

UNIVERZITA PALACKÉHO V OLOMOUCI

Pedagogická fakulta

Ústav speciálněpedagogických studií PdF UP

LENKA PODUŠELOVÁ

III. ročník – kombinované studium

Obor: Speciální pedagogika předškolního věku

VIZUÁLNÍ ORIENTACE V PROSTORU U DĚTÍ PŘEDŠKOLNÍHO VĚKU

Bakalářská práce

Vedoucí práce: Mgr. Renata Mlčáková Ph.D.

OLOMOUC 2010

.

Prohlašuji, že jsem tuto bakalářskou práci vypracovala samostatně
s využitím uvedených pramenů a literatury.

V Olomouci dne

PODĚKOVÁNÍ

Děkuji vedoucí bakalářské práce, Mgr. Renatě Mlčákové Ph.D.,
za metodické vedení práce, vstřícnost a laskavost.

Dále bych chtěla poděkovat vedení Mateřské školy v Šumperku
Třebízského 1 za to, že mi umožnilo praktickou část mé bakalářské práce
realizovat v jejich prostorách. Poděkování náleží taktéž rodičům i
samotným dětem, které se výzkumného šetření přímo účastnily.

OBSAH

ÚVOD.....	5
I. TEORETICKÁ ČÁST.....	6
1 Vývoj dítěte vzhledem k prostorové orientaci.....	6
1.1 Školní zralost a školní připravenost.....	10
2 Vybraná narušení komunikačních schopností.....	14
2.1 Symptomatické poruchy řeči.....	14
2.2 Vývojová dysfázie.....	23
3 Prostorová orientace.....	26
3.1 Tělesné schéma.....	28
3.2 Lateralita a pravolevá orientace.....	29
3.3 Význam vizuální orientace v prostoru v předškolním věku.	31
3.4 Rozvíjení vizuální orientace v prostoru.....	33
II. PRAKTICKÁ ČÁST.....	36
4 Vlastní šetření.....	36
4.1 Cíl a hypotéza.....	36
4.2 Použité metody.....	36
4.3 Organizace šetření.....	40
4.4 Sledovaný soubor.....	41
5 Výsledky šetření.....	47
5.1 Vyhodnocení dotazníku pro rodiče.....	49
5.2 Vyhodnocení zkoušky vizuální orientace v prostoru.....	67
6 Analýza výsledků šetření.....	86
ZÁVĚR.....	89
Literatura.....	90
Přílohy.....	94
Anotace	

ÚVOD

Již od dětství mne provází touha pomáhat dětem s postižením či znevýhodněním, ať zdravotním nebo sociálním, což se odráží i v mém profesním životě. S těmito dětmi pracuji dvacet jedna let. Nejdříve s dětmi v Dětském domově, poté v Základní škole logopedické a před nástupem na mateřskou dovolenou v Mateřské škole pro děti s více vadami. Jsou to právě děti, které mne bezelstně, avšak nekompromisně učí větší trpělivosti, rozlišování podstatného od méně důležitého či vůbec nevýznamného. Potěšením pak je sdílení přímé a spontánní radosti z přítomného okamžiku, které je dětem naštěstí vlastní. Proto zpracování tématu této bakalářské práce, vizuální orientace v prostoru u dětí předškolního věku, se dotýká těchto dětí.

Práce je rozčleněna do dvou na sebe navazujících částí – teoretické a praktické.

V části teoretické se zabýváme základními údaji nezbytnými pro druhou – praktickou část. Zmiňujeme problematiku vývoje dítěte vzhledem k prostorové orientaci, školní zralosti a školní připravenosti, symptomatických poruch řeči, vývojové dysfázie a problematiku pojmů prostorová orientace, tělové schéma, lateralita, pravolevá orientace. Věnujeme se významu a rozvíjení vizuální orientace v prostoru v předškolním věku.

Praktická část bakalářské práce se zaměřuje na sledování úrovně rozvoje vizuální orientace v prostoru u dětí předškolního věku sledovaného souboru.

I. TEORETICKÁ ČÁST

1 Vývoj dítěte vzhledem k prostorové orientaci

Vizuální orientace v prostoru neboli prostorová orientace je schopnost, která se utváří během celého vývoje dítěte. Jde o jev komplexní, tedy zahrnující všechny složky osobnosti dítěte. Proto stručně a specificky zaměřeně zmíníme jeho postupný vývoj.

Prenatální vývoj

V prenatálním období se utváří veškeré potřebné předpoklady pro budoucí samostatný život plodu. Lidský mozek, jehož funkce je základním předpokladem pro odpovídající duševní vývoj, se průběžně rozvíjí během celého prenatálního stadia (a ještě dlouho poté). Zvýšená citlivost vůči všem možným negativním vlivům je společná plodu, a z ochranných důvodů plodu, i matce (Vágnerová, 2008).

Vývoj v prenatálním období má i své obecné znaky. Např. již ve 2. měsíci se objevují sotva znatelné pohyby, které se postupně mění v samostatné pohyby jednotlivých končetin a hlavy. Ve 3. měsíci plod dokáže reagovat na dotek v oblasti obličeje – okolí nosu a úst – pohyb jazyka, rtů, zívání, sání. Umí se otáčet okolo své osy. 4. měsíc je charakterizován lokalizovanou reakcí na dotek kdekoli na pokožce. V 5. měsíci reaguje na tlak a již vnímá zvukové podněty, především z matčina organismu. Pohyblivost je výraznější s diferencováním denní a noční aktivity, zřejmě závisle na projevech mateřského organismu. Ještě v 6. měsíci jsou pohyby stále nekoordinované, avšak svou intenzitou rozlišující rozmanité podněty z vnitřního i vnějšího prostředí. V 7. - 9. měsíci se dále diferencují pohybové i percepční schopnosti. Dozrávají struktury umožňující lepší kvalitu smyslového (sluchové, čichové, chuťové) vnímání. Struktury středního ucha dovršují svůj vývoj. Jejich

funkční vývoj, stejně jako rozvoj příslušných mozkových center, je podněcován různými podněty. Funkční rozvoj smyslového vnímání je závislý na stimulaci, která přispívá k rozvoji určitých nervových spojení, jimž by nestačilo pouhé zrání. Také se vytvářejí různé specifické zkušenosti a z nich vyplývající preference, např. pro hlas matky, ale také intonaci mateřského jazyka apod. (Vágnerová, 2008).

Novorozenecké období (od narození do jednoho měsíce)

Novorozené dítě díky zkušenostem v oblasti sluchového vnímání z prenatálního období umí rozlišovat různé zvukové podněty, zvláště matčin hlas. Vnímá a rozlišuje doteky, teplotu a změny polohy. Dotykově pohybová stimulace vyvolává pocity libosti a vybavuje novorozenecké reflexy (např. úchopový, sací, polykací,...). Nejvýznamnější je kožní kontakt, většinou spojený se sociální interakcí a s vnímáním změny polohy a pohybu. Rozvoj zrakového vnímání teprve začíná, neboť v prenatálním období se vyvíjet nemohlo (Vágnerová, 2008).

Kojenecké období (od jednoho měsíce do jednoho roku)

Toto období je charakteristické rychlým rozvojem ve všech oblastech. Dítě poznává svět rozvíjejícím se vnímáním a vlastní aktivitou. Tuto etapu nazval Erikson (1963, in Vágnerová, 2008) receptivní fází, což naznačuje otevřenost vzhledem k vnějšmu světu. Z jeho podnětů si dítě na základě svých kompetencí vybírá jen některé. Taktéž Piaget (1966) toto období označuje jako fázi senzomotorické inteligence, tj. kojencovo chování charakteristické současně vjemovou a pohybovou asimilací¹. Různé způsoby vnímání jsou propojeny a centrálně zpracovány v interakci s vývojem motoriky (např. dítě se otáčí za

¹ „Vjem je od počátku ovlivňován pohybem jako pohyb vjemem.“ (Piaget, 1966, s.76)

zvukem, snaží se dosáhnout na předmět, který vidí apod.) (Vágnerová, 2008).

Zrakové vnímání je pro rozvoj poznávacích procesů nejdůležitější. Jednoduchý vjem prostoru se začíná utvářet již v období, kdy dítě pozoruje své vlastní ruce ve středové rovině svého těla. Kolem 8. týdne se začíná objevovat binokulární fixace², od 6. měsíce pak fúze³ umožňující lepší odhad prostoru, která se dále zdokonaluje v závislosti na zrakové stimulaci a zrání. Dítě se tímto způsobem poměrně snadno a rychle seznamuje s nejbližším okolím, rozeznává objekt a rozdíly mezi nimi, orientuje se v bližším i vzdálenějším prostoru. Mezi 3. – 5. měsícem sleduje horizontálně se pohybující předmět (míč kutálející se ze strany na stranu) a v 6. měsíci dokáže vnímat i vertikální pohyb (padající hračka). Prostorové orientaci napomáhá při jejím rozvoji i schopnost sledovat pohyb předmětů, jejich rozeznávání na různou vzdálenost díky rozvíjející se hybnosti a lokomoci (Vágnerová, 2008)

Batoletí období (od jednoho roku do tří let)

Období batolete je etapou dítěte, kdy dochází k výraznému rozvoji mnoha kompetencí i dětské osobnosti. Dítě se stává samostatnější jak v oblasti lokomoční, tak v uvolňování vazeb na matku (Vágnerová, 2008).

Jeho egocentrický pohled na svět mu pomáhá překonávat samostatný pohyb a z něj vyplývající možnost vidět svět z různých směrů, vzdáleností a toto srovnávat. Pokračuje rozvoj diferenciací polohy nahoře a dole, učí se odhadovat vztahy velikosti, i když odhad vzdálenosti je stále značně nepřesný. Dítě v tomto období větší prostor ještě nezvládlo v koordinaci interpretace různých zrakových vjemů. Převládá význam aktuálnosti (co vidí jako malé, je pro něj celkově malé, ať je to blízko nebo daleko). Analýza komplexního vjemu zatím ustupuje

² Binokulární fixace - dítě použije oči současně (Zobanová, 2010)

³ Fúzní reflex - mozek spojuje obrázky obou očí v jeden prostorový vjem (Zobanová, 2010)

globálnímu pohledu se soustředěností maximálně na jeden detail, bez vztahu k celku (Vágnerová, 2008).

Piaget tuto etapu nazývá obdobím symbolického a předpojmového myšlení. Užívání znaků a symbolů se zakládá na schopnosti představovat si něco prostřednictvím něčeho jiného. A proto si ve stejné době dítě osvojuje řeč. Přestože již dítě má vytvořen obrysový pojem trvalého individua předmětu v poli blízké činnosti, není tomu tak ve vzdálenějším prostoru a delším časovém intervalu – domnívá se, že hora opravdu mění tvar, když ji sleduje na procházce a slimák se opětovně objevuje na různých místech (Piaget, 1966).

Předškolní období (od tří let do 6-7 let)

Předškolní věk je charakteristický upevňováním vlastní pozice ve světě a diferenciací svého vztahu k němu, i když prostřednictvím fantazijního zpracování informací a intuitivním myšlením. Dále také obdobím iniciativy, kdy dítě má potřebu něco zvládnout, vytvořit a potvrdit si své kvality (Vágnerová, 2008).

Stále převládá egocentrická perspektiva v hodnocení velikosti viděných předmětů, a jejich vzdálenosti. Prostorové vztahy děti posuzují dle toho, jak se jim právě jeví (stejná vzdálenost dvou objektů je posuzována jako menší, je-li mezi nimi ještě nějaká věc). S jistotou však již dovedou rozlišovat polohu nahoře a dole, avšak k laterální diferenciaci prostoru ještě biologicky nedozrálý (Vágnerová, 2008).

Poznat co je vlevo a co vpravo je pro dítě stále ještě náročné, neboť když se otočí o 180 stupňů, je vše naopak a přestává být platné to, co bylo platné předtím (Přinosilová, 2008).

Toto vnímání je ovlivněno názorným myšlením, které je vždy na prvním místě činností prováděnou v představě: přelévát, utvářet korespondence, začleňovat, přemísťovat, seřazovat,...neboli vytvářet schémata činnosti, do nichž představa asimiluje skutečnost (Piaget, 1966).

1.1 Školní zralost a školní připravenost

Pojem školní zralosti a školní připravenosti se na konci období předškolního věku dítěte užívá často jak samotnými rodiči a pedagogy, tak v případě jakýchkoli pochybností v této problematice i dětskými psychology, pediatry a dalšími odborníky přicházejícími s dětmi této věkové kategorie do styku a to jak u dětí intaktních, tak obzvláště u dětí jakýmkoli způsobem znevýhodněných.

Školní zralost

Význam tohoto klíčového období pro další zdárný vývoj dítěte si uvědomovali velcí vychovatelé již v dávných dobách. Uveďme příklad J. A. Komenského, který ve svém Informatoriu školy mateřské v XI. kapitole doporučuje věk 6 let jako nejvhodnější pro zahájení školní docházky se zřetelem k individuálním rozdílům jednotlivých dětí (Říčan, Krejčířová a kol., 1995).

„Před šestým létem z mateřského klína vypouštěti a preceptorům k cvičení dávatí neradím, ...v mateřiněm klíně ještě jim lépe. Bezpečnější jest, aby se mozek prvé dobře usadil, nežli zaměstnáván býti začne...“ a dále *„Zase pak přes šest let déle doma dítě chovati také neradím; protože, čemu se doma učití má, volně v šesti letech vynaučiti se může. A nezane-li se hned stále dalším dobrým cvičením, zane se neužitečnou zahálkou a zplaní.“* (Komenský, 1972, s.42).

Langmeier (1983, s.78) zmiňujíc opět našeho učitele národů se k této problematice vyjadřuje následovně: *„Kdybychom měli shrnout úvahu o školní zralosti, pak bychom se nejspíš přiklonili k souhrnné definici, která připomíná vymezení Komenského: Za školní zralost budeme pak považovat takový vztah somato-psycho-sociálního vývoje dítěte, který je (1) výsledkem úspěšně dovršeného vývoje celého předchozího období útlého a předškolního dětství, (2) je vyznačen přiměřenými fyzickými a psychickými dispozicemi pro požadovaný výkon ve škole a je doprovázen pocitem štěstí dítěte a který je současně (3) dobrým předpokladem budoucího úspěšného školního výkonu a sociálního zařazení.“*

Moderněji vyznívá klasifikace v podání Zelinkové (2001) – školní zralost znamená zralost centrálního nervového systému (CNS), který se projevuje odolností vůči zátěži, schopností se soustředit a citovou stabilitou.

Kábele (Edelsberger, Kábele, 1988, s.21) školní zralost dítěte definuje jako: „*stupeň vývoje jeho tělesných a duševních funkcí, které se mohou u dítěte s nevyzrálým nervovým systémem vyvíjet více či méně opožděně*“.

Pojem školní zralost, jak je z výše uvedeného patrné, je definována z různých úhlů pohledů avšak vždy v sobě zahrnuje několik rovin:

- **Zralost tělesnou** (biologickou) – výška a hmotnost, přiměřenost rozvoje hrubé motoriky a pohybové koordinace, vyspělost jemné motoriky (zvláště koordinace zraku a ruky), dosažení první strukturální přeměny, míra zralosti CNS a v neposlední řadě i celkové zdraví dítěte (Petrová, 2005).
- **Zralost kognitivní** (duševní, rozumová) – zde posuzujeme prohloubenou diferenciaci jednotlivých mentálních funkcí a jejich vzrůstající integraci např. přechod od celostního k pročleněnému vnímání, analyticko-syntetická činnost, konkrétní myšlenkové operace při činnosti s názorným materiálem, trvalejší a záměrná paměť, její logické prvky, sklon k realismu, překonávání egocentrismu, vůlí ovládaná krátkodobá pozornost, tvořivost, přiměřený vývoj řeči a odlišení hry od povinností (ibid).
- **Zralost emoční** (motivační) – se týká jevů, jako jsou kontrola okamžitých nápadů a impulsů, přiměřená citová stabilita, a odolnost vůči frustracím, kladný postoj k sobě a přiměřená sebeúcta (ibid).
- **Zralost sociální** – se projevuje adaptací na režim školy, ochotou spolupracovat, kladným přístupem k učení a odpovídajícím pracovním tempem, dále převzetím nové role žáka, spolužáka a začleněním se do kolektivu vrstevníků (Petrová, 2005). Taktéž odloučením se od matky a podřízení se autoritě dosud cizí učitelky (Langmeier, Krejčířová, 1995).

- **Věk dítěte** – v ČR je povinná školní docházka stanovena pro děti, které dovrší k 1. září šesti let. Na žádost rodičů a doporučení pedagogicko-psychologické poradny nebo speciálně pedagogickým centrem je možno zařadit do 1. třídy i děti, které dovrší šesti let později, tedy do 31. prosince, stejně tak děti starší šesti let, s odloženou školní docházkou (opět na žádost rodičů, doporučení pediatra a Pedagogicko-psychologické poradny nebo Speciálně pedagogického centra). Jedná se tedy o děti sedmileté, popř. u závažnějších forem zdravotního znevýhodnění dokonce až děti osmileté (Přinosilová, 2008). Tato situace vede k obezřetnosti, neboť se tak v jedné třídě setkávají děti i s více než ročním věkovým rozdílem.
- **Pohlaví dítěte** - Chlapci na rozdíl od dívek dozrávají pomaleji, vcelku asi o čtvrt roku a dle výsledků ve výkonových zkouškách se jeví jako méně zralí v oblasti sociální i pracovní (Marková-Vitovská a kol., 1980, in Říčan, Krejčířová a kol., 1995). Jsou biologicky i psychologicky křehčí a zranitelnější nejrůznějšími nepříznivými vlivy (Říčan, Krejčířová a kol., 1995).

Školní připravenost

Pojem školní připravenost (způsobilost) zahrnuje proti biologickému zrání spíše vliv prostředí a výchovy a úroveň předškolní přípravy z hlediska schopností (Zelinková, 2001).

Tentýž náhled na školní připravenost – potřebu učit se a vážný vztah k učení, tedy způsobilost dítěte jako výsledek spolupůsobení rodiny a předškolních zařízení (jesle, mateřské školy, denní stacionáře) sdílí i Monatová (2000), která jej dále specifikuje. Vnější připravenost se vyznačuje zájmem o zevní stránky, jako je uspořádání stolů a židlí ve třídě, tabule, obrazy na stěnách, mnoho dětí ve škole apod. Vnitřní připravenost oproti tomu znamená vlastní způsobilost dítěte ke školní docházce, předpokládající úspěšné plnění školních požadavků.

Ke stejnému závěru dochází i Přinosilová (2008), která navíc do školní připravenosti zahrnuje následující kompetence:

- **Hodnotu a smysl školního vzdělání** – jejíž úroveň závisí na sociokulturním statusu rodiny, výchově a vedení dítěte v závislosti na vlivu názorů a postojů rodičů. (Přinosilová, 2008).
- **Dostatečná úroveň socializace dítěte při nástupu do školy** – pro níž je důležitá dostatečně rozvinutá schopnost verbální komunikace. Dítě musí učiteli dobře rozumět, chápat smysl jeho požadavků a samo se jí aktivně účastnit (špatně mluvící dítě má tendenci komunikaci se vyhýbat, výsledkem je pak menší školní úspěšnost, riziko sociální izolace) (ibid).
- **Orientace v systému hodnot a normách chování** – rozdílnost norem společnosti a rodiny působí na dítě jako zátěž, s níž se musí v tomto období vyrovnávat. Zároveň prochází podle morálního vývoje Kohlberga stadiem „*„hodného dítěte“*“, v němž je kladen důraz na *splnění sociálního očekávání*“ (Kohlberg, 1976, sec.cit. Vágnerová 1997, in Opatřilová, 2008). Dítě je tak vázáno na hodnocení svého sociálního okolí, jelikož autorita jemu blízkých lidí je v tomto období významná. Souhlas dospělých s jeho chováním jsou pro dítě potvrzením jeho správnosti (Přinosilová, 2008).

Z uvedeného vyplývá, že nástup do základní školy je významnou událostí v životě dítěte, kterou je nutno pečlivě zvážit v mnoha ohledech.

2 Vybraná narušení komunikačních schopností

V této kapitole zmíníme vybraná narušení komunikačních schopností, která se dětí sledovaného souboru týkají.

2.1 Symptomatické poruchy řeči

Vzhledem ke sledovanému souboru dětí, je nutné zmínit i některé ze symptomatických poruch řeči, které se u dětí vyskytují. Dle Škodové (2003) a Lechty (2002) se jedná mimo jiné i o tyto oblasti:

- Poruchy komunikace při mentálním postižení
- Poruchy komunikace při tělesných postiženích
- Poruchy komunikace při pervazivních vývojových poruchách
- Poruchy komunikace při lehké mozkové dysfunkci
- Poruchy komunikace při epilepsii

Dále Škodová (2003) uvádí, že dle Lechty (2000, in Škodová, 2003) jsou tři základní možnosti vzniku symptomatické poruchy.

1. **Primární příčina** může způsobit **dominující postižení** provázené narušenou komunikační schopností (symptomatickou poruchu řeči).
2. **Jediná primární příčina** způsobí **dominující postižení** a současně i **druhotné postižení** a jejich vliv se násobí do obrazu narušené komunikační schopnosti (symptomatické poruchy řeči).
3. Existují **dvě primární příčiny**, které způsobují **dominující i druhotné postižení** – jejich výsledkem je obraz narušené komunikační schopnosti, symptomatická porucha řeči.

Poruchy komunikace při mentálním postižení

Mentální postižení „*má širší rozsah a používáme ho jako zastřešující termín pro snížení inteligence na rozličném etiologickém podkladě.*“ (Kozáková, 2005, s.17). Vzhledem k zastoupení tohoto

postižení ve sledovaném souboru dětí, zmíníme i jeho podoblast u dětí diagnostikovanou, a to mentální retardaci různého stupně. **Mentální retardaci** (dále MR) lze definovat „*jako vývojovou duševní poruchu se sníženou inteligencí demonstrující se především snížením kognitivních, řečových, pohybových a sociálních schopností s prenatální, perinatální i postnatální etiologií.*“ (Valenta, Müller, 2009, s.12). Volně přeloženo to znamená, že u dítěte s diagnostikovanou MR tempo vývoje postupuje pomaleji a dle stupně postižení jen do určité hranice v oblasti rozumové, vyjadřovací, dále v oblasti hrubé i jemné motoriky, sebeobsluhy a samostatnosti.

Ve vývoji dětí s MR se opožďování kognitivního vývoje často spojuje s přidruženými poruchami chování, i když tendence k stereotypním autostimulačním automatismům (jako je kývání se, bouchání hlavou, stereotypní pohyby rukou apod.), agresivním projevům ani sebepoškozování přímo k vlastní diagnóze MR nepatří (Říčan, Krejčířová a kol., 1995). Chování dítěte je sociálně nepřiměřené vzhledem k věku, a tím se stává podnětem stálých obtíží a konfliktů pro rodinu a okolí (Škodová, 2003).

Nejnápadnějším symptomem z hlediska řeči je narušení *obsahové stránky* řeči (nedostatečná nebo vágní slovní zásoba, narušená gramatická stránka řeči) souběžně se stránkou *formální* (výslovnost), včetně *modulačních faktorů* řeči (melodie, dynamika, rytmus, tempo apod.). Mimo vlivu sníženého intelektu působí i další poruchy (např. anomálie mluvidel, deformace chrupu apod.). Tyto odchylky se projevují již v raném věku a často mohou být prvním projevem odlišného vývoje dítěte (Škodová, 2003).

Downův syndrom je kombinovanou vadou. Jedná se o poruchu vzniklou na podkladě chromozomální odchylky (tzn. jeden chromozom navíc ve 21. pozici jádra genu). Tato odlišnost zasahuje do vývoje nejen po narození, ale už během nitroděložního vývoje. Důsledkem je řada tělesných změn, neurologické a jiné poruchy, z nichž mnohé se projeví až v dalším průběhu vývoje (Kozáková, 2005).

Charakteristické pro jedince s Downovým syndromem je typické vzezření: malá zavalitá postava (konečná výška bývá 144-155 cm), krátký krk, malá ústa, větší jazyk, malé nízko posazené uši. Na končetinách jsou patrné krátké silné prsty, typická rýha v dlani. Třetina dětí trpí srdeční vadou a u některých se vyskytují další vrozené vývojové vady. IQ je snížené, rozmanitost dovedností však široká. Jedinci s Downovým syndromem jsou sociálně adaptabilní, muzikální, přátelští, klidní až těžkopádní a ulpívaví. Emocionálně jsou dobře ladění a přizpůsobiví (Kozáková, 2005).

Marková a Středová (1987, in Lechta, 2002) uvádějí, že děti s Downovým syndromem vyslovují jednoduchá slůvka mezi 2.-3. rokem života a první jednoduché věty začínají tvořit kolem 5. roku života. Následuje charakteristické střídání mezi zjevnými pokroky a zastaveními. Hranice, které tyto děti v oblasti řeči dosáhnou je závislá na více činitelích. Dobrá napodobovací schopnost a dobrý hudební sluch, jež jsou u těchto dětí všeobecně známé lze velmi dobře využít nejen v rámci logopedické péče (Lechta, 2002).

Poruchy komunikace při tělesných postiženích

Nejčastěji se v kategorii tělesného postižení dětí uvádí **Dětská mozková obrna** (dále DMO), která se etiologicky spojuje s prenatálním, perinatálním či postnatálním, nejčastěji však do jednoho roku života dítěte vzniklým poškozením mozku, které má za následek poruchu hybnosti a vývoje hybnosti (Renotierová, 2006).

V důsledku vrozeného či raného poškození centrální nervové soustavy se jedná o postižení projevující se ve vícero oblastech a to značně individuálně. Nejnápadněji působí porucha motoriky, která může mít formu spastickou (křečovitou) i nespastickou rozličného stupně. Dle Lesného (1980, in Škodová, Jedlička a kol., 2003) se může jednat o spasticitu (permanentně zvýšené napětí svalstva), diskinezi (nepotlačitelné mimovolní pohyby) nebo hypotonii (patologicky snížené

svalové napětí). Další postiženou oblastí je narušené chování, resp. časté emoční změny a mentální retardace, která prognózu může ještě více nepříznivě ovlivnit. Častými bývají také poruchy zraku – až 50% (obvykle šilhavost), poruchy sluchu dle různých autorů v rozmezí 5-25%. Epilepsie se dle Lesného (1972, in Škodová, Jedlička a kol., 2003) objevuje u dětí s hypotonickou formou DMO až v 50%. (Škodová, 2003)

Poruchy řeči bývají velice častým přidružením. Škodová (2003) jako nejcharakterističtější a nejproblematictější narušení komunikační schopnosti uvádí *dysartrii*⁴, možnost výskytu zpomaleného tempa, *dysfonii*⁵, *poruchy dýchání, huhňavost (rinofonii)*⁶, *koktavost*⁷, *narušené koverbální*⁸ *chování* a možné *opoždění vývoje řeči*.

Poruchy komunikace při pervazivních vývojových poruchách

Z pervazivních vývojových poruch - zcela pronikajících osobnost dítěte a výrazně měnících jeho chování, možnosti socializace, edukace atd. (Valenta, Müller, 2009) se soustředíme na dětský autismus a atypický autismus.

Dětský autismus je vrozená porucha některých mozkových funkcí vzniklá na neurobiologickém podkladě, jejímž důsledkem je, že dítě *dobře nerozumí tomu, co vidí, slyší a prožívá. Duševní vývoj* dítěte je díky tomuto handicapu *narušen* hlavně v oblasti komunikace, sociální interakce a představitivosti (tzv. základní diagnostická triáda problémových oblastí vývoje). Autismus provází specifické vzorce chování (Thorová, 2007).

Dětský autismus poprvé popsal Kanner (1943, in Škodová, Jedlička, 2003) u dětí s MR, u kterých zjistil neschopnost navazovat vztahy

⁴ Dysartrie – vývojové i získané obtíže při hláskování, vyslovování, melodii aj. způsobenou poškozením mozku a mozkových drah (Dvořák, 2001).

⁵ Dysfonie – porucha hlasu organicky nebo funkčně podmíněná (ibid).

⁶ Huhňavost (rinofonie) – narušení zvuku hlasu (ibid).

⁷ Koktavost (balbuties) – narušení plynulosti řeči (ibid).

⁸ Koverbální – doprovázející slovní projevy, současně s artikulovanou řečí (např. gestikulace, emoční ladění) (ibid).

s druhými osobami, opožděný vývoj řeči s řečovými odchylkami a nutkavou potřebu osamocení a neměnnosti.

Dětský autismus (Škodová, 2003) jako celoživotní handicap, který brání postiženému v adaptaci na prostředí, v němž žije, se nejvýrazněji projevuje v těchto oblastech:

- **chování:** stereotypní způsoby chování, absence spontaneity ve hře, omezené zájmy a aktivity. Specifická přichylnost k neobvyklým předmětům, trvání na vykonání zvláštních stereotypů při činnostech nefunkčního charakteru, obava z neškodných věcí (Škodová, 2003);
- **mimika i tělesné pohyby neobsahují komunikační význam:** děti celkově málo napodobují druhé, téměř neužívají gesta, mnohdy mají bizarní pohyby (ibid);
- **řeč a komunikace:** často nemluví vůbec; kvalita komunikace je velmi narušena, opakuje slova či věty, mluví stále o jedné věci, přítomna jsou echolálie⁹, nedostatečné jsou přátelské emoční reakce, chybí zrakový kontakt při komunikaci; pokud se dítě naučí mluvit, pak jsou v řeči patrné typické nápadnosti, není schopno konverzovat (ibid);
- **porucha sociálních vztahů:** extrémní uzavřenost do sebe; neumí se mazlit, nevyžadují přítomnost ani pomoc druhých, neprojevují zájem o hru s druhými dětmi, tyto děti jakoby neodlišovaly živé od neživého (ibid);
- **odpor ke změně, rigidita a nepružnost myšlenkových procesů:** obvykle aktivní obrana před jakoukoli změnou v denních činnostech nebo v uspořádání prostředí (ibid);
- **symbolická hra je jen minimální nebo žádná:** hra je typicky stereotypní, strnulá a často neobvyklá, může být nahrazována autostimulačním mechanismy (ibid);
- **inteligence** nemusí být postižena (ibid);

⁹ Echolalie – ozvěnovité opakování slyšených slabik, slov a vět po druhých osobách (obvykle bez pochopení obsahu řeči) (Dvořák, 2001).

- **nerovnoměrnost vývoje:** obvykle velmi dobrá prostorová orientace, obratnost, zraková a prostorová paměť; některé děti mají fenomenální paměť (Škodová, 2003);
- **emoční labilita:** prudké afektivní výbuchy s křikem a pláčem, ohrožující mohou být tendence k sebepoškozování (Škodová, 2003).

Dětský autismus může být, a často bývá kombinován s mentální retardací, epilepsií, smyslovými poruchami, geneticky podmíněnými vadami, neschopností soustředění nebo výraznou pasivitou (Thorová, 2007).

Atypický autismus (Škodová, 2003) se diagnostikuje u dětí, které nesplňují všechna kritéria triády pro dětský autismus, nebo se u nich porucha začala rozvíjet až po třetím roce života.

Poruchy komunikace při lehké mozkové dysfunkci

Lehká mozková dysfunkce (LMD), dříve označovaná jako lehká dětská encefalopatie (LED), jíž označil český neurolog MUDr. JUDr. Otokar Kučera (Vitásková, 2006), se v nynější mezinárodní klasifikaci nemocí – 10. revizi uvádí v kategorii „*Poruch chování a emocí se začátkem obvykle v dětství a v adolescenci*“ (MKN-10, 2006, s.201) pod termínem Hyperkinetické poruchy F90. Jako takové jsou vymezeny: „*Skupina poruch charakterizovaná raným začátkem, kombinací nadměrně aktivního, špatně ovládaného chování s výraznou nepozorností a neschopností trvale se soustředit na daný úkol. Tyto rysy chování se objevují ve všech situacích a jsou trvalé.*“ (MKN-10, 2006, s.203). Tyto poruchy jsou dále členěny. My se opět zmíníme jen o těch, které byly u dětí sledovaného souboru diagnostikovány. Jedná se o poruchu pozornosti (ADD) a poruchu pozornosti s hyperaktivitou¹⁰, (ADHD).

U dětí s **ADD (poruchou pozornosti)** se neobjevuje impulzivita a hyperaktivita, více potíží se vyskytuje v oblasti pozornosti a

¹⁰Hyperaktivita zvýšená aktivita, nadměrné až neúčelné a neproduktivní zvýšení činnosti (Dvořák, 2001).

v percepčně-motorických¹¹ úkolech. Dále se může vyskytovat tzv. denní snění, pomalost při provádění rozumových operací a obtíže při navazování sociálních kontaktů. Ve školním prostředí se mohou projevit úzkostné rysy. Naopak u dětí s **ADHD (porucha pozornosti s hyperaktivitou)** jsou přítomny tři základní příznaky – porucha pozornosti, impulzivita a hyperaktivita. Tyto děti se nacházejí v rizikové skupině z hlediska antisociálního chování vzhledem k neodbornému působení autorit a okolí. U dítěte se mimo jiné projevují sníženými výkony ve škole, agresivitou, problémy při navazování kontaktů s vrstevníky, nesnášenlivostí, neschopností podřídit se autoritě a obecně závazným pravidlům, agresivním řešením vztahových problémů (Zelinková, 2003).

Kutálková (2009) k této problematice uvádí příznaky jako je nadprůměrná, obtížně zvladatelná pohyblivost, nestálost a těkavost pozornosti, nápadná živost, nesoustředěnost s psychomotorickým¹² neklidem tzv. nejdřív něco udělá, a pak teprve myslí. Dále v citové oblasti se projevuje buď jako přecitlivělost nebo citový nezájem, negativismus, projevy neúměrných reakcí v podobě fázových stavů¹³ a společenská nezralost. V oblasti hybnosti pak jde o neklid, nedostatky v koordinaci (sladění), přesnosti pohybů a rychlosti reakcí, u některých dětí i dyspraxii¹⁴. Dalšími projevy jsou nedostatky ve smyslovém vnímání i v poznávacích činnostech (dysgnózie).

Mezi projevy tzv. specifických poruch výslovnosti, které u nás zkoumal Žlab (1982, in Lechta 2002), patří *artikulační neobratnost* (jednotlivé hlásky jsou vyslovovány správně, ale skupina či složitější slova již jsou vyslovena chybně) a *specifické asimilace* (spodoba

¹¹ Percepčně-motorický – jeden z druhů lidského vnímání, na kterém se podílejí kinestetické (pohybové) pocity (Dvořák, 2001).

¹² Psychomotorický – týkající se duševních a hybných jevů (Dvořák, 2001).

¹³ Fázové stavy – jsou celkem tři. Fáze nivelizační – dítě reaguje stejně na silný i na slabý podnět (neposlechne ani po dobrém, ani po zlém, ani když poprosím, ani když přikážu). Fáze paradoxní – dítě reaguje na slabý podnět silně a na silný nereaguje (když potichu poprosíme, může se přerazit, když silně přikážeme, reakce se nedostaví). A fáze ultraparadoxní – dítě udělá opak toho, co se mu říká. Jde o reflexní děj (vůlí neovlivnitelná posloupnost dějů), častý u labilních, nezralých dětí, který bývá zaměňován za prosté zlobení (Kutálková, 2009).

¹⁴ Dyspraxie – porucha motorické koordinace (celková nebo částečná – ruce, mluvidla), která není vysvětlitelná mentální retardací ani vrozeným nebo získaným neurogenním onemocněním (Dvořák, 2001).

artikulačně nebo akusticky podobných hlásek). Dále Lechta připomíná častou kombinaci více poruch řeči, které u těchto dětí vyznívaly Žlab (1961, in Lechta, 2002) - *dyslalii+artikulační neobratnost, dyslalii+specifické asimilace, dyslalii + koktavost a další kombinace*. Také se může vyskytovat *dysprozódie*¹⁵ a *dysgramatismus*¹⁶ (Lechta, 2002).

Poruchy komunikace při epilepsii

Epilepsie je poměrně častým onemocněním již v dětském věku jako následek raného poškození dětského mozku. Projevuje se velkými nebo malými záchvaty. Velký záchvat je charakterizován křečemi, ztrátou vědomí spojenou s upadnutím, sliněním a pomočením. Při malém záchvatu dochází pouze k přechodné ztrátě pozornosti a schopnosti vnímání, dítě je na krátkou dobu „duchem nepřítomno“ a mnohdy není rodičům ani pedagogům známo, že se jedná o lehký stupeň epilepsie. (Při zpozorování blížícího se záchvatu dítě uložíme na bezpečnou podložku a v případě medikace¹⁷, aplikujeme předepsané léky.) Mimo uvedených záchvatů se epilepsie projevuje i v dalších oblastech psychických funkcí a povahových vlastností dítěte. Jedná se o nesoustředěnost, roztěkanost, snadnou a dřívejší unavitelnost, někdy uzavřenost, jindy výbušnost a zlostnost. Mnohdy bývá epilepsie kombinována s mentální retardací, hyperkinetickou poruchou (ADHD) nebo dětskou mozkovou obrnou (Kábele, 1988).

Epileptické záchvaty se mohou projevit i v oblasti komunikační schopnosti. Jednak ve formě přechodných nebo trvalých poruch řeči. Ve formě přechodné, tj. před, po, případně i při záchvatu. Nadoleczny (1926, in Lechta, 2002) popisuje koktavost jako signál nadcházejícího záchvatu,

¹⁵ Dysprozódie – porucha nebo nápadně odchylné užívání modulačních faktorů řeči – přízvuk, melodie a tempo řeči, pauzy (Dvořák, 2001).

¹⁶ Dysgramatismus – vývojová odchylka, neúplně a nepřesně vyvinutá schopnost (až neschopnost) užívat v mateřské řeči správně gramatických pravidel (ibid).

¹⁷ Medikace – léčení pomocí léků a způsob jejich užívání (ibid).

Arnold (1970, in Lechta, 2002) uvádí projev senzorické afázie¹⁸ před záchvatem, Sovák (1981, in Lechta, 2002) zařazuje k přechodným poruchám řeči před epileptickým záchvatem echolálii a patlavost¹⁹. Arnold (1970, in Lechta, 2002) popisuje náhlý začátek, krátké trvání a úplnou návratnost předchozího stavu. Z toho vyplývá, že v těchto případech není třeba realizovat logopedickou intervenci²⁰. Trvalé poruchy řeči vznikají obvykle z přechodných poruch, zpravidla při zhoršování epilepsie. Dle Arnolda (1970, in Lechta, 2002) četnost epileptických záchvatů ovlivňuje jak rychlost proměny od přechodné k trvalé, tak i závažnost poruchy. Převažují poruchy afatické. Z dalších řečových charakteristik je známá bradylalie²¹, a monotónní řeč. Nadoleczny (1926, in Lechta, 2002) popisuje u těžších případů vyskytující se echolalii a perseveraci²², svéráznou strnulou modulaci. Sasín (in Lechta, 2002) zase uvádí zvláště u starších dětí „knižní“, strojený způsob řeči a výrazné změny v písemných projevech (různá velikost jednotlivých písmen, nápadné zdůrazňování jednotlivých slov nebo částí slova, se sklonem ke zdobnosti). Dále výskyt afázie, dyslexie²³ a dysgrafie²⁴ v různém procentuálním poměru (Lechta, 2002).

¹⁸ Senzorická afázie – ztráta naučených schopností dorozumívat se řečí (mluvnou, čtenou, psanou) organického původu postihující především schopnost vnímání a rozumění řeči, přičemž vyjadřování je postiženo v důsledku předcházejícího (Dvořák, 2001).

¹⁹ Patlavost (dyslalie) – vadná výslovnost hlásek (ibid).

²⁰ Intervence – zákrok do nějakého jevu nebo procesu s cílem ovlivnit jej (Dvořák, 2001).

²¹ Bradylalie – patologicky zpomalené tempo řeči obvykle organického původu (ibid).

²² Perseverace – ulpívání na určité reakci (pohyb, slovo aj.), opakování slov či vět po sobě samém (ibid).

²³ Dyslexie – vývojová porucha projevující se ztíženou schopností naučit se číst při běžném výukovém vedení, přiměřené inteligenci a sociokulturní příležitosti (ibid).

²⁴ Dysgrafie – vývojová odchylka, projevující se sníženou schopností osvojit si dovednost psát (na úrovni grafické podoby písmen) při běžném výukovém vedení, přiměřené inteligenci a při žádné smyslové či pohybové poruše (ibid).

2.2 Vývojová dysfázie

Vývojovou dysfázii (specificky narušený vývoj řeči) zmiňujeme také, jelikož byla u některých dětí sledovaného souboru diagnostikována, a jedná se o závažné ovlivnění vývoje dítěte.

Vývojová dysfázie je v současné české klinické logopedii označovaná (Škodová, Jedlička, 2003, s.106) jako „*specificky narušený vývoj řeči, projevující se ztíženou schopností nebo neschopností naučit se verbálně komunikovat, i když podmínky pro rozvoj řeči jsou přiměřené*“. Dále popisovaná jako následek poruchy centrálního zpracování řečového signálu na základě oboustranného difuzního (rozptýleného) poškození CNS. Zasahuje v podstatě celou centrální korovou oblast, a podle závažnosti postižení se pak projevuje různou hloubkou příznaků (Škodová, Jedlička, 2003).

Z foniatrického hlediska je vývojová dysfázie striktně řazena na základě poruchy vnímání řeči do vývojových řečových poruch. Většina současných prací zaobírajících se touto problematikou se přiklání k užšímu vymezení příčiny této poruchy. Označují ji za následek poruchy centrálního zpracování řečového signálu. Svým charakterem příznaků, nikoli striktním ložiskovým nálezem v neurologickém smyslu, se tak postižení lokalizuje do centrální sluchové oblasti řečových center (ibid).

Nabízí se zde otázka případného vlivu dědičnosti. Opožděný vývoj řeči a vývojové poruchy řeči se v rodinách vyskytují spíše u mužských potomků (chlapci převažují přibližně v poměru 4:1) (Škodová, Jedlička, 2003). Mimo uvedené příčiny Mikulajová (1995, in Vitásková, Peutelschmiedová, 2005) uvádí příčinu multifaktoriální (mnohočetnou).

Porucha má systémový charakter a zasahuje v různé míře a širokém spektru vnímání i produkci řeči ve všech jazykových rovinách (Dvořák, 2001).

Zásadním příznakem (Škodová, Jedlička, 2003) je vždy opožděný vývoj řeči. Rozsah zevních symptomů se může jevit jako výraznější patlavost, přes nesrozumitelný projev až k úplné nemluvnosti. Obtíže v řeči zasahují jak povrchovou, tak hloubkovou strukturu. V hloubkové

strukturu řeči může zasahovat jak rovinu sémantickou²⁵, syntaktickou²⁶ i gramatickou²⁷. Jedná se pak o přehazování slovosledu, odchylky v četosti výskytu jednotlivých slovních druhů, nesprávné koncovky při skloňování a časování slov, vynechávání slov, zvláště předložek, zvrtných částic, rovněž omezení slovní zásoby, snížení stavby věty na dvou nebo i jednoslovné. Novák (1997, in Škodová, Jedlička, 2003) udává, v povrchové struktuře řeči se narušení realizuje ve fonologické²⁸ oblasti na úrovni rozlišování distinktivních (rozlišovacích) rysů hlásek. Nejčastěji se jedná o poruchu diferenciaci znělosti-neznělosti, závěrovosti-nezávěrovosti, kompaktnosti-difuznosti. Škodová, Jedlička (2003) dále uvádí: řeč je na poslech výrazně patlavá až nesrozumitelná. Může docházet k záměnám či redukcím hlásek či slabik ve slově, zvláště u delších slov. Projev může vyvolávat dojem řečové plynulosti, bohužel je však těžko srozumitelný až nesrozumitelný. S ohledem k udaným příznakům mluvíme nejen o opožděném, ale i odchýlném vývoji řeči.

Mimo jazykovou oblast se obtíže projevují i v dalších osobnostních složkách. Uváděny jsou symptomy jako např. psychomotorický neklid, poruchy pozornosti, aktivity a impulzivity (ADHD/ADD), nerovnoměrnost výkonů vzhledem k jednotlivým intelektovým funkcím, snadná unavitelnost, poruchy koncentrace pozornosti, opoždění vývoje jemné motoriky, významný rozdíl mezi verbální (slovní) a neverbální složkou intelektu, poruchy zvukově-slovní paměti, poruchy zrakového vnímání, poruchy tělesného schématu na podkladě poruch pohybového vnímání a poruch prostorové a pravolevé orientace, nevýhodnost typů či nevyhraněnost laterality, poruchy barvocitu aj. (Vitásková, 2005).

Při diagnostice by se mělo jednat vždy o týmovou práci lékařů, psychologů a speciálních pedagogů. Jedná se o vyšetření všech složek řeči, vyšetření sluchu, neurologické vyšetření a k dotvoření celkového obrazu schopností dítěte a míry opoždění jeho vývoje i vyšetření

²⁵ Sémantická rovina – dílčí systém jazyka zahrnující význam pojmů, úroveň zobecňování aj. (Dvořák, 2001).

²⁶ Syntaktická rovina – dílčí systém jazyka zahrnující uplatňování gramatických pravidel v mluvním projevu - slovosled aj. (ibid).

²⁷ Gramatická rovina – gramatická správnost slov, rodu, čísla, pádu aj. (ibid).

²⁸ Fonologie – zkoumá soustavy a funkce zvukových prostředků jazyka (Peutelschmiedová, 2005).

logopedické, speciálně pedagogické a psychologické. Součástí je diferenciální diagnostika s cílem vyloučit záměnu s vývojovou dysartrií, vadou nebo poruchou sluchu, prostým opožděním vývoje řeči, opožděním vývoje řeči při mentálním postižení a těžkou dyslalií (Škodová, Jedlička, 2003).

Podstatou rozvoje komunikačních dovedností a schopností u dítěte s vývojovou dysfázií je oproti jiným poruchám řeči zaměření na celkovou osobnost dítěte, aniž by se zdůrazňovala složka řeči. Terapie zahrnuje společné rozvíjení zrakového a sluchového vnímání, myšlení, paměti a pozornosti, hybnosti, orientačních schopností, grafomotoriky a řeči (ibid).

Důsledky projevující se ve vývoji, vnímání, prožívání, jednání a chování vyplývající z uvedených poruch, postižení či jiného znevýhodnění se promítají ve znalostech, schopnostech, dovednostech dítěte a celé jeho osobnosti. Je zřejmé, že výsledky výzkumného šetření by měly odrážet tuto skutečnost a informovat nás o závažnosti i spojitosti jednotlivých znevýhodnění či postižení s touto sledovanou oblastí, a tak nám poskytnout informaci ke stanovení vhodného postupu při jejím rozvíjení.

3 Prostorová orientace

Zabýváme - li se výchovou a vzděláváním dětí předškolního věku, pak k této práci neodmyslitelně patří pedagogická a u dětí se speciálními vzdělávacími potřebami²⁹ i speciálně pedagogická diagnostika. Její pečlivá příprava, provedení a následné zhodnocení nám pomůže přiblížit se k aktuálnímu stavu dítěte. Ze závěru této diagnostiky, pak můžeme dále vycházet a volit nejvhodnější postupy k specifickému i všestrannému rozvoji dítěte předškolního věku.

Diagnostika by měla splňovat následující kritéria:

- princip komplexního přístupu (v němž je zahrnut týmový přístup, diagnostika celé osobnosti dítěte i širší kontext);
- princip etiologického hlediska (zaměření se na příčinu stavu);
- princip longitudinální (dlouhodobé diagnostiky, která není ovlivněna aktuálním stavem dítěte);
- princip dynamiky (což znamená, že se závěr stanovený na základě diagnostiky neustále proměňuje s vývojem dítěte a tak umožňuje nepřetržité a odpovídající hodnocení) (Valenta, Müller, 2009).

Proto i při hodnocení vizuální orientace v prostoru musíme vycházet i následně vnímat související oblasti. Dle Bednářové, Šmardové (2008) se v rámci předškolního věku soustředíme na sledování a rozvoj oblastí:

- motoriky, grafomotoriky³⁰
- zrakového vnímání a paměti
- sluchového vnímání a paměti
- vnímání prostoru
- vnímání času

²⁹ Za děti se speciálními vzdělávacími potřebami se dle zákona 561/2004 Sb., o předškolním, základním, středním, vyšším odborném a jiném vzdělávání v ustanovení § 16 považují ti, kteří mají: zdravotní znevýhodnění, zdravotní postižení, sociální znevýhodnění (Michalík, 2005).

³⁰ Grafomotorika – specifická motorika, koordinovaná pohybová aktivita při grafických projevech - kreslení, psaní apod. (Dvořák, 2001).

- základních matematických představ
- řeči (myšlení)
- sociálních dovedností
- sebeobsluhy (samostatnosti)
- hry.

Prostorová orientace

Jak už jsme uvedli výše, prostorová orientace se vyvíjí již od nitroděložního života. Dále ve spojitosti se zrakovými, sluchovými, pohybovými a hmatovými vjemy a jejich kognitivním zpracováním. Vytváření představy prostoru a dále pojmenovávání prostorových vztahů je proces dlouhodobý (Bednářová, Šmardová, 2008).

Prostor je určen třemi rovinami – vertikální, předozadní a horizontální. Správná prostorová orientace vyžaduje nejen jeho vnímání, které je výslednicí smyslových orgánů a mentálních výkonů, ale také odpovídající zobrazování (Zelinková, 2003).

Poté, co dítě objevilo své tělo, zjišťuje pozici, kterou zaujímá vzhledem k předmětům, jež ho obklopují. Vytváří si tak soubor vztahů mezi vlastními pohyby a pohyby vnějšího okolí (Doyon, 2003).

Vnímání prostoru, zpracování a zapamatování si prostorových vztahů má významný přínos pro mnoho aktivit. Zejména se jedná o orientaci v prostředí, ve kterém dítě žije, přizpůsobení se tomuto prostředí a jeho účelné využití. Malé dítě směřuje svůj pohyb za přitažlivým cílem, snaží se vykonávat účelné pohyby rukou, později i celým tělem k jeho dosažení. Prostorové vnímání se s koordinací pohybů, zrakovým či sluchovým vnímáním stále vzájemně ovlivňují a podněcují k dalšímu rozvoji (Bednářová, Šmardová, 2008).

Dítě batolecího věku již ví, že prostor je určitým způsobem uspořádan. Ve svém nejbližším okolí zná, kde se nacházejí hračky, kde se v domě zpravidla nachází prostor určený ke spánku, k jídlu apod. V předškolním věku se tento prostor rozšiřuje zejména o prostředí

mateřské školy, o cestu mezi domovem a obchodem, školkou, hřištěm aj. (Bednářová, Šmardová, 2008).

Batole, díky zemské přitažlivosti, nejdříve chápe a posléze i zařazuje do aktivního slovníku pojmy vertikální osy: nahoře-dole, nad-pod, vrchní-spodní. Následuje osvojení si vztahů a pojmů osy předozadní: vpředu-vzadu, vedle, první-poslední, předposlední, hned před, hned za a další. Okolo pátého roku i vztahy a pojmy osy horizontální: vpravo-vlevo, pravý-levý. Na rozdíl od pojmů osy vertikální, které jsou jednoznačné, pojmy vpředu-vzadu, vpravo-vlevo, mění svůj význam vzhledem k poloze těla (Zelinková, 2003).

Ve vizuální orientaci v prostoru si pak všímáme úrovně nejbližších oblastí - ovládnutí tělesného schématu (některými autory uváděno tělového schématu), laterality a pravolevé orientace, které se na jejím vývoji a rozvoji značně podílí. Ze zvládnutí tělesného schématu vizuální orientace v prostoru vychází a pravolevou orientaci výrazně ovlivňuje. Působení je však ve všech oblastech obousměrné, tedy vzájemné.

3.1 Tělesné schéma

Kotasová (1996, in Zelinková, 2001) chápe pod pojmem tělové schéma integraci³¹ fyziologické úrovně realizace pohybu se subjektivní citově-rozumovou zkušeností. Tělové schéma umožňuje cítění pohybu, tj. vnímání pohybu celého těla i jeho částí v prostoru i při manipulaci s nástroji a předměty.

Tělesné schéma je představa, kterou máme o vlastním těle. Aby se dítě pohybovalo odpovídajícím způsobem, musí si uvědomovat všechny části svého těla a rozlišovat vztah, který mezi sebou zaujímají. Tak může své pohyby lépe koordinovat, má lepší rovnováhu a lépe se orientuje v prostoru, který ho obklopuje (Doyon, 2003).

Prostřednictvím pohybu a vnímání se vytvářejí tělesné zkušenosti, které jsou neodlučitelné od naší osoby a neoddělitelně spjaté s lidskou

³¹ Integrace – včlenění, spojení (Dvořák, 2001).

interakcí³². Pomocí těla tak můžeme dítě uvést do reality (skutečnosti), zprostředkováním vjemů a zkušeností (Valenta, Müller, 2009).

Úroveň ovládnutí tělového schématu je zřejmá v každém pohybovém projevu (při práci, v běžném životě, ve sportu), který vyžaduje zvládnutí polohy těla a jeho částí v prostoru. Tělové schéma je závislé na informacích z receptorů³³, které zpracovávají impulzy z těla i okolního světa (Zelinková, 2001).

3.2 Lateralita a pravolevá orientace

Drnková, Syllabová (1983, s.16) uvádí, že už Pasteur zjistil „že *asymetrický uhlík, tedy už neživá příroda, má schopnost rozlišovat pravé a levé.*“

Rozlišování pravé a levé strany je základní vlastností přírody, která se projevuje od molekulárních částí až po lidský mozek. Mozek je anatomicky i funkčně stranově nesouměrný (Zelinková, 2001).

Lateralitou rozumíme přednostní užívání jednoho z párových orgánů hybných (ruky, nohy) a smyslových (oka, ucha). Laterální vyhranění souvisí se stupněm specializace mozkových hemisfér (polokoulí) na určité funkce nebo procesy. Vývoj laterality probíhá již v nitroděložním průběhu vývoje, kdy až 95% plodů vkládá palec pravé ruky do úst. Věk, ve kterém se začne laterální preference odlišovat, se různí. Nejčastěji se jedná o rozmezí 1 – 5 let, přičemž průměr tvoří 3 roky. V raných stádiích dítěte se preference ruky může měnit ze dne na den (Zelinková, 2003).

Bednářová, Šmardová (2008) uvádí, že v prvních měsících a letech se jedná o střídání období více symetrického či asymetrického užívání rukou, které trvá obvykle do čtyř let dítěte. Od tohoto období již většina dětí začíná užívat jednu ruku přednostně jako obratnější a aktivnější.

³² Interakce – vzájemné působení na sebe dvou i více činitelů (Dvořák, 2001).

³³ Receptor - speciální ústrojí přijímající podněty z vnějšího nebo vnitřního prostředí organismu (ibid).

Zřetelně projevovat a vyhraňovat se začíná lateralita horních končetin v pěti až sedmi letech. Ustaluje se v deseti až jedenácti letech.

Pravolevá orientace (PLO) prochází několika stadii:

- *PLO na sobě a v prostoru* – tuto dovednost dle různých autorů by mělo dítě zvládnout v sedmi letech či v průběhu 6 – 9 let života dítěte. Taktéž podmínění zvládnutí této dovednosti se liší. Jeden směr upřednostňuje dozrávání, druhý zdůrazňuje význam učení vnímání. Ukázat pravou a levou ruku dokáží děti již mezi 4. a 5. rokem života (při nácviku ještě dříve) (Zelinková 2003).
- *PLO na osobě obrácené proti sobě* – na věku zvládnutí tohoto rozlišení se již mnozí autoři shodují a stanovují ho na přibližně deset let. Mezi 7. a 8. rokem života dítěte si dítě začíná uvědomovat, že strom, který byl vpravo, je na zpáteční cestě vlevo. Taktéž začíná rozlišovat pravou a levou stranu na osobě obrácené čelem k němu (Zelinková, 2003).
- *PLO při pohybu v prostoru* – jedná se o poslední stadium rozlišování pravé a levé strany při představě vlastního pohybu v prostoru se současnou projekcí do plošné roviny (např. orientace na mapě a následné užití v prostoru, v němž se dítě pohybuje). Byly zjištěny výrazné rozdíly mezi chlapci a dívkami. Věk, kdy tuto dovednost již dítě dokáže zvládnout, se pohybuje mezi 11. a 15. rokem dítěte (ibid).

Jak už jsme několikrát zmínili, úroveň vizuální orientace v prostoru se váže na další oblasti a jak je z výše uvedeného zřejmé, vzájemně se ovlivňují. Sledováním jedné z těchto oblastí (tělesné schéma, lateralita, pravolevá orientace) se dovídáme i o úrovni dalších a naopak. Přirozený vývoj se podílí na společném vyzrávání jednotlivých funkcí, proto se u dětí se zdravotním znevýhodněním či postižením jakýkoliv deficit

promítne nejen do sledovaných struktur, ale celé osobnosti dítěte. Vzájemné působení však přináší i pozitivní náhled, věnujeme-li se v daný okamžik jedné z oblastí, rozvíjíme i další a tak přispíváme k všestrannému rozvoji.

3.3 Význam vizuální orientace v prostoru v předškolním věku

Význam vizuální orientace v prostoru je v předškolním období dítěte velice důležitý, dalo by se říct i zásadní. Nejedná se o pouhou orientaci v prostoru, ve kterém se dítě pohybuje, ale o zvládnutí dovednosti chápat vzájemné vztahy mezi předměty, jevy ve všech třech rovinách a to jak v makroprostoru (velkém prostoru), mikroprostoru (malém prostoru), tak i v jeho části - na ploše, obrázku, v knize apod. Jedná se o důležitý předpoklad správného zvládnutí čtení, psaní a počítání, které je mimo jiné oblasti, na úrovni vizuální orientace v prostoru závislé.

Vizuální vnímání prostoru v předškolním věku poznamenává mnoho výkonů a činností dítěte. Může se odrážet v obtížnějším nabývání pohybových dovedností, může mít vliv na sebeobsluhu a samostatnost, vnáší neklid do uspořádání vnějšího okolí. Může také ovlivňovat takové činnosti jako je kreslení – uvědomování si vedení směru čáry, hru se stavebnicemi, mozaikami, kdy při oslabené vizuální prostorové orientaci děti tyto činnosti nevyhledávají a tím následně nerozvíjí své technické myšlení (Bednářová, Šmardová, 2008).

Na počátku školního věku pak nedostatečná úroveň vývoje vizuální orientace v prostoru může způsobovat značné obtíže. Doyon (2003) uvádí, že jakmile se dítě naučilo orientovat v prostředí, které ho obklopuje, snadněji chápe grafické a numerické znaky, které se od sebe navzájem odlišují formou, velikostí a orientací. Dítě, s problémy ve vizuální prostorové orientaci má tendence k obracení písmen, protože nevnímá jejich orientaci. Může tak zaměňovat hlásky p,b,d, protože nerozlišuje, zda je bříško nahoře, dole, vpravo nebo vlevo. Shodný problém nastává i v případě číslic. Mimo písmena a číslice si

v textu musí uvědomovat i odlišnost mezer mezi písmeny, slovy a větami. Přesně stanovenou formu a orientaci i přesně určenou pozici ve slabice, stejně jako slabiky ve slově a ty ve větě. Také si musí uvědomovat a dodržovat směrovost čtení a psaní a to zleva doprava a shora dolů.

Nezvládá-li dítě pojmy prostorové orientace ve všech rovinách, pak se mohou objevit potíže v počátečním vyučování matematiky. Dítě se zde setkává s následností čísel, jejich grafickou podobou, číselnou řadou a osou, na které zaznamenává kladná i záporná čísla. Používá časovou osu, orientaci na mapě apod. (Zelinková, 2003).

Ve školním věku deficit ve vizuální orientaci v prostoru může vést dle Bednářové, Šmardové (2008) k těmto problémům:

- náročná orientace v textu při čtení – sledování textu ve správném směru zleva doprava, vyhledávání potřebných částí v textu
- obtížná orientace v textu při psaní – zejména při přepisu textu
- potíže při psaní, ztížené uvědomování si směru vedení čáry
- inverze pořadí číslic, písmen v textu – zvláště u neautomatizovaných pojmů první-poslední, v úzké souvislosti se zrakovým vnímáním a lateralitou
- potíže v matematice – v uspořádání číselných sestupných a vzestupných řad, potíže v geometrii
- ztížená orientace v mapách, až nemožnost zápisů do slepých map
- ztížená orientace v notových zápisech
- potíže při sportu, zejména kolektivních hrách, ale také individuálních, kdy dochází k nesprávnému vnímání a uvědomování si směrů vedení pohybu a při tanci
- problémy v koordinaci pohybů při manipulaci s předměty, potíže v rukodělných činnostech, v sebeobsluze.

Předškolní věk je ve vývoji dítěte velice důležitým údobím. Dochází k mnoha změnám, k biologickému, psychickému a emočnímu zrání, i k mnoha sociálním změnám, které na dítě čekají a které si částečně či plně uvědomuje. Úspěšnost v nadcházející školní etapě bude víceméně záviset na úrovni předcházejícího období.

3.4 Rozvíjení vizuální orientace v prostoru

Při rozvoji vizuální orientace v prostoru postupujeme v rámci přirozeného vývoje od nejjednoduššího po složitější. Respektujeme individuální vývojovou úroveň dítěte i jeho aktuální stav.

K nácviku můžeme využít dle Pokorné (2007) různých konstruktivních her, *prohlížení obrázků s otázkami*, co je nahoře, dole, vpravo uprostřed, vpředu, vzadu apod.; *náčrtek zasedacího pořádku* dětí, dle nějž dítě určuje, kdo sedí po pravici, levici, jak sedí za sebou; *rozstříhané geometrické tvary*, které dítě skládá dohromady.

Tymichová (1985) k nácviku prostorové orientace využívá *dokreslování obrázků dle pokynů* (např. přikresluj větve stromečku napravo, nebo sluníčku paprsky nahoru, nalevo,...), *domeček s otevíracími a zavíracími okénky* – pomůcka p. Šebkové z Cerhovic (zavři levou okenici vpravo dole, na které straně je žlutá kytička?, ukaž v levém okně nahoře červenou kytičku apod.), *směrové dopravní značky* (kam ukazuje tato značka?).

Sindelarová (2007) spojuje rozvíjení vizuální orientace v prostoru s rozvojem tělesného schématu ve *Hře na vnímání dotyků* (dotkneme se krátce dítěte se zavřenýma očima na nějakém místě jeho těla, to má následně vlastním dotykem určit přesnou polohu dotyku, případně místo pojmenovat), *Poznej předměty hmatem* (kdy dítě hmatem rozlišuje předměty- hřeben, tužka, klíč, lžice aj. ukryté v sáčku, krabici či jiné

nádobě), ***Nakresli člověka*** (kdy dítě do obrysu vlastního těla domalovává detaily – oči, uši, nos, ústa, oblečení), ***Hry na sochy*** (po roztočení s dítětem se náhle zastavíte, dítě napodobuje postoj, který jste vy zaujali), ***Labyrint*** (úkolem dítěte je provést druhého labyrintem chodeb sestavených z novin pomocí slovních příkazů – jeden krok dopředu, doprava, zpět apod.).

Zelinková (2003) doporučuje k nácviku tyto cvičení: ***ukazování na obrázku*** (vpředu, vzadu, nahoře, dole, hned před aj.); ***plnění pokynů*** (polož tužku na stůl vpravo, nad sešit apod.); ***jed' autem...***; ***ukaz pravou ruku, oko, ucho, nohu***; ***kresebný diktát*** (nakresli doprostřed výkresu dům, vpravo od domu plot,...).

Bednářová, Šmardová (2008) nabízejí k procvičování vizuální orientace v prostoru ***obrázkové předlohy***, dle nichž dítě ukazuje nebo popisuje jednotlivé pojmy; ***umísťování předmětů v místnosti, odhadování vzdálenosti při procházce***; ***popis reálné cesty*** (ze školky k brance, od stolečku ke dveřím aj.); ***ukazování části těla či pravolevé strany na sobě, na druhé osobě, na obrázku***.

Doyon (2003) rozčlenila jednotlivá cvičení dle věku. První, pro 2-3leté děti, jsou zaměřena na ***prozkoumávání prostředí ve vertikální i horizontální ose svým tělem*** (dítě dle pokynů leze pod židli, chodí kolem stolu, okolo různých předmětů, posazuje se na židli, odchází za dveře či do koupelny) a ***modelováním předmětů***, čímž poznává jejich obrysy a získává představu o jejich rozměrech. Ve věku 3-4 let, kdy si dítě je již vědomo umístění předmětů a vztahu k němu samotnému se mimo ***orientace v jednoduchých trasách*** (přelez židličku, projdi kolem stolu a schovej se za skříní) procvičuje i ***porovnávání*** od největšího po nejmenší, nejnižší a nejvyšší atd.). Ve 4-5 letech, poté co zvládlo předchozí dovednosti, procvičuje jejich aplikaci na místě ***slovním popisem*** (co vidí před sebou, vzadu, vedle apod.), ***rozděluje dle vícera kritérií*** (nejkratší provázky dává na levou stranu, nejdelší na pravou

stranu apod.), *sestavuje obrazce* z párátek, knoflíků dle předlohy, či pokynů, *označuje křížky dle pokynů* (zakroužkuj modře třetí křížek v druhé řadě apod.); *vybarvuje obrázky dle pokynů*.

Rozvíjení vizuální orientace v prostoru je jednoduchým a hravým cvičením, které můžeme využívat denně a tak přispět ke zdárnému rozvoji této schopnosti a dovednosti. Uvedeny jsou pouze inspirativní náměty, které mají přispět k vlastní tvorbě a podpoře společného hraní.

II. PRAKTICKÁ ČÁST

4 Vlastní šetření

4.1 Cíl a hypotéza

Cílem výzkumného šetření bylo zjistit úroveň vizuální orientace v prostoru u dětí předškolního věku. Sledovali jsme diferenciaci prostorových pojmů ve třech osách – vertikální, předozadní a horizontální v makroprostoru a mikroprostoru. Jedná se o pojmy Nahoře – dole, Nad – pod, Vrchní – spodní, První – poslední, Vpředu - vzadu, Před – za, Hned před – hned za, Uprostřed, Vedle, Mezi, Pravá - levá.

Hypotéza H:

Ve vizuální orientaci v prostoru častěji chybují děti sledovaného souboru se zdravotním znevýhodněním či postižením různého druhu a stupně než děti intaktní.

4.2 Použité metody

V rámci výzkumného šetření jsme shromáždili údaje od padesáti dotazovaných jedné mateřské školy. Použili jsme nestandardizovaný diagnostický prostředek kvantitativní metody. Konkrétně dotazník, sestavený pro rodiče a zákonné zástupce dětí, který uvádíme v příloze č.2.

Dotazník obsahoval deset položek - uzavřených a polouzavřených, v nichž měli respondenti možnost výběru ze tří až čtyř odpovědí. Poslední tři otázky nabízely více možností vzhledem k jejich zaměření. Volnou odpověď z daných položek uvádíme v jejím přesném znění. Otázky byly formulovány stručně a srozumitelně.

Položkami dotazníku jsme zjišťovali anamnestické údaje: délku docházky do MŠ; způsob komunikace dítěte v běžných situacích; počet

sourozenců dítěte a z toho počet sourozenců, se kterými společně žije; vyrůstá-li dítě v rodině, v níž se mluví i druhým jazykem; lateralitu dítěte, otce, matky; činnosti, které dítě s oblibou provádí; zdravotní znevýhodnění či postižení dítěte a kdo z odborníků, jej diagnostikoval.

Další z metod, kterou jsme v praktické části použili, bylo samotné **šetření vizuální orientace v prostoru** dětí sledované skupiny vlastní zkouškou vizuální orientace v prostoru, jejíž metodické vedení uvádíme v příloze č.3.

Vlastní šetření probíhalo v místnostech, které slouží ke hře dětí. Místnosti byly osvětleny přirozeným světlem z oken a stropními svítidly, teplota i vybavení prostoru splňovala hygienické i bezpečnostní podmínky. Při vlastním individuálním šetření, byl pouze vyšetřující a vyšetřované dítě. Děti nebyly vystaveny žádným rušivým vlivům, aby se na činnost mohly co nejlépe soustředit. Výzkumné šetření jednotlivých dětí probíhalo pouze v dopoledních hodinách, aby bylo využito časového prostoru, kdy děti ještě nejsou unavené. Při samotném šetření jsme respektovali jejich individuální potřeby a zdravotní stav.

Při vlastním šetření jsme vycházeli z postupů, které uvádí Louise Doyon (2003), Brigitte Sindelarová (2007), Hana Tymichová (1985) a Olga Zelinková (1995) ve zkoušce či cvičeních prostorové orientace.

Vlastní šetření s dítětem jsme započali v připravené místnosti vyprávěním o míčcích. „Podívej, tyto barevné míčky si tady v sobotu a neděli samy hrály. Koulely se nahoru a dolů, doleva a doprava, prostě všude, kudy se jim zachtělo. Ale z toho kutálení zapomněly, kam patří a my jim s tím pomůžeme“. U první šetřené položky stojíme proti dítěti, v ruce máme dva míčky a po dítěti žádáme, aby je umístilo *nahoru* a druhý míček *dolů*. K výkonu druhé položky se přemístíme ke stolečku. Postavíme se u stolečku naproti sobě a opět dítě vyzveme k podání míčku, tentokrát *nad* stolečkem, druhý *pod* stolečkem. K šetření třetí položky se vrátíme k dítěti a informujeme ho o jevu,

který se přihodil – míčky se k sobě přilepily- a požádáme jej, aby si vzalo ten *vrchní* míček. Následně opět míčky k sobě přiložíme a požádáme, aby si dítě tentokrát vzalo ten *spodní* míček. S odkazem na chvíli odpočinku, míčky odkládáme a přecházíme do prostoru k připravenému zástupu židliček. Při šetření čtvrté položky dítě stojí v základním postavení čelem k židličkám, zády k vyšetřovateli. Informujeme dítě o postavení židliček a vyzveme jej, aby našlo a následně si sedlo na *první* židličku. Poté, co dítě opět zaujme základní postavení, jej po zopakování poloh židliček vyšleme nalézt a posadit se na *poslední* židličku. K šetření páté položky rozmístíme židličky v prostoru a dítě ze základního postavení a po informaci o pojmech poloh židliček vyzveme k nalezení a obsazení *prostřední* židličky. U šesté vyšetřované položky dítě sedí na prostřední židličce. Dítěti podáváme míček se slovy, aby jej umístilo na židličku *před sebou*, druhý míček pak na židličku *za sebou*. V sedmé položce dítě umísťuje míček na židličku *vedle sebe*. V osmé položce dítě vyzýváme ke *zvednutí pravé ruky*. Následuje ovázání pravé ruky mašlí se zdůrazněním, že zavazujeme pravou ruku. V deváté šetřené položce pak opět dítě vyzveme ke *zdvižení pravé ruky*. V desátém šetření pak dítěti podáváme míček a dítě žádáme, aby jej umístilo na židličku *vpravo*. Tím je první část šetření vizuální orientace v makroprostoru skončeno. Výsledky šetření jsme v jeho průběhu zaznamenávali do předem zpracovaného záznamového archu zkoušky vizuální orientace v prostoru.

Ve druhé části šetření dítě sedělo na židli u stolečku vedle vyšetřujícího tak, aby na něj dobře vidělo, obličeje byly obráceny stejným směrem a mělo dostatek prostoru. Pracovní list byl umístěn na pracovní ploše před dítětem ve vhodné vzdálenosti, dle zásad zrakové hygieny. Dítě jsme seznámili s průběhem šetření: „Popovídáme si o zvířátkách, která bydlí v domečku. Některá zvířátka bydlí nahoře, některá uprostřed a jiná dole, tak jako lidé ve velkých domech nebo my tady ve školce. Pomůžeš mi ukázat, které zvířátko kde

bydlí, ano“. V první šetřené položce jsme dítěti předložili domeček s okénky, v nichž některých byly umístěny obrázky zvířátek. Zeptali jsme se na jejich názvy, abychom zjistili, zda-l, se v nich dítě bude orientovat a můžeme tak přistoupit k samotnému šetření. Následně jsme dítě požádali, aby nám ukázalo zvířátko, které bydlí *nahoře* a poté *dole*. U druhé položky jsme zvolili pojmy *pod* a *nad*. U třetí položky jsme dle potřeby upravili rozmístění zvířátek, dítě opět obrázky zvířátek pojmenovává (sledujeme směrnost zrakovou i slovní) a ptáme se, které zvířátko se nachází *vpředu* a *vzadu*. Čtvrtou položkou se dostáváme k pojmům *před* kravičkou a *za* kravičkou. Pátá položka pak sleduje rozlišování pojmů *první* a *poslední*, šestá šetřená položka se soustředí na pojmy *hned před* a *hned za*. K šetření sedmé položky opět změňme rozmístění zvířátek a vyzveme dítě k určení zvířátka, které stojí *uprostřed*. Osmou položkou, kdy rozmístění obrázků zvířátek se rozprostírá v řadě, sledujeme diferenciaci pojmů *vedle* kravičky, v deváté položce *mezi* prasátkem a kravičkou. Desátá a poslední položka zkoumá zvládnutí pojmu *vpravo*. Blíže viz příloha č.3. Výsledky šetření jsme taktéž zapisovali během jeho průběhu do záznamového archu zkoušky vizuální orientace v prostoru, který uvádíme v příloze č. 2.

Obsah zkoušky tvořily dva náhledy na vizuální orientaci v prostoru a to v makroprostoru a mikroprostoru (v naší zkoušce tím rozumíme orientaci na obrázku – Domeček, který uvádíme v příloze č. 5) a ve třech směrech – vertikálním, předozadním a horizontálním. V makroprostoru se jednalo o soubory skupin vertikálních pojmů – Nahoru–dolů, Nad–pod, Vrchní–spodní, předozadních pojmů – První–poslední, Uprostřed, Před–za, Vedle a pojmů horizontální roviny – Pravá, Vpravo. V mikroprostoru jsme využili podobných souborů skupin vertikálních pojmů – Nahoře–dole, Nad–pod, dále soubor skupiny pojmů předozadních – Vepředu–vzadu, Před–za, Hned před–hned za, První–poslední, Uprostřed, Vedle, Mezi a v horizontálním

zobrazení prostoru – pojem Vpravo. Zácvičné ukázky jsme použili v začátku výzkumného šetření (Nahoře – dole, před – za a vpravo-vlevo), aby dítě pochopilo, o co se ve zkoušce jedná.

4.3 Organizace šetření

Vlastní výzkumné šetření jsme realizovali v Mateřské škole pro děti s více vadami, v níž autorka práce pracovala před nástupem na mateřskou dovolenou. Mateřská škola se nachází v okresním městě, které má zhruba 30 000 obyvatel a rozprostírá se jako brána Jeseníků na severozápadě Moravy. Tato MŠ je jedním z odloučených pracovišť školského zařízení – SŠ, ZŠ a MŠ, zřízeného pro děti a žáky se speciálními vzdělávacími potřebami. Je šestitřídní mateřskou školou s jednou třídou se strukturovaným programem, jednou třídou pro vzdělávání dětí s lékařskou dg. autismus, dvěma třídami pro děti s odloženou školní docházkou a dvěma třídami pro děti se speciálními vzdělávacími potřebami v oblasti logopedické³⁴, tyflopédické³⁵, somatopedické³⁶, psychopedické³⁷, surdopedické³⁸, kombinovaných vad a jiné. Vzhledem ke speciálním potřebám dětí je činnost velice individuální a je rozšířena o poskytování speciální péče, reedukaci³⁹, kompenzaci⁴⁰, rehabilitaci⁴¹, relaxaci⁴². V rámci potřeby nabízí dětem ze vzdálenějších míst možnost celotýdenního ubytování na internátě, který je její součástí a kde o děti pečují pedagogové a vychovatelé.

Budova je jednopatrová, jejíž jedno křídlo je určeno pro základní a předškolní vzdělávání dětí s lékařskou diagnózou autismus, střed budovy tvoří jídelna, internát, společné šatny a ekonomické zázemí a ve druhém

³⁴ Logopedie – (speciální) pedagogika osob s narušenou komunikační schopností (Dvořák, 2001).

³⁵ Tyflopédie – (speciální) pedagogika osob se zrakovým postižením (ibid).

³⁶ Somatopedie – (speciální) pedagogika osob s tělesným postižením (ibid).

³⁷ Psychopedie – (speciální) pedagogika osob s mentálním postižením (ibid).

³⁸ Surdopedie – (speciální) pedagogika osob se sluchovým postižením (ibid).

³⁹ Reedukace – speciální metody upravující nebo napravující porušené nebo nevyvinuté funkce a činnosti (ibid).

⁴⁰ Kompenzace – vyvážení nedostatku vyvinutím jiné činnosti nebo zdůrazněním jiné přednosti (ibid).

⁴¹ Rehabilitace – souhrn činností směřujících k opětovnému nabytí schopností ztracených nemocí nebo úrazem (ibid).

⁴² Relaxace – pokles fyzického či psychického napětí např. v důsledku aplikace příslušných technik (ibid).

křídle se nachází třídy MŠ, spolu s družinou a malou tělocvičnou. Budovu ze všech stran ohraničuje velká zahrada.

Tuto mateřskou školu aktuálně navštěvovalo 50 dětí ve věku 3 - 7 let. Působilo zde šestnáct pedagogických pracovníků, z toho sedm učitelek předškolního vzdělávání, šest asistentek pedagoga, dvě logopedky a jedna vedoucí učitelka. Sedm pedagogů se středoškolským, šest s vysokoškolským vzděláním a tři zaměstnankyně se středoškolským vzděláním, zvyšující si svou odbornost vysokoškolským speciálně pedagogickým studiem.

Komplexní proces - získání souhlasu rodičů a zákonných zástupců s vyšetřením vizuální orientace v prostoru svých dětí, sběr údajů prostřednictvím dotazníků, zkouška vizuální orientace v prostoru - autorce šetření trval tři měsíce. Jednotlivě bylo vyšetřeno celkem 50 dětí.

4.4 Sledovaný soubor

Sestavili jsme formulář pro rodiče a zákonné zástupce dětí, který zahrnoval souhlas nebo nesouhlas se sledováním vizuální orientace v prostoru a sběrem nezbytných údajů pro šetření. Osloveni uvedeným formulářem byli rodiče a zákonní zástupci padesáti dětí ve věku tří až sedmi let z šesti tříd výše uvedené mateřské školy. Návratnost formulářů byla 100%, ze všech rozdaných formulářů se jich vrátilo padesát. Se sledováním vizuální orientace v prostoru svých dětí souhlasilo všech 50 rodičů nebo zákonných zástupců. Formulář pro rodiče a zákonné zástupce uvádíme v příloze č. 1.

Vlastní výzkumné šetření probíhalo s 50-ti dětmi ve věku od tří do sedmi let, z toho bylo 16 dívek a 34 chlapců. Se 41 dětmi prováděla zkoušku vizuální orientace v prostoru autorka práce sama, výjimku tvoří děti ze třídy s lékařskou dg. autismus. S ohledem na potřeby těchto dětí byla zkouška vizuální orientace v prostoru po konzultaci s třídním pedagogem, provedena jejich učitelkou.

Děti jsou vzdělávány dle vyhlášky MŠMT č.73/2005 Sb., o vzdělávání dětí, žáků a studentů se speciálními vzdělávacími potřebami a dětí, žáků a studentů mimořádně nadaných. Za děti se speciálními vzdělávacími potřebami se dle zákona 561/2004 Sb., o předškolním, základním, středním, vyšším odborném a jiném vzdělávání v ustanovení § 16 považují ti, kteří mají:

- zdravotní postižení (mentální, tělesné, zrakové nebo sluchové postižení, vady řeči, souběžné postižení více vadami, autismus a vývojové poruchy učení nebo chování)
- zdravotní znevýhodnění (zdravotní oslabení, dlouhodobá nemoc nebo lehčí zdravotní poruchy vedoucí k poruchám učení a chování, které vyžadují zohlednění při vzdělávání)
- sociální znevýhodnění (rodinné prostředí s nízkým sociálně-kulturním postavením, ohrožení sociálněpatologickými jevy, nařízená ústavní výchova nebo uložená ochranná výchova nebo postavení azylanta a účastníka řízení o udělení azylu na území ČR.

Děti sledovaného souboru jsou rozděleny do šesti tříd dle závěru speciálně pedagogické diagnostiky, kterou provádí příslušné školské poradenské zařízení (Pedagogickopsychologická poradna, Speciálně pedagogické centrum), dle něhož mohou být do výše uvedené MŠ děti přijaty.

Ve třídě se strukturovaným programem v době výzkumného šetření bylo 9 dětí, z toho 3 dívky a 5 chlapců ve složení:

Dívka 4roky, 8měs. s dg.: atypický autismus středně funkční, vývojová dysfázie, ADHD, snížený práh sluchu⁴³.

Dívka 4roky, 8měs. s dg.: VVV CNS-Dandy Walker syndrom⁴⁴, agenese (nevyvinutí) CC, interhemisferální cysta⁴⁵, hydrocefalus⁴⁶, mikrocefalie⁴⁷,

⁴³ Práh sluchu – nejnižší intenzita zvuku, která vyvolá sluchový vjem; sluchový práh je u každého člověka individuální a závisí rovněž na frekvenci zvuku (nejcitlivější je lidský sluch v rozmezí 500-4 000 Hz) (Langer, 2005).

⁴⁴ Dandy Walker syndrom – vrozený syndrom CNS s klinickým obrazem dominance mozkové ataxie (porucha hybnosti charakteristická nesouměrností pohybů a jejich špatnou koordinací) a kognitivní poruchou (Vokurka, 2009).

⁴⁵ Interhemisferální cysta – patologická dutina s vlastní výstelkou umístěnou v polokoulích (Vokurka, 1994).

centrální kvadruparéza⁴⁶, středně těžká MR, astma bronchiále, atopická dermatitida, autistická porucha vysoce funkční.

Dívka 5let, 2měs. s dg: Downův syndrom, hypothyreoza⁴⁹, narušená komunikační schopnost s povšechnou hypotonií⁵⁰, a retardací psychomotorického vývoje, hypermetropie modica⁵¹, anisometropia levis⁵², orthophoria.

Chlapec 7let s dg.: opožděný psychomotorický vývoj, lehká MR, ADHD, dysfázie foncentrum, hypermetropia cum astigmatismus⁵³, strabismus convergens⁵⁴.

Chlapec 5let, 11měs. s dg.: dětský autismus, psychomotorická retardace, opožděný vývoj řeči, strabismus.

Chlapec 5let, 10měs. s dg.: VVV CNS-Lisencefalie⁵⁵, Epi syndrom – sekundární epileptické záchvaty s nedostatečnou kompenzací stavu, středně těžká MR, symptomatická porucha řeči, strabismus convergens, astigmatismus.

Chlapec 4roky, 1měs. s dg.: epilepsie GM záchvaty, lehká psychomotorická retardace na perinatálním podkladě, onemocnění slinivky.

Chlapec 5let, 1měs. s dg.: Lennox-Gastautův syndrom⁵⁶ + farmakorezistentní epilepsie, perinatální encefalopatie⁵⁷, psychomotorická retardace, DMO-centrální levostranná hemiparéza⁵⁸ lehkého stupně, symptomatická porucha řeči.

⁴⁶Hydrocefalus - patologicky zvýšené množství mozkomíšního moku v centrálním mozkovém systému (Vokurka, 1994).

⁴⁷Mikrocefalie - nápadně malá hlava (Kábrt, Valach, 1984).

⁴⁸Kvadruparéza - částečné ochrnutí všech čtyř končetin (Vokurka, 1994).

⁴⁹Hypothyreoza - onemocnění způsobené nízkými hladinami hormonů štítné žlázy (Vokurka, 1994).

⁵⁰Hypotonie - snížené napětí (Vokurka, 1994).

⁵¹Hypermetropie modica - mírná dalekozrakost (porucha vidění blízkých předmětů) (Vokurka, 1994).

⁵²Anisometropia levis – nestejná lomivost obou očí lehká (Kábrt, Valach, 1984).

⁵³Astigmatismus – refrakční vada oka, nestejně zakřivení rohovky, méně často čočky, při níž dochází k ne stejně ostrému vnímání předmětů (Kábrt, Valach, 1984).

⁵⁴Strabismus convergens – sbíhavé šilhání (abnormální souhyb očí, většinou ve vodorovné rovině) (Vokurka, 1994).

⁵⁵Lisencefalie - vývojová vada mozkové tkáně v průběhu embryonálního vývoje způsobená chybnou migrací neuroblastů. Charakteristické je neprospívání, opožděný psychomotorický vývoj, zrakové abnormality, včetně hypoplazieoptiku, mikroftalmie přítomny vždy, častá je těžká forma epilepsie (Vokurka, 2009)..

⁵⁶Lennox-Gastautův syndrom – jedna z nejobtížnější léčitelných epilepsií. Nebezpečné jsou astatické záchvaty s rizikem zranění při pádu. V 90% provázen závažnou MR a dlouhodobá prognóza je prakticky vždy nepříznivá (Komárek, 2007).

⁵⁷Encefalopatie – nezánettivé onemocnění mozku (Vokurka, 1994).

⁵⁸Hemiparéza - částečné ochrnutí poloviny těla (Vokurka, 1994).

Chlapec 4roky, měs. s dg.: ADHD, instabilita, výrazný psychomotorický neklid, lehký centrální nález na pravé dolní končetině, lehká MR, opožděný vývoj řeči, hypermetropia medica cum astigmatismus levis.

Do dvou tříd pro děti s odloženou docházkou ve sledovaném období docházelo celkem 19 dětí, z toho 5dívek a 14 chlapců ve složení:

Dívka 5let, 9měs. s dg.: LMD hraniční, DMO-diparéza⁵⁹, opožděný vývoj řeči.

Chlapec 7 let s dg.: opožděný mentální vývoj, školní nezralost.

Chlapec 6let, 9měs. s dg.: dyslalie, školní nezralost.

Chlapec 6let, 8měs. s dg.: vývojová dysfázie, školní nezralost.

Chlapec 6let, 9měs. s dg.: dyslalie, školní nezralost.

Chlapec 5let, 7měs. s dg.: opožděný vývoj řeči.

Dívka 6 let, 3měs. s dg.: vada řeči (v dostupných materiálech, ze kterých bylo čerpáno dále nespecifikovaná).

Dívka 7 let s dg.: vada řeči – sigmatismus⁶⁰, rotacismus⁶¹, rotacismus bohemicus⁶².

Dívka 5let, 11měs. s dg.: atopický ekzém, potravinová alergie, strabismus convergens, amblyopia⁶³, dyslalie.

Dívka 6let, 7měs. s dg.: defektní vývoj (narušený).

Chlapec 6let, 5měs. s dg.: defektní vývoj, nepřekonané reverzní (obrácené) tendence ve zrakovém vnímání.

Chlapec 6let, 5měs. s dg.: strabismus, amblyopia.

Chlapec 6let, 6měs. s dg.: psychomotorická retardace, hyperaktivita, vada řeči (v dostupných materiálech, ze kterých bylo čerpáno dále nespecifikovaná).

Chlapec 6let, 4měs. s dg.: ADHD, opožděný vývoj řeči, lehká MR.

Chlapec 6let, 7měs. s dg.: dyslalie.

⁵⁹Diparéza – ochrnutí na obou stranách (Vokurka, 2009).

⁶⁰Sigmatismus – vadná výslovnost sykavek a polosykavek (Dvořák, 2001).

⁶¹Rotacismus - vadná výslovnost hlásky „r“ (ibid).

⁶¹Rotacismus bohemicus – vadná výslovnost hlásky „ř“ (ibid).

⁶³Amblyopia – tupozrakost, funkční porucha zraku (Vokurka, 1994).

Chlapec 6let, 8měs. s dg.: nerovnoměrný psychomotorický vývoj, opožděný vývoj řeči.

Chlapec 6let, 2měs. s dg.: dyslalie.

Chlapec 6let, 6měs. s dg.: dyslalie.

Chlapec 5let, 8měs. s dg.: ADHD, psychomotorický neklid.

Dalšími dvěma třídami jsou ***třídy pro děti se speciálními vzdělávacími potřebami***, v nichž ve sledovanou dobu bylo zapsáno 13 dětí, z toho 5 dívek a 8 chlapců ve složení:

Dívka 5let, 10měs. s dg.: lehká MR, dyslalie.

Dívka 4roky, 6měs. dg.: opožděný vývoj řeči.

Dívka 4let, 7měs. s dg.: opožděný vývoj řeči.

Chlapec 5let, 6měs. s dg.: celková nezralost, dyslalie.

Chlapec 4let, 1měs. s dg.: opožděný vývoj řeči, opožděný psychomotorický vývoj.

Chlapec 3roky, 2měs. s dg.: opožděný vývoj, dyslalie, hereditární zátěž.

Dívka 5let, 6měs. s dg.: dyslalie.

Dívka 5let, 4měs. s dg.: opožděný vývoj řeči, vývojové nedostatky ve všech oblastech.

Chlapec 5let, 2měs. s dg.: neurofibromatoza 1. typu⁶⁴ – kompenzovaný, může se vyskytnout epileptický záchvat, atopický ekzém.

Chlapec 5let, 11měs. s dg.: dyslalie levis (lehká), psychomotorický neklid, ADD.

Chlapec 5let, 11měs. s dg.: syndrom Prune Belli (těžké postižení ledvin a srdce), opožděný vývoj řeči.

Chlapec 4roky, 10měs. s dg.: makrocefalie⁶⁵, opožděný vývoj řeči.

Chlapec 5let, 6měs. s dg.: vysoký nadprůměr inteligence.

Poslední sledovanou třídou je ***třída pro děti s lékařskou diagnózou autismus***, v níž ve sledovaném období bylo 9 dětí, z toho 3 dívky a 6 chlapců ve složení:

⁶⁴Neurofibromatoza – dědičné onemocnění s mnohočetnými nádorky na kůži a v nervovém systému (Vokurka, 1994).

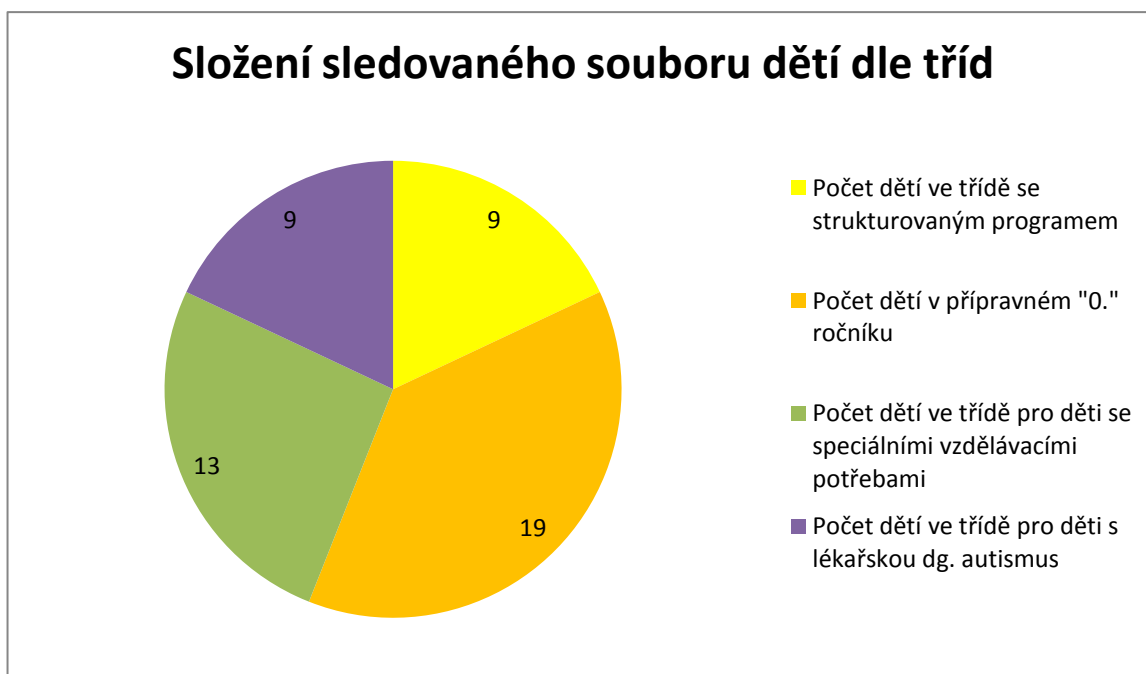
⁶⁵Makrocefalie – nápadně velká hlava (Vokurka, 1994).

Dívka 6let, 4měs. s dg.: dětský autismus.
 Dívka 5let, 7měs. s dg.: dětský autismus.
 Dívka 6let, 7měs. s dg.: dětský autismus.
 Chlapec 6let, 2měs. s dg.: dětský autismus.
 Chlapec 3roky, 11měs. s dg.: dětský autismus.
 Chlapec 5let, 5měs. s dg.: dětský autismus.
 Chlapec 6let, 5měs. s dg.: dětský autismus.
 Chlapec 4 roky s dg.: dětský autismus
 Chlapec 4roky, 5měs. s dg.: susp. vysoce funkční autismus.

Složení sledovaného souboru dětí jsme zpracovali do tabulky a grafu (viz tabulka č. 1 a graf č. 1).

Složení sledovaného souboru dětí dle tříd:				
	Počet dětí ve třídě se strukturovaným program	Počet dětí v přípravném „0.“ ročníku	Počet dětí ve třídě pro děti se speciálními vzdělávacími potřebami	Počet dětí pro děti s lékařskou dg. autismus
Celkem dětí	9	19	13	9

Tab. č. 1: Složení sledovaného souboru dětí dle tříd:



Graf č. 1: Složení sledovaného souboru dětí dle tříd:

5 Výsledky šetření

5.1 Vyhodnocení dotazníku pro rodiče

Vyhodnotili jsme data z 50-ti vyplněných a odevzdaných dotazníků. Použili jsme pro grafické znázornění vyhodnocení položek sloupcový skupinový typ grafu a odpovědi respondentů rozčlenili dle tříd, které sledované děti navštěvovaly.

➤ Dotazníková otázka číslo 1

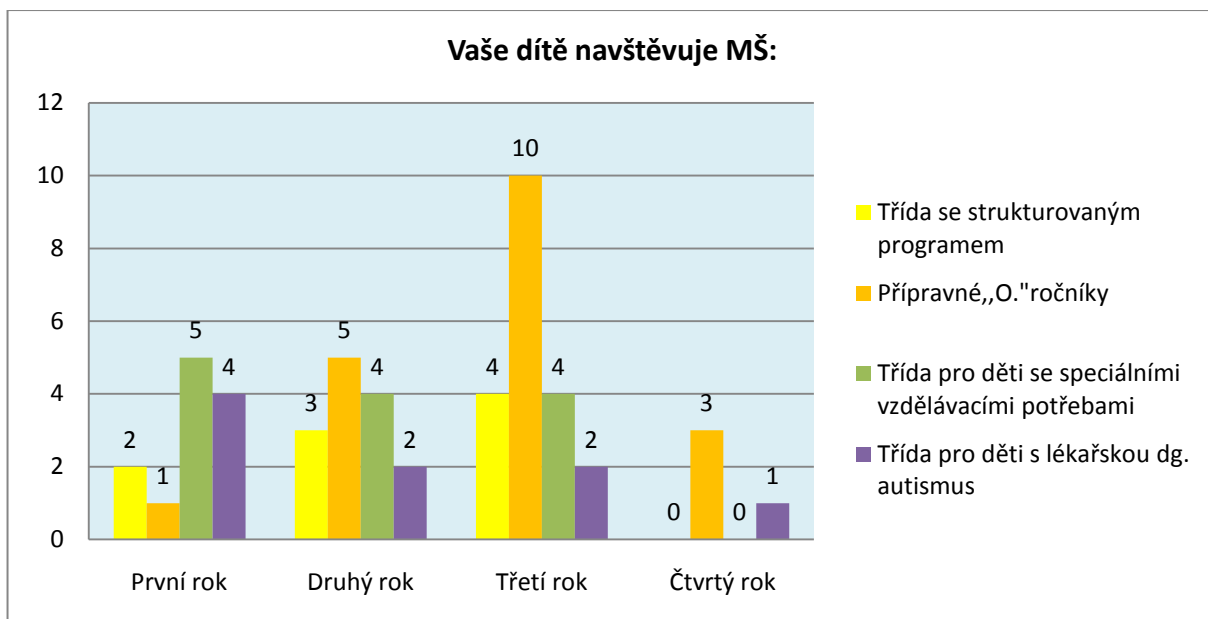
Vaše dítě navštěvuje MŠ:

- a) první rok
- b) druhý rok
- c) třetí rok
- d) čtvrtý rok

Dvanáct odpovědí (24%) uvádí, že jejich dítě je v MŠ teprve prvním rokem. Druhým rokem do MŠ dochází (28%), tj. 14 dětí. Třetím rokem navštěvuje MŠ dítě 20-ti respondentů, tedy 40% a pouze čtyři z padesáti dotázaných (8%) poukazují na čtvrtý rok docházky do předškolního zařízení (viz tabulka č. 2 a graf č. 2).

Otázka číslo 1: „Vaše dítě navštěvuje MŠ“:						
Odpovědi	Strukturovaný program	Přípravný „0.“ ročník	Spec.vzděl. potřeby	Dg. autismus	Počet odpovědí	Výskyt v %
První rok	2	1	5	4	12	24%
Druhý rok	3	5	4	2	14	28%
Třetí rok	4	10	4	2	20	40%
Čtvrtý rok	0	3	0	1	4	8%
Celkem dětí	9	19	13	9	50	100%

Tab. č. 2: Vaše dítě navštěvuje MŠ:



Graf č. 2: Vaše dítě navštěvuje MŠ:

➤ **Dotazníková otázka číslo 2:**

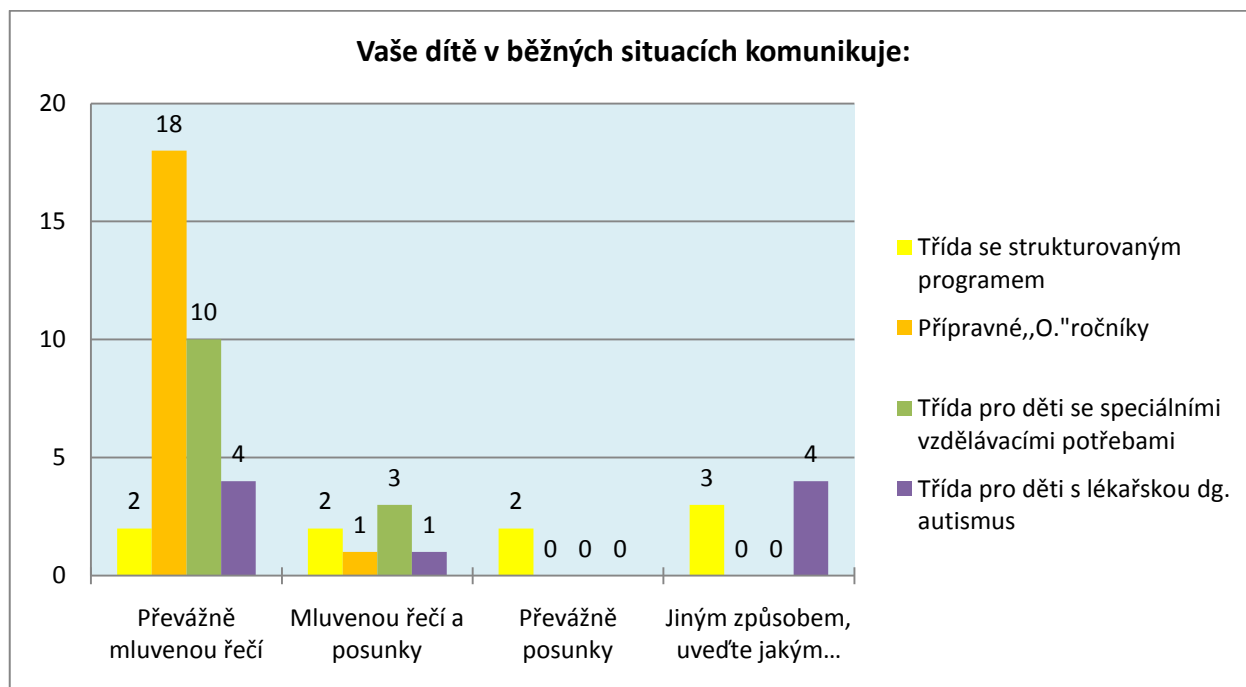
Vaše dítě v běžných situacích komunikuje:

- a) převážně mluvenou řečí
- b) mluvenou řečí a posunky
- c) převážně posunky
- d) jiným způsobem, uveďte jakým.....

Z vyhodnocení je zřejmé, že 34 dětí, to je 68% ze sledované skupiny, komunikuje kolem třetího až sedmého roku života převážně mluvenou řečí. V sedmi případech (14%) se děti vyjadřují mluvenou řečí a posunky a taktéž v sedmi případech (14%) komunikují jiným způsobem, např. posunky a neartikulovaným křikem, pomocí posunků, obrázků, fotek a řeči nebo znaky a gesty, jak je uvedeno dále v tabulce č. 2. Pouze posunky se dorozumívají 2 děti, tzn. (4%) z dotázaných (viz tabulka č. 3 a graf č. 3)

Otázka číslo 2: „Vaše dítě v běžných situacích komunikuje:“						
Odpovědi	Strukturovaný program	Přípravný, „0.“ ročník	Spec.vzděl. potřeby	Dg. autismus	Počet odpovědí	Výskyt v %
Převážně mluvenou řečí	2	18	10	4	34	68%
Mluvenou řečí a posunky	2	1	3	1	7	14%
Převážně posunky	2	0	0	0	2	4%
Jiným způsobem, uveďte jakým...	3	0	0	4	7	14%
-posunky a neartikulovaným křikem	1x			2x		
-posunky, obrázky, fotky, řeč	1x			2x		
-posunky, trochu řeč	1x					
-znaky, gesta	1x					
Celkem dětí	9	19	13	9	50	100%

Tab. č. 3: Vaše dítě v běžných situacích komunikuje:



Graf č. 3: Vaše dítě v běžných situacích komunikuje:

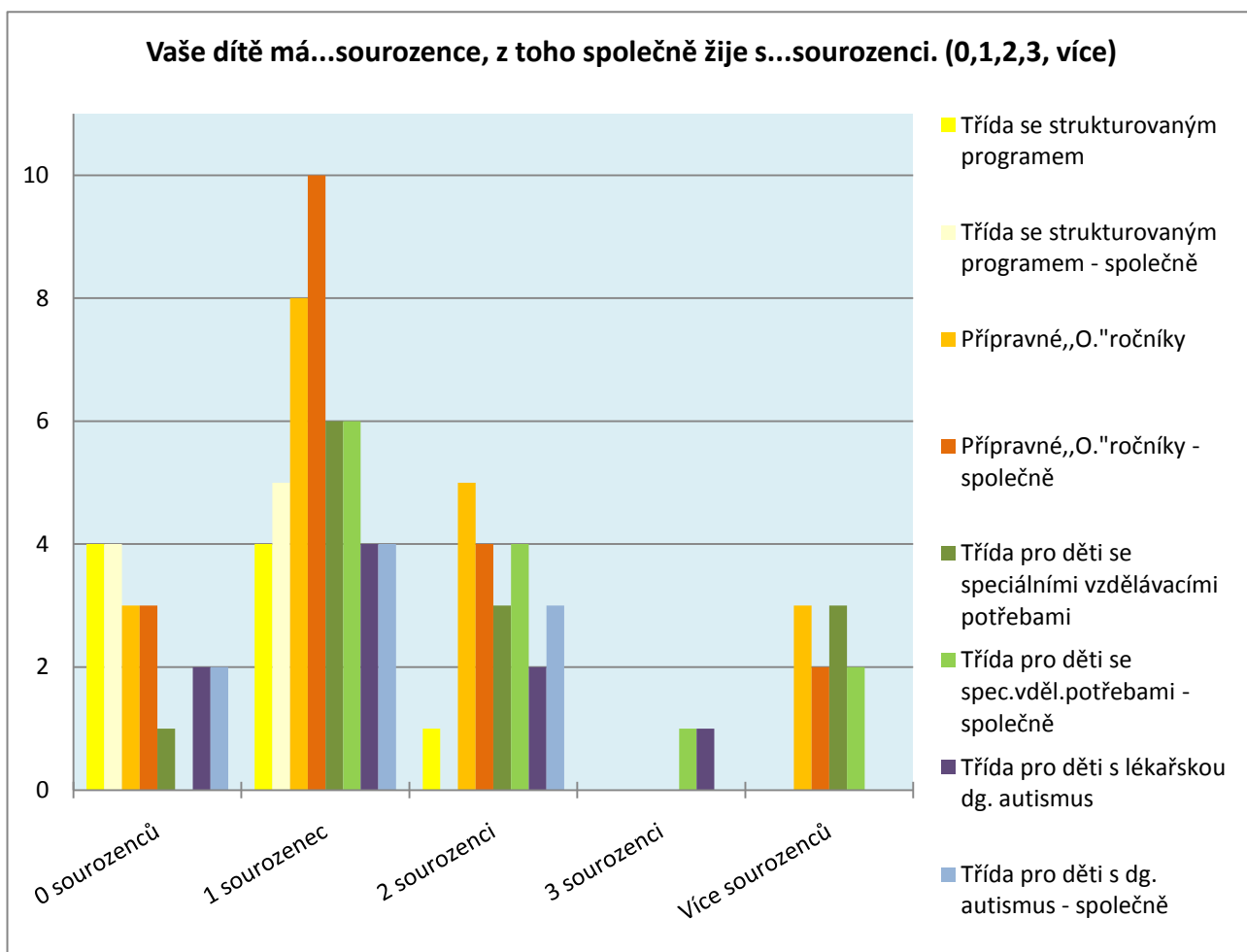
➤ **Dotazníková otázka číslo 3:**

**Vaše dítě má ...sourozence, z toho společně žije s...sourozenci
(0,1,2,3, více)**

Z výsledků šetření, z celkového počtu padesáti dotazovaných, se ukazuje, že 9 dětí, (18%) nemá a 10 dětí, (20%) nežije společně se žádným sourozencem. Nejvyšší počet respondentů uvedlo, že 22 sledovaných dětí, což činí 44%, má jednoho sourozence. Taktéž nejvyšší počet ze sledovaných dětí s jedním sourozencem žije. Jedná se o 25 dětí, tedy 50% z celkového počtu. Druhá nejčtenější odpověď uvádí, že má a společně žije se dvěma sourozenci jedenáct dětí, což činí 22%. Tři sourozence má a společně s nimi žije pouze 1 dítě, tudíž pouhá 2%. V šesti případech (12%) se objevila odpověď, že dítě má více než tři sourozence a ve čtyřech odpovědích (8%) s více než třemi sourozenci žijí společně. (viz tabulka č. 4 a graf č. 4)

Otázka číslo 3: „Vaše dítě má ...sourozence, z toho společně žije s...sourozenci (0,1,2,3, více)“						
Odpovědi	Strukturovaný program	Přípravný, „0.“ ročník	Spec.vzděl. potřeby	Dg. autismus	Počet odpovědí	Výskyt v %
0 sourozenců	4 / 4	3 / 3	1 / 0	2 / 2	10 / 9	20% / 18%
1 sourozenec	4 / 5	8 / 10	6 / 6	4 / 4	22 / 25	44% / 50%
2 sourozenci	1 / 0	5 / 4	3 / 4	2 / 3	11 / 11	22% / 22%
3 sourozenci	0 / 0	0 / 0	0 / 1	1 / 0	1 / 1	2% / 2%
Více	0 / 0	3 / 2	3 / 2	0 / 0	6 / 4	12% / 8%
Celkem dětí	9 / 9	19 / 19	13 / 13	9 / 9	50 / 50	100% / 100%

Tab. č. 4: Vaše dítě má...sourozence, z toho společně žije s...sourozenci (0,1,2,3, více)



Graf č. 4: Vaše dítě má...sourozence, z toho společně žije s...sourozenci. (0,1,2,3, více)

➤ **Dotazníková otázka číslo 4:**

Vaše dítě vyrůstá v rodině, v níž se mluví i druhým jazykem?

a) ano

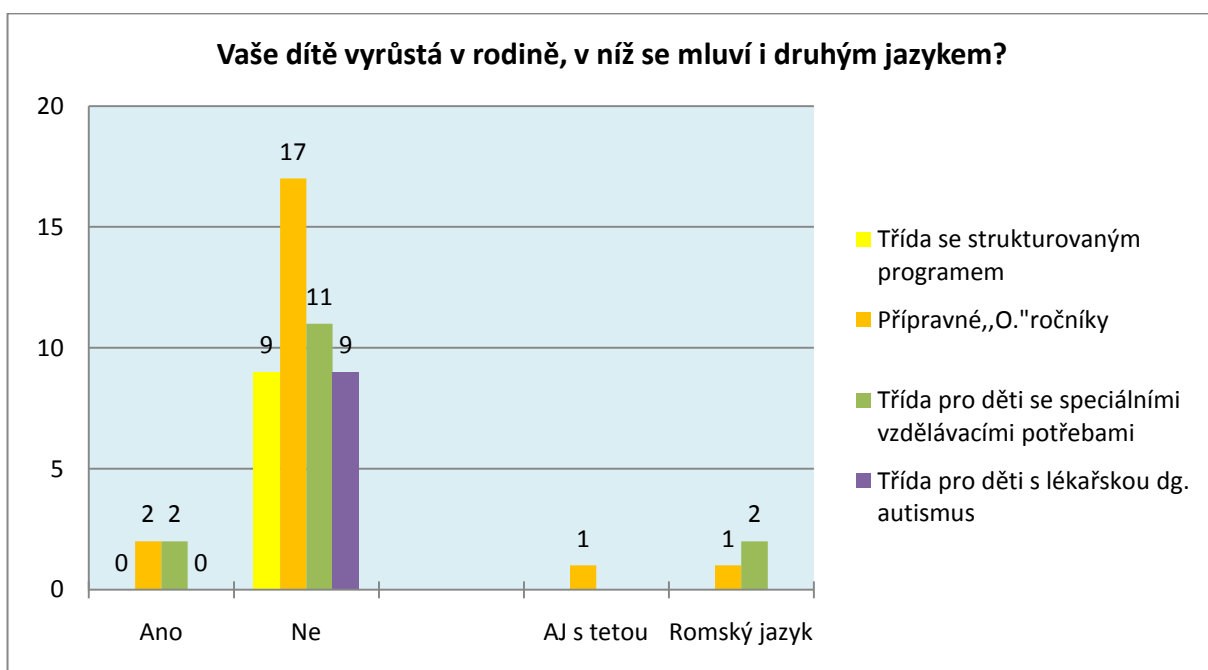
b) ne

c) uveďte jakým.....

Z odpovědí respondentů vyplývá, že téměř veškeré děti – 46 dětí, což je 92%, ze zkoumaného souboru vyrůstá v rodině, v níž se mluví pouze jedním jazykem. Ve 4 případech, (8%), se v rodině mluví i jiným jazykem. Jedenkrát je druhým využívaným jazykem jazyk anglický a to v komunikaci s tetou dítěte, u třech dalších rodin se jedná o jazyk rómský (viz tabulka č. 5 a graf č. 5)

Otázka číslo 4: „Vaše dítě vyrůstá v rodině, v níž se mluví i druhým jazykem?“						
Odpovědi	Strukturovaný program	Přípravný „0.“ ročník	Spec.vzděl. potřeby	Dg. autismus	Počet odpovědí	Výskyt v %
Ano	0	2	2	0	4	8%
Ne	9	17	11	9	46	92%
Uveďte jakým... -částečně AJ s tetou		1x				
-Rómským		1x	2x			
Celkem dětí	9	19	13	9	50	100%

Tab. č. 5: Vaše dítě vyrůstá v rodině, v níž se mluví i druhým jazykem?



Graf č. 5: Vaše dítě vyrůstá v rodině, v níž se mluví i druhým jazykem?

➤ **Dotazníková otázka číslo 5:**

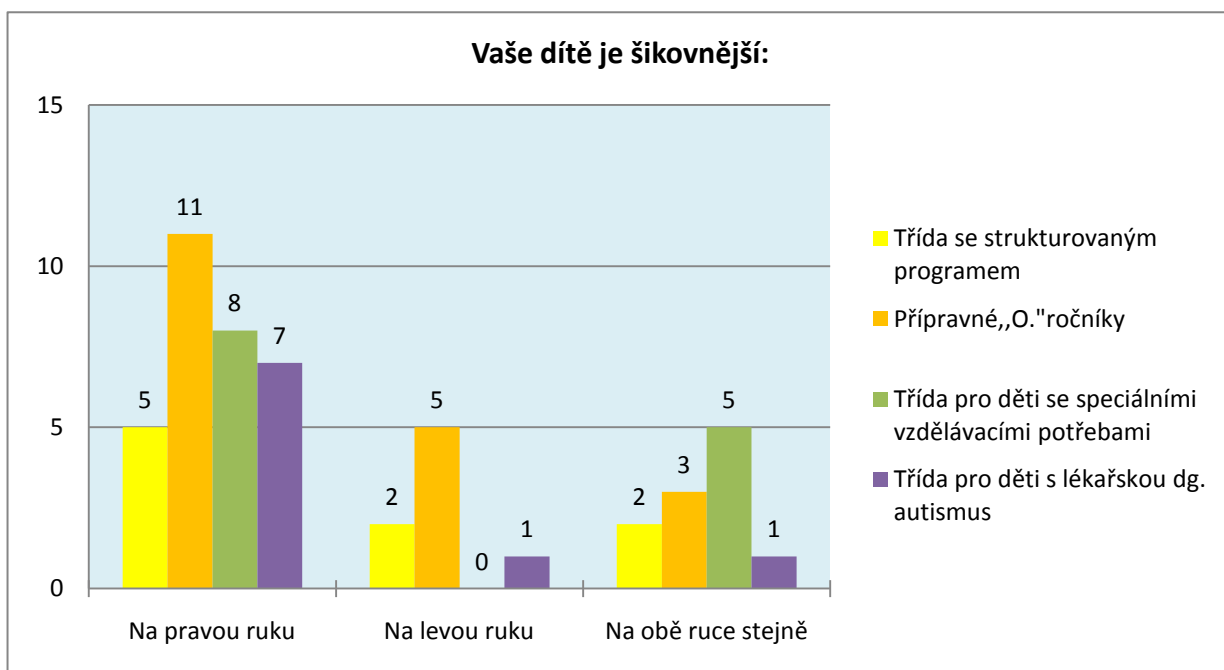
Vaše dítě je šikovnější:

- a) na pravou ruku
- b) na levou ruku
- c) na obě ruce stejně

Největší zastoupení má odpověď Na pravou ruku (31 odpovědí, to je 62%). Dalším nejpočetnějším zastoupením je odpověď Na obě ruce stejně a to v 11 případech, tedy ve 22%. Na levou ruku je šikovnějších 8 dětí, (16%) z padesáti zkoumaných (viz tabulka č. 6 a graf č. 6)

Otázka číslo 5: „Vaše dítě je šikovnější:“						
Odpovědi	Strukturovaný program	Přípravný „0.“ ročník	Spec.vzdel. potřeby	Dg. autismus	Počet odpovědí	Výskyt v %
Na pravou ruku	5	11	8	7	31	62%
Na levou ruku	2	5	0	1	8	16%
Na obě ruce stejně	2	3	5	1	11	22%
Celkem dětí	9	19	13	9	50	100%

Tab. č. 6: Vaše dítě je šikovnější:



Graf. č. 6: Vaše dítě je šikovnější:

➤ **Dotazníková otázka číslo 6:**

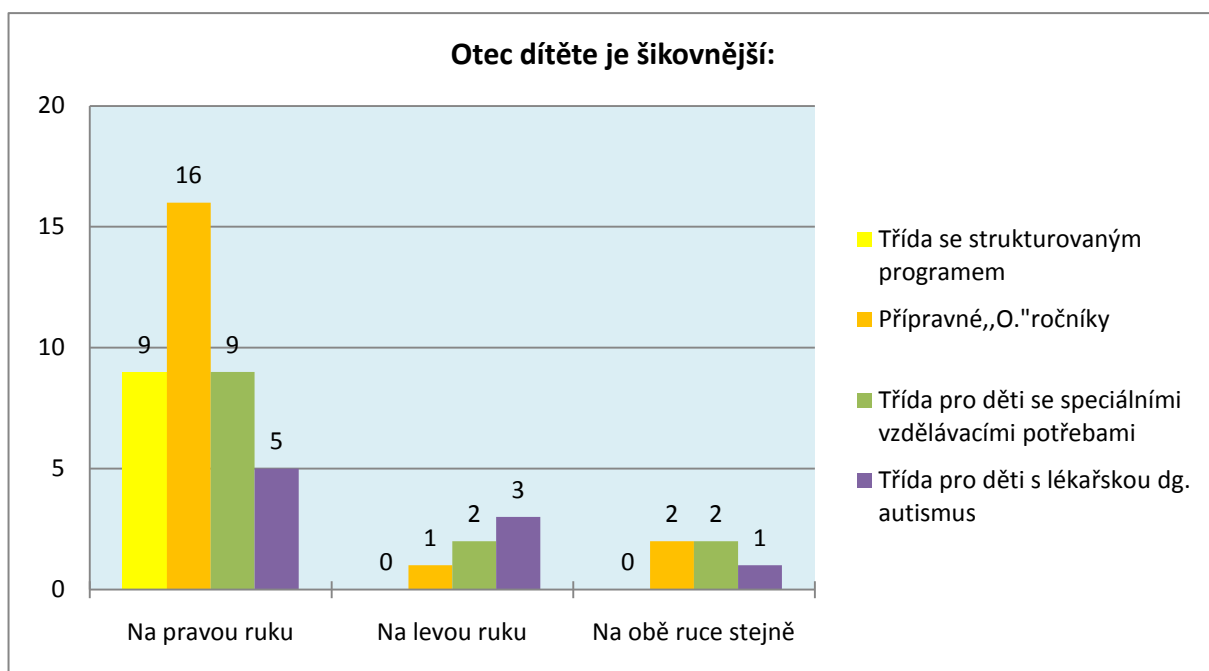
Otec dítěte je šikovnější:

- a) na pravou ruku
- b) na levou ruku
- c) na obě ruce stejně

Opět má největší zastoupení odpověď Na pravou ruku a to ve 39 případech (78%). S velkým odstupem následuje odpověď Na levou ruku a to v pouhých 6 odpovědích (12%). Na obě ruce stejně šikovných je 5 tatíků, tedy celých 10% ze zkoumaného vzorku (viz tabulka č. 7 a graf č. 7)

Otázka číslo 6: „Otec dítěte je šikovnější:“						
Odpovědi	Strukturovaný program	Přípravný „0.“ ročník	Spec.vzděl. potřeby	Dg. autismus	Počet odpovědí	Výskyt v %
Na pravou ruku	9	16	9	5	39	78%
Na levou ruku	0	1	2	3	6	12%
Na obě ruce stejně	0	2	2	1	5	10%
Celkem dětí	9	19	13	9	50	100%

Tab. č. 7: Otec dítěte je šikovnější:



Graf č. 7: Otec dítěte je šikovnější:

➤ **Dotazníková otázka číslo 7:**

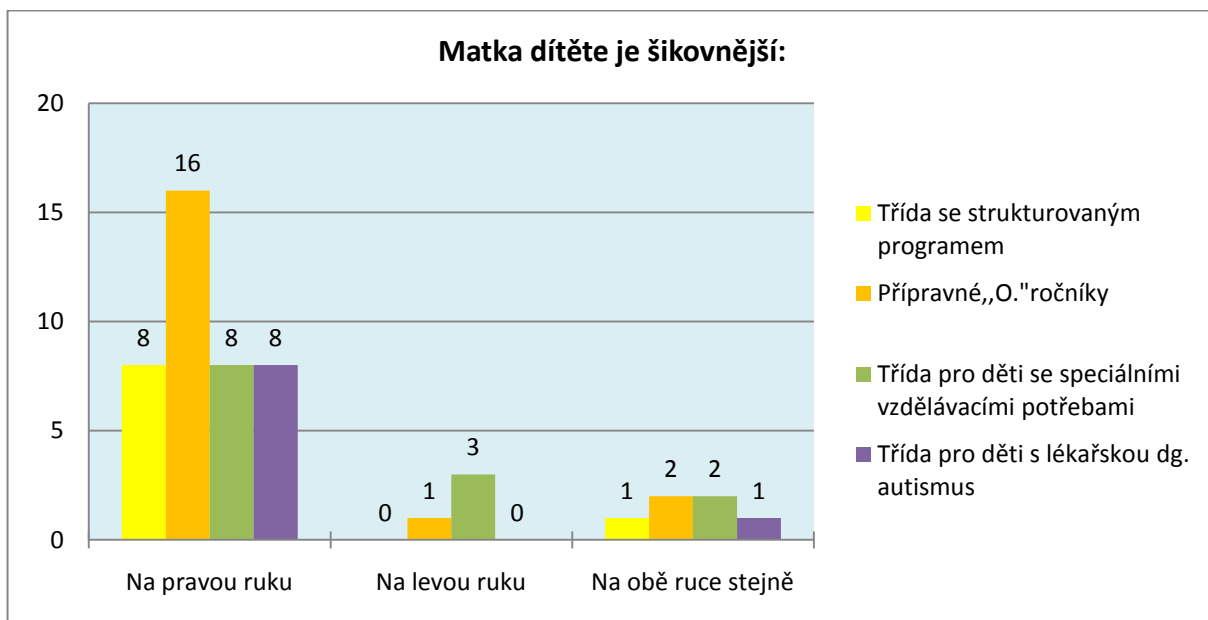
Matka dítěte je šikovnější:

- a) na pravou ruku
- b) na levou ruku
- c) na obě ruce stejně

Z uvedených odpovědí vyplývá, že 40 maminek (80%) je šikovnějších na pravou ruku, zatímco na levou ruku je jich šikovnějších pouhých 4, to je 8%. Na obě ruce stejně šikovné zvolilo odpověď 6 maminek, tedy 12% z padesáti dotázaných (viz tabulka č. 8 a graf č. 8)

Otázka číslo 7: „Matka dítěte je šikovnější:“						
Odpovědi	Strukturovaný program	Přípravný „0.“ ročník	Spec.vzděl. potřeby	Dg. autismus	Počet odpovědí	Výskyt v %
Na pravou ruku	8	16	8	8	40	80%
Na levou ruku	0	1	3	0	4	8%
Na obě ruce stejně	1	2	2	1	6	12%
Celkem	9	19	13	9	50	100%

Tab. č. 8: Matka dítěte je šikovnější:



Graf č. 8: Matka dítěte je šikovnější:

➤ **Dotazníková otázka číslo 8:**

Vaše dítě s oblibou převážně provádí tyto činnosti:

- a) skládání puzzle
- b) skládání obrázkových kostek
- c) kreslení
- d) vymalovávání
- e) pexeso
- f) jednoduché stolní a společenské hry, jaké.....
- g) obrázkové knížky
- h) počítačové hry
- i) televizní pořady
- j) pohybové činnosti, jaké.....
- k) hru s panenkami
- l) hru s autíčky
- m) hru se stavebnicí, jakou.....
- n) jiné, uveďte.....

Nejmarkantnější zastoupení z uvedených položek mají Pohybové činnosti a to ve 32 případech, (64%). Tyto činnosti jako oblíbené u svých dětí někteří respondenti dále specifikují: jízda na kole (10x), hra s míčem (8x), běh, honičky (7x), skákání (1x), schovávaná (1x), tanečky (9x), gymnastika a aerobic (3x), plavání (2x), trampolína (1x) zimní sporty jako sáňkování, lyžování a bruslení mají děti v oblibě (3x), skateboard (1x), horolezectví (1x) a hry a jiné činnosti na zahradě (3x). Za těmito činnostmi těsně v 62% následují Televizní pořady, které zvolilo 31 respondentů. Taktéž Hry s autíčky patří mezi nejvíce oblíbené u 30 dětí, tedy 60%. 28 dětí (56%) si rádo prohlíží obrázkové knížky a stejný počet dětí si rád hraje se stavebnicí. Jak se v odpovědích dotazníku ukázalo, jedná se o oblíbené stavění z kostek (8x), s vláčky (1x), s vkládacími tvary (3x), třídění (1x), stavění se zvířátky (1x),

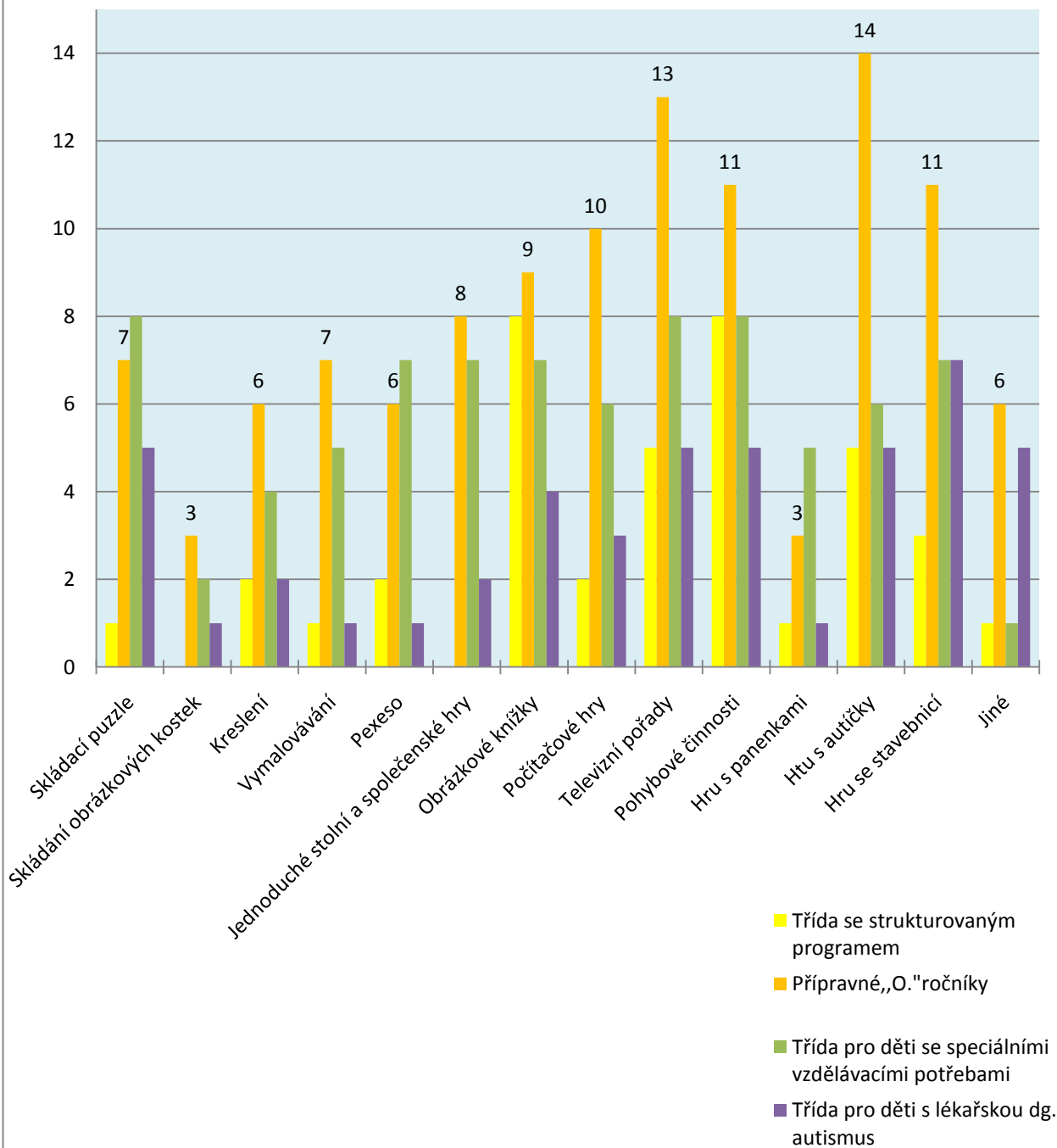
s malými panenkami (1x), z chevy (4x), z lega (12x), a se stavebnicí meteor (1x). Taktéž vyrovnaný je zájem o skládání puzzlí a počítačové hry. O obě činnosti má zájem 21 dětí, což činí 42% z padesáti dotázaných. Jednoduché stolní a společenské hry jako „Člověče, nezlob se“ (11x), „Start...cíl“ (2x), „Černý Petr“ (1x), „Domino“ (2x), Karty (4x), „Dáma“ (1x) se umísťují mezi oblíbenými činnostmi u 17-ti dětí (34%). Pexeso si rádo zahraje 16 dětí, znamená to 32 % z výzkumného vzorku. 14 dětí se rádo věnuje kreslení a vymalovávání, což činí dvakrát 28 %. Deset dětí (20%) si vybere s radostí hru s panenkami a 6 dětí, tedy 12%, skládání obrázkových kostek. Na jiné činnosti odkazovalo 13 odpovědí (26%). Mezi tyto činnosti je zahrnut zájem o: bublifuk (1x), reklamní letáky (1x), zpěv (3x), ozvučené hračky (3x), stříhání (2x), řízení auta s volantem (2x), vaření (1x), přiřazování stejných obrázků na sebe (1x), hru s panáčky a hrady (2x), hru na rytíře (1x), na rybáře, draky a piráty (1x) a také kousání hraček jako oblíbená činnost je uvedena v jedné z odpovědí (viz tabulka č. 9 a graf č. 9).

Otázka číslo 8: „Vaše dítě s oblibou provádí převážně tyto činnosti:“						
Odpovědi	Strukturovaný program	Přípravný „0.“ ročník	Spec.vzděl. potřeby	Dg. autismus	Počet odpovědí	Výskyt v %
Skládání puzzle	1	7	8	5	21	42%
Skládání obrázkových kostek	0	3	2	1	6	12%
Kreslení	2	6	4	2	14	28%
Vymalovávání	1	7	5	1	14	28%
Pexeso	2	6	7	1	16	32%
Jednoduché stolní a společenské hry, jaké...	0	8	7	2	17	34%
-Člověče, nezlob se		4x	5x	2x		
-Start... cíl			2x			
-Černý Petr			1x			
-Domino		1x	1x			
-Karty		4x				
-Dáma		1x				
Obrázkové knížky	8	9	7	4	28	56%
Počítačové hry	2	10	6	3	21	42%
Televizní pořady	5	13	8	5	31	62%
Pohybové činnosti, jaké...	8	11	8	5	32	64%
-jízda na kole		5x	5x			
-hra s míčem		3x	2x	3x		
-běh, honičky		3x	2x	2x		
-skákání				1x		
-schovávání		1x	1x			
-tanečky	1x	4x	2x	2x		
-gymnastika, aerobik		3x				
-plavání		1x	1x			
-trampolína		1x				
-sáňkování, lyžování, bruslení		3x				
-skateboard		1x				
-horolezectví			1x			
-zahrada		2x	1x			
Hru s panenkami	1	3	5	1	10	20%
Hru s autíčky	5	14	6	5	30	60%
Hru se stavebnicí, jakou...	3	11	7	7	28	56%
-kostky		3x	4x	1x		

-vlaky				1x		
-vkládací tvary				3x		
-třídění				1x		
-zvířátka			1x			
-malé panenky			1x			
-cheva		2x	2x			
-lego		6x	2x	4x		
-meteor		1x				
Jiné, uveďte...	1	6	1	5	13	26%
-bublifuk				1x		
-reklamní letáky				1x		
-zpěv			1x	2x		
-ozvučené hračky		1x		2x		
-stříhání		1x		1x		
-řízení auta s volantem		1x		1x		
-vaření				1x		
-přiřazování stejných obrázků na sebe				1x		
-panáčky a hrady			1x	1x		
-na rytíře (šerm a kung-fu)		1x				
-na rybáře, draky, piráty...		1x				
- kousání hraček				1x		
Celkem dětí	9	19	13	9	50	100%

Tab. č. 9: Vaše dítě s oblibou provádí převážně tyto činnosti:

Vaše dítě s oblibou provádí převážně tyto činnosti:



Graf č. 9: Vaše dítě s oblibou provádí převážně tyto činnosti:

➤ **Dotazníková otázka číslo 9:**

Má Vaše dítě zdravotní znevýhodnění či postižení? – Prosím, uveďte jaké?

- a) ano - ne
- b) tělesné
- c) zrakové
- d) sluchové
- e) řečové
- f) mentální
- g) kombinované
- h) dg. autismus
- i) nerovnoměrný psychomotorický vývoj
- j) jiné a jaké, vypište.....

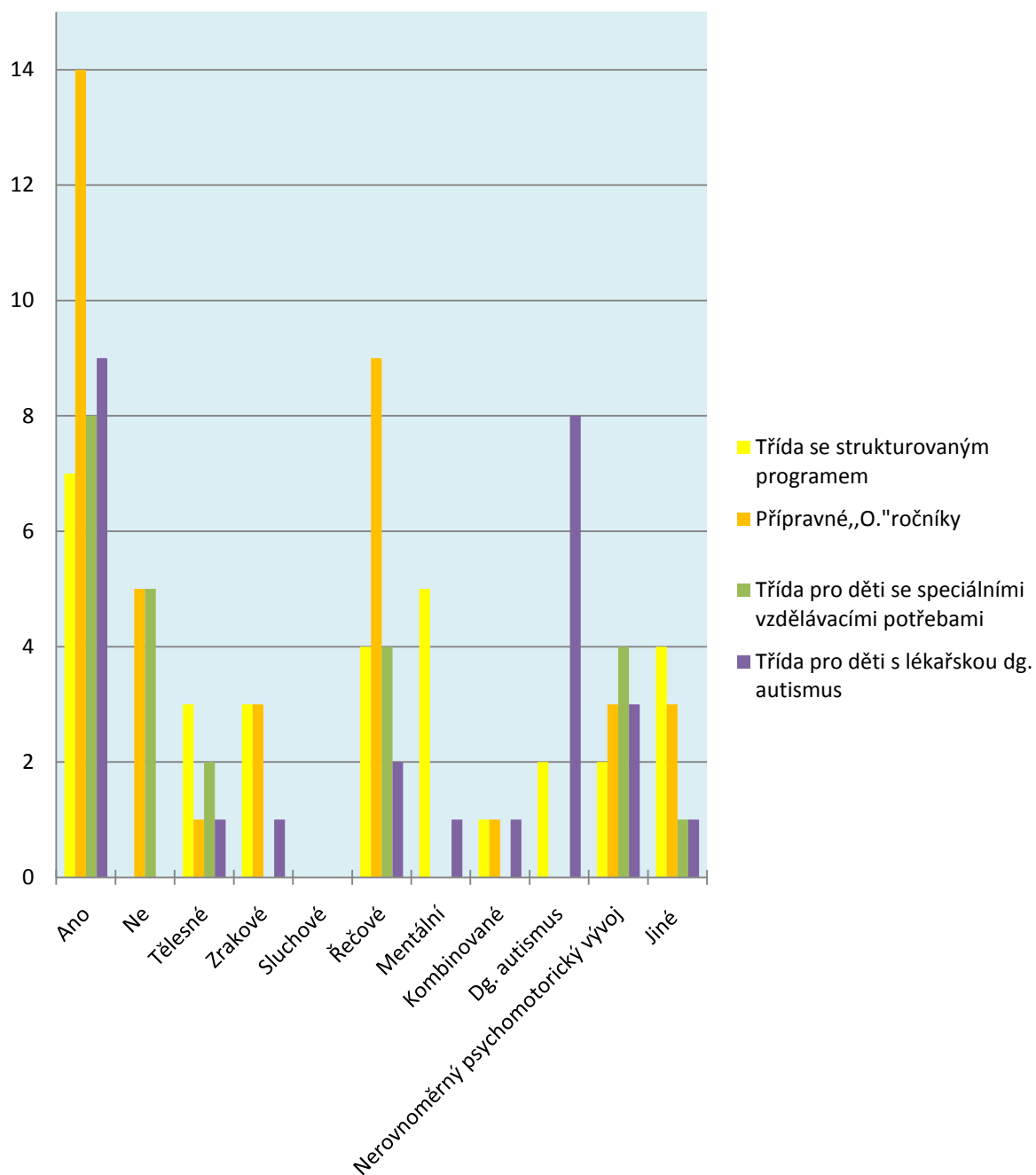
V 72 % (38 odpovědích) nám respondenti zodpovídají, že u jejich dětí jde o zdravotní znevýhodnění či postižení. V 20% (10 případech) respondenti uvádí, že jde o dítě intaktní. Z uvedených možností nebylo ani jednou zvoleno sluchové znevýhodnění či postižení dítěte. Nejvyšší nárůst 19-ti odpovědí a 38% jsme zaznamenali u řečové oblasti, zatímco nerovnoměrný psychomotorický vývoj uvádí 12 respondentů, což činí 24%. S dg autismus se setkáváme u deseti případů, tedy 20% z vybraného vzorku dětí předškolního věku. Mezi 9-ti případy (18%) jiného znevýhodnění či postižení můžeme nalézt uvedenou např. hyperaktivitu (3x), lehkou mentální retardaci (1x), LMD (1x), ADHD (1x), hyperaktivní poruchu chování (1x). Ve stejném počtu 7 uvedených odpovědí (14%) se nám ukázalo znevýhodnění či postižení zrakové a tělesné, které je konkretizováno – dg. Prune Bellis. 12%, tedy 6 respondentů uvádí mentální znevýhodnění či postižení a na posledním místě se se třemi

odpověďmi (6%) dle údajů respondentů zařazují kombinované vady (viz tabulka č. 10 a graf č. 10)

Otázka číslo 9: „Má Vaše dítě zdravotní znevýhodnění? – Prosím, uveďte jaké?“						
Odpovědi	Strukturovaný program	Přípravný „0.“ ročník	Spec.vzděl. potřeby	Dg. autismus	Počet odpovědí	Výskyt v %
Ano	7	14	8	9	38	72%
Ne		5	5		10	20%
Tělesné... -Prune Bellis	3	1	2 1x	1	7	14%
Zrakové...	3	3	0	1	7	14%
Sluchové...	0	0	0	0	0	0%
Řečové...	4	9	4	2	19	38%
Mentální...	5	0	0	1	6	12%
Kombinované...	1	1	0	1	3	6%
Dg. Autismus...	2	0	0	8	10	20%
Nerovnoměrný psychomotorický vývoj...	2	3	4	3	12	24%
Jiné a jaké, vypište...	4	3	1	1	9	18%
-hyperaktivita		2x		1x		
-Lehká Ment.retardace			1x			
-LMD		1x				
-ADHD		1x				
-Hyperaktivní porucha chování		1x				
Celkem dětí	9	19	13	9	50	100%

Tab. č. 10: Má Vaše dítě zdravotní znevýhodnění či postižení? – Prosím, uveďte jaké?

Má Vaše dítě zdravotní znevýhodnění či postižení?



Graf č. 10: Má Vaše dítě zdravotní znevýhodnění či postižení? – Prosím, uveďte jaké?

➤ **Dotazníková otázka číslo 10:**

Kdo zdravotní znevýhodnění či postižení diagnostikoval?

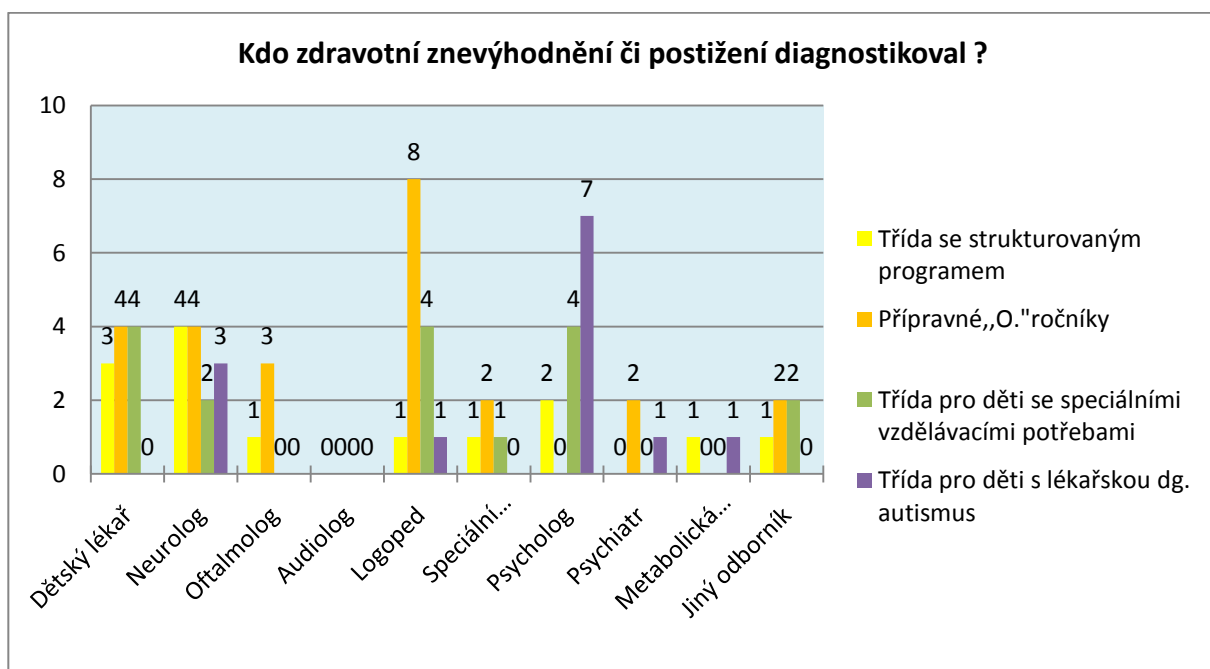
- a) dětský lékař
- b) neurolog
- c) oftalmolog
- d) audiolog
- e) logoped
- f) speciální pedagog
- g) psycholog
- h) psychiatr
- i) metabolická poradna
- j) jiný odborník, jaký.....

Nejčastěji svou diagnózu vyřkl u sledovaných dětí dle názoru respondentů logoped a to ve čtrnácti případech (28%). Taktéž psycholog spolu s neurologem se se svou diagnózou řadí k nejčastějším odborníkům, který zdravotní znevýhodnění či postižení u dětí diagnostikoval a to u třinácti dětí, tedy ve 26%. U 11 odpovědí se ukazuje, že ve 22% se tímto odborníkem stal dětský lékař. Oftalmolog a speciální pedagog stanovili diagnózu každý ve čtyřech případech (8%). Psychiatr se se svou diagnózou vyslovil u třech dětí (6%) a metabolická poradna u dětí dvou (4%). Ani jednou se ve zkoumaném souboru dětí nejedná o diagnózu vyřčenou audiologem.

K pěti dětem se vyjadřoval jiný odborník a to dle uvedených odpovědí: nefrolog (1x), kardiolog (1x), Pedagogickopsychologická poradna (2x) a Psychiatrie Motol (1x) (viz tabulka č. 11 a graf č. 11).

Otázka číslo 10: „Kdo zdravotní postižení diagnostikoval?“						
Odpovědi	Strukturovaný program	Přípravný „0.“ ročník	Spec.vzděl. potřeby	Dg. autismus	Počet odpovědí	Výskyt v %
Dětský lékař	3	4	4	0	11	22%
Neurolog	4	4	2	3	13	26%
Oftalmolog	1	3	0	0	4	8%
Audiolog	0	0	0	0	0	0%
Logoped	1	8	4	1	14	28%
Speciální pedagog	1	2	1	0	4	8%
Psycholog	2	0	4	7	13	26%
Psychiatr	0	2	0	1	3	6%
Metabolická poradna	1	0	0	1	2	4%
Jiný odborník	1	2	2	0	5	10%
-nefrolog,			1x			
kardiolog		1x				
-PPP		1x	1x			
-Psychiatrie FN Motol	1x					
Celkem děti	9	19	13	9	50	100%

Tab. č. 11: Kdo zdravotní znevýhodnění diagnostikoval?



Graf č. 11: Kdo zdravotní znevýhodnění či postižení diagnostikoval?

5.2 Vyhodnocení zkoušky vizuální orientace v prostoru

Zkoušku vizuální orientace v prostoru jsme vyhodnotili v pěti oblastech:

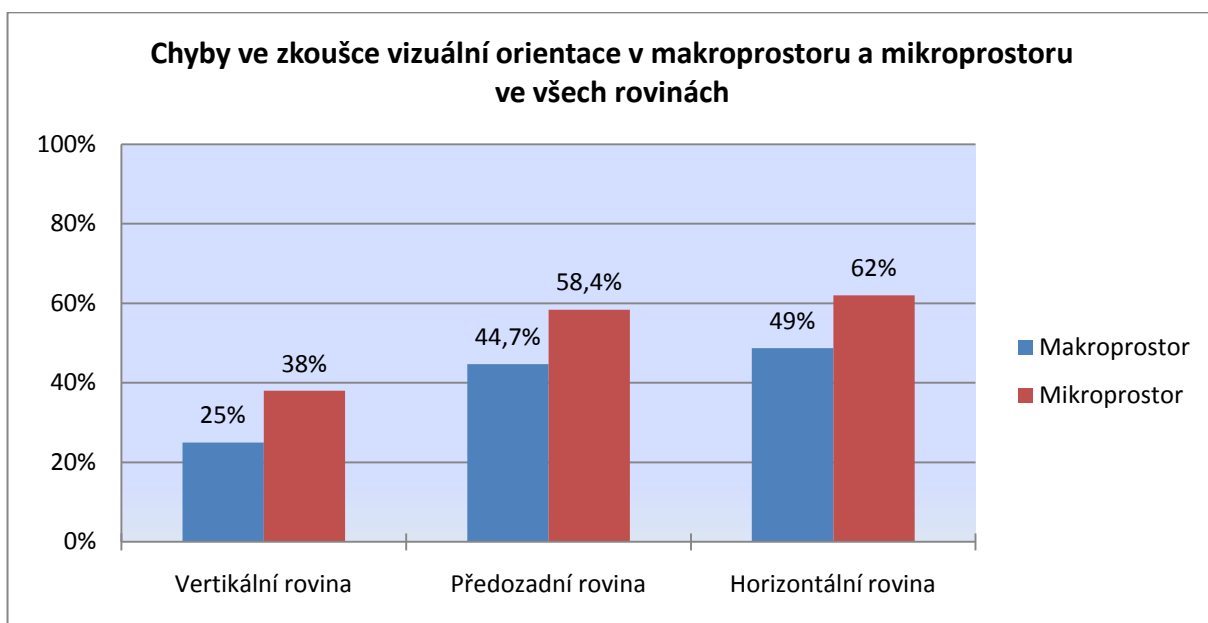
- chyby ve zkoušce vizuální orientace v prostoru ve všech rovinách
- chyby ve zkoušce vizuální orientace v prostoru v závislosti na délce docházky
- chyby ve zkoušce vizuální orientace v prostoru v závislosti na věku
- chyby ve zkoušce vizuální orientace v prostoru v závislosti na třídách
- chyby ve zkoušce vizuální orientace v prostoru v jednotlivých rovinách

Chyby vizuální orientace v makroprostoru a mikroprostoru ve všech rovinách

Celkem sledovaných dětí bylo padesát. Z výsledků výzkumného šetření se ukázalo, že nejvyšší chybovost při zkoušce vizuální orientace v prostoru se projevila ve zkoumané skupině diferencovaných pojmů horizontální osy v mikroprostoru. Další v pořadí byla diferenciací osy předozadní v mikroprostoru, následovala diferenciací pojmů osy horizontální v makroprostoru, předozadní v makroprostoru a nejméně děti chybovaly při určování pojmů osy vertikální, a to v makroprostoru, o něco více v mikroprostoru. Z tabulky č. 12 a grafu č. 12 je zřejmé, že v diferenciaci pojmů v mikroprostoru byly děti méně úspěšné. Určování pojmů v makroprostoru bylo pro děti znatelně snazší (viz tabulka č. 12 a graf č. 12).

Chyby ve zkoušce vizuální orientace v makroprostoru a mikroprostoru ve všech rovinách				
Rovina	Makroprostor	Výskyt v %	Mikroprostor	Výskyt v %
Vertikální	75	25%	76	38%
Předozaďní	134	44,7%	321	58,4%
Horizontální	73	48,7%	31	62%
Celkem	282	37,6%	428	53,5%

Tabulka č. 12: Chyby ve zkoušce vizuální orientace v makroprostoru a mikroprostoru ve všech rovinách



Graf č. 12: Chyby ve zkoušce vizuální orientace v makroprostoru a mikroprostoru ve všech rovinách

➤ **Chyby ve zkoušce vizuální orientace v závislosti na délce docházky do MŠ**

Zkoušku jsme prováděli s dětmi čtyř skupin dle délky docházky do MŠ v tomto počtu:

- 1. rokem: 12 dětí
- 2. rokem: 14 dětí
- 3. rokem: 20 dětí
- 4. rokem: 4 dětí

Největší četnost chyb v závislosti na délce docházky do předškolního zařízení se projevila u skupiny dětí, která dochází do MŠ 1. a 4. rokem. Naopak nejmenší četnost chyb můžeme pozorovat u skupiny dětí, která dochází do předškolního zařízení 3. rokem.

V orientaci v makroprostoru a vertikální rovině měla největší chybovost (37,5%) překvapivě skupinka dětí navštěvující MŠ již 4. rokem a to ve značné disproporci vůči ostatním skupinkám. Nejlepší výsledky dětí, které navštěvují MŠ 3. rokem se pohybují na 18,3%. V předozadní rovině se s nepatrným rozdílem umísťují opět skupiny docházející do předškolního zařízení 1. rokem v 55,6% a 4. rokem v 54,2%. Děti třetím rokem navštěvující MŠ mají chybovost pouhých 35,8%. Horizontální rovina činila největší potíže skupince se 4. rokem docházky - 58,3%, nejméně pak skupince se 3. rokem docházky – 43,3%.

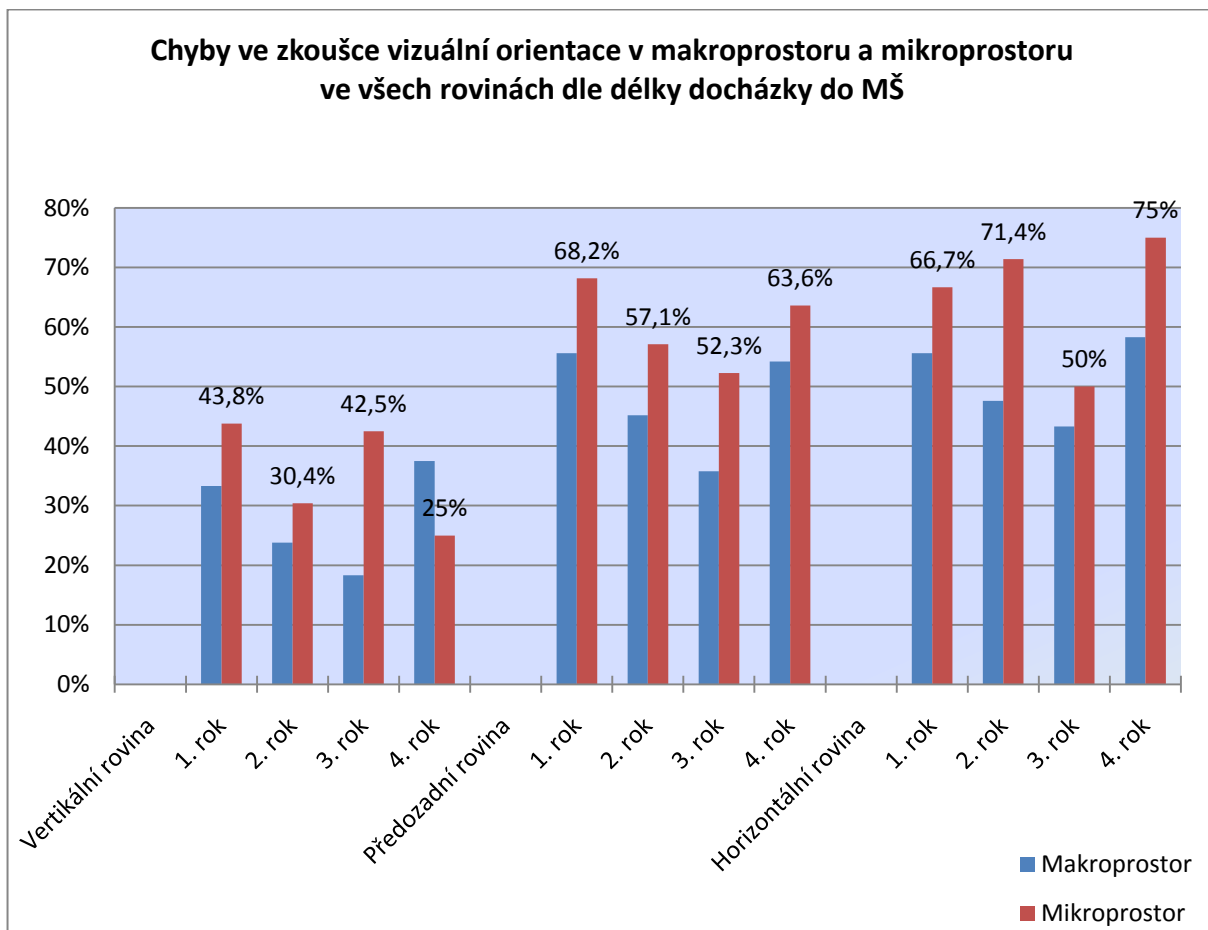
Ve vizuální orientaci v mikroprostoru a ose vertikální je na tom s chybovostí 25% nejlépe právě skupinka dětí, která v MŠ je již 4. rokem, a to ve značném rozdílu od ostatních. Taky jako jediná má výsledky v orientaci ve vertikální rovině lepší v mikroprostoru než v makroprostoru. Skupinka dětí, která s docházkou do MŠ začíná, prokázala nejznatelnější chybovost v rovině vertikální (43,8%) i předozadní (68,2%). Osa horizontální činí potíže dětem ze 4. roku

docházky. Nejméně problémů toto prostorové zobrazení působilo u skupinky dětí navštěvující zařízení předškolního vzdělávání 3. rokem.

Zde se nám ukazuje, že největší problémy dětem činí diferenciací pojmů v mikroprostoru. Specifičtější pak v ose horizontální a předozadní. Naopak nejúspěšnější jsou v orientaci v rovině vertikální a to jak v makroprostoru, tak i s o něco horšími výsledky v mikroprostoru. Makroprostorová orientace byla pro všechny děti zkoumaného vzorku úspěšnější (viz tabulka č.13 a graf č.13).

Chyby ve zkoušce vizuální orientace v makroprostoru a mikroprostoru ve všech rovinách dle délky docházky do MŠ				
Rovina / rok docházky a počet dětí	Makroprostor	Výskyt v %	Mikroprostor	Výskyt v %
Vertikální rovina				
1. rok (12 dětí)	24	33,3%	21	43,8%
2. rok (14 dětí)	20	23,8%	17	30,4%
3. rok (20 dětí)	22	18,3%	34	42,5%
4. rok (4 děti)	9	37,5%	4	25%
Předozadní rovina				
1. rok (12 dětí)	40	55,6%	90	68,2%
2. rok (14 dětí)	38	45,2%	88	57,1%
3. rok (20 dětí)	43	35,8%	115	52,3%
4. rok (4 děti)	13	54,2%	28	63,6%
Horizontální rovina				
1. rok (12 dětí)	20	55,6%	8	66,7%
2. rok (14 dětí)	20	47,6%	10	71,4%
3. rok (20 dětí)	26	43,3%	10	50%
4. rok (4 děti)	7	58,3%	3	75%
Celkem	282	37,6%	428	53,5%

Tabulka č. 13: Chyby ve zkoušce vizuální orientace v makroprostoru a mikroprostoru ve všech rovinách dle délky docházky do MŠ



Graf č. 13: Chyby ve zkoušce vizuální orientace v makroprostoru a mikroprostoru ve všech rovinách dle délky do MŠ

➤ Chyby ve zkoušce vizuální orientace v závislosti na věku

Zkoušku jsme prováděli s dětmi čtyř skupin dle věku v tomto počtu:

3-4 let: 1 dítě

4-5 let: 11 dětí

5-6 let: 18 dětí

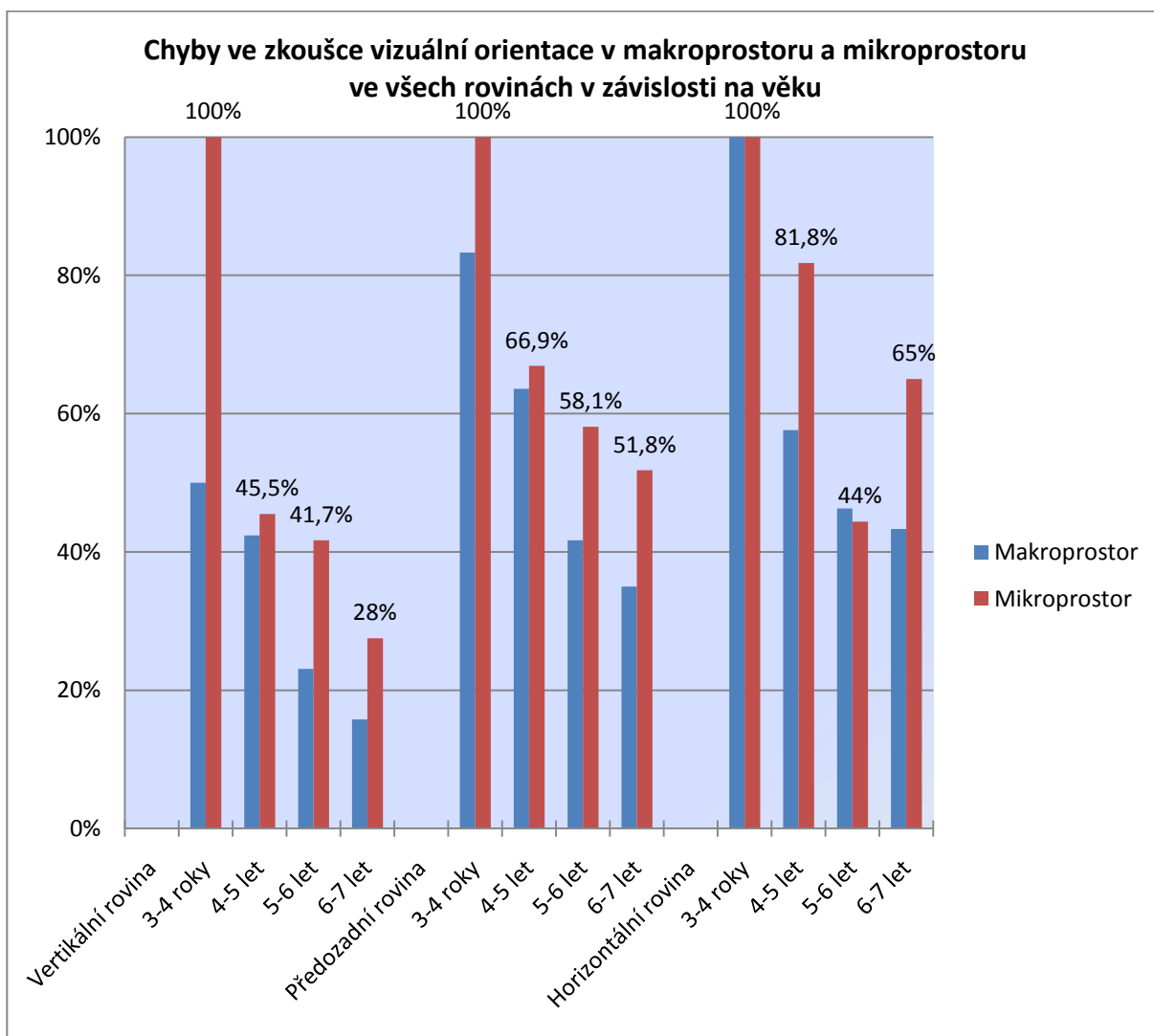
6-7 let: 20 dětí

Z výzkumného šetření vyplynula nepřímá závislost chybovosti a věku dítěte. Největší chybovost tudíž byla zaznamenána u nejmladšího dítěte (3-4 roky), a to ve všech zkoumaných oblastech. Následuje skupina dětí 4-5-ti letých, dále 5-6-ti letých a nejúspěšnější ze sledovaných skupin byla skupina dětí nejstarších 6-7letých. Výjimku tvoří zvýšená chybovost nejstarších dětí ve vizuální orientaci v mikroprostoru, ose horizontální.

Ve všech věkových skupinách zkoumaného vzorku dětí se projevila největší četnost chyb opět při vizuální diferenciaci pojmů v mikroprostoru, jmenovitě v horizontální a také předozadní rovině. Nejméně děti chybovaly ve zřetelném rozlišování pojmů vertikální osy v makroprostoru: Nahoru-dolů, Nad-pod, Vrchní-spodní. (viz tabulka č. 14 a graf č. 14).

Chyby ve zkoušce vizuální orientace v makroprostoru a mikroprostoru ve všech rovinách v závislosti na věku				
Rovina / rok docházky	Makroprostor	Výskyt v %	Mikroprostor	Výskyt v %
Vertikální r.				
3-4 roky	3	50%	4	100%
4-5 let	28	42,4%	20	45,5%
5-6 let	25	23,1%	30	41,7%
6-7 let	19	15,8%	22	27,5%
Předozadní r. / Věk				
3-4 roky	5	83,3%	11	100%
4-5 let	42	63,6%	81	66,9%
5-6 let	45	41,7%	115	58,1%
6-7 let	42	35%	114	51,8%
Horizontální r. / Věk				
3-4 roky	3	100%	1	100%
4-5 let	19	57,6%	9	81,8%
5-6 let	25	46,3%	8	44,4%
6-7 let	26	43,3%	13	65%
Celkem	282	37,6%	428	53,5%

Tabulka č. 14: Chyby ve zkoušce vizuální orientace v makroprostoru a mikroprostoru ve všech rovinách v závislosti na věku



Graf č. 14: Chyby ve zkoušce vizuální orientace v makroprostoru a mikroprostoru a ve všech rovinách v závislosti na věku

➤ Chyby ve zkoušce vizuální orientace v závislosti na třídách

Zkoušku jsme prováděli s dětmi rozdělených do šesti tříd v tomto počtu:

Třída se strukturovaným programem: 9 dětí

Přípravné „0“ ročníky: 19 dětí

Třídy pro děti se speciálními vzdělávacími potřebami: 13 dětí

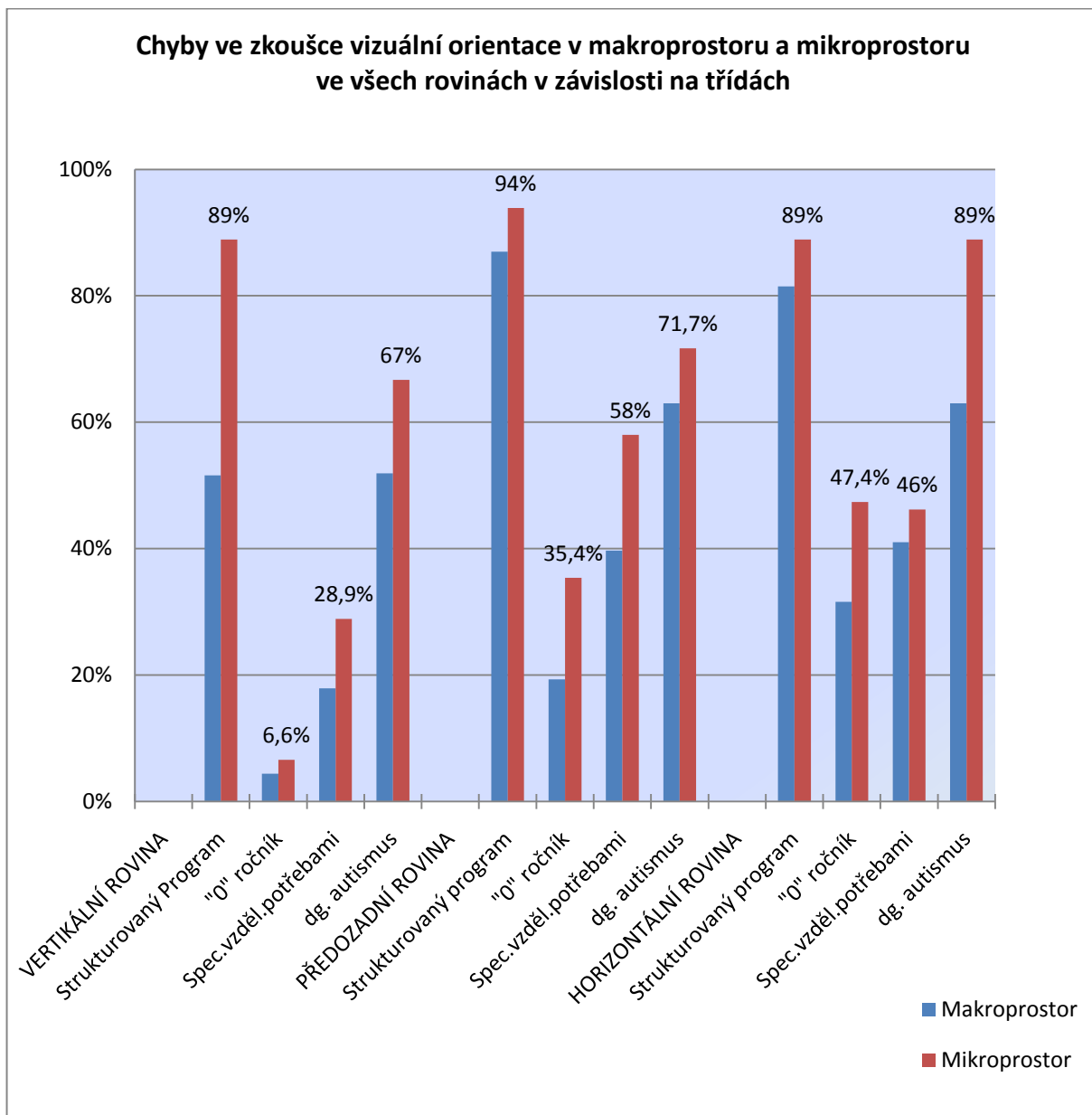
Třída pro děti s lékařskou dg autismus: 9 dětí

Výzkumné šetření prokázalo nejvýraznější problematičnost diferenciací pojmů vertikální roviny v makroprostoru u dětí ze třídy s lékařskou dg. autismus (28 chybných odpovědí, 51,6%). Orientovat se v rovině předozadní v makroprostoru měly největší potíže děti ze třídy se strukturovaným programem (47 chyb, tzn. 87%), taktéž v rovině horizontální (22 chyb, 81,5%). V mikroprostoru a rovině vertikální opět nejvíce chybovaly děti ze třídy se strukturovaným programem (32 nesprávných odpovědí, tedy 88,9%). I rovina předozadní v mikroprostoru činila při rozlišování daných pojmů největší problém dětem ze třídy se strukturovaným programem (93 chyb, 93,9%). Poslední a náročnější rovinou pro orientaci v pojmech je rovina horizontální v mikroprostoru a to se projevilo jednak u dětí ze třídy se strukturovaným programem, tak i u dětí s lékařskou dg. autismus (8 chyb, 88,9%).

Z tohoto šetření je zřejmé, že vizuální orientace v prostoru je nejnáročnější pro děti ze třídy se strukturovaným programem. I dětem s lékařskou dg. autismus, však činila značné potíže. Nejlépe se pak vede dětem s odloženou školní docházkou, které jsou zařazeny v přípravných „0.“ ročnících. Děti ze tříd se speciálními vzdělávacími potřebami se pak se svými výsledky umisťují za těmito „nulťáky“ (viz tabulka č. 15 a graf č. 15).

Chyby ve zkoušce vizuální orientace v makroprostoru a mikroprostoru ve všech rovinách v závislosti na třídách				
Rovina / rok docházky	Makroprostor	Výskyt v %	Mikroprostor	Výskyt v %
Vertikální r. / Třída dětí				
Třída se strukturovaným programem	28	51,6%	32	88,9%
Přípravný „0“ ročník	5	4,4%	5	6,6%
Třída pro děti se speciálními vzdělávacími potřebami	14	17,9%	15	28,9%
Třída pro děti s lékařskou dg. autismus	28	51,9%	24	66,7%
Předozaďní r. / Třída dětí				
Třída se strukturovaným programem	47	87%	93	93,9%
Přípravný „0“ ročník	22	19,3%	74	35,4%
Třída pro děti se speciálními vzdělávacími potřebami	31	39,7%	83	58%
Třída pro děti s lékařskou dg. autismus	34	63%	71	71,7%
Horizontální r. / Třída dětí				
Třída se strukturovaným programem	22	81,5%	8	88,9%
Přípravný „0“ ročník	18	31,6%	9	47,4%
Třída pro děti se speciálními vzdělávacími potřebami	16	41%	6	46,2%
Třída pro děti s lékařskou dg. autismus	17	63%	8	88,9%
Celkem	282	37,6%	428	53,5%

Tabulka č. 15: Chyby ve zkoušce vizuální orientace v makroprostoru a mikroprostoru ve všech rovinách v závislosti na třídách



Graf č. 15: Chyby ve zkoušce vizuální orientace v makroprostoru, mikroprostoru a ve všech rovinách v závislosti na třídách

➤ **Chyby ve zkoušce vizuální orientace v prostoru v jednotlivých rovinách**

Vyhodnocení chybovosti orientace v makroprostoru rovině vertikální

Pracovali jsme s následujícími dvojicemi pojmů:

Nahoru - dolů

Nad - pod

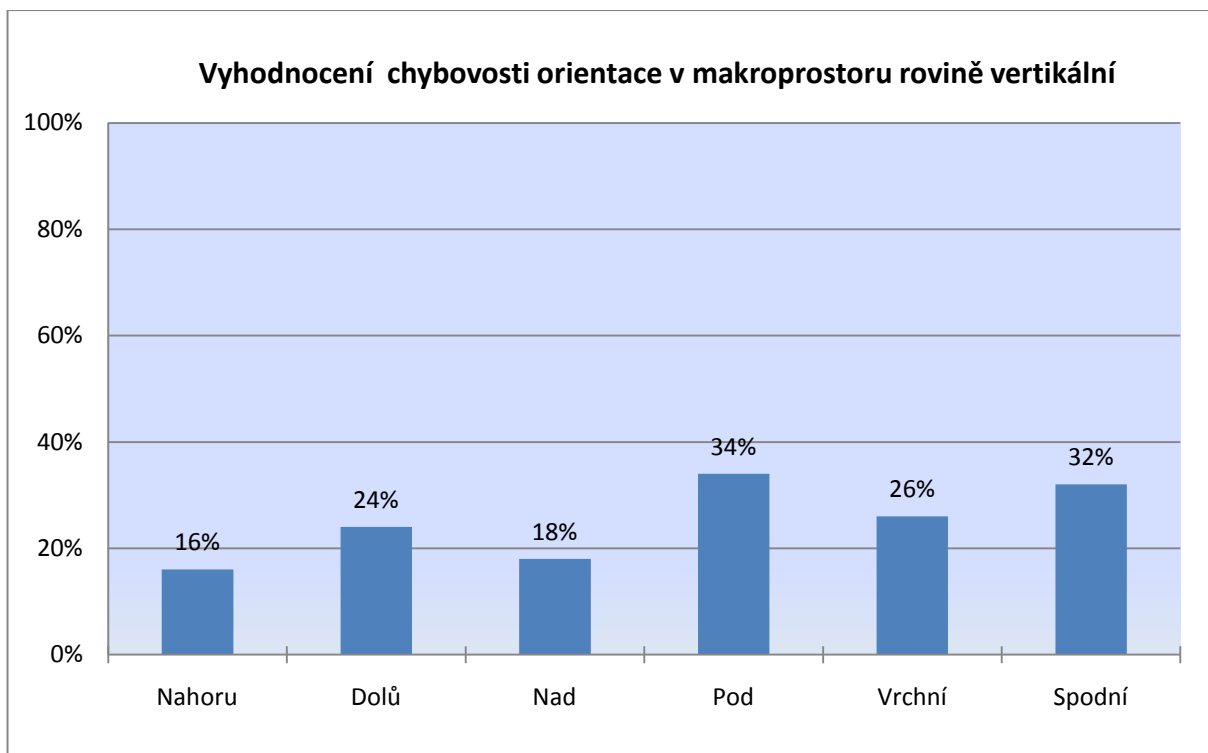
Vrchní - spodní

Tato prostorová diferenciací se umístila na prvním místě v četnosti správných odpovědí všech sledovaných skupin (75 chyb z 300 možných, tudíž pouhých 25%).

Nejmenší chybnost v této rovině byla v pojmech Nad (9chyb, 18%) a Nahoru (8 chyb). Následovaly pojmy Vrchní (13 chyb) a Dolů (12 chyb). Nejčastěji chybovaly děti v pojmu Pod (17 chyb) a také Spodní (16 chyb) (viz tabulka č.16 a graf č.16).

Odpovědi	Počet chyb	Výskyt v %
Nahoru	8	16%
Dolů	12	24%
Nad	9	18%
Pod	17	34%
Vrchní	13	26%
Spodní	16	32%
Celkem	75	25%

Tabulka č. 16: Vyhodnocení chybovosti orientace v makroprostoru rovině vertikální



Graf č. 16: Vyhodnocení chybovosti orientace v makroprostoru rovině vertikální

Vyhodnocení chybovosti orientace v makroprostoru rovině předozadní

Pracovali jsme s následujícími pojmy:

První – poslední

Uprostřed

Před – za

Vedle

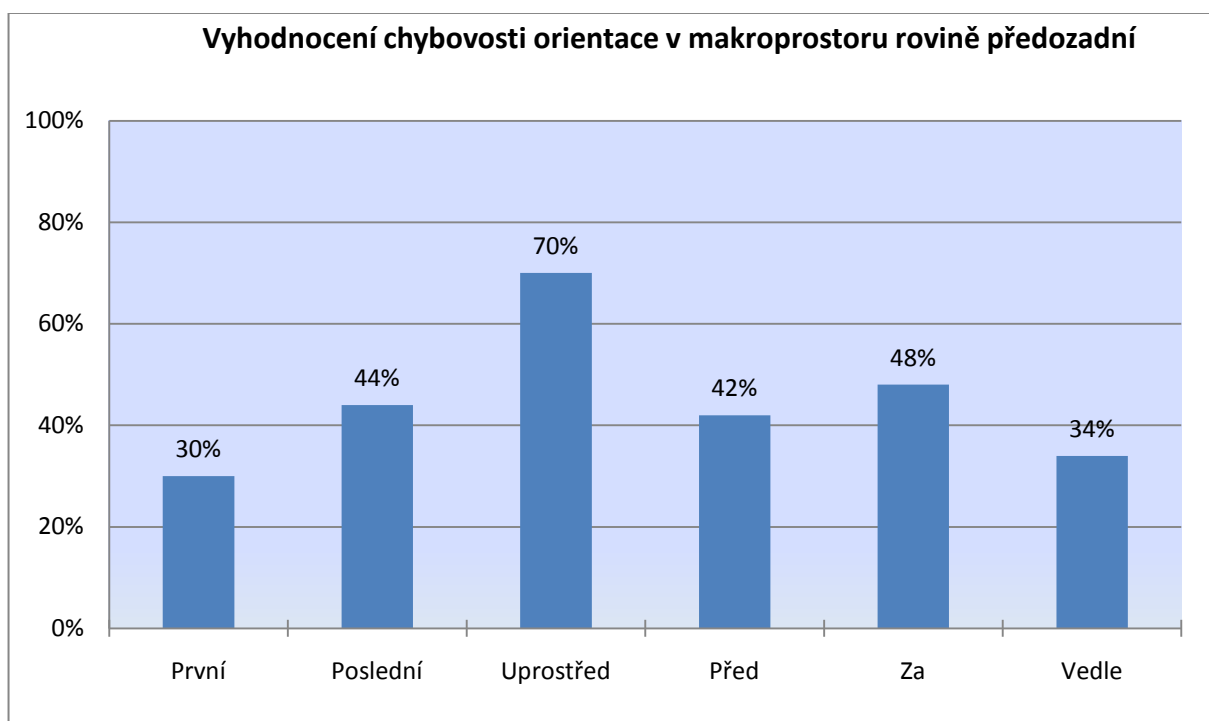
Pojmy předozadní roviny v makroprostoru byly pro děti sledovaného souboru 3. nejúspěšnější ze všech šesti zkoumaných možností (134 chyb z 300 možných, celkem 44,7%).

Nejlépe si děti vedly v pojmech První (15chyb) a Vedle (17 chyb). O něco více dětem činily problémy pojmy Před (21 chyb), Poslední (22chyb) a Za (24 chyb). Pojem Uprostřed se řadí mezi velice

problematické, jelikož chybovost u jeho diferenciaci narostla až na 35 chyb, tedy 70% (viz tabulka č. 17 a graf č. 17).

Odpovědi	Počet chyb	Výskyt v %
První	15	30%
Poslední	22	44%
Uprostřed	35	70%
Před	21	42%
Za	24	48%
Vedle	17	34%
Celkem	134	44,7%

Tabulka č. 17: Vyhodnocení chybovosti orientace v makroprostoru rovině předozadní



Graf č. 17: Vyhodnocení chybovosti orientace v makroprostoru rovině předozadní

Vyhodnocení chybovosti orientace v makroprostoru rovině horizontální

Pracovali jsme s následujícími pojmy:

Pravá ruka

Pravá ruka (označena mašlí)

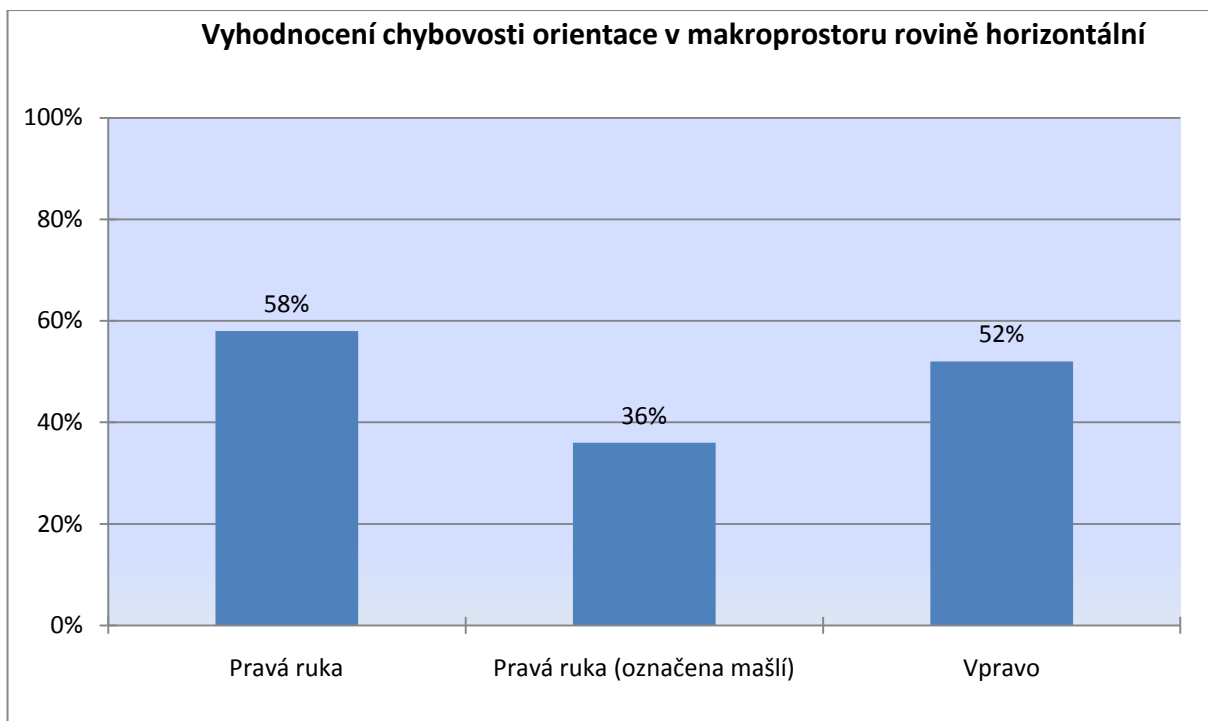
Vpravo

Diferenciace pojmů osy horizontální, tudíž vývojově nejnáročnější skupina pojmů, se v makroprostorovém rozlišování zařadila na čtvrté místo z šesti zkoumaných skupin. Děti zde chybovaly 73 krát, což z celkového počtu 150 - ti možných chyb je 48,7%.

Nejlépe pro děti zvládnutelné odlišení pravolevé orientaci se ukázalo zadání „Zvedni pravou ruku“, přičemž byla pravá ruka označena mašlí (18 chyb). Pojem vpravo byl pro děti taktéž úspěšnější (pravá ruka stále označena mašlí) – 26 chyb, než samotné určení pravé ruky- 29 chyb (viz tabulka č. 18 a graf č. 18).

Odpovědi	Počet chyb	Výskyt v %
Pravá ruka	29	58%
Pravá ruka (označena mašlí)	18	36%
Vpravo	26	52%
Celkem	73	48,7%

Tabulka č.18: Vyhodnocení chybovosti orientace v makroprostoru rovině horizontální



Graf č. 18: Vyhodnocení chybovosti orientace v makroprostoru rovině horizontální

Vyhodnocení chybovosti orientace v mikroprostoru rovině vertikální

Pracovali jsme s následujícími pojmy:

Nahoře

Dole

Nad

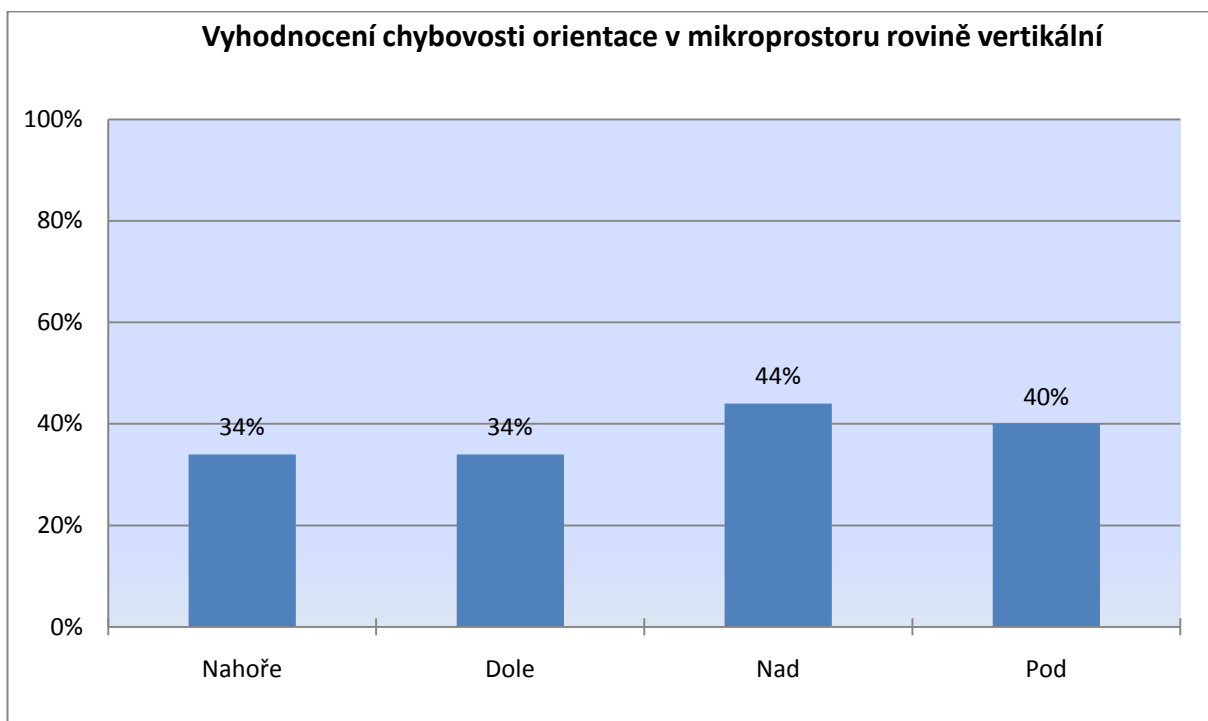
Pod

Orientace v následujících pojmech v mikroprostoru je druhou nejlepší ze všech sledovaných skupin a to počtem 76 – ti chyb a 38%.

Pojmy Nahoře a Dole byly pro děti shodně chybové – 17 chyb, pojem Pod již zvýšil početnost omylů na 20 a pojem Nad na 22 (viz tabulka č. 19 a graf č. 19).

Odpovědi	Počet chyb	Výskyt v %
Nahoře	17	34%
Dole	17	34%
Nad	22	44%
Pod	20	40%
Celkem	76	38%

Tabulka č. 19: Vyhodnocení chybovosti orientace v mikroprostoru rovině vertikální



Graf č.. 19: Vyhodnocení chybovosti orientace v mikroprostoru rovině vertikální

Vyhodnocení chybovosti orientace v mikroprostoru rovině předozadní

Pracovali jsme s následujícími pojmy:

Vpředu-Vzadu

Před-Za

První-Poslední

Hned před-Hned za

Uprostřed

Vedle

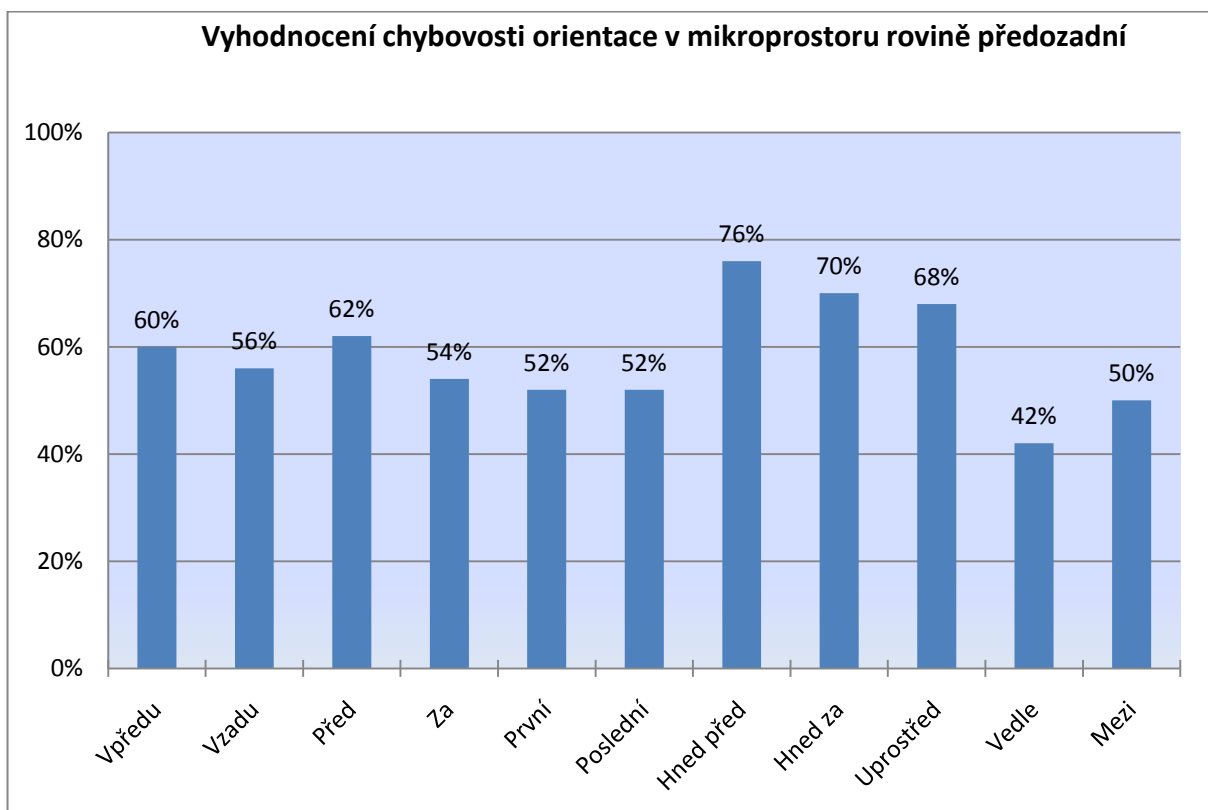
Mezi

Předposlední, tedy jednou z nejnáročnějších skupin, byla diferenciací pojmů v orientaci na ose předozadní v mikroprostoru (321 chyb, 58,4%). Z výsledků zobrazených v grafu a tabulce vyplývá, že sledovaná skupina je jednou z nejrizikovějších.

Celkově úspěšně se děti v tomto uspořádání orientovaly v pojmech – Vedle (21 chyb, 42%), Mezi (25 chyb, 50%) a První – Poslední (26-26 chyb, 52% - 52%). Těžkosti činily pojmy – Vpředu-Vzadu (30-28 chyb, 60% - 56%) a Před-Za (31-27 chyb, 62% - 54%). Nejproblémovější se ukázala diferenciací v pojmech – Uprostřed (34 chyb, 68%) a Hned před-Hned za (38-35 chyb, 72% - 70%) (viz tabulka č. 20 a graf č. 20).

Odpovědi	Počet chyb	Výskyt v %
Vpředu	30	60%
Vzadu	28	56%
Před	31	62%
Za	27	54%
První	26	52%
Poslední	26	52%
Hned před	38	76%
Hned za	35	70%
Uprostřed	34	68%
Vedle	21	42%
Mezi	25	50%
Celkem	321	58,4%

Tabulka č. 20: Vyhodnocení chybovosti orientace v mikroprostoru rovině předozadní



Graf č.. 20: Vyhodnocení chybovosti orientace v mikroprostoru rovině předozadní

Vyhodnocení chybovosti orientace v mikroprostoru rovině horizontální

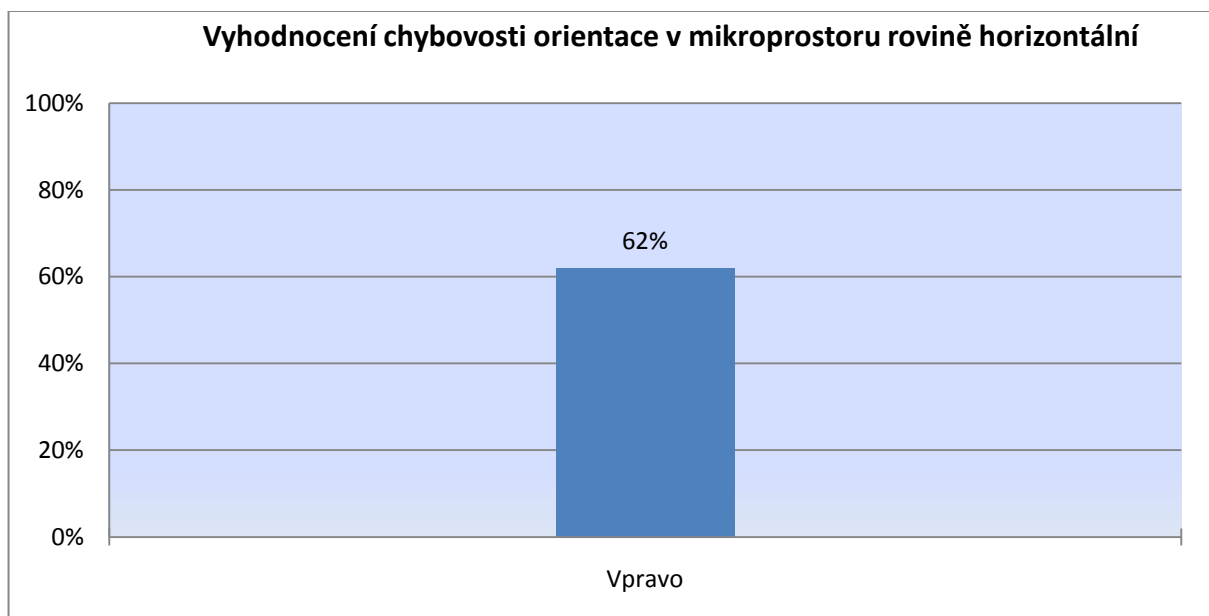
Pracovali jsme s následujícími pojmy:

Vpravo

Tato rovina, pro svou náročnost zastoupena pouze jedním úkolem, se zařadila na poslední místo ze všech zkoumaných skupin. Již z předešlých výsledků hodnocení víme, že pojem vpravo nezvládlo dobře identifikovat 31 dětí z 50 – ti sledovaných, což činí 62% (viz tabulka č. 21 a graf č. 21).

Odpovědi	Počet chyb	Výskyt v %
Vpravo	31	62%
Celkem	31	62%

Tabulka č.21: Vyhodnocení chybovosti orientace v mikroprostoru rovině horizontální



Graf č. 21: Vyhodnocení chybovosti orientace v mikroprostoru rovině horizontální

6 Analýza výsledků šetření

Z odpovědí uvedených v dotazníku jsme získali základní anamnestická data, přínosná pro šetření:

- 40 % dětí sledovaného souboru navštěvovalo MŠ 3. rokem
- 68 % dětí sledovaného souboru v běžných situacích komunikovalo převážně mluvenou řečí
- 44 % dětí sledovaného souboru mělo v době šetření jednoho sourozence z toho 50 % dětí společně žilo s jedním sourozencem
- V 92 % rodin dětí sledovaného souboru se mluvilo jedním jazykem
- 62 % dětí sledovaného souboru bylo šikovnějších na pravou ruku
- 78 % otců dítěte sledovaného souboru bylo šikovnějších na pravou ruku
- 80 % matek dítěte sledovaného souboru bylo šikovnějších na pravou ruku
- 64 % dětí sledovaného souboru s oblibou provádělo převážně pohybové činnosti
- 64 % dětí sledovaného souboru mělo zdravotní znevýhodnění či postižení řečové
- 28 % zdravotní znevýhodnění či postižení dětí ze sledovaného souboru diagnostikoval logoped

Ve vlastní zkoušce vizuální orientace v prostoru nepochopily její pravidla, vzhledem ke zdravotnímu stavu, zcela všechny děti. Po zadání úkolu měly děti určit polohu předmětu nebo ji samo zaujmout. Problém činilo pochopení významu pojmů, a to nejvíce dětem s těžkým zdravotním postižením. Přesto nebo právě proto děti výzkumné šetření vnímaly jako příjemnou hru, která se jim líbila a projevovaly zájem o její opakování. U 13 – ti dětí s odloženou školní docházkou jsme se také zaměřili na směrovost při pojmenovávání obrázků zvířat v řadě. Dle šetření jsme

zjistili, že směr zrakového vnímání ne u všech dětí probíhá zleva doprava (8 dětí směr zleva doprava, 4 děti zprava doleva a 1 dítě střídavě: střed, levopravé a následně pravolevé pojmenování). Ve výsledcích dětí při prostorové orientaci na obrázku domečku se však tato odlišnost neprojevila – pojmem První byl označován bez ohledu na předešlou směrovost čtení obrázků vlevo. Všechny děti byly vstřícné a ochotné spolupracovat, při provádění úkolů jich byla většina uvolněná, některé z nich si nebyly jisté, proto se během provádění úkonu slovně či nonverbálně ujišťovaly o jeho správnosti. A to slovy – „tady?, sem?, toto?“. Na to jsme zadání v nezměněné formě zopakovali. Každé provedení bylo pozitivně verbálně i neverbálně posíleno. Akcent byl kladen na příjemnou pracovní atmosféru.

Ověření hypotézy H:

Ve vizuální orientaci v prostoru častěji chybují děti sledovaného souboru se zdravotním znevýhodněním či postižením různého druhu a stupně než děti intaktní.

Důvodem ke stanovení této hypotézy, byla skutečnost, že u velkého počtu dětí se zdravotním znevýhodněním či postižením se vyskytují větší problémy s vizuální orientací v prostoru než u dětí intaktních.

Vyhodnocení zkoušky vizuální orientace v prostoru hypotézu potvrdilo. Výsledky šetření prokázaly, že nejčastěji chybují děti s těžším zdravotním postižením než děti se školní nezralostí, či narušenou komunikační schopností-dyslalií. Domníváme se tedy, že úroveň vizuální orientace v prostoru dětí sledovaného souboru je zásadně ovlivněna jejich zdravotním stavem a spoluprací a cíleným působením všech zúčastněných osob, které se s dítětem setkávají.

Přínos šetření spatřujeme v upozornění na důležitost problematiky vizuální orientace v prostoru vyplývající z jeho výsledků. Uvedené výsledky považujeme za zajímavé a podnětné. Každodenní rozvoj vizuální

orientace v prostoru by se měl stát samozřejmostí u dětí předškolního věku. Kromě celkové orientace ve vnějším světě podmiňuje i osvojování a nácvik čtení, psaní a počítání a tím i dobré školní výsledky.

ZÁVĚR

Záměrem bakalářské práce bylo zjistit úroveň rozvoje vizuální orientace v prostoru u dětí předškolního věku sledovaného souboru.

Bakalářská práce je rozdělena do dvou částí, teoretické a praktické. Teoretickou částí jsme nastínili problematiku z oborů vývojové psychologie a logopedie vzhledem k prostorové orientaci a vysvětlili pojmy vizuální orientace v prostoru, tělesné schéma, lateralita a pravolevá orientace, zabývali se významem a důležitostmi rozvoje vizuální orientace u dětí předškolního věku.

V praktické části jsme se věnovali vlastnímu výzkumnému šetření. Uvádíme získaná data o zkoumaném souboru dětí z dotazníku pro rodiče (a zákonné zástupce). K šetření sledovaného souboru dětí jsme použili vlastní zkoušku vizuální orientace v prostoru, kterou jsme sestavili podle zkoušek a cvičení orientace v prostoru dle Doyon Louise (2003), Brigitte Sindelarové (2007), Hany Tymichové (1985) a Olgy Zelinkové (1995).

Výsledky šetření odpovídají původní představě. Hypotéza, kterou jsme si stanovili (Ve vizuální orientaci v prostoru častěji chybují děti sledovaného souboru se zdravotním znevýhodněním či postižením různého druhu a stupně než děti intaktní), se potvrdila.

Celý průběh přípravy, samotného šetření i následného vyhodnocování byl pro autorku práce velice přínosný. Potvrdilo se, že problematika vizuální orientace v prostoru u dětí předškolního věku i dětí s odloženou školní docházkou existuje. Důležité a nezbytné je seznámit s touto problematikou další pedagogické pracovníky, ale také rodiče v rámci speciálně pedagogické péče. Intenzivní a každodenní spolupráce odborníků, pedagogů a rodičů při rozvoji vizuální orientace v prostoru předškolních dětí je jednou z podmínek úspěšného osvojení čtení, psaní a počítání. Hravé procvičování vizuální orientace v prostoru děti přijímají jako příjemnou aktivitu.

LITERATURA

BEDNÁŘOVÁ, J., ŠMARDOVÁ, V., *Diagnostika dítěte předškolního věku*. Brno: Computer Press, 2008. ISBN 978-80-251-1829-0.

DOYON, L., *Hry pro všestranný rozvoj dítěte*. Praha: Portál, 2003. ISBN 80-7178-754-X.

DVOŘÁK, J. *Logopedický slovník*. 2.vyd., Žďár nad Sázavou: Logopedické centrum, 2001. ISBN 80-902536-2-8.

EDELSBERGER, L., KÁBELE, F., a kol., *Speciální pedagogika pro učitele prvního stupně základní školy*. Praha: SPN, 1988. ISBN 14-664-88.

PEUTELSCHMIEDOVÁ, A., *Logopedické minimum*. 2.vyd., Olomouc: VUP, 2005. ISBN 80-244-1233-0.

PETROVÁ, A., *Vstup dítěte do školy*. In KOLEKTIV AUTORŮ, *Přehled vývojové psychologie*. Olomouc: VUP, 2005, s. 84-92. ISBN 80-244-0629-2.

KÁBRT, J., VALACH, V., *Stručný lékařský slovník*. 6. uprav.vyd., Praha: Avicenum, 1984. ISBN 08-067-84.

KOMENSKÝ, J. A., *Informatorium školy mateřské*. 3.vyd., Praha: SPN, 1972.

KOZÁKOVÁ, Z., *Problematika kombinovaných vad z pohledu psychopedie*. In LUDÍKOVÁ A KOL., *Kombinované vady*. Olomouc: VUP, 2005, s. 25-52. ISBN 80-244-1154-7.

KOZÁKOVÁ, Z., *Psychopedie*. Olomouc: VUP, 2005. ISBN 80-244-0991-7.

KUTÁLKOVÁ, D., *Průvodce vývojem dětské řeči logopedická prevence*. 5. přepracov.vyd., Praha: Galén, 2009. ISBN 978-80-7262-598-7.

LANGER, J., *Základy surdopedie*. Olomouc: VUP, 2007. ISBN 978-80-7409-009-7.

LANGMEIER, J., BALCAR, K., ŠPITZ, J., *Dětská psychoterapie*. Praha: Avicenum, 1989. ISBN 08-073-89.

LECHTA, V., *Symptomatické poruchy řeči u dětí*. Praha: Portál, 2002. ISBN 80-7178-572-5.

MICHALÍK, J., *Školská integrace žáků s postižením na základních školách v České republice*. Olomouc: VUP, 2005. ISBN 80-244-1045-1.

MONATOVÁ, L., *Speciálně pedagogická diagnostika z hlediska vývoje dětí*. Brno: Paido, 2000. ISBN 80-85931-86-9.

PIAGET, J. *Psychologie inteligence*. 5.vyd., Praha: SPN, 1966. ISBN 14-018-66.

POKORNÁ, V., *Cvičení pro děti se specifickými poruchami učení*. 4.vyd., Praha: Portál, 2007. ISBN 978-80-7367-350-5.

PŘINOSILOVÁ, D., *Charakteristika dětského věku*. In OPATŘILOVÁ, D., *Pedagogicko-psychologické poradenství a intervence v raném a předškolním věku u dětí se speciálními vzdělávacími potřebami*. Brno: VMU, 2008, s. 8-41. ISBN 978-80-210-3977-3.

RENOTIÉROVÁ, M., *Speciální pedagogika osob s postižením hybnosti*. In RENOTIÉROVÁ, M., LUDÍKOVÁ, L. a kol., *Speciální pedagogika*. 4.vyd., Praha: VUP, 2006, 209-240. ISBN 80-244-1475-9.

ŘÍČAN, P., KREJČÍŘOVÁ, D. A KOL., *Dětská klinická psychologie*. Praha: Grada, 1995. ISBN 80-7169-168-2.

SINDELAROVÁ, B., *Předcházíme poruchám učení*. 4.vyd., Praha: Portál 2007. ISBN 978-80-7367-262-1.

ŠKODOVÁ, E., *Symptomatické poruchy řeči*. In ŠKODOVÁ, E., JEDLIČKA, I. A KOL., *Klinická logopedie*. Praha: Portál, 2003, s. 385-424. ISBN 80-7178-546-6.

ŠKODOVÁ, E., JEDLIČKA, I. a kol., *Klinická logopedie*. Praha: Portál, 2003. ISBN 80-7178-546-6.

TYMICHOVÁ, H., *Nauč mě číst a psát*. Praha: SPN, 1987. ISBN 4-72-11/2.

VALENTA, M., MULLER, O., *Psychopedie teoretické základy a metodika*. 4. aktualiz. a rozš. vyd., Praha: Parta, 2009. ISBN 978-80-7320-137-1.

VÁGNEROVÁ, M., *Vývojová psychologie I*. Praha: Karolinum, 2008. ISBN 978-80-246-0956-0.

VITÁSKOVÁ, K., *Narušený vývoj řeči*. In VITÁSKOVÁ, K., PEUTELSCHMIEDOVÁ, A., *Logopedie*. Olomouc: VUP, 2005, s. 41-52. ISBN 80-244-1088-5.

VITÁSKOVÁ, K., *Specifické poruchy učení pro výchovné pracovníky*. Olomouc: VUP, 2006. ISBN 80-244-1216-0.

VOKURKA, M., *Praktický slovník medicíny*. Praha: Maxdorf, 1994. ISBN 80-85800-06-3.

VOKURKA, M., *Velký lékařský slovník*. 8.rozš.vyd., Praha: Maxdorf, 2009. ISBN 978-80-7345-166-0.

ZELINKOVÁ, O., *Cvičení pravo-levé orientace*. Praha: Dys, 1995. ISBN 80-902065-22.

ZELINKOVÁ, O., *Poruchy učení*. 10., zcela přeprac. a rozš.vyd., Praha: Portál, 2003. ISBN 80-7178-800-7.

ZELINKOVÁ, O., *Pedagogická diagnostika a individuální vzdělávací program*. Praha: Portál, 2001. ISBN 80-7178-544-X.

INTERNETOVÉ ZDROJE

KOMÁREK, V., *Léčba epileptického syndromu u dětí*. [online], 2007. [cit.13.4.2010]. Dostupné z WWW:<http://www.csnn.eu/pdf/nn-_07_05_01.pdf>.

THOROVÁ, K., *Dětský autismus*. [online], 21.5.2007. [cit.10.4.2010]. Dostupné z WWW:<<http://www.autismus.cz/popis-poruch-autistickeho-spektra/detsky-autismus-4.html>>.

ZOBANOVÁ, A., *Manuál pro preventivní prohlídky zraku [online]*, [cit. 6.4.2010]. Dostupné z WWW:<<http://www.plusoptix.zrak.cz/doc/manual-pro-preventivni-prohlidky-zraku.pdf>>.

PŘÍLOHY

Příloha č. 1 Formulář pro rodiče

Příloha č. 2 Dotazník pro rodiče (3 str.)

Příloha č. 3 Metodika výzkumu (2 str.)

Příloha č. 4 Záznamový arch zkoušky vizuální orientace v prostoru (2 str.)

Příloha č. 5 Domeček

Příloha č. 1 - Formulář pro rodiče

Kontaktní údaje

Jméno: Lenka Podušelová

Adresa pracoviště: SŠ,ZŠ a MŠ Hanácká 2, odloučené pracoviště Třebízského 1, Šumperk 787 01

Telefon do zaměstnání: 583 216 462

V Šumperku dne 12.10.2009

Vážení rodiče,

v rámci své bakalářské práce na Pedagogické Fakultě Univerzity Palackého v Olomouci zpracovávám téma nazvané *Vizuální orientace v prostoru u dětí předškolního věku*.

Obracím se na Vás, také prostřednictvím třídních učitelek Vašeho dítěte, protože Vaše dítě patří do sledované skupiny dětí předškolního věku.

Pro zajištění výzkumné části mé bakalářské práce potřebuji zjistit některé údaje o Vašem synovi /dceři, které jsou pro výzkum nezbytné. Tyto budou soustředěny pouze u autorky práce – Lenky Podušelové. Bude zachována plná anonymita veškerých údajů i anonymita všech respondentů, kteří budou na výzkumu spolupracovat.

Výzkum proběhne v termínu od 26. října 2009 – 30. ledna 2010.

Prosím Vás o Vaše laskavé vyjádření – vyznačení jedné z možností (zvolenou možnost, prosím, zakroužkujte) u 1. i 2. sdělení (viz dále).

1. sdělení

Souhlasíme – nesouhlasíme se sledováním vizuální orientace v prostoru našeho syna / dcery v termínu od 26. října 2009 – 30. ledna 2010.

2. sdělení

Souhlasíme – nesouhlasíme se sběrem nezbytných údajů o našem synovi /dceři, které budou zjišťovány dotazníkem pro rodiče, shromažďovány a zpracovány Lenkou Podušelovou a nebudou zpřístupněny žádné třetí osobě.

Syn (dcera):.....

Narozen (a):.....

Adresa bydliště:.....

Podpis rodičů (zákonných zástupců).....

Zdvořile Vás prosím, tento formulář s vyplněným 1. a 2. sdělením a následnými údaji předejte obratem zpět třídní učitelce Vašeho dítěte.

Případné dotazy, prosím, směřujte k autorce práce.

Děkuji Vám za spolupráci.

S pozdravem

Lenka Podušelová

Příloha č. 2 – Dotazník pro rodiče

Vážení rodiče, v rámci své bakalářské práce zpracovávám téma „Vizuální orientace v prostoru“. Jedná se o jednu ze schopností, které se účastní rozvoje čtení, psaní a počítání u dětí v 1.třídě.

Vizuální orientace v prostoru zahrnuje např. rozlišení pojmů vlevo - vpravo, první – poslední, vpředu – vzadu, nahoře - dole, hned vpřed - hned za, a jiné.

K rozvoji vizuální orientace mohou přispět např. tyto činnosti:

- puzzle, třídění předmětů (knoflíky, korále, šroubky...) dle vybraného znaku – tvaru, velikosti, barvy, skládání rozstříhaných obrázků, skládání obrázků z kostek, omalovánky a domalovánky,
- pexeso, zapamatování si viděného (pod šátkem, na ulici...), zapamatování si posloupnosti řazených předmětů, obrázků,
- hry na hledání rozdílů, spojování stejných dvojic, poznávání, co se v prostředí, na osobě, na obrázku, změnilo,
- vybarvování plošek podle značek.

Jak vyplňovat dotazník –

Souhlasnou odpověď, prosím, zakroužkujte.

Je-li uvedeno využití více možností, s nimiž souhlasíte, zakroužkujte je, prosím.

Případně dopište odpověď na tečkovaný řádek.

DOTAZNÍK PRO RODIČE

DŮVĚRNÉ!

1. Vaše dítě navštěvuje MŠ:

- a) první rok
- b) druhý rok
- c) třetí rok
- d) čtvrtý rok

2. Vaše dítě v běžných situacích komunikuje:

- a) převážně mluvenou řečí
- b) mluvenou řečí a posunky
- c) převážně posunky
- d) jiným způsobem, uveďte jakým.....

3. Vaše dítě má.....sourozence, z toho společně žije s.....sourozenci.

(1, 2, 3, více)

4. Vaše dítě vyrůstá v rodině, v níž se mluví i druhým jazykem ?

- a) ano
- b) ne
- c) uveďte, jakým.....

5. Vaše dítě je šikovnější:

- a) na pravou ruku
- b) na levou ruku
- c) na obě ruce stejně

6. Otec dítěte je šikovnější:

- a) na pravou ruku
- b) na levou ruku
- c) na obě ruce stejně

7. Matka dítěte je šikovnější:

- a) na pravou ruku
- b) na levou ruku
- c) na obě ruce stejně

8. Vaše dítě s oblibou provádí převážně tyto činnosti:

- a) skládání puzzle
- b) skládání obrázkových kostek
- c) kreslení
- d) vymalovávání
- e) pexeso
- f) jednoduché stolní a společenské hry, jaké.....
- g) obrázkové knížky
- h) počítačové hry
- i) televizní pořady
- j) pohybové činnosti, jaké.....
- k) hru s panenkami
- l) hru s autíčky
- m) hru se stavebnicí, jakou.....
- n) jiné, uveďte.....

9. Má Vaše dítě zdravotní znevýhodnění ? – Prosím, uveďte jaké?

- a) ano - ne
- b) tělesné.....
- c) zrakové.....
- d) sluchové.....
- e) řečové.....
- f) mentální.....
- g) kombinované.....
- h) dg. autismus.....
- i) nerovnoměrný psychomotorický vývoj.....
- j) jiné a jaké, vypište.....

10. Kdo zdravotní znevýhodnění diagnostikoval ?

- a) dětský lékař
- b) neurolog
- c) oftalmolog
- d) audiolog
- e) logoped
- f) speciální pedagog
- g) psycholog
- h) psychiatr
- i) metabolická poradna
- j) jiný odborník, jaký.....

Děkuji Vám za vyplnění dotazníku.

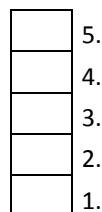
Lenka Podušelová

Příloha č. 3 - Metodika výzkumu

Vizuální orientace v makroprostoru

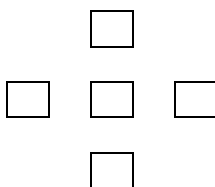
Vyprávím dítěti o míčcích (mám je v ruce), které se ve školce přes noc honily a koulely, až zapomněly, kde je nahore a dole a my jim to ukážeme.

- 1) *Stojím proti dítěti, v ruce mám dva míčky a vysvětluji: „Jeden míček patří nahoru a druhý dolů“.*
*Podávám dítěti jeden míček se slovy: „Dej ho **nahoru**“ (zvedni ho nahoru). Poděkuji dítěti, vezmu si míček zpátky a podávám druhý se slovy: „Dej ho **dolů**“ (polož ho dolů). Poděkuji, pochválím a vezmu si míček zpátky.*
- 2) *Přivedu dítě ke stolu, řeknu a ukážu mu, kde bude stát a já se postavím naproti, proto, aby mi mohl podávat nebo koulet jeden míček nad stolem a druhý pod stolem. Podám dítěti jeden míček a vyzvu jej: „Podej mi míček **nad** stolem“. Chytím jej, poděkuji a podám dítěti druhý míček s výzvou: „Kutálej mi ho **pod** stolem.“ Míček chytím, poděkuji.*
- 3) *Přejdu k dítěti (míčky držím v ruce položené na sobě), postavím se proti němu a vysvětluji, že se míčky k sobě asi přilepily. Požádám jej: „Vezmi ten **vrchní**.“ Dítě pochválím, vezmu si od něj míček zpět, přiložím opět k druhému míčku s výkladem, že se asi opět k sobě přilepily. „Vem si ten **spodní**“, poděkuji a míčky odložím „, k odpočinku“.*
- 4) *Převedu dítě k připraveným židličkám.*



*Natočím jej proti řadě židliček a vysvětluji: „Jedna židlička je první, za ní jsou další židličky a potom je jedna poslední. Najdi **první** židličku a sedni si na ni.“ Pochválím dítě, zavolám si ho k sobě a řeknu: „Najdi **poslední** židličku a sedni si na ni.“ Opět dítě pochválím.*

První dvě židličky přesunu do boku k prostřední se slovy: „Teď je trochu přestěhujeme.“



- 5) *Dítě opět stojí čelem k židličkám a já vysvětluji: „Jedna židlička je první, jedna uprostřed, jedna poslední. Jedna stojí napravo a jedna nalevo. Ty najdi židličku, která je **uprostřed** a sedni si na ni.“*
- 6) *Nechám dítě sedět na prostřední židličce a беру do ruky 2 míčky se slovy, že by taky chtěly sedět na židličce. „Jeden míček chce sedět na židličce před Tebou a druhý na židličce za Tebou. Tento míček chce sedět na židličce **před** Tebou.“ Dítě pochválím a pokračuji: „Tento míček chce sedět na židličce **za** Tebou.“ Dítě pochválím.*
- 7) *Beru si 3. míček a dítěti vysvětluji, že by taky chtěl sedět na židličce a to na židličce vedle dítěte. „Polož ho na židličku **vedle** sebe.“ Opět dítě pochválím.*
- 8) *Míčky nechám na židličkách, dítě stále sedí uprostřed, já stojím čelem k dítěti a říkám: „Zvedni **pravou** ruku.“ Pochválím dítě, obě ruce položí opět na kolínka.*
- 9) *Vezmu si mašličku, přistupuji k dítěti a informuji ho o tom, že zavážeme pravou ruku, abychom si lépe pamatovali, že je to pravá ruka. Opět jej vyzvu, aby ruce položilo na kolínka a následně jej vyzvu: „Zvedni **pravou** ruku.“*
- 10) *Vezmu si ze židliček všechny míčky, jeden z nich dítěti ukážu se slovy, že chce sedět na židličce vpravo. „Polož míček na židličku **vpravo**.“ Pochválím, mašličku odváží a převádím dítě k židličce u stolečku, kde na nás čekají zvířátka...*

Vizuální orientace v mikroprostoru

- 1) Dítě pohodlně usadím u stolečku, sednu si vedle něj a ukážu mu obrázky zvířátek v připraveném plošném zobrazení domečku. Zeptám se, jak se jmenují a poté, co se s nimi seznámí se zeptám: „Které zvířátko je **nahoře**?“, pochválím jej a opět se zeptám: „A které zvířátko je **dole**?“

Kočka

Myš

Pes

- 2) „Které zvířátko je **nad** myšičkou?“ a „Které zvířátko je **pod** myšičkou?“ Pochválím jej.

- 3) Vyměním rozestavění a obrázky

Prase

Slepice

Kráva

Zajíc

Kačena

zvířátek:

Zeptám se jak se zvířátka jmenují (sleduji směrovost – začíná-li zleva doprava, zprava doleva, či přeskakuje) a potom dítě seznámím: „Jedno zvířátko je u sluníčka vpředu, za ním stojí další zvířátka a jedno zvířátko stojí vzadu. Které zvířátko je **vpředu**?“, pochválím dítě a pokračuji: „Které zvířátko stojí **vzadu**?“ Opět dítě pochválím.

- 4) Vysvětlím dítěti, že některá zvířátka si stoupla před kravičku a na některé zbylo místo až za kravičkou. „Která zvířátka stojí **před** kravičkou?, Na která zvířátka zbylo místo **za** kravičkou?“ Pochválím dítě za snahu a úspěch a pokračuji.
- 5) Povídám dál, že zvířátka se šla podívat na sluníčko a jedno zvířátko je první, za ním se seřadila další a na konci zůstalo poslední. „Které zvířátko je **první**?, Které zvířátko je **poslední**?“
- 6) Až se všechna zvířátka pěkně nahřála, tak se musela opět postavit do řady. Některé zvířátko stálo hned před kravičkou a některé hned za kravičkou. „Které zvířátko stojí **hned před** kravičkou?“ a „Které zvířátko stojí **hned za** kravičkou?“ opět dítě pochválím.
- 7) Změním postavení zvířátek

Prase

Papoušek

Kráva

Ryba

Kačena

a zeptám se jak se nová zvířátka jmenují, pochválím. Nato vysvětlím, že jedno zvířátko bydlí nahoře, jedno bydlí uprostřed, jedno dole, další bydlí vpravo a jiné zase vlevo. „Podívej se na zvířátka, které z nich stojí **uprostřed**?“ Pochválím.

- 8) Opět přemístím

Prase

Slepice

Kráva

Zajíc

Kačena

zvířátka:

A zeptám se: „Která zvířátka stojí **vedle** kravičky?“ Pochválím jej a pokračuji.

- 9) „Které zvířátko stojí **mezi** prasátkem a kravičkou?“

- 10) Naposledy přemístím zvířátka:

Prase

Papoušek

Kráva

Ryba

Kačena

A vysvětlím dítěti, že jednomu zvířátku se líbí bydlet nahoře, jinému zase uprostřed, nebo dole. Jiné rádo bydlí vpravo a další vlevo. „Které ze zvířátek bydlí **vpravo**?“ Dítě za všechny úkoly a snahu moc pochválím, poděkuji a rozloučím se.

Příloha č. 4 - Záznamový arch zkoušky vizuální orientace v prostoru

Jméno a příjmení.....Datum výzkumu.....

Datum narození.....Věk.....

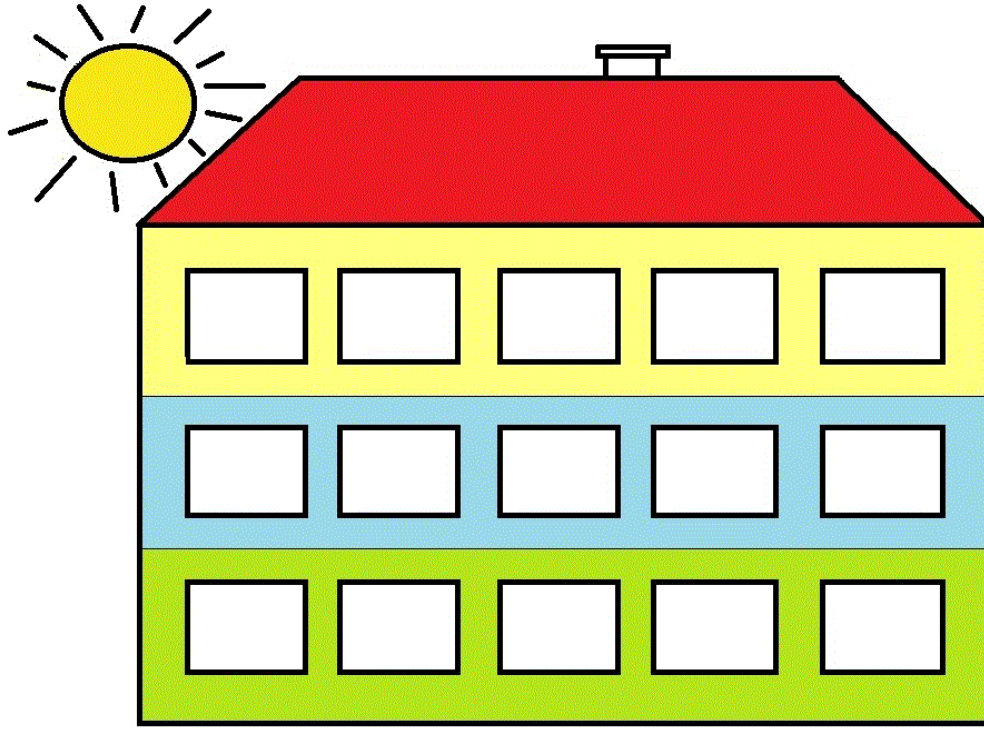
Diagnoza.....

		+/		Poznámka		+/		Poznámka	
		-	L/P/O/N			-	L/P/O/N		
1.	Nahoru				Dolů				
2.	Nad				Pod				
3.	Vrchní				Spodní				
4.	První				Poslední				
dítě / \ dítě / \									
5.	Uprostřed								
dítě									
6.	Před				Za				
dítě dítě									
7.	Vedle								
dítě									
8.	Pravá ruka								
9.	P ruka - mašle								
10.	Vpravo								
dítě									

Poznámky:

		+	-	L /P/	O/N	Poznámky		+	-	L/P	O/N	Poznámky
1.	Nahoře						Dole					
2.	Nad						Pod					
3.	Vpředu						Vzadu					
4.	Před						Za					
? ?												
5.	První						Poslední					
6.	Hned před						Hned za					
? ?												
7.	Uprostřed											
8.	Vedle											
?												
9.	Mezi											
? ?												
10.	Vpravo											

+ Splnil	L Levou rukou	O Oběma rukama
- Nesplnil	P Pravou rukou	N Nezaznamenáno
Poznámky:		



ANOTACE

Jméno a příjmení:	Lenka Podušelová
Katedra:	Ústav speciálněpedagogických studií
Vedoucí práce:	Mgr. Renata Mlčáková Ph.D.
Rok obhajoby:	2010

Název práce:	Vizuální orientace v prostoru u dětí předškolního věku
Název v angličtině:	Visional orientation at space of pre-school children
Anotace práce:	Bakalářská práce je zaměřena na rozvoj vizuální orientace v prostoru u dětí předškolního věku. Cílem práce je zjištění úrovně vizuální orientace v prostoru u dětí předškolního věku sledovaného souboru v rovině vertikální, předozadní a horizontální. Záměrem teoretické práce bylo nastínit problematiku pojmů souvisejících s vizuální orientací v prostoru u dětí předškolního věku – vývoj dítěte vzhledem k prostorové orientaci, školní zralost a školní připravenost, vybraná narušení komunikačních schopností, dále pojmů tělesné schéma, laterality a pravolevá orientace. V praktické části jsou popsány a vyhodnoceny výsledky dotazníku pro rodiče a šetření vizuální orientace v prostoru provedené u dětí sledovaného souboru.
Klíčová slova:	Vizuální orientace v prostoru, Vývoj dítěte vzhledem k prostorové orientaci, Symptomatické poruchy řeči, Vývojová dysfázie, Tělesné schéma, Laterality, Pravolevá orientace, Zkouška vizuální orientace
Anotace v angličtině:	The graduation thesis is focused on development of visual orientation at space of pre-school children. It is aimed at scanning of the level of visual orientation at space (in vertical plane, horizontal plane and dorso-anterior plane) in monitored group of pre-school children. The purpose of the theoretical part of the thesis is drawing out conception and terms problems connected with visual orientation at space of pre-school children – development of a child with regard to space orientation, maturity and readiness for school education, selected disturbance of communication abilities, further terms as body scheme, laterality and right- left orientation. In the practical part of the thesis there is described and analyzed outcome of a list of questions for parents and scanning of visual orientation at space done in monitored group of children.
Klíčová slova v angličtině:	Visual orientation at space, Development of child with regard to space orientation, Symptomatic dislogia, Development dysphasia, Body scheme, Laterality, Right-left orientation, Test of visual orientation

Přílohy vázané v práci:	9ks: č.1 - Formulář pro rodiče č.2 – Dotazník pro rodiče (3 str.) č.3 – Metodika výzkumu (2 str.) č.4 – Záznamový arch zkoušky vizuální orientace v prostoru (2 str.) č.5 - Domeček
Rozsah práce:	94 stran
Jazyk práce:	Český jazyk