroveň 9. – 12. měsíc života dítěte. Jednotlivé otázky jsou podle autorky článku dobře integrovány a týkají se zvláštností dětí s těžkým zdravotním postižením (Prestele).

Vítková (2001) vidí výhodu této diagnostické metody v podrobném rozčlenění na jednotlivé otázky, kdy přínosem je orientace jak na vývojovou stránku, tak i na zvláštnosti a speciální podmínky pro děti s těžkým postižením. Nevýhodu spatřuje ve velmi malém množství vývojových nuancí a v přílišné vazbě funkce na chování dítěte.

5 Orientační průzkum – speciálně pedagogická diagnostika dětí s kombinovaným postižením

Než představím obsah a výsledky mého dotazníkového šetření, je potřeba shrnout již uskutečněné dotazníkové šetření z roku 2008 a 2009, které provedl Institut pedagogicko-psychologického poradenství ČR jako analýzu diagnostických a intervenčních nástrojů.

5.1 *Analýza diagnostických a intervenčních nástrojů užívaných v SPC (IPPP 2008, 2009)*

Průzkum byl rozdělen jako analýza diagnostických nástrojů v PPP a analýza diagnostických nástrojů v SPC. Výsledky šetření jsou zveřejněny na webových stránkách Institutu pedagogicko-psychologického poradenství ČR. Pro účely mé diplomové práce budou podstatné výsledky ohledně SPC pro děti a žáky s více vadami, kterých bylo do vyhodnocení zařazeno 7, 7 dotazníků se vrátilo nazpět.

Z dotazníkového průzkumu vyplynulo pro diagnostickou oblast u dětí a žáků s kombinovaným postižením, jaké diagnostické nástroje jsou v SPC pro děti a žáky s kombinovanými vadami využívány speciálními pedagogy, a to v pořadí podle četnosti. (Šetření se provádělo pro jednotlivé typy zdravotního postižení, proto mohu použít konkrétní výsledky pro skupinu dětí a žáků s kombinovaným postižením.)

Speciální pedagogové v SPC využívají podle četnosti tyto diagnostické nástroje pro hodnocení dětí a žáků s kombinovaným postižením: (IPPP, 2008)

1.	Zkouška laterality ⁴⁶
2.	Diagnostika vývojových poruch učení ⁵⁰
3.	Hodnocení fonemického sluchu u předškolních dětí ⁴⁷
4.	Heidelberský test řečového vývoje ⁴⁸
5.	Reverzní test ⁴⁹
6.	Zkouška čtení ⁵⁰

46 viz. kapitola 3.11 Speciálně pedagogická diagnostika laterality

47 O této zkoušce, autorů Škodová, Michek, Moravcová, 1995, jsem v literatuře nenašla zmínku o jejím častém použití při speciálně pedagogické diagnostice, natož u skupiny dětí s kombinovaným postižením. Lorencová, Košťálová (in Kucharská a kol., 2007) tuto zkoušku pro diagnostikování v SPC pro děti a žáky s více vadami neuvádějí.

48 viz. kapitola 3.6 Speciálně pedagogická diagnostika komunikačních dovedností

49 viz. kapitola 3.9 Speciálně pedagogická diagnostika zrakové percepce

7.	Prediktivní baterie čtení A. Inizana ⁵⁰
8.	Orientační test školní zralosti ⁵⁰
9.	Zkouška znalosti předškolních dětí ⁵⁰

V roce 2009 dotazníkové šetření IPPP ČR pokračovalo, a to zaměřením na zjištění, které diagnostické nástroje v současné době k diagnostické práci chybějí přímo na pracovištích nebo na trhu, nebo jsou již zastaralé či finančně nedostupné. Toto šetření nebylo již provedeno s jednotlivým zaměřením na typy zdravotního postižení, tudíž nemá takový význam zde uvádět tyto výsledky. IPPP ČR ani neuvádí, kolik dotazníků pro SPC pro děti a žáky s kombinovaným postižením bylo do šetření započítáno.

Jediné dílčí zjištění, které IPPP uvádí, je, že SPC pro děti a žáky s více vadami navrhuje adaptaci a modifikaci některých diagnostických nástrojů užívaných především v zahraničí, které jsou považovány za vhodné pro diagnostiku dětí a žáků s vícečetným postižením. Jedná se např. o Vývojovou škálu McCarthy – McCarthy Scales of Children's Abilities a LIPS – The Leither International Performance Scales. Proto se nyní o těchto škálách zmíním.

- McCarthy Scales of Children's Abilities⁵¹ je určena pro vyšetřování dětí od 2,5 do 8 let a snaží se poskytnout široké informace o schopnostech dětí v předškolním věku. Škála obsahuje 18 subtestů s položkami podle narůstající obtížnosti. Celkově můžeme získat úroveň mentálních schopností, která může být převedena i na mentální věk. Výsledky mohou být vyhodnoceny i na 5 dílčích škálách (verbální, percepčně informační, početní a doplňková škála paměti, hrubá motorika, jemná motorika). Nejedná se o samostatné normy pro jednotlivé subtesty. Dále podle Krejčířové (in Svoboda, Krejčířová, Vágnerová, 2001) pokrývá tato škála celý rozsah kognitivních schopností menších dětí a výhodou tím pádem je, že není nutné doplňovat diagnostiku dalšími dílčími zkouškami. Podle Krejčířové je vhodný i pro děti neklidné či hůře motivované a úkoly jsou prezentovány zajímavou a přitažlivou hrou (např. skládky, stavby z kostek). Nevýhodou této škály je, že se jedná o poměrně dlouhou práci a u dětí, které se snadno unaví, je nutné testování rozložit. Škála nebyla dosud u nás zatím publikována (Krejčířová in Svoboda, Krejčířová, Vágnerová, 2001).

⁵⁰ viz. kapitola 3.12 Speciálně pedagogická diagnostika školní zralosti, školních schopností a dovedností

⁵¹ Publikována roku 1972 McCarthyovou (Krejčířová in Svoboda, Krejčířová, Vágnerová, 2001).

- LIPS. Vágnerová (in Svoboda, Krejčířová, Vágnerová, 2001) popisuje LIPS neboli Leiterovu performanční škálu jako vhodný diagnostický materiál pro děti se sluchovým postižením, protože tato škála má normy i pro děti neslyšící. Obsahem jsou neverbální úkoly, přičemž jejich administrace není obtížná. Nevýhodou je, že se jedná už o poměrně zastaralý testový materiál. Pro českou populaci zatím nebyl standardizován. Na Slovensku existují orientační normy pro děti od 4 let.

5.2 Průzkum možností speciálně pedagogické diagnostiky u dětí s kombinovaným postižením (2011)

To, jak je prováděna speciálně pedagogická diagnostika u dětí a žáků s kombinovaným postižením přímo v praxi speciálními pedagogy či jinými odborníky, jsem si vytyčila jako jeden z cílů této práce, a to z toho důvodu, že osoby s kombinovaným postižením jsou stále ještě nejméně propracovanou oblastí speciálně pedagogické teorie i praxe, jak uvádí Ludíková (2005), zmíněno v kapitole 1.1. Zároveň podle Vaška (2005), kdy je na osoby s kombinovaným postižením nahlíženo jako na osoby s novou kvalitou života, nezaměřuje se můj dotazníkový průzkum pouze na diagnostické materiály, ale i na obecnější pohled jako potřebu speciálně pedagogické diagnostiky dětí s kombinovaným postižením.

Dalším podnětem, proč zjistit praktickou stránku této problematiky v našich zařízeních, které se zabývají speciálně pedagogickou diagnostikou, bylo srovnání s odbornou literaturou, která je předkládána těm, kteří potřebují dítě v jednotlivých oblastech hodnotit. Odborná literatura uvádí mnoho diagnostických materiálů, a jen málo z nich je přímo určených pro děti s konkrétním druhem postižení (např. zrakovým) a prakticky minimum je určeno dětem s kombinovaným postižením. Chtěla jsem se dozvědět, zda a jak jsou o tom informováni ti odborníci, co provádí speciálně pedagogickou diagnostiku, zda používají alespoň některé diagnostické materiály, které byly doporučeny pro děti s těžkým nebo kombinovaným postižením, zda vůbec spatřují potřebu speciálně pedagogickou diagnostiku u dětí s kombinovaným postižením nějak dále rozvíjet a podporovat.

5.2.1 Průběh dotazníkového šetření

Vlastně vytvořený dotazník⁵² s deseti otevřenými otázkami, které se týkají prakticky prováděné speciálně pedagogické diagnostiky u dětí s kombinovaným postižením, byl

⁵² viz. příloha 11

rozeslán po celé České republice primárně do speciálně pedagogických center, které jsou na webovém portálu Asociace pracovníků speciálně pedagogických center primárně určena pro kombinované vady. Dále to byla i další SPC vyhledaná na internetu, která měla v klientele uváděné i děti a žáky s kombinovanou vadou nebo postižením (hlavně v případech, kde kraj nemá SPC, které by se přímo zaměřovalo na děti s kombinovaným postižením). Speciálně pedagogickou diagnostiku neprovádí jen SPC, ale měla by ji provádět i jiná zařízení, jako například střediska rané péče, aby mohla nasadit optimální speciálně pedagogickou intervenci, či jiná zařízení, která se věnují dětem s kombinovaným postižením. Vybrala jsem vždy 3 – 5 různých zařízení (výše zmíněných) v každém kraji ČR tak, abych získala komplexní náhled.

Dotazník byl emailem rozeslán do 59 zařízení, z toho 8 zařízení odpovědělo, že nemají v péči děti s kombinovaným postižením, nebo že neprovádí speciálně pedagogickou diagnostiku. 16 vyplněných dotazníků se vrátilo nazpět.

SPC

Nejvíce jsem však spoléhala na SPC zaměřující se primárně na kombinované vady, které jsou uvedeny na webovém portálu Asociace pracovníků speciálně pedagogických center, kterých je v celé ČR podle tohoto portálu 13.

tabulka 1

Hlavní město Praha	3	Královéhradecký kraj	-
Středočeský kraj	1	Pardubický kraj	2
Jihočeský kraj	-	kraj Vysočina	1
Plzeňský kraj	-	Jihomoravský kraj	1
Karlovarský kraj	-	Olomoucký kraj	1
Ústecký kraj	1	Zlínský kraj	2
Liberecký kraj	-	Moravskoslezský kraj	1

Protože vyhodnocení dotazníků je anonymní, zařízení měla uvést pouze kraj a typ zařízení, nelze říci, zda většina započítaných dotazníků byla právě z těchto výše zmíněných SPC, která se primárně zaměřují na děti a žáky s kombinovaným postižením. Mohlo se jednat o další SPC či zařízení, která sice nemají dominantní péči o děti s kombinovaným postižením, ale

tyto klienty mají v péči také, nebo nejsou uvedena na webovém portálu Asociace pracovníků speciálně pedagogických center. Do mého průzkumu mohu započítat 14 dotazníků ze SPC.

služby rané péče

Mnoho z poskytovatelů služeb rané péče poskytuje služby i rodinám s dítětem s kombinovaným postižením. Protože SPC se zaměřují již na starší děti, působí při MŠ a školských zařízeních, chybí zde pohled na ranou speciálně pedagogickou diagnostiku u dětí s kombinovaným postižením. Proto jsem se skrze dotazníky obrátila i na služby rané péče, které na internetu uvedly, že poskytují služby i dětem s kombinovaným postižením. V každém kraji ČR jsem oslovila 0 – 2 poskytovatele rané péče. Odpověď jsem dostala akorát ze 4 středisek rané péče, kde 3 střediska mi obratem odpověděla, že speciálně pedagogická diagnostika do jejich služeb nepatří, nebo že speciálně pedagogickou diagnostiku neprovádí. Obecně lze konstatovat, že ze středisek rané péče jsem mohla zařadit do průzkumu jen jeden zodpovězený dotazník. Žádnou jinou zpětnou odpověď jsem zřejmě z podobných důvodů nedostala.

Přitom si myslím, že je to škoda a mám pocit, že v oblasti speciálně pedagogické diagnostiky nejsou pracovníci rané péče dostatečně informováni, nebo zde chybí speciální pedagogové. Do služeb rané péče speciálně pedagogická diagnostika patří a je zakotvena v oblasti tzv. Procedurálních standardů, které definuje komplex služeb rané péče z roku 2002, a tyto standardy najdeme na webovém portálu Asociace pracovníků v rané péči. Komplexní posouzení potřeb klienta je dáno např. standardem: „Pracoviště rané péče plánuje a poskytuje komplexní posouzení potřeb klienta“, kde je uvedeno: „*Poskytovatel služeb rané péče provádí komplexní týmové posouzení dítěte a potřeb klienta při zahájení poskytování služeb, dále nebo na základě zakázky rodiny a při ukončení poskytování služeb. ... Posouzení je týmové, interdisciplinární procedura, která se skládá z anamnézy, diagnostiky a rozboru potřeb.*“ (webový portál Asociace pracovníků rané péče)

ostatní zařízení

Zde jsem oslovila Dětské centrum Paprsek,⁵³ které se specializuje na komplexní péči o děti a mládež se závažnými a kombinovanými postiženími. Dětské centrum Paprsek má několik středisek. Zpětně vyplněný dotazník jsem dostala pouze z jednoho.

⁵³ Informace jsou dostupné z webu Dětského centra Paprsek.

5.2.2 Hodnocení v rámci krajů ČR

Pro přehlednost je v tabulce 2 uvedeno srovnání počtu SPC, která se podle Asociace pracovníků speciálně pedagogických center výhradně zaměřují na děti a žáky s kombinovaným postižením (viz. tabulka 1), a počtu zpětně vyplněných dotazníků, které mi byly vráceny. Toto srovnání uvádím z toho důvodu, aby byl vidět rozdíl i v dostupnosti speciálně pedagogické péče v jednotlivých krajích. V těch krajích, kde bylo velmi problematické najít kontakt na nějaké zařízení (SPC), které by se zaměřovalo na děti a žáky s kombinovaným postižením, jako byl například Plzeňský a Jihočeský kraj, jsem dotazník zaslala do ostatních SPC a služeb rané péče v případě, že by měly v péči též klienty s kombinovaným postižením. Ale přesto jen velmi málo můžeme očekávat, že SPC, která se na děti s kombinovaným postižením přímo nezaměřují, by aktivně odpovídala na dotazník, kde hlavním tématem jsou klienti s kombinovaným postižením.

S překvapením mohu konstatovat i opak, kde např. v Jihomoravském nebo Ústeckém kraji se ozvala i ta SPC, která se primárně na klienty s kombinovaným postižením nezaměřují.

tabulka 2

<i>kraj</i>	<i>KV</i>	Σ	<i>kraj</i>	<i>KV</i>	Σ
Hlavní město Praha	3	3*	Královéhradecký kraj	-	-
Středočeský kraj	1	1	Pardubický kraj	2	1
Jihočeský kraj	-	-	kraj Vysočina	1	1
Plzeňský kraj	-	-	Jihomoravský kraj	1	3
Karlovarský kraj	-	1	Olomoucký kraj	1	-
Ústecký kraj	1	3	Zlínský kraj	2	-
Liberecký kraj	-	2	Moravskoslezský kraj	1	1

KV...SPC, které se primárně zaměřují na kombinované vady (viz tabulka 1)

Σpočet započítaných dotazníků v rámci krajů ČR

**v součtu 3 se skrývá 1 SPC, 1 středisko rané péče, 1 jiné zařízení*

5.2.3 Výsledky dotazníkového šetření – klienti

Všech 16 zařízení, jejichž dotazníky jsem zařadila do šetření, mají v péči nějaké děti s kombinovaným postižením, i když se na tuto oblast přímo nezaměřují. 1 z 16 zařízení (zmíněných výše) uvedlo, že se zaměřuje pouze na klienty (děti a žáky) s kombinovaným postižením. Ostatní zařízení v dotaznících uvedla různý výčet zaměření. Více o jednotlivých zaměřeních vypoví následující tabulka 3.

tabulka 3

<i>zaměření</i>	<i>počet zařízení</i>
primárně kombinované postižení	1
mentální a kombinované postižení	2
mentální, tělesné, PAS, kombinované postižení, řečové vady (sluchové postižení)	7
kombinace mentálního a tělesného postižení (i smyslového postižení, PAS)	2
primárně tělesné postižení	1
primárně vady řeči	1
primárně zrakové postižení	1

Z této tabulky vyplývá, že nejvíce z dotazovaných zařízení, která mají v péči i klienty s kombinovaným postižením, jsou zaměřená na širší škálu klientely, což může vypovídat o tom, že jsou na kombinace vad dostatečně připravená a nemusí být označena pouze jako zařízení (SPC) pro žáky s více vadami. Může to být vnímáno i z pohledu, že je jen velmi malá hranice mezi jedním typem postižení a mezi postižením více vadami.

Jednou z dalších otázek v rámci dotazníkového šetření byla potřeba vzniku mít v péči děti s kombinovaným postižením, tedy hlavně u těch, kteří nemají v primárním popisu péče klienty s kombinovaným postižením.

- u 13 zařízení vznikla potřeba péče o děti a žáky s kombinovaným postižením již při vzniku (založení) daného zařízení
- u 2 zařízení vznikla péče o děti s kombinovaným postižením z poptávky, nebo potřeby, protože, jak uvádí dotazníky, je jen málo dětí, které mají jen čistou formu postižení

- u 1 zařízení se na děti s kombinovaným postižením nezaměřují vůbec, ale přesto několik klientů s více vadami mají

Dalším údajem jsou počty klientů (dětí a žáků s kombinovaným postižením), které tato zařízení mají v péči. Pro celkové hodnocení v rámci České republiky, bude přehledné zmapovat počty klientů skrze kraje ČR, aby bylo v dalších hodnotících otázkách zřejmé, jak velké klientely se dotazníkové šetření týká.

tabulka 4

Hlavní město Praha	345	Královéhradecký kraj	-
Středočeský kraj	55	Pardubický kraj	369
Jihočeský kraj	-	kraj Vysočina	desítky
Plzeňský kraj	-	Jihomoravský kraj	190
Karlovarský kraj	100	Olomoucký kraj	-
Ústecký kraj	430	Zlínský kraj	-
Liberecký kraj	60 - 75	Moravskoslezský kraj	100

U 2 z 16 zařízení jsem nezapočetla počty klientů, protože v jednom SPC dotyčný, který vyplňoval dotazník nebyl schopen komplexně odpovědět, protože jde o vyjíždějícího speciálního pedagoga. V druhém zařízení, což je středisko rané péče, mi bylo sděleno, že nemají povinnost vést statistiku a tím pádem ji nevedou.

Jak ukazují čísla v tabulce 4, je zřejmé, že u mnohých zařízení se jedná pouze o odhad klientů a ne o přesný počet. Pokud jsem z jednoho kraje dostala více dotazníků (z různých zařízení), počet klientů jsem sečetla dohromady za kraj. Počet klientů za kraj můžeme srovnat s tabulkou 2, kde jsou uvedeny počty zařízení, která jsou započítána do tohoto šetření.

5.2.4 Výsledky dotazníkového šetření – vnímání speciálně pedagogické diagnostiky u dětí s kombinovaným postižením

V dotazníkovém šetření byla zařízením položena otázka, zda nějakým způsobem rozlišují speciálně pedagogickou diagnostiku u dětí s kombinovaným postižením od dětí, které kombinaci postižení nemají. Výsledky lze shrnout do 4 skupin.

12,5 % diagnostiku nerozlišuje

25 % diagnostiku rozlišuje, obvykle využívají jiný diagnostický materiál, zaměřují se na specifické schopnosti

43,8 % diagnostiku přizpůsobuje podmínkám dle druhu handicapu, kombinací speciálně pedagogických testů nebo subtestů

18,7 % individuální přístup k diagnostikování, založeno na rozhovorech s rodiči, na dlouhodobém pozorování, na vlastních zkušenost s využitím vlastních speciálně pedagogických materiálů atd.

Účel, za kterým je prováděna speciálně pedagogická diagnostika u dětí s kombinovaným postižením, se shoduje s pojetím speciálně pedagogické diagnostiky s hlavními cíli, jako je stanovení optimálního individuálního plánu, individuální možnosti podpory dítěte, hledání vhodných edukačních postupů, doporučení vhodného školského zařízení, metodické poradenství pro rodiče, kontrolní diagnostika atd.

Procentuální výsledky nejsou podle mého pohledu překvapivé, ukazují, že není jednotný pohled na to, jakým způsobem hodnotit děti s kombinovaným postižením. Každé zařízení hledá svou cestu, která by byla tou neoptimálnější. Většina zařízení speciálně pedagogickou diagnostiku přizpůsobuje a hledí na dítě s kombinovaným postižením individuálně, zřejmě kromě první skupiny, kdy 12,5 % zřejmě nepovažuje za důležité diagnostiku odlišovat.

Speciálně pedagogická diagnostika je prováděná jako vstupní, průběžná (kontrolní) i výstupní. Pro rozsah dotazníkového šetření, jsem si ke zjištění konkrétních materiálů a metod v rámci speciálně pedagogické diagnostiky zvolila pouze vstupní speciálně pedagogickou diagnostiku.

5.2.5 Výsledky dotazníkového šetření – použití diagnostických nástrojů

V jednotlivých kapitolách této práce zaznělo, že ne všechny materiály, které se nabízí nebo jsou v literatuře doporučovány pro speciálně pedagogickou diagnostiku, jsou vhodné pro hodnocení dětí s kombinovaným postižením. Proto je potřeba zjistit, jak se s tímto problémem vypořádávají jednotlivá zařízení, kde ze speciálně pedagogického hlediska diagnostikují děti s kombinovaným postižením.

- 37,5 % zařízení uvedlo konkrétní diagnostické materiály, které používají pro vstupní speciálně pedagogické diagnostikování u dětí s kombinovaným postižením.

V tabulce 5 jsou tyto diagnostické nástroje vyjmenovány. Pokud se některý z materiálů opakoval, v druhém sloupci je uveden počet zařízení, které tento materiál zmínilo.

Tabulka 5

Diagnostika a edukace dětí a žáků s těžkým zdravotním postižením (Hanák a kol., 2005)	5
Vývojové škály	4
Edukačně hodnotící profil dítěte s PAS (do 7 let)	3
Program Portage	3
Zkouška laterality	2
Reverzní test	2
260 cvičení pro děti raného věku (Strassmeier)*	2
Podpora vzdělávání žáků s těžkým zdravotním postižením (Vítková, 2001)*	2
Orientační test školní zralosti	1
Zkouška fonemického rozlišování	1
Test obkreslování	1
Test porozumění řeči	1
Diagnostický kruh Co už umím (Svobodová, 1995)	1
Zjištění úrovně sebeobslužných činností u dětí s postižením (Modrý klíč)*	1
Otestujte si své dítě*	1
Předškolní příprava dítěte s postižením hybnosti v SPC*	1
Špeciálnopedagogická diagnostika (Vašek, 2006)*	1
Psychodiagnostika dětí a dospívajících (Svoboda, M., Krejčířová, D., Vágnerová, M.)*	1
Diagnostika dítěte předškolního věku (Bednářová, 2008)*	1

Nejvíce je zmiňovaná Diagnostika a edukace dětí a žáků s těžkým zdravotním postižením (Hanák a kol., 2005), kterou v této práci považuji za velmi přínosný materiál pro speciálně pedagogickou diagnostiku dětí s kombinovaným a těžkým postižením a je podrobně popsána v kapitole 4.3. Vývojové škály jsou v dotaznících zmíněny s poznámkami, že se jedná spíše o podpůrný materiál, který slouží k porovnání výkonů. 3 krát byl zmíněný Edukačně hodnotící profil dítěte s PAS (do 7 let), který jsem do své práce nezařadila, protože jeho primární skupinou jsou děti s PAS, a Program Portage jsem nezařadila z toho důvodu, že se podle Černé a kol. (2008) nejedná o diagnostický materiál, ale o program v rámci rané intervence, nácvik jednotlivých dovedností atd. Ostatní uvedené diagnostické materiály jsou

diagnostické nástroje, které jsou zmíněné v jednotlivých kapitolách diagnostických oblastí (Zkouška laterality, Reverzní test, Orientační test školní zralosti), další zmíněné zkoušky (Zkouška fonemického rozlišování, Test obkreslování, Test porozumění řeči) nejsou jako takové v této práci popsány, ale jsou součástí některých popsaných diagnostických nástrojů. Poslední skupinou diagnostických materiálů, které jsou v tabulce 5 označeny *, jsou konkrétní publikace, které shrnují speciálně pedagogickou diagnostiku a popisují diagnostické testy, zkoušky, nabízí různá diagnostická cvičení. U položek, které nespádají do žádné jmenované skupiny, jsem nebyla schopna najít žádné informace.

- 62,5 % zařízení nevedla žádné konkrétní diagnostické nástroje, ale spíše popsala, jak ke vstupní speciálně pedagogické diagnostice u dětí s kombinovaným postižením přistupují. Jedná se o individuální pojetí speciálně pedagogické diagnostiky, kde je dítě hodnoceno pozorováním, při hře, rozhovory s rodiči. Některá pracoviště popisují, že se jim nejvíce osvědčilo využívání vlastních zkušeností a vlastních diagnostických cvičení a pomůcek podle běžně ověřených metod (pexesa, obrázky na suchý zip, hmatová domina, grafomotorické listy atd.). Zároveň také využívají běžně dostupné materiály (standardizované i nestandardizované, např. vývojové škály pro hodnocení jednotlivých diagnostických oblastí a slouží spíše jako vodítko, než klasická standardizovaná škála), diagnostické publikace, vlastně vytvořené dotazníky, které mapují současný stav dítěte.

Co se týká vlastně vytvořených materiálů pro hodnocení dětí s kombinovaným postižením, 62,5 % uvádí, že vzhledem k tomu, že neexistuje univerzální diagnostický materiál pro hodnocení dětí s kombinovaným postižením, osvědčilo se jim i přes použití běžně dostupných speciálně pedagogických diagnostických materiálů si vytvořit vlastní jednoduché testovací baterie (na hodnocení obvyklých oblastí, jako je motorika, soběstačnost, vnímání atd.) nebo anamnestické dotazníky či diagnostické pomůcky a úkoly.

12,5 % uvádí, že ke speciálně pedagogické diagnostice dětí s kombinovaným postižením používají vlastně vytvořené diagnostické materiály, které vznikly za jejich spolupráce v jejich zařízení. Jedná se o Diagnostiku a edukaci dětí a žáků s těžkým zdravotním postižením (Hanák a kol., 2005), která je popsána v jedné samostatné kapitole, a Diagnostický kruh Co už umím (Svobodová, 1995).

25 % zařízení se v dotazníku zmínilo, že žádné vlastně vytvořené diagnostické materiály pro vstupní diagnostiku u dětí s kombinovaným postižením nemají.

Z těchto procentuálních výsledků je patrné, že většina zařízení není a nebyla spokojena se standardizovanými diagnostickými materiály, nebo zřejmě nejsou pro ně tyto diagnostické materiály dostupné (v této práci jsem našla několik, u kterých se počítá i s dětmi s kombinovaným postižením), tudíž nelze podle nich optimálně určovat speciálně pedagogické hodnocení, a proto si pro speciálně pedagogické hodnocení vytvořila svoje vyhovující archy nebo testovací baterie. Dokonce byla jejich práce natolik potřebná, že vznikly dva diagnostické materiály, které byly oficiálně vydány. O Diagnostice a edukaci dětí a žáků s těžkým zdravotním postižením (Hanák a kol., 2005) se zde zmiňují několikrát, ale o Diagnostickém kruhu Co už umím (Svobodová, 1995) jsem nenašla nikde žádné informace.

5.2.6 Výsledky dotazníkového šetření – problémy při diagnostikování

Vzhledem k problematice speciálně pedagogické diagnostiky u dětí s kombinovaným postižením, která je popsána v této práci, a díky níž vzniklo toto dotazníkové šetření, je zásadní zjistit, jak na tuto problematiku nahlíží samotní speciální pedagogové a zda jsou s diagnostikou tak, jak jsou zvyklí ji provádět, spokojeni.

25 % zařízení uvádí, že jsou se speciálně pedagogickým diagnostikováním dětí s kombinovaným postižením spokojeni.

12,5 % zařízení uvádí, že jsou spíše spokojeni, i když je diagnostika obtížná a že záleží na zkušenostech speciálních pedagogů.

62,5 % zařízení uvádí, že i když je speciálně pedagogická diagnostika pro tyto děti obtížná, tak se jim daří děti diagnostikovat, ale chybí systém, přehlednost, chybí (nové) standardizované metody, testy a postupy. Uvádím zde konkrétní názory těchto zařízení: SPC uvádí jako nevýhodu, že studium speciální pedagogiky při výstupu studia nepočítá s kombinovaným postižením, když jsou „pedie“ izolované. O tom, že děti s kombinovaným postižením se při speciálně pedagogickém diagnostikování nevejdou do žádné skupiny, je názor i dalšího SPC. Zařízení vidí také problém v časové náročnosti díky velice individuálnímu přístupu k dětem s kombinovaným postižením. Dalším názorem je opora v podpoře při diagnostikování dětí s kombinovaným postižením díky týmové spolupráci

odborných pracovníků i skrze jiná zařízení, která se přímo zaměřují na podporu osob s kombinovaným postižením.

Na otázku, zda by dotazovaná zařízení (většinou SPC) uvítala nějakou další podporu nebo pomoc při speciálně pedagogické diagnostice u dětí s kombinovaným postižením, odpovědělo 18,8 %, že ne, že jsou soběstačná. 12,5 % uvádí, že jsou sice soběstačná, ale ráda se s materiály či dalšími metodami, jak provádět speciálně pedagogickou diagnostiku u této skupiny dětí seznámí. 37,5 % zařízení uvedlo, že největší podporu by pracovníci uvítali ve standardizovaných nebo nových speciálně pedagogických diagnostických materiálech pro tuto skupinu dětí. Poslední skupina 31,2 % má specifické požadavky na podporu, kterou by pracovníci uvítali. Proto zde budu citovat jejich názory:

Uvítalo by Vaše SPC nějakou další podporu nebo pomoc při speciálně pedagogické diagnostice u dětí s kombinovaným postižením?

- *„Spíše bychom potřebovali navýšit limit pracovníků a zabezpečit po stránce materiální (papíry, tonery, cestovní náklady apod.)“*
- *„Určitě. Třeba nějaký praktický seminář, kde by bylo možné procvičit si diagnostiku osobně, zkonzultovat pak naše závěry s ostatními.,,*
- *„Pro tuto příležitost bychom uvítali větší spolupráci všech SPC, příp. vytvoření spojených SPC, kde by pracovali odborníci pro všechny 'pedie' a mohli by pružně reagovat na požadavky, společně vyjíždět ke klientům do terénu, a to i při diagnostice kombinovaných postižení. Metodika diagnostiky, pokud je mi známo, se v současné době vytváří v rámci projektu UP Olomouc.“*
- *„Existují např. kurzy DVPP, které mohou odpovědět na určité otázky, ale spíše nasměrovat k dalším možnostem hledání pro jedno konkrétní dítě.“*
- *„Na kombinovaná postižení je nutná týmová práce, proto pokud je určité pracoviště zaměřené na určité postižení mělo by se věnovat tomuto postižení a na kombinované vady by mělo být pracoviště specializované s celým týmem odborníků – což se neděje.“*

5.3 *Nástroje speciálně pedagogické diagnostiky – srovnání teorie a praxe*

V tomto závěrečném výčtu porovnám všechny (v této práci) zmíněné diagnostické nástroje, a to z pohledu teorie (jak se o nich zmiňuje literatura) a z pohledu praxe (jak jsou v praxi při speciálně pedagogické diagnostice dětí s kombinovaným postižením využívány v již výše zmíněných zařízeních, kde proběhlo moje šetření). Šetření IPPP (2008, 2009), které je popsáno v kapitole 5.1, do tohoto výčtu nebudu započítávat, a to z toho důvodu, že v mém dotazníku odpovídali pracovníci jednotlivých zařízení na otevřené otázky a nebylo cílem zjistit, které testové (standardizované) materiály jsou nejvíce využívány, ale mým cílem bylo zjistit celkový pohled na diagnostikování dětí a žáků s kombinovaným postižením ze speciálně pedagogického hlediska. Pokud tedy zařízení k diagnostikování příliš (standardizované) testové materiály neužívají, nebo je využívají jen jako vodítko, zřejmě je nezapisovala, ale napsala, že vychází např. z vlastně vytvořených a upravených diagnostických nástrojů.

Tato tabulka 6 ukazuje shrnuté diagnostické nástroje jmenované v této práci, kde je ukázáno, které diagnostické nástroje jsou určeny pro běžnou speciálně pedagogickou diagnostiku a které jsou doporučeny nebo přímo vytvořeny i pro děti a žáky s kombinovaným postižením. Vedlejší sloupec tabulky ukazuje, zda je tento diagnostický nástroj využíván v zařízeních, která byla zařazena do mého dotazníkového šetření. A poslední sloupec ukazuje věk, který je pro daný diagnostický nástroj doporučován.

Tabulka 6

<i>diagnostický nástroj</i>	<i>KP</i>	<i>běžný</i>	<i>využíváno v zařízeních</i>	<i>doporučený věk</i>
Gesellova vývojová škála		ano	ano	R
Škála Bayleyové			ano	R
Bühlerové-Hetzerové Kleinkindertest		ano		R
Podpůrná diagnostika Fröhlich/Haupt	ano	ano		R
Škála Griffithové		ano		R, P, Š
Van Dijkova posuzovací metoda	ano			R, P, Š
Záznamové archy používané v rehabilitačních třídách vypracované D. Poláškovou	ano		ano	R, P, Š
P-A-C archy Günzburga	ano	ano		R, P, Š

Diagnostika a edukace dětí a žáků s těžkým zdravotním postižením	ano		ano	R, P, Š
Orientační test dynamické praxe		ano		P
Ozereckého škála		ano		P, Š
Vinelandská škála sociální zralosti	ano	ano		P, Š
SSRS (Social Skills Rating System)	ano	ano		P, Š
Test kresby lidské postavy		ano		P, Š
Test obkreslování		ano		P, Š
transdisciplinární herní diagnostika	ano	ano		P, Š
Obrázkově-slovníková zkouška		ano		P, Š
Heidelberský test řečového vývoje		ano		P, Š
Edfeldtův reverzní test		ano	ano	P, Š
Rekogniční test reverzní tendence		ano		P, Š
Zkouška sluchové diferenciaci		ano		P, Š
Zkouška sluchové analýzy a syntézy		ano		P, Š
Test laterality		ano	ano	P, Š
Orientační test školní zralosti		ano	ano	P, Š
Zkouška vědomostí předškolních dětí		ano		P, Š
Prediktivní baterie obtíží ve čtení		ano		P, Š
Zkouška čtení		ano		Š
Test diskriminace tvarů		ano		Š
Vývojový test zrakového vnímání		ano		Š
Callier-Azusa Scale	ano			v dostupné literatuře nelze dohledat
TEKO (Test kognitivních operací)		ano		v dostupné literatuře nelze dohledat
Škály funkční nezávislosti	ano	ano		v dostupné literatuře nelze dohledat
Test na určení svalové síly	ano (DMO)			v dostupné literatuře nelze dohledat

KP ... diagnostický nástroj je doporučován pro děti s kombinovaným postižením

běžný ... diagnostický nástroj je běžně doporučován pro speciálně pedagogickou diagnostiku

R ... raný věk (0 – 3 roky)

P ... předškolní věk (3 – 6 let)

Š ... školní věk (6 – 14 let)

Z přehledu plyne, že existují diagnostické nástroje, které jsou určeny pro děti s kombinovaným postižením. Jsou zaměřeny na konkrétní oblasti, ale i hodnotí celkový vývoj daného dítěte. Některé zahraniční nástroje nejsou však u nás zatím publikovány. Dále musím upozornit na sloupec „doporučený věk“. Jedná se o doporučený věk tak, jak je uváděn v literatuře. V kapitole 3, kde jsou popsány jednotlivé oblasti speciálně pedagogické diagnostiky, je u některých diagnostických nástrojů, které nejsou původně určeny pro děti s kombinovaným postižením, poznamenáno, že by mohly být použity pro děti staršího věku. Stejně tak tomu je například u Diagnostiky a edukace dětí a žáků s těžkým zdravotním postižením, která je určena pro raný věk, ale je možné ji podle míry postižení použít i pro starší děti. U dětí s kombinovaným postižením je věk velice individuálním kritériem, co se konkrétně diagnostických nástrojů týče.

V tabulce neuvádím, zda je daný diagnostický nástroj standardizován pro českou populaci, a to z několika důvodů. Podle Svobody je standardizace: *„...souhrnné označení pro zjištění reliability, pro validizaci, stanovení norem, prověření účinnosti jednotlivých částí testu, stanovení jednotné instrukce a způsobu administrace. Nejčastěji se tohoto termínu používá v užším smyslu jen pro stanovení norem testu – normalizaci. Normalizací rozumíme možnost srovnání individuálních výsledků s normami získanými vyšetřením velkého reprezentativního vzorku osob.“* (Svoboda in Svoboda, Krejčířová, Vágnerová, 2001, 16) Pro naše potřeby (speciálně pedagogickou diagnostiku) není standardizace podle mého názoru zcela rozhodující. Myslím si, že dostačujícím údajem je právě normalizace, kterou zmiňuje Svoboda.

Skupina dětí a žáků s kombinovaným postižením je tak rozmanitá, každé dítě je naprosto individuální, proto pro něj diagnostické nástroje speciální pedagog často upravuje, jak je uvedeno výše mezi výsledky dotazníkového šetření. Vzhledem k těmto důvodům je pak standardizace diagnostického materiálu bezpředmětnou charakteristikou. Pokud se na tyto děti a žáky (s kombinovaným postižením) pohlíží přísně individuálně, je naším cílem je i individuálně hodnotit a pokud použijeme dosavadní dostupné standardizované nástroje jinak, protože standardně to dítě nezvládne, tak už není daný nástroj standardizovaný. Pokud nám tento nástroj k individuálnímu hodnocení dítěte pomůže, pak není pro nás rozhodující, zda byl standardizovaný.

Doposud mi není znám žádný diagnostický nástroj pro hodnocení dětí s kombinovaným postižením, jakožto takto široké skupiny, který by byl standardizován pro českou populaci. Zda by takový diagnostický nástroj mohl vzniknout, je otázkou jiné práce, která by mohla na tuto navázat. V mnoha případech je velmi obtížné dohledat, zda je daný diagnostický nástroj standardizovaný pro českou populaci, a pokud se mluví o standardizovaném nástroji, velmi často zde standardizace může znamenat již zmíněnou normalizaci. Zjistila jsem, že se tato oblast jeví velmi chaoticky pro speciální pedagogy či další odborníky, kteří provádí speciálně pedagogickou diagnostiku u skupiny dětí s kombinovaným postižením. Dalším tématem v této oblasti by mohlo být, co speciálním pedagogům při hodnocení dětí s kombinovaným postižením standardizace diagnostických nástrojů má přinést. Odpověď na tuto otázku by opět mohla být tématem pro další odbornou práci.

6 Závěr

V této práci jsem se zabývala problematikou speciálně pedagogické diagnostiky u dětí s kombinovaným postižením. Dle dostupné odborné literatury jsem vybírala běžné diagnostické nástroje, kterými lze hodnotit děti s postižením, a snažila jsem se tak reagovat na použitelnost i pro děti s kombinovaným postižením. Na teoretickou část navázalo dotazníkové šetření, které doplňuje ucelený pohled na tuto problematiku.

Z dotazníkového šetření vyplynulo, že většina dotazovaných zařízení, která provádí speciálně pedagogickou diagnostiku u dětí s kombinovaným postižením, není s diagnostikovaním plně spokojená a že by uvítala další podporu. I když existují diagnostické nástroje pro hodnocení dětí s kombinovaným postižením, mnohá zařízení by přesto uvítala nové standardizované diagnostické nástroje, ale problémem je, že skupina dětí s kombinovaným postižením je tak rozmanitá, že zřejmě by bylo velice obtížné něco takového vytvořit. V rámci používání dostupných diagnostických materiálů by zřejmě pomohlo rozlišování, zda je dítě lehce, středně či těžce postiženo a podle toho zvolit diagnostický materiál. Otázkou zůstává, podle čeho míru postižení, pokud se jedná o kombinované vady, rozlišit. Od utváření tzv. podskupin v rámci kategorie osob s kombinovaným postižením se upouští, protože každá osoba je díky kombinaci svých postižení jedinečná, ale jak jinak usnadnit vytváření komplexnějších diagnostických nástrojů, pokud po nich speciální pedagogové volají? Některé materiály jsou zřejmě i proto určeny přímo pro skupiny kombinovaně postižených – pro děti s hluchoslepotou nebo pro děti, které mají také mentální postižení.

Jako odpověď na dlouholetou potřebu komplexní speciálně pedagogické diagnostiky pro děti s kombinovaným postižením vznikla Diagnostika a edukace dětí a žáků s těžkým zdravotním postižením (Hanák a kol., 2005). Z mého dotazníkového šetření vyplynulo, že několik zařízení o této diagnostice ví a používá ji. Také bohužel vyplynulo, že některá zařízení, která jsem zahrnula do šetření, nemají potřebu se zajímat o další či nové diagnostické materiály pro tuto skupinu a zároveň neuvádí konkrétní diagnostické nástroje, které by pro hodnocení naší skupiny dětí používala. Překvapily mě názory dvou středisek rané péče, která jsou přesvědčena o tom, že speciálně pedagogická diagnostika se jich netýká. Podstatným podnětem je dle zahraniční literatury pohled na zapojení rodičů (či vychovatelů)

dětí s takto těžkým postižením do procesu jak plánování, tak diagnostikování. Rodiče jsou v procesu diagnostiky chápáni jako jeden z nejdůležitějších a výchozích článků. Toto pojetí (v takovém rozsahu, jak popisuje zahraniční literatura) podle mého názoru u nás zatím ještě není plně zohledněno.

Výsledkem této práce jsou různé postřehy a podněty pro možnosti speciálně pedagogické diagnostiky u dětí s kombinovaným postižením, snažila jsem se poukázat na hlavní problémy, se kterými se při diagnostikování speciální pedagogové potýkají nebo mohou potýkat. Tyto poznatky lze využít pro další rozsáhlejší šetření a vytvoření dalších poptávaných diagnostických nástrojů podle potřeb konkrétních klientů. Zároveň může tato práce sloužit jako dobrý přehled o tom, jaké jsou možnosti provádění speciálně pedagogické diagnostiky u dětí s kombinovaným postižením pro ty, kteří nemají v této oblasti tolik zkušeností, nebo neví, z kterých materiálů si zvolit ty nejvhodnější pro konkrétní dítě s konkrétní formou kombinovaného postižení.

Seznam použitých zkratk

ADHD ... označení pro poruchy chování s hyperaktivitou

COACH ... Choosing Options and Accommodations for Children

DMO ... Dětská mozková obrna

IPPP ... Institut pedagogicko-psychologického poradenství ČR

KV ... kombinované vady

P-A-C ... pedagogická analýza a kurikulum

PAS ... porucha autistického spektra

PPP ... pedagogicko-psychologická poradna

SPC ... speciálně pedagogické centrum

SPU ... specifické poruchy učení

Seznam příloh

- **Příloha č. 1** – Vzor dotazníku (rozhovoru) s otevřenými otázkami pro rodiče (in Westling, Fox, 2004)
- **Příloha č. 2** – Vzor dotazníku (rozhovoru) pro rodiče s využitím ratingové škály (in Westling, Fox, 2004)
- **Příloha č. 3** – COACH jako hodnocení vzdělávacích priorit v oblasti komunikace (in Westling, Fox, 2004)
- **Příloha č. 4** – zaznamenávání výsledků do kruhového diagramu u P-A-C (in Hanna, Hibbeler, 2001)
- **Příloha č. 5** – P-A-C archy, oblast sebeobsluhy, zaznamenávání u jednotlivých diagnostických položek (in Hanna, Hibbeler, 2001)
- **Příloha č. 6** – ukázka záznamového archu Diagnostiky a edukace dětí a žáků s těžkým zdravotním postižením (Hanák a kol., 2005)
- **Příloha č. 7** – ukázka metodických pokynů k jednotlivým diagnostickým úkolům Diagnostiky a edukace dětí a žáků s těžkým zdravotním postižením (Hanák a kol., 2005)
- **Příloha č. 8** - ukázka záznamových archů používaných v rehabilitačních třídách vypracované D. Poláškovou, Varianta A (in Vítková, 2001)
- **Příloha č. 9** – ukázka záznamových archů používaných v rehabilitačních třídách vypracované D. Poláškovou, Varianta B (in Vítková, 2001)
- **Příloha č. 10** – Van Dijkova posuzovací metoda – otázky v oblastech, které mají být odpovězeny při diagnostické činnosti posuzovaného dítěte (in Westling, Fox, 2004)
- **Příloha č. 11** – dotazník – průzkum speciálně pedagogické diagnostiky u dětí s kombinovaným postižením skrze zařízení

What Does Your Child Do Most of the Time?

This section is designed to give us an idea about the number and types of activities your child participates in during the week. We are interested in where, when, and with whom your child interacts. We especially want to know the problems you and your child face on a day-to-day basis. Be sure to add any additional comments you feel will help us understand what goes on during a typical week. This information will be used to aid us in designing a functional program for your child.

What does your child usually do between school and dinner?

Which of these activities does your child do:

Independently _____

With members of the family _____

With friends and/or neighbors _____

What special problems, if any, occur during those times?

What does your child usually do between dinner and bedtime?

Which of those activities does your child do:

Independently _____

With members of the family _____

With friends and/or neighbors _____

What activities does your family do for entertainment *away from home*?

Which, if any, of these activities does your child enjoy?

When your child does participate in one of the activities that the family uses for recreation, does he or she participate in a special way, or with special rules, that are only understood by the members of the family? Yes No

If yes, please describe the special adaptations that you have made.

What, if any, are some of the problems you have with your child during vacation (when there is no school)?

What are some of the ideas you have that might make these times easier for your child and you?

What special problems, if any, occur during those times?

What does your child usually do on weekends?

Which of those activities does your child do:

Independently _____

With members of the family _____

With friends and/or neighbors _____

What special problems, if any, occur during those times?

Does your child play with other children? Yes No

If yes, with whom?

What activities does your family do for entertainment *at home*?

Co vaše dítě dělá nejčastěji?

Tento oddíl je navržen tak, aby nám vznikla představa o počtu a typech aktivit vašeho dítěte, na kterých se podílí v průběhu týdne. Zajímá nás, kde, kdy a s kým vaše dítě komunikuje. Zvláště chceme znát problémy (vaše i vašeho dítěte), kterým dennodenně čelíte. Určitě přidejte další komentáře tak, jak to cítíte, pomůže nám to pochopit, jak probíhá typický týden. Tyto (získané) informace budou použity jako opora při navrhování praktického programu pro vaše dítě.

Co dělá obvykle vaše dítě mezi školou a večerí?

Jakou z těchto aktivit vaše dítě dělá:

samostatně _____

se členy rodiny _____

s přáteli nebo sousedy _____

Jaké konkrétní problémy, pokud takové jsou, nastanou během tohoto času?

Co dělá obvykle vaše dítě mezi večerí a časem, než jde spát?

Jakou z těchto aktivit vaše dítě dělá:

samostatně _____

se členy rodiny _____

s přáteli nebo sousedy _____

Jaké konkrétní problémy, pokud takové jsou, nastanou během tohoto času?

Co dělá obvykle vaše dítě o víkendu?

Jakou z těchto aktivit vaše dítě dělá:

samostatně _____

se členy rodiny _____

s přáteli nebo sousedy _____

Jaké konkrétní problémy, pokud takové jsou, nastanou během tohoto času?

Hraje si vaše dítě i s ostatními dětmi? _____ Ano _____ Ne

Pokud ano, se kterými?

Jaké činnosti dělá doma vaše rodina pro zábavu?

Jaké činnosti dělá mimo domov vaše rodina pro zábavu?

Pokud takové aktivity děláte, které z nich má vaše dítě rádo?

Pokud se vaše dítě účastní některé činnosti, kterou rodina využívá pro svůj odpočinek (zábavu), účastní se jí vaše dítě zvláštním způsobem nebo se zvláštními pravidly, kterým rozumí pouze rodina? _____Ano _____Ne

Pokud ano, popište prosím konkrétní přizpůsobení, které jste pro to udělali.

Které problémy, jestliže jsou, máte s vaším dítětem během prázdnin, když není škola?

Máte nějaké nápady, jak by mohlo být trávení tohoto času pro vás i vaše dítě snazší?

Příloha č. 2

What Is Important for Your Child to Learn at School?

Parents want their child to go to a classroom where he or she will make progress. Children can make progress in different areas, and some areas may be more important than others. The list below contains different areas your child may progress in next year. Please circle the number to the right of the phrase to show how important it is for *your* child to progress in this area next year.

	NA	Not at all						extremely	RANK
	0	1	2	3	4	5	6		
1. Learn basic concepts such as colors, numbers, shapes, etc.	0	1	2	3	4	5	6	___	
2. Learn prereading and reading skills such as letters.	0	1	2	3	4	5	6	___	
3. Learn to use a pencil and scissors.	0	1	2	3	4	5	6	___	
4. Learn to listen and follow directions.	0	1	2	3	4	5	6	___	
5. Learn to share and play with other children.	0	1	2	3	4	5	6	1	
6. Learn to be creative.	0	1	2	3	4	5	6	___	
7. Learn more communication skills.	0	1	2	3	4	5	6	3	
8. Learn confidence and independence.	0	1	2	3	4	5	6	___	
9. Learn to work independently.	0	1	2	3	4	5	6	___	
10. Learn to climb, run, and jump.	0	1	2	3	4	5	6	___	
11. Learn self-care skills such as toileting, dressing, feeding.	0	1	2	3	4	5	6	2	
12. Learn to follow classroom rules and routines.	0	1	2	3	4	5	6	___	

Using the above list, place the numbers 1, 2, and 3 next to the three most important areas for your child to progress in next year.

Source: Salisbury, C. L., Dunst, C. J. Home, School, and Community Partnerships: Building Inclusive Teams. In B. Rainforth & J. York-Barr, 1997. *Collaborative Teams for Students with Severe Disabilities: Integrating Therapy and Educational Services* (2nd ed.), Baltimore: Paul H. Brookes Publishing Co. Reprinted with permission.

Příloha č. 2 – český překlad

Co je důležité pro vaše dítě, aby se ve škole naučilo?

Rodiče chtějí, aby jejich dítě chodilo do třídy, kde bude dělat pokroky. Děti mohou udělat pokroky v různých oblastech a některé oblasti mohou být důležitější než jiné. Tento soupis níže obsahuje různé oblasti, ve kterých vaše dítě může udělat pokroky v příštím roce. Zakroužkujte, prosím, vpravo vedle tvrzení číslo, které ukazuje, jak důležité je pro vaše dítě pokrok v této konkrétní oblasti v následujícím roce.

	Not at all						extremely	ZNÁMKA
	NA	0	1	2	3	4		
1. Učit se základní pojmy jako jsou barvy, čísla a tvary atd.	0	1	2	3	4	5	6	___
2. Učit se předčtenářské a čtenářské dovednosti jako je znalost písmen.	0	1	2	3	4	5	6	___
3. Učit se používat tužku a nůžky.	0	1	2	3	4	5	6	___
4. Učit se poslouchat a dodržovat pokyny.	0	1	2	3	4	5	6	___
5. Učit se podílet se a hrát si s ostatními dětmi.	0	1	2	3	4	5	6	1
6. Učit se být tvořivý.	0	1	2	3	4	5	6	___
7. Učit se větším komunikativním dovednostem.	0	1	2	3	4	5	6	3
8. Učit se důvěře a samostatnosti.	0	1	2	3	4	5	6	___
9. Učit se pracovat samostatně.	0	1	2	3	4	5	6	___
10. Učit se lézt, běhat, skákat.	0	1	2	3	4	5	6	___
11. Učit se sebeobslužným dovednostem jako je použití toalety, oblékání, stravování.	0	1	2	3	4	5	6	2
12. Učit se dodržovat pravidla a zvyklosti třídy.	0	1	2	3	4	5	6	___

Pomocí výše uvedeného soupisu, umístěte čísla 1, 2 a 3 vedle tří nejdůležitějších oblastí pro pokrok vašeho dítěte v následujícím roce.

Source: Salisbury, C. L., Dunst, C. J. Home, School, and Community Partnerships: Building Inclusive Teams. In B. Rainforth & J. York-Barr, 1997. *Collaborative Teams for Students with Severe Disabilities: Integrating Therapy and Educational Services* (2nd ed.), Baltimore: Paul H. Brookes Publishing Co. Reprinted with permission.



COMMUNICATION

Step 1.2

Mark only one box to indicate if the family wants to discuss this set of learning outcomes in:
 Step 1 (Family Interview: priority this year?) ; Step 2 (Additional Learning Outcomes) ; Skip for Now

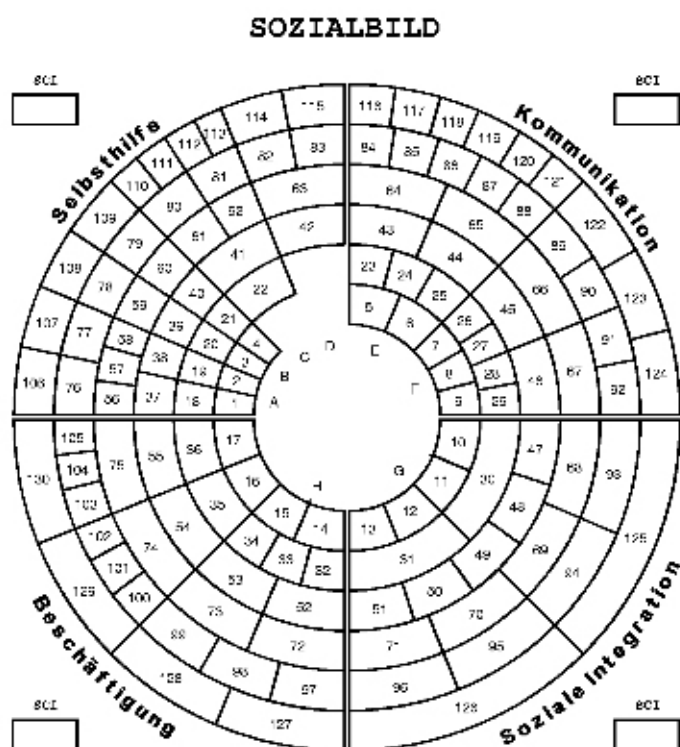
Currently, in what ways does the student communicate?

Expressively: _____

Receptively: _____

#	Learning Outcomes	Step 1.3		Step 1.4
		Circle Score	Needs Work?	Rank up to 5 Priorities
1	Expresses Continuation or "More" (e.g., makes sounds or movement when desired interaction stops to indicate he or she would like eating, playing, etc., to continue)	E P S	N Y	
2	Makes Choices When Given Options	E P S	N Y	
3	Makes Requests (e.g., for objects, food, interactions, activities, assistance)	E P S	N Y	
4	Summons Others (e.g., has a way to call others to him or her)	E P S	N Y	
5	Expresses Rejection/Refusal (e.g., indicates when he or she wants something to stop or does not want something to begin)	E P S	N Y	
6	Expresses Greetings and Farewells	E P S	N Y	
7	Follows Instructions (e.g., one step, multistep)	E P S	N Y	
8	Sustains Communication with Others (e.g., takes turns, attends, stays on topic, perseveres)	E P S	N Y	
9	Initiates Communication with Others	E P S	N Y	
10	Responds to Questions (e.g., if asked a question, he or she attempts to answer)	E P S	N Y	
11	Comments/Describes (e.g., expands vocabulary for events, objects, interactions, feelings)	E P S	N Y	
12	Asks Questions of Others	E P S	N Y	
		E P S	N Y	
<p><i>Comments:</i></p> 				

Scoring Key: (use scores for Step 1.3 alone or in combination):
 E = Early/Emerging skills (1%–25%) P = Partial skill (25%–80%) S = Skillful (80%–100%)



Segmentbedeutung:

- | | | | |
|---|--------------------------|---|-------------------------|
| A | Nahrungsaufnahme | B | Mobilität |
| C | Hygiene | D | Kleidung |
| E | Expressive Kommunikation | F | Rezeptive Kommunikation |
| G | Sozialanpassung | H | Finger Feinmotorik |
| I | Grobmotorik | | |



Selbsthilfe

Item	0%	50%	100%	KG	NA	Nahrungsaufnahme (A)
1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Nimmt Nahrung mit dem Sauger gut auf
2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Erkennt Nahrung als solche
18	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Macht Lippenbewegungen in Erwartung von Nahrung
19	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Nimmt mit den Lippen Breikost vom Löffel
37	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Benutzt die Finger zum Essen
38	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Führt mit dem Löffel über den Teller, steckt ihn in den Mund um ihn abzulecken.
56	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Kaut (Kekse, Zwieback, usw.)
57	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Schält Nahrungsmittel oder packt sie aus (Bananen, Bonbons)
58	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Führt den gefüllten Löffel zum Mund (kleckert noch dabei)
76	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Hält die Tasse beim Trinken alleine (Tasse ist halb gefüllt)
77	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Isst ohne Hilfe mit dem Löffel
106	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Isst mit der Gabel, das Essen muss vorgeschnitten sein
107	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Ist instande, sich selbstständig etwas zum Trinken zu holen, einzuschenken und zu trinken
Mobilität(B)						
3	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Kann seinen Kopf selbständig halten
4	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Sitzt mit leichter Unterstützung
20	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Sitzt mit einigermaßen geradem Rücken, kurzfristig auch ohne Unterstützung
21	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Wippt in den Knien
39	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Zieht sich hoch, steht, wenn es sich festhalten kann
40	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Bewegt sich kriechend, krabbelnd oder rutschend von der Stelle.
59	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Denkt sich Hilfsmittel aus, um Dinge die es haben möchte, zu erreichen
60	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Kann mit Unterstützung gehen
78	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Kann die Treppe nach oben gehen, setzt beide Füße auf jede Stufe
79	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Kann die Treppe abwärts gehen, setzt beide Füße auf jede Stufe
108	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Kann laufen
109	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Schiebt und zieht große Gegenstände
Kommentar:						
0%=Nicht gekonnt 50%=Teilweise gekonnt 100%=Gekonnt KG=Keine Gelegenheit NA=Nicht anwendbar						

Příloha č. 6

Jméno a příjmení:		Pohlaví (zaškrtněte): MUŽ ŽENA			
Datum narození (den, měsíc, rok):		Datum diagnostiky (den, měsíc, rok):			
POZNÁVACÍ SCHOPNOSTI (Eva Hlaváčková)					
Roky	Č. ú.	Vývoj	Umí (ano - ne)	Poznámka	Osvojení (měsíc, rok)
0-1/2 roku	1.	Začíná zkoumat svět – reaguje na podněty z okolí			
	2.	Reaguje na zvukovou hračku (zvonek, chrastítko)			
	3.	Sleduje pohyblivý objekt (osobu, předmět)			
	4.	Poznává známou osobu			
	5.	Pozoruje vlastní ručičku, když ji zrakově zachytí			
	6.	Pozoruje nabízený předmět (chrastítko, hračku)			
	7.	Začíná manipulovat s hračkou, pevně ji drží, prudce s ní třepe			
	8.	Otáčí hlavu za zmizelým předmětem			
	9.	Otáčí se za zvukem			
	10.	Hraje si s ručičkami, prohlíží si je			
	11.	Vztahuje cíleně ručičku k nabízenému předmětu			
	12.	Uchopuje a zvedá hračku, která leží poblíž jeho ruky			
	13.	Věci prozkoumává ústy			
	14.	Dává si hračku před oči – pozoruje ji			
	15.	Zapojuje obě ruce – přendává z ruky do ruky			
	16.	Drží v ruce hračku a sleduje druhou			
	17.	Reaguje na zmizení obličeje – počátek hry na schovávanou			
	18.	Poznává láhev, projevuje o ni zájem (špulí ústa, natahuje se...)			
	19.	Začíná rozeznávat laskavý a přísný tón			
	20.	Vezme si hračku, když ji uvidí			
	1/2-1 rok	21.	Tluče předmětem, který drží v ruce (o stůl, o postýlku...)		
22.		Výtrvale se snaží něco získat (neúspěch hned nevzdává)			
23.		Bere si do každé ruky jednu hračku / předmět			
24.		Upustí hračku, aby si mohlo vzít něco jiného			

Rozvoj v oblasti poznávacích schopností

(Eva Hlaváčková)

1. Začíná zkoumat svět – reaguje na podněty z okolí

Tento proces u dítěte začíná nevědomě, stává se však základem ke zkoumání okolního světa. Je zapotřebí dítěti nabízet různé podněty, pro jejichž vnímání bude využívat svých smyslů. Dítě hladíme, chováme, mluvíme na něj, zpíváme mu apod. Vytváříme mu prostředí a podněty, které mu budou příjemné a začne se jich později cíleně dožadovat.

2. Reaguje na zvukovou hračku (zvonek, chrastítko...)

V tomto období začíná dítě nevědomě reagovat na zvukový podnět v jeho bezprostřední blízkosti. Zda na zvukový podnět reaguje zjistíme tak, že na dítě promluvíme, zaštěřcháme chrastítkem, zazvoníme zvonečkem. Sledujeme odezvu dítěte, které na zvuk může zareagovat různým způsobem: usměje se, zneklidní, hází sebou apod. Zkoušíme to tak dlouho, dokud dítě neprojeví odpovídající reakci. Dítě se za zvukem ještě neotáčí.

3. Sleduje pohyblivý objekt (osobu, předmět)

Dítě již začíná sledovat osobu, která je v jeho zorném poli a osoby pohybující se po místnosti. Je důležité nabízet objekty vždy tak, aby dítě mělo možnost si je prohlédnout. Sledování objektu je výrazem hlubšího zájmu a snahy dítěte udržet v zorném poli i pohybující se objekt. Skloníme se nad dítě a necháme mu čas, aby nás zrakem zachytilo. Postupně se vzdalujeme z jeho zorného pole a všímáme si, zda nás dítě pohledem sleduje. Další možností je držet dítě v náručí a umožnit mu pozorovat osobu pohybující se po místnosti. Dítě za objektem ještě neotáčí hlavičku.

4. Poznává známou osobu

Tato schopnost vzniká na základě dosavadních všestranných kontaktů s blízkou osobou – většinou je to matka. Její obličej je v tomto období pro dítě nejzajímavějším objektem – dítě si přiřazuje k obličeji i její hlas. Matka, v okamžiku kdy se na ni dítě dívá, schová svůj obličej – dítě by ho mělo hledat očima. Po chvíli obličej odkryje a na dítě promluví. Dítě při spatření matky orientuje veškerý svůj zájem k ní a na její úsměv a řeč reaguje s radostným očekáváním a výrazněji, než při kontaktu s jinými neznámými osobami.

5. Pozoruje vlastní ručičku, když ji zrakem zachytí

K pozorování vlastní ruky dochází tak, že ji dítě náhodně dostane do zorného pole, zachytí ji pohledem a ve snaze, aby ji z pohledu neztratilo, přizpůsobuje další pohyby této situaci: Natačí hlavu a trup směrem k viděné ruce nebo vede ruku vzhůru. Když se poloha ruky stabilizuje v zorném poli, dítě pohybuje prstíky a zápěstím a soustředěně je pozoruje.

6. Pozoruje nabízený předmět (chrastítko, hračku)

Před dítě dáme barevně výrazný předmět a sledujeme, zda na něj zaměřilo svůj zrak. V případě, že si dítě předmětu nevnímá, přiblížíme ho k jeho očím, pohybujeme s ním a všímáme si, zda dítě předmět očima sleduje. Postup opakujeme tak dlouho, dokud dítě svou zrakovou pozornost nezaměří na předmět a nesleduje ho. V jeho zorném poli by neměly být další předměty a osoby, které by jeho pozornost rozptylovaly.

7. Začíná manipulovat s hračkou, pevně ji drží, prudce s ní třepe

Vkládáme dítěti do ruky různé hračky jednoduché na úchop (chrastítka, kroužky...). Sledujeme, zda je ruka schopná po krátkou dobu předmět podržet. Pokud hračku v ruce podrží, postupně s ní začíná samo manipulovat – prudce s ní třepe. Je vhodné využívat hračky, které vydávají zvuk – tím u dítěte vzbudí zájem. Můžeme dítěti zpočátku zkoušet držet ruku a třepat mu s ní, aby zvuk slyšelo.

8. Otáčí hlavu za zmizelým předmětem

Nabízíme dítěti různé zrakové podněty a sledujeme jeho reakci na ně. Pokud dítě svůj zrak na předmět zaměří a sleduje ho, pomalu předmětem pohybujeme a pozorujeme, zda dítě za předmětem otáčí hlavu. Předměty by měly být barevně výrazné, z dosahu by měly být odstraněny další předměty, které by jeho pozornost rozptylovaly.

9. Otáčí se za zvukem

Nabízíme dítěti různé zvukové podněty a sledujeme jeho reakci na ně. Jestliže dítě zvuk vnímá, reaguje na něj tak, že začíná běžně otáčet hlavu ve směru zvuku. Zvuk by měl být dostatečně silný a odlišný od ostatních zvuků v okolí. Využijeme např. hlas matky, chrastítka, zvoneček apod.

10. Hraje si s ručičkami, prohlíží si je

Hře s ručičkami předchází pozorování jedné ruky. Symetrická poloha těla umožňuje symetrický pohyb paží, které se zvedají vzhůru a mají tendenci se spojovat ve střední rovině nad obličejem. Takto se rozvíjí vlastní hra s ručičkami za kontroly zraku: jedna se dotýká druhé, ohmatávají se, prsty se zaklesávají do sebe, ručičky se vzdalují a opět přibližují, otáčejí se v zápěstí, prstíky se vějířovitě roztahují a zavírají (dítě tzv.

Speciálně pedagogická diagnostika v rehabilitační třídě pomocné školy – varianta A

Jméno :

nar.:

	září	leden	červen
Socializace			
Pláče při odloučení od rodičů :			
Přímý určitý pohled :			
Reaguje na lidi :			
Poznává známé lidi :			
Projevuje zájem o druhé osoby, pozoruje je :			
Reaguje na výraz v obličeji (opětuje úsměv):			
Umí dětské hříčky :			
Reaguje na pochvalu :			
Se zájmem se dívá na svůj obraz v zrcadle :			
Reaguje na příkazy podej, vezmi si, přines,...:			
Projevuje vlastní aktivitu při hrách :			
Osobní hygiena			
Dítě inkontinentní :			
Používá nočník, když je na něj vysazeno :			
Naznačuje, že vykonalo potřebu do plen :			
Žádá na toaletu nebo jde samo :			
Chodí na toaletu, obslouží se :			
Umí si umýt ruce (pod dohledem) :			

Poznámky :

Kresba a grafomotorika					Slovní hodnocení
Kreslí a maluje sám					
1	2	3	4	5	
Obsahuje jednoduché grafické vzory					
1	2	3	4	5	
Napodobí jednoduché grafické vzory					
1	2	3	4	5	
Nakreslí postavu (stupeň)					
1	2	3	4	5	
Lateralita					

Poznámky :

Jazykové schopnosti					Slovní hodnocení
Verbální projev je srozumitelný					
1	2	3	4	5	
Impresivní složka řeči					
Zapojí se do zpěvu, říkadel,...					
1	2	3	4	5	
Úroveň slovní zásoby					
Náhradní komunikační systém (jaký)					
Přítomnost salivace					
1	2	3	4	5	

Poznámky :

Biobehavioral state

What is the individual's current state?
Is the individual able to control or modulate his or her state?
How much time does the individual spend in an alert state?
What range of states does the individual show and what is the transition pattern between states?
What variables affect the individual's state?

Orienting response

What factors elicit an orienting response?
How does the individual exhibit an orienting response?
What sensory channels appear to be associated with the orienting response (sensory information that triggers the response and the senses utilized)?

Learning channels

How does the individual appear to take in information?
How does the individual react to sound?
How does the individual react to vision?
How does the individual react to touch?
Does the individual use more than one sense at a time?
Does the individual exhibit engagement or disengagement cues in response to particular sensory information?

Approach-withdrawal

What are the individual's engagement cues?
What are the individual's disengagement cues?
What appears to motivate the individual?
What does the individual seem to turn away from?

Memory

Does the individual habituate to familiar stimuli?
How many presentations of stimuli are necessary and for how long before there is habituation?
Does the individual attend again if the features of the stimulus change?
Are reactions differentiated?
Does the individual react differently to familiar and unfamiliar people?
Does the individual appear to have object permanence (understands that something still exists even if it is not currently visible)?
Does the individual associate a preceding event with one that follows?
Does the individual appear to anticipate an upcoming event?
Does the individual react when there is a mismatch to expectations?
Does the individual demonstrate functional use of objects?
Is the individual able to learn a simple routine?
Is the routine that is learned remembered?

Interactions

Does the individual orient to a person?
Does the individual exhibit secure attachment with important individuals in his or her life?
Does the individual engage in turn taking when he or she begins the interaction?
How many turns are taken before disengagement?
In response to a partner's interaction, does the individual add more to turn-taking interaction?

Communication

Does the individual demonstrate communicative intent through the use of signals, vocalizations, gestures, and the like?
What are the communications used?
Are signals used with consistency?
Does the individual use differentiated communications?
Describe the communications and their probable meanings.
When presented with options, does the individual make choices?
Does the individual use conventional gestures?
Can the individual use one item or symbol to stand for an activity or object?
Does the individual demonstrate understanding of communication symbols (auditory, visual, or tactual)?
Does the individual use symbolic communication? Describe.

Problem solving

Does the individual demonstrate cause and effect?
Does the individual demonstrate an understanding of means and ends or the use of an intermediate step to solve a problem?
Does the individual demonstrate understanding of the function of common objects?
How does the individual approach a problem?
Does the individual maintain attention and persist?

Source: "A Framework for Understanding Young Children with Severe Multiple Disabilities: The van Dijk Approach to Assessment," by C. Nelson, J. van Dijk, A. P. McDonnell, and K. Thompson, 2002, *Research and Practice for Persons with Severe Disabilities*, 27, pp. 97-111. Reprinted by permission of TASH, Baltimore, MD.

Stav chování

Jaký je současný stav jedince?
Je jedinec schopen ovládat a upravovat svůj stav?
Kolik času tráví jedinec v bdělém stavu?
Jakou škálu stavů jedinec vykazuje a jaký je systém přechodů mezi stavy?
Jaké proměnné ovlivňují stav jedince?

Orientační reakce

Jaké faktory vyvolávají orientační reakci?
Jak dává jedinec orientační reakci najevo?
Jaké senzory kanály se zdají být spojeny s orientační reakcí (senzory informace, která spouští reakci, a použité smysly)?

Kanály k učení

Jak jedinec přijímá informace?
Jak jedinec reaguje na zvuk?
Jak jedinec reaguje na obraz/světlo?
Jak jedinec reaguje na dotek?
Používá jedinec najednou více než jeden smysl?
Dává jedinec v reakci na konkrétní senzory informaci najevo známky zájmu nebo nezájmu?

Snaha o kontakt – uzavřenost

Jaké jsou signály zapojení jedince?
Jaké jsou signály stažení jedince?
Co jedince motivuje?
Od čeho se jedinec odvrací?

Paměť

Zvyká si jedinec na dobře známé podněty?
Kolikrát je potřeba podnět zopakovat a po jak dlouhou dobu, než dojde ke zvyknutí si jedince na podnět?
Zpozorní jedinec znovu ve chvíli, kdy se prvky podnětů změní?
Liší se reakce?
Reaguje jedinec odlišně na známé a neznámé osoby?
Má jedinec „trvalost objektu“ (ví, že něco stále existuje, i když to aktuálně nevidí)?
Spojí si jedinec předchozí událost s některou z následujících?
Očekává jedinec nadcházející událost?
Reaguje jedinec v případě, objeví-li se nesoulad s jeho očekáváním?
Dokáže jedinec funkčně používat předměty?
Dokáže se jedinec naučit jednoduchou rutinu?
Zapamatuje si jedinec rutinu, kterou se naučil?

Interakce

Orientuje se jedinec na osoby?
Dává jedinec najevo jistý blízký vztah s důležitými jedinci ve svém životě?
Věnuje jedinec pozornost předávání slova, když vstupuje do interakce?
Kolikrát dojde k předání slova (kolikrát si jedinec vymění roli mluvčího s druhým člověkem), než se jedinec stáhne?
V odpovědi na interakci partnera, přispívá i jedinec k další výměně role (mluvčího)?

Komunikace

Demonstruje jedinec komunikační úmysl skrze použití signálů, vokalizace, gest a věcí stejného typu?

Jaké druhy komunikace jedinec užívá?

Jsou signály používány v ustálené formě?

Používá jedinec různé druhy komunikace?

Popište komunikace a její pravděpodobné významy.

Je-li jedinci něco prezentováno s možností volby, dokáže jedinec učinit volbu?

Používá jedinec obvyklá gesta?

Dokáže jedinec použít jeden předmět nebo symbol jakožto zástupný pro nějakou činnost nebo věc?

Dává jedinec najevo porozumění komunikačním symbolům (sluchovým, zrakovým, dotekovým)?

Užívá jedinec symbolickou komunikaci? Popište.

Řešení problémů

Demonstruje jedinec příčinu a následek?

Dává jedinec najevo porozumění významům a účelům při použití prostředního kroku při řešení problému?

Dává jedinec najevo pochopení funkce běžných předmětů?

Jak jedinec přistupuje k problému?

Udržuje jedinec pozornost a nepolevuje?

druh zařízení (SPC, středisko rané péče, jiné):

kraj:

1, Jakým dětem (klientům) jsou služby Vašeho střediska určeny, s jakým postižením (postiženími) přijímáte děti (klienty)?

2, Zaměřuje se Vaše středisko i na děti s kombinovaným postižením?

Pokud ano, tak jak dlouho, případně, kdy tato potřeba vznikla.

3, Kolik klientů (dětí s kombinovaným postižením) ve Vašem středisku nyní máte?

4, Rozlišujete diagnostikování dětí s kombinovaným postižením od diagnostikování ostatních dětí s postižením?

Pokud ano, tak jakým způsobem.

5, Za jakým účelem provádíte speciálně pedagogickou diagnostiku u dětí s kombinovaným postižením?

6, Jaké materiály nebo metody nejčastěji používáte při vstupní speciálně pedagogické diagnostice u dětí s kombinovaným postižením?

7, Máte pro vstupní speciálně pedagogickou diagnostiku nějaké vlastně vytvořené materiály?

Pokud ano, uveďte, o jaké materiály se jedná (popište je, prosím).

8, Jak se Vašemu středisku daří diagnostikovat děti s kombinovaným postižením? Jste se speciálně pedagogickou diagnostikou u dětí s kombinovaným postižením spokojeni (s metodami a materiály, které používáte)?

9, Jaké problémy spatřujete u diagnostikování dětí s kombinovaným postižením?

10, Uvítalo by Vaše středisko nějakou další podporu nebo pomoc při speciálně pedagogické diagnostice u dětí s kombinovaným postižením?

Pokud ano, tak jakou – v čem vidíte hlavní nedostatky?

Seznam použité literatury

- ČERNÁ, M. A KOL. *Česká psychopedie. Speciální pedagogika osob s mentálním postižením*. Praha: Karolinum, 2008. 222 s. ISBN 978-80-246-1565-3
- EISOVÁ, A. *Péče o děti s kombinovanými vadami*. Praha: Státní pedagogické nakladatelství, 1982. 52 s.
- HÁJKOVÁ, V. *Podpora rozvoje manipulační funkce ruky dětí s poruchou hybnosti* in KVĚTOŇOVÁ-ŠVECOVÁ, L. (ed.) *Edukace dětí se speciálními potřebami v raném a předškolním věku*. Brno: Paido, 2004. 126 s. ISBN 80-7315-063-8
- HANÁK, P. A KOL. *Diagnostika a edukace dětí a žáků s těžkým zdravotním postižením*. Praha: Institut pedagogicko-psychologického poradenství ČR, 2005. 104 s. ISBN 80-86856-10-0
- JANKOVSKÝ, J. *Ucelená rehabilitace dětí s tělesným a kombinovaným postižením*. Praha: Triton, 2001. 158 s. ISBN 80-7254-192-7
- JESENSKÝ, J. *Základy komprehenzivní speciální pedagogiky*. Hradec Králové: Gaudeamus, 2000. 275 s. ISBN 80-7041-196-1
- KAŠPAROVÁ, M., KAŠPAR P. *Problematika dětí s postižením z pohledu pediatra* in KVĚTOŇOVÁ-ŠVECOVÁ, L. (ed.) *Edukace dětí se speciálními potřebami v raném a předškolním věku*. Brno: Paido, 2004. 126 s. ISBN 80-7315-063-8
- KUCHARSKÁ, A. A KOL. *Obligatorní diagnózy a obligatorní diagnostika ve speciálně pedagogických centrech*. Praha: Institut pedagogicko-psychologického poradenství ČR, 2007. 220 s. ISBN 978-80-86856-42-1
- SVOBODA, M. (ED.), KREJČÍŘOVÁ, D., VÁGNEROVÁ, M. *Psychodiagnostika dětí a dospívajících*. Praha: Portál, 2001. 791 s. ISBN 80-7178-545-8
- LUDÍKOVÁ, L. *Kombinované vady*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2005. 140 s. ISBN 80-244-1154-7

- LUDÍKOVÁ, L. *Problematika osob s vícenásobným postižením* in RENOTIÉROVÁ, M., LUDÍKOVÁ, L. A KOL. *Speciální pedagogika*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2006. 313 s. ISBN 80-244-1475-9
- MONATOVÁ, L. *Speciálně pedagogická diagnostika z hlediska vývoje dětí*. Brno: Paido, 2000. 92 s. ISBN 80-85931-86-9
- OPATŘILOVÁ, D. *Metody práce u jedinců s těžkým postižením a více vadami*. Brno: Masarykova univerzita v Brně, 2005. 146 s. ISBN 80-210-3819-5
- PIPEKOVÁ, J. A KOL. *Kapitoly ze speciální pedagogiky*. Brno: Paido, 1998. 234 s. ISBN 80-85931-65-6
- PŘINOSILOVÁ, D. *Vybrané okruhy speciálně pedagogické diagnostiky a využití v praxi speciální pedagogiky*. Brno: Masarykova univerzita, 1997. 89 s. ISBN 80-210-1595-0
- PŘINOSILOVÁ, D. *Diagnostika ve speciální pedagogice. Texty k distančnímu vzdělávání*. Brno: Paido, 2007. 178 s. ISBN 978-80-7315-157-7
- RÁDLOVÁ, E. A KOL. *Speciální pedagogická diagnostika*. Ostrava: Monatex a.s., 2004. 78 s. ISBN 80-7225-114-7
- RENOTIÉROVÁ, M. *Speciální pedagogika – teoretická východiska* in RENOTIÉROVÁ, M., LUDÍKOVÁ, L. A KOL. *Speciální pedagogika*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2006. 313 s. ISBN 80-244-1475-9
- SOURALOVÁ, E. *Vzdělávání hluchoslepých II*. Praha: Scientia, spol. s r. o., 2000. 78 s. ISBN 80-7183-226-X
- SOVÁK, M. *Nárys speciální pedagogiky*. Praha: Státní pedagogické nakladatelství, 1986. 231 s.
- SROKOVÁ, E., VAVROŠOVÁ, D. *Speciálně pedagogická diagnostika ve školní praxi*. Ostrava: Monatex, a.s., 2004. 48 s. ISBN 80-7225-143-0
- SVOBODA, M., KREJČÍŘOVÁ, D., VÁGNEROVÁ, M. *Psychodiagnostika dětí a dospívajících*. Praha: Portál, 2001. 791 s. ISBN 80-7178-545-8

- TEPLÝ, J. *Organizace škol pro mládež vyžadující zvláštní péče*. Praha: Státní pedagogické nakladatelství, 1963. 223 s.
- VAŠEK, Š. *Základy speciálnej pedagogiky*. Praha: Vysoká škola Jana Amose Komenského, 2005. 142 s. ISBN 80-86723-13-5
- VAŠEK, Š. *Špeciálnopedagogická diagnostika*. Praha: Vysoká škola Jana Amose Komenského, 2006. 140 s. ISBN 80-86723-21-6
- VÍTKOVÁ, M. (ed.) *Integrativní školní (speciální) pedagogika : základy, teorie, praxe*. Brno: Pedagogická fakulta Masarykovy univerzity, 2003. 248 s. ISBN: 80-214-2359-5
- VÍTKOVÁ, M. (ed.) *Podpora vzdělávání dětí a žáků s těžkým zdravotním postižením I. Základní informace. Speciálně pedagogická diagnostika*. Praha: Institut pedagogicko-psychologického poradenství ČR, 2001.
- WESTLING, D. L., FOX, L. *Teaching Students with Severe Disabilities*. New Jersey: Pearson Education, 2004. 570 s. ISBN 0-13-110553-1
- ZELINKOVÁ, O. *Pedagogická diagnostika a individuální vzdělávací program. Nástroje pro prevenci, nápravu a integraci*. Praha: Portál, 2007. 207 s. ISBN 978-80-7367-326-0

Internetové zdroje

- ASOCIACE PRACOVNÍKŮ RANÉ PÉČE. *Standardy rané péče*. Webové stránky [online]. [cit. 2011-3-10]. dostupné z URL <<http://www.asociace-ranapece.unas.cz/ment.php>>
- ASOCIACE PRACOVNÍKŮ SPECIÁLNĚ PEDAGOGICKÝCH CENTER. Webové stránky [online]. © 2000 - 2006 [cit. 2011-2-12]. dostupné z URL <<http://www.apspc.cz/>>
- DĚTSKÉ CENTRUM PAPERSEK. Webové stránky [online]. © 2009 [cit. 2011-3-1]. dostupné z URL <<http://www.dcpaprsek.org/>>
- HANNA, T., HIBBELER, A. *Das P-A-C IT Programm. P-A-C Handbuch 7/2001*. 55 s. Webové stránky [online]. © 2005 [cit. 2011-3-1]. dostupné z URL <[http://www.p-a-c.net./](http://www.p-a-c.net/)>

- INSTITUT PEDAGOGICKO-PSYCHOLOGICKÉHO PORADESTVÍ ČR. *Analýza diagnostických a intervenčních nástrojů užívaných ve školských a poradenských zařízeních*: Webové stránky [online]. [cit. 2011-2-10]. dostupné z URL <http://www.ippp.cz/index.php?option=com_content&view=article&id=303&Itemid=146>
- P-A-C IT 2.0. *PAC Förderung von Menschen mit geistiger Behinderung*. [online]. © 2005 [cit. 2011-3-1]. dostupné z URL <[http://www.p-a-c.net./](http://www.p-a-c.net/)>
- PRESTELE, I. *Diagnostik bei Kindern mit sehr hohem Förderbedarf von Irene Prestele*. München. Regierung von Oberbayern. Webové stránky [online]. [cit. 2011-2-22]. dostupné z URL <<http://www.regierung.oberbayern.bayern.de/aufgaben/schulen/foerder/beratung/index.php>>

Legislativa

- zákon č. 561/2004 Sb., o předškolním, základním, středním, vyšším odborném a jiném vzdělávání (školský zákon)
- vyhláška č. 73/2005 Sb., o vzdělávání dětí, žáků a studentů se speciálními vzdělávacími potřebami a dětí, žáků a studentů mimořádně nadaných