

UNIVERZITA PALACKÉHO V OLMOUCI

Pedagogická fakulta

Katedra primární pedagogiky

Bc. MIROSLAVA SEDLÁKOVÁ, DiS.

II. ročník – kombinované studium

Obor: Předškolní pedagogika

**PEDAGOGICKÁ DIAGNOSTIKA JAKO PROSTŘEDEK
ROZVOJE DĚTÍ PŘEDŠKOLNÍHO VĚKU**

Diplomová práce

Vedoucí práce: doc. PhDr. Eva Šmelová, Ph.D.

OLMOUC 2011

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem diplomovou práci vypracovala samostatně a použila pouze uvedené pramenů a literatury.

V Olomouci dne 15. 6. 2011

.....

Poděkování

Děkuji doc. PhDr. Evě Šmelové, Ph.D. za vstřícný přístup, cenné rady, věcné připomínky a odborné vedení práce.

OBSAH

ÚVOD.....	6
I. TEORETICKÁ ČÁST	8
1 Teoretické poznatky z pedagogické diagnostiky.....	8
1.1 Pojem, definice a cíle pedagogické diagnostiky.....	8
1.2 Pedagogická diagnóza	12
1.3 Pedagogická a pedagogicko-psychologická diagnostika.....	14
2 Metody pedagogické diagnostiky	16
2.1 Vlastnosti metod v pedagogické diagnostice	16
2.2 Vybrané metody pedagogické diagnostiky	17
2.3 Chyby v diagnostické činnosti.....	28
3 Diagnostika dítěte předškolního věku	30
3.1 Oblasti pedagogické diagnostiky dítěte předškolního věku	31
3.2 Diagnostika dítěte se speciálními vzdělávacími potřebami.....	39
3.3 Diagnostika mimořádně nadaného dítěte předškolního věku.....	43
4 Vybrané metody rozvoje dětí předškolního věku	48
4.1 Metodika pro podporu individualizace vzdělávání	48
4.2 Metoda dobrého startu (MDS).....	51
4.3 Metoda edukativně stimulačních skupin (ESS).....	52
4.4 Metoda k zjištění deficitů v dílčích funkcích v předškolním věku	54
II. EMPIRICKÁ ČÁST	59
5 Realizace výzkumného šetření	59
5.1 Vymezení cíle empirické části práce.....	59
5.2 Charakteristika zařízení a cílová skupina výzkumného šetření.....	60
5.3 Metodologie a vyhodnocení výzkumného šetření.....	64
5.4 Vyhodnocení a interpretace dat	66
5.4.1 Výsledky výzkumného šetření u skupiny č. 1.....	68
5.4.2 Výsledky výzkumného šetření u skupiny č. 2.....	79
5.4.3 Výsledky výzkumného šetření u obou skupin dětí v jednotlivých diagnostických úkolech	89
5.4.4 Komparace výsledků výzkumného šetření u skupiny dětí č. 1 z hlediska jejich rozvoje	111

5.4.5 Komparace výsledků výzkumného šetření u skupiny dětí č. 2 z hlediska jejich rozvoje	113
5.4.6 Komparace výsledků výzkumného šetření skupiny č. 1 a skupiny č. 2....	114
5.5 Shrnutí výsledků výzkumného šetření a diskuse.....	117
ZÁVĚR.....	125
SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY	127
SEZNAM PŘÍLOH	132
ANOTACE	

ÚVOD

Období předškolního věku je velmi dynamickou etapou, ve které dítě prochází velkým počtem vývojových změn. Mateřská škola se stává místem, kde je dítěti zajišťována odborná péče, jsou vytvářeny podmínky pro jeho tělesný, duševní a sociální rozvoj. Mezi úkoly mateřské školy mimo jiné patří i zajištění potřeb dítěte a podpora individuálních rozvojových předpokladů.

Pro vytvoření optimálních podmínek a podporu vzdělávacích možností dítěte pedagogové využívají pedagogickou diagnostiku. V předškolním věku se pedagogická diagnostika zaměřuje na poznávání individuality dítěte, systematické sledování jeho pokroků a podporu v oblastech, ve kterých dítě vykazuje mimořádné schopnosti, i subvenci oblastí, ve kterých jsou zjištěny určité nerovnoměrnosti.

Téma diplomové práce zaměřené na problematiku pedagogické diagnostiky jsem si vybrala se záměrem přiblížit diagnostickou činnost předškolním pedagogům. Vzhledem k osobnostně orientovanému modelu předškolního vzdělávání je důležité každé dítě dobře poznat a vytvořit mu kvalitní podmínky pro jeho rozvoj. Tyto podmínky však bez dobrého diagnostického procesu není pedagog schopen zabezpečit.

Cílem diplomové práce je popsat problematiku pedagogické diagnostiky, poukázat na její význam v předškolním vzdělávání a ověřit vybraný program Brigitte Sindelarové pomocí metody k zjištění deficitů v dílčích funkcích v konkrétní mateřské škole.

Diplomová práce je členěna na část teoretickou a empirickou.

Dílčím cílem první části práce je teoretické vymezení problematiky pedagogické diagnostiky. Teoretická část diplomové práce zahrnuje čtyři kapitoly.

V první kapitole teoretické části se zaměřuji na konspekt teoretických poznatků z oblasti pedagogické diagnostiky.

Druhá kapitola popisuje nejčastěji využitelné metody pedagogické diagnostiky a možné chyby, které při diagnostickém procesu vznikají.

Třetí kapitola se zabývá procesem diagnostikování dětí předškolního věku. Popisuje oblasti pedagogické diagnostiky tohoto věku, význam a dosah pedagogické diagnostiky u dětí se speciálními vzdělávacími potřebami a dětí s nadáním.

Obsahem čtvrté kapitoly je stručné seznámení se čtyřmi vybranými programy rozvoje dětí předškolního věku, využívané zejména u dětí v posledním roce docházky do mateřské školy. Jedná se o Metodiku pro podporu individualizovaného vzdělávání v mateřské škole, Metodu dobrého startu, Metodu edukativně stimulačních skupin a Metodu k zjištění deficitů v dílčích funkcích v předškolním věku.

Dílčím cílem empirické části diplomové práce je ověřit efektivnost programu Brigitte Sindelarové pomocí metody k zjištění deficitů v dílčích funkcích. Zjistit, zda vybraná metoda odhaluje úroveň dítěte v oblasti kognitivních funkcí, rozvíjí-li program nácviku zjištěné oslabené oblasti, ověřit, zda vybrané skupiny dětí zařazené do výzkumného šetření dosáhnou zlepšení v opakovaném diagnostikování a dosáhnou-li děti z běžné třídy v realizovaném diagnostickém šetření lepších výsledků než děti s narušenou komunikační schopností.

Metoda sleduje kognitivní a percepční funkce dítěte předškolního věku. Jde zejména o sféru, která ovlivňuje výkony dítěte v oblasti čtení, psaní a počítání. Diagnostická metoda umožňuje u dětí zjistit určité nerovnoměrnosti v oblasti kognitivních funkcí a následné vyrovnání těchto diagnostikovaných nedostatků. Součástí je i program nácviku, který je s dětmi po provedené diagnostice realizován. Zjištění možných problematických oblastí dítěte a jejich následné procvičování tak umožňuje u dítěte zajistit lepší podmínky pro zahájení školní docházky, popřípadě předejít možným problémům, které mohou vyústit ve specifické poruchy učení a chování.

Vybraná diagnostická metoda, která je rozšířena zejména v německy mluvících zemích, patří do okruhu méně známých metod. Její využití u dětí před zahájením školní docházky předkládám jako námět pro předškolní pedagogy, rodiče i budoucí učitelky předškolního vzdělávání v oblasti diagnostických metod využitelných v podmínkách mateřské školy pro zjištění úrovně kognitivních funkcí.

Vzhledem k tomu, že ve vybrané mateřské škole, kde bylo realizováno výzkumné šetření, je uskutečňována pedagogická praxe studentek střední pedagogické školy i studentek vysokých škol, mají budoucí pedagogové možnost se s předkládanou diagnostickou metodou nejen seznámit, ale také si tuto diagnostickou činnost s dětmi předškolního věku prakticky vyzkoušet.

I. TEORETICKÁ ČÁST

1 Teoretické poznatky z pedagogické diagnostiky

1.1 Pojem, definice a cíle pedagogické diagnostiky

Pojem diagnostika bývá využíván v mnoha oborech. Jedná se o slovo řeckého původu (dia-gnósis = rozpoznání, rozlišení, vyšetření). Nejčastěji bývá diagnostika spojována s obory lékařskými.

V systému věd se vyčleňuje nová vědní disciplína – **pedagogická diagnostika**. Pedagogická diagnostika je primárně zaměřena na proces výchovy a vzdělávání. Je to „vědecká disciplína zabývající se otázkami diagnostikování v edukačním prostředí (převážně ve školním prostředí)...“ (Průcha, 2009, s. 189). Vědní obor pedagogické diagnostiky patří mezi mladé obory, který se do popředí zájmu dostává v šedesátých letech 20. století. Průcha (2009) označuje diagnostiku jako posloupnost činností, které vedou k diagnóze. Pedagogická diagnostika se zaměřuje na *poznání příčin a podmínek rozvoje* žáka a současně zjišťuje i *důvody obtíží*, které při výchově vznikají. Sleduje efektivitu vzdělávání a je spjata s cílem výchovy, obsahem, metodami i organizací vzdělávacího procesu. Pedagogická diagnostika umožňuje poznávat, jak se žák v průběhu vzdělávacího procesu rozvíjí. Zabývá se cílem, předmětem, strategickými postupy, metodami diagnostikování a vztahem k jiným pedagogickým disciplínám. (Gavora in Kolláriková, 2001). Pedagog prostřednictvím diagnostiky zjišťuje, zda žák dosahuje úrovně, která je očekávána. Chráska (1988) definuje pedagogickou diagnostiku jako speciálně pedagogickou disciplínu, která se zabývá zjištěním, posuzováním i hodnocením vnitřních a vnějších podmínek, průběhem i výsledky výchovně-vzdělávacího procesu. Na základě těchto zjištění jsou navrženy pedagogické postupy a vyslovovány prognostické úvahy.

Pedagogická diagnostika zahrnuje teoretické i praktické činnosti. Má svůj vědecký základ, obecnou i metodickou teorii i diagnostickou praxi. Je úzce spjata s dalšími disciplínami, jako je didaktika a teorie výchovy. „Pedagogická diagnostika umožňuje tedy zjišťovat výsledky výchovného působení v širokém slova smyslu a učitel bez ní

nedokáže realizovat výchovně vzdělávací proces“ (Mojžíšek, 1987, s. 11). Pedagogická diagnostika ovlivňuje pedagogickou teorii a je východiskem pro pedagogickou práci.

V historii se pedagogická diagnostika více zaměřovala na oblast učení a vyučování, na znalosti a vědomosti žáka. Podmínky a prostředí, ve kterém žák žil a vzdělával se, nebyly příliš zohledňovány. Hodnocení pedagogického rozvoje však postihuje celou osobnost žáka, jeho procesy poznávací, stránku citovou, volní, estetickou i morální. Osobnost jedince je utvářena vzájemným působením vlivů biologických a sociálních. „Působení rodiny, školy i společnosti se promítá do vývoje dítěte a má na něj vliv ve smyslu pozitivním i negativním“ (Zelinková, 2001, s. 19). Každý jedinec je ovlivňován i dobou, ve které žije, její kulturou, vědou a technikou. „Současné pojetí pedagogické diagnostiky vychází z chápání osobnosti žáka ve vztahu k příčinám a podmínkám, které jej ovlivňují a z pochopení úzkého spojení výchovných procesů s procesy vyučování a učení. Pozornost je věnována komplexněji jednotlivým stránkám osobnosti žáka i dalším oblastem, tj. diagnostice podmínek a vlivů, které na něj působí...“ (Spáčilová, 2009, s. 7). V pedagogickém posuzování žáka jsou obsaženy vedle oblasti pedagogické i vlivy psychologické, somatologické a sociologické. „Pedagogická diagnostika je komplexní proces, jehož cílem je poznávání, posuzování a hodnocení vzdělávacího procesu a jeho aktérů. Zaměřuje se na složku obsahovou, tj. zjišťování dosažené úrovně vědomostí, dovedností a návyků, a procesuální, tj. jakým způsobem proces výchovy i vzdělávání probíhá, jak ovlivňuje žáka“ (Zelinková, 2001, s. 12).

Předmět pedagogické diagnostiky vychází z kompetencí, kterých má být v určité etapě vzdělávání dosaženo. „Předmětem pedagogické diagnostiky je celé pole jevů, dějů a jejich vzájemných vztahů v oblasti pedagogické situace“ (Spáčilová, 2009, s. 9).

Pedagog při procesu diagnostikování sleduje **vnitřní podmínky** žáka (zdravotní stav, temperament, potřeby, chuť k učení) a **vnější podmínky** žáka (rodinné prostředí, převažující typ komunikace s dítětem, pochvaly, tresty, zájmy dítěte, nabídku zájmových aktivit rodinou nebo školou).

Cílem pedagogické diagnostiky (Mojžíšek, 1987) je zjišťovat, jak je žák schopný učit se a vzdělávat se. Učitel do jisté míry na základě diagnostických postupů vyslovuje prognostickou úvahu. Toto vyslovení prognózy o možnostech jedince v procesu výchovy a vzdělávání představuje dlouhodobé poznávání každého jedince,

rozpoznávání podmínek a příčin rozvoje, jeho zájmů, nadání, vůle, zdravotního stavu. Jde o komplexní posouzení celé osobnosti žáka. Heluz (in Mojžíšek, 1987) vidí v pedagogické diagnostice nástroj zlepšení výchovně vzdělávacího úsilí s ohledem na odhalení vyšší efektivity tohoto procesu. Pedagogická diagnostika ukazuje, jak dokáže žák využít svých možností. Cílem pedagogické diagnostiky je zjištění a posouzení, zda se vývojové pokroky dětí přibližují očekávání, stupni vývoje dítěte a standardům určeným pro jednotlivé etapy vzdělávání.

Mojžíšek (1987) uvádí, že pro zajištění kvalifikovanosti oboru je důležitý rozvoj samostatné pedagogické diagnostiky, zpřesňování jejího pojetí, úkolů a zaměření.

Roviny pedagogické diagnostiky:

V nejširším smyslu – je zohledňováno hledisko pedagogické, psychologické, sociální a biologické. Je brán zřetel i na pohled zdravotní. Tato rovina pedagogické diagnostiky v nejširším smyslu je nejobjektivnějším způsobem diagnostiky.

V užším slova smyslu – v této rovině je sledován rozvoj výchovy a vzdělávání jedince. Jsou posuzovány i podmínky pedagogického procesu. Tento postup diagnostiky je doplňován o další odborné posouzení (pediatr, psychiatr, neurolog aj.), které doplňují zřetele pedagogické diagnostiky.

V úzkém slova smyslu – sledování zaměřené na úroveň vzdělání a výchovy, nezabývá se studiem podmínek výchovy. Tato diagnostika v úzkém slova smyslu není metodologicky vyhovující.

(Mojžíšek, 1987)

Typy pedagogické diagnostiky:

Individuální diagnostika – zaměřuje se na vývoj konkrétního dítěte, posuzuje dítě ve vztahu k sobě samému. Neporovnává výkon s ostatními vrstevníky. Je důležitá u dětí s handicapem a dětí se speciálními vzdělávacími potřebami. Zlepšení a posun dítěte vzhledem k předcházejícím výsledkům individuální diagnostiky vede k jeho motivaci. V mateřské škole tvoří základní diagnostiku dítěte předškolního věku. Výkon jednotlivce je porovnáván s předcházejícím výkonem, jeho individuální osobností, rozvojem dítěte v určité oblasti. Určuje volbu metod a postupů pro další rozvoj dítěte.

Normativní diagnostika – dítě je posuzováno podle normy pro daný věk. Reprezentativní vzorek populace je srovnáván při stejné zkoušce. Normativní diagnostika ukazuje jedinci, zda dosahuje dané normy svých vrstevníků. Její využití je vhodné např. při posouzení možnosti výběru studia.

Kriteriální diagnostika – dítě je srovnáno s určitým vybraným kritériem (např. pozná hlásku na začátku slova, rozlišuje barvy, vysloví správně všechny hlásky).

Diferenciální diagnostika – zaměřuje se na znalost příčiny určitého jevu – proč dítěti v určité oblasti něco nejde – může jít o různé příčiny neúspěchu v určité oblasti (např. vliv rodiny, nepodnětné prostředí, specifická porucha učení, mentální vývoj dítěte). Tuto diagnostiku provádí odborníci – speciální pedagog, psycholog, neurolog. Zjištěné informace umožňují pedagogovi zvolit nejvhodnější postupy pro rozvoj dítěte. K dosažení maximálního rozvoje je významná spolupráce s rodinou.

Proces diagnostikování je realizován v několika následujících etapách:

1. přípravná etapa – zabývá se otázkou proč provádět diagnostiku? Jaký je její cíl? Kdo je diagnostikován? Kdy je prováděna diagnostika? V této fázi diagnostické činnosti jsou vyslovena určitá očekávání (např. dítě je připraveno na vstup do ZŠ). Znalost podmínek a použitých diagnostických nástrojů umožňuje rychlejší přípravu diagnostického procesu, výběr metod, jejich adekvátní použití.

2. realizační etapa – pedagog přímo získává informace na základě použitých a vybraných diagnostických metod.

3. etapa zpracování získaných údajů – třídění zjištěných informací, kvantitativní nebo kvalitativní zpracování získaných informací.

4. vyhodnocení a interpretace získaných dat – vyjádření výsledku sledovaného jevu (např. dítě určuje hlásku na začátku slova, rozloží slova na slabiky, zná číselnou řadu do desíti).

5. finální etapa – předpoklady dítěte k dalším činnostem, vyslovení prognózy (např. školní úspěšnosti) pro další postup vzdělávání. Do této etapy patří i návrhy opatření.

V současné době je význam pedagogické diagnostiky vysoký. S tvorbou nových kurikulárních dokumentů se nově koncipuje i pedagogická diagnostika. Sleduje

komplexně objekt vzdělávání v souvislostech jedince i skupiny, podmínek života. Právě **komplexní přístup** je uplatňován při diagnostikování v edukačním procesu.

Pedagogická diagnostika je využívána především pedagogy, neboť umožňuje rozvoj osobnosti dítěte podle výchovného zaměření.

Jedním z kvalifikačních předpokladů pedagogické práce je znalost metod pedagogické diagnostiky. Pedagogickou diagnostiku nelze realizovat bez uplatnění specifík výchovně vzdělávacího procesu, znalostí předmětových didaktik a pedagogické praxe.

1.2 Pedagogická diagnóza

Základním pojmem pedagogické diagnostiky je **pedagogická diagnóza**. Jde o *výsledek diagnostického procesu*, který komplexně posuzuje existující stav nebo výsledek pedagogického působení v určitém období. Pedagogická diagnóza je „výsledek pedagogického diagnostikování. Závěr, který mj. obsahuje: zařazení objektu, jevu, znaku do konvencemi stanovené diagnostické kategorie; jeho označení podle platného názvosloví; stanovení míry, intenzity, závažnosti atd. znaku; formulování pravděpodobné příčiny, odhad dalšího vývoje (pedagogická prognóza); soubor doporučení pro další činnost (intervence), upozornění na rizika“ (Průcha, 2009, s. 189).

Diagnóza představuje ústní nebo písemné vyjádření zjištěných výsledků diagnostického šetření různého stupně i náročnosti. Bezprostřední reakce pedagoga na projev žáka nejsou považovány za diagnózu.

Důležitost stanovení diagnózy je zdůrazňována zejména mezi odborníky. Vzdělávání dětí se speciálními vzdělávacími potřebami, které je zakotveno ve vyhlášce č. 73/2005 Sb., se uskutečňuje za pomoci podpůrných opatření, která jsou odlišná nebo která jsou poskytována nad rámec individuálních pedagogických a organizačních opatření. Mezi *podpůrná opatření* patří využití speciálních metod, postupů, forem a prostředků vzdělávání, kompenzační, rehabilitační, učební pomůcky, poskytování pedagogicko-psychologických služeb, zajištění služeb asistenta pedagoga, snížení počtu žáků ve třídě a další opatření popsaná ve zmiňované vyhlášce.

Cílem diagnózy je rozumět příčinám nedostatků a vytvářet podmínky pro jejich odstranění. V procesu diagnostikování dochází k hodnocení jedince ve výchovném procesu a k vyjádření úrovně výkonu, který je posuzován podle daných kritérií.

Obsahem diagnózy je zjištění pedagogického rozvoje, posouzení výkonu v určité etapě rozvoje a toho, zda je vývoj v normě. Nejčastěji ji provádí učitel, který pro uplatnění individuálního přístupu k žákovi vychází ze zjištěných výsledků diagnostiky. Mojžíšek (1987) uvádí, že diagnóza vyjadřuje úroveň vědomostí, dovedností, návyků, formativně utvářených poznávacích procesů, zájmů, postojů morálních, volních, estetických, pracovních a tělovýchovných zvláštností osobnosti nebo skupiny, které jsou nebo byly cílevědomě utvářeny výchovnými činiteli - rodinou, školou a dalšími faktory.

Na základě pedagogicko-diagnostické práce je stanovena **pedagogická prognóza** – plán pro splnění jednotlivých dílčích úkolů výchovně vzdělávací práce a pro dosažení cíle.

Podle **časového limitu** a rozsahu diagnostických prostředků je diagnóza dělena následovně:

Krátkodobá – bezprostřední postřehy, odhady. Učitel na základě této mikrodiagnostiky reaguje na žáky, odhaduje jejich zájem, porozumění. Na krátkodobé diagnostice je závislá úspěšnost pedagogického působení.

Denní diagnóza – je komplexnější než mikrodiagnostika, je spojena s rozбором prací, sledováním žáka. Jde o nejčastější typ diagnózy.

Dlouhodobá – závěrečné posouzení žáka nebo skupiny. Vzniká na základě mnoha jednotlivých pozorování, zahrnuje více pohledů na žáka. Jeví se jako objektivnější.

Nejpodstatnějším rysem pedagogické diagnózy je její úzké sepětí s výchovným procesem. Tento rys odlišuje pedagogickou diagnózu od ostatních druhů diagnóz. Diagnostické sledování žáka je integrováno do výchovného procesu.

Zelinková (2001) upozorňuje na stanovení diagnózy u dětí mladšího školního věku, jež může přinést některé negativní důsledky pro osobnost dítěte, které představuje identifikace dítěte se stanovenou diagnózou a přehnané vnímání vlastní odlišnosti.

1.3 Pedagogická a pedagogicko-psychologická diagnostika

V terminologii se objevují určité nejasnosti v používání pojmu *pedagogická diagnostika a pedagogicko-psychologická diagnostika*. Rozdíl mezi pedagogickou a psychologickou diagnostikou není pouze v tom, kdo tuto diagnostiku provádí, zda učitel nebo psycholog, ale i v tom, na jaký okruh diagnostikování je zaměřena.

Piššová (in Mojžíšek, 1987) hovoří o překonanosti termínu pedagogicko-psychologická diagnostika. Upozorňuje, že psychologie suplovala úkoly pedagogické diagnostiky. Z tohoto pohledu nebyla sledována sociální podmíněnost žáka, potřeby a možnosti učitele. Názor Piššové o překonanosti termínu pedagogicko-psychologická diagnostika je jistě diskutabilní, neboť i v současné odborné literatuře nacházíme oba zmiňované termíny. Kucharská in Mertin (2003) v publikaci Psychologie pro učitelky mateřské školy nadále upřednostňuje termín pedagogicko-psychologická diagnostika, který vidí jako vhodnější pro označení diagnostiky prováděné pedagogem ve škole. Pedagog kromě pedagogické diagnostiky zohledňuje osobní zvláštnosti žáka (dispozice, vlastnosti), nemá však tak širokou škálu možných způsobů jako psycholog. Ten ze svého erudovaného postavení může využívat i celou škálu standardizovaných diagnostických nástrojů. I *psychologové* používají častěji termín *pedagogicko-psychologická diagnostika*, tedy psychologická diagnostika, která je aplikována na výchovně vzdělávací proces. Tento termín upřednostňují např. Heluz, Hrabal, Mareš, Dittirch, Dvořáková, Kucharská. Pedagogicko-psychologickou diagnostiku „chápeme jako poznávání a hodnocení individuálních zvláštností a specifík osobnosti vychovávaného (a také svérázu výchovných skupin) s orientací na prognózu a na vyústění v návrhy na optimalizaci rozvoje. Realizuje ji jak učitel a vychovatel, tak psycholog, a je tedy hraniční oblastí dvou vědních oborů a navíc dvou profesí“ (Hrabal, 2002, s. 11).

Pedagogové se spíše přiklánějí k použití termínu *pedagogická diagnostika*. Tohoto termínu užívá např. Gavora, Chráska, Kompolt, Spáčilová, Tomanová, Zelinková. Pedagogická diagnostika se zaměřuje na výchovně vzdělávací proces a jevy, které při tomto procesu probíhají, studuje plnění cílů. Vzhledem k těmto cílům posuzuje a hodnotí úroveň rozvoje žáka. Pedagogická diagnostika se soustřeďuje na hledání silných a slabých stránek učícího se žáka a postihuje i celý proces výchovy

a vzdělávání. V pedagogické diagnostice jsou úkoly diagnostiky podřízeny pedagogickému záměru.

V psychologii se diagnostický proces liší a má širší formulování. Zabývá se stavem současným i stavem budoucím a poznává úroveň individuálních zvláštností jedince. Psychologická diagnostika zjišťuje stav a příčiny a ukazuje prognózu vývoje. Výsledkem psychologické diagnostiky osobnosti je formulování závěrů vzhledem k normě. Je více zaměřena na nedostatky jedince než na jeho přednosti. Průcha (2009) uvádí, že psychologická diagnostika se v posledních letech zajímá i o diagnostikování silných stránek osobnosti a charakteru a pro toto diagnostikování používá termín pozitivní psychologie.

Mezi pedagogikou a psychologií je úzký vztah. Cílem obou diagnostických postupů je stanovit diagnózu duševního stavu jedince. Pedagogové v pedagogickém procesu využívají poznatků z psychologických disciplín i dalších příbuzných disciplín.

2 Metody pedagogické diagnostiky

Získávání poznatků o dítěti je východiskem pro individualizaci při výchově a vzdělávání. Při uplatňování individualizovaného vzdělávání je pro pedagoga a jeho práci nezbytné sledovat rozvoj a osobní vzdělávací pokroky u každého dítěte. Pedagog by měl každé dítě dobře poznat, porozumět mu a vyhovět jeho individuálním možnostem a potřebám. Smyslem poznávání dítěte je zjišťování individuálních charakteristik dítěte a následné stanovení cílů jeho dalšího rozvoje.

V pedagogické diagnostice jsou využívány metody z věd psychologických, které jsou pro potřeby pedagogické diagnostiky modifikovány. Pedagogická diagnostika si vytváří i vlastní metody hodnocení a klasifikace.

2.1 Vlastnosti metod v pedagogické diagnostice

Validita

Validita je nejdůležitější vlastností výzkumné metody. Znamená, že výzkumný nástroj zjišťuje to, co zjišťovat má (Gavora, 2000). Validita má různý stupeň. Použitá metoda může být více nebo méně validní. Metoda může být validní pro jeden účel, ale pro účel jiný již validní není. Existují i různé druhy validity. Gavora zmiňuje validitu obsahovou, konstruktovou a kriteriální.

Obsahová (kurikulární) validita – stanovuje se posudkem expertů. Ti porovnávají, co by mělo být ve výzkumném nástroji, s tím, co v něm opravdu je. Každá položka nástroje je posuzována zvlášť. Ke každé položce je přiřazena hodnota (např. 1-5), poté se vypočítá celková validita každé jednotlivé položky. Položky, které dosáhly nízké hodnoty validity, jsou následovně přepracovány. Pedagogové si testy pro žáky připravují většinou sami a spoléhají se na svůj úsudek výzkumného nástroje. Je vhodné výzkumný nástroj nechat posoudit i jiným pedagogem.

Konstruktová validita – konstrukt představuje např. vědomost, dovednost, schopnost, inteligenci, komunikativnost atd. Konstruktová validita srovnává výsledky použité metody s metodou, která má dobrou validitu. Jestliže dochází ke shodě výsledků, je vysoký předpoklad pro to, že nástroj měří to, co druhý výzkumný nástroj. Jinou

možností je posouzení validity experty – ti se vyjadřují, do jaké míry zvolená metoda odpovídá danému konstruktů.

Kriteriální validita – hodnotí úroveň shody mezi výsledky nástroje a výsledky, které byly zjištěny podle testovaného kritéria.

Reliabilita

Reliabilita je druhá důležitá vlastnost výzkumného nástroje. Měří technickou kvalitu metody, nikoli správnost této metody. „Reliabilita znamená přesnost a spolehlivost výzkumného nástroje“ (Gavora, 2000, s. 73). Pokud výsledek opakovaného měření téhož výzkumného nástroje dosahuje podobného výsledku, je reliabilní.

Vztah mezi validitou a reliabilitou je vztahem mezi správností a přesností. Aby byla použitá metoda v pedagogické diagnostice reliabilní, musí být spolehlivá a přesná. Za stejných podmínek by měla vybraná metoda poskytovat stejné výsledky.

2.2 Vybrané metody pedagogické diagnostiky

V následující části diplomové práce popisují nejčastěji využívané metody v pedagogické diagnostice.

• Pozorování

Zdrojem informací o dítěti bývá pozorování. Pozorování je metoda, jež spočívá v záměrném a plánovitém vnímání zaměřeném k dosažení cíle, který v tomto případě představuje optimální rozvoj osobnosti dítěte. Metoda pozorování pomáhá učiteli poznat dítě získat tak podklady pro práci s jedincem i se skupinou. „Pozorování jako metoda pedagogické diagnostiky je proces systematického sledování a zaznamenávání projevů dítěte (i učitele) s cílem rozhodnout o optimálním vedení dítěte“ (Zelinková, 2001, s. 28).

Cíl pozorování představuje skutečnost, kterou chceme touto metodou zjistit. Může jít o zaměření se na určitý aspekt nebo vlastnost žáka, jiný způsob pozorování představuje komplexní ráz – zjištění více charakteristik pozorovaného jedince. Při pozorování

se zaměřujeme na projevy dítěte, které můžeme vidět. „Obecně platí, že určité chování lze chápat jako reakci na určité psychické procesy“ (Zelinková, 2001, s. 28).

V procesu výchovy a vzdělávání má pedagog možnost sledovat dítě dlouhodobě, zaznamenávat jeho reakce na úspěch či neúspěch, sledovat jeho chování v různých situacích. Smyslem pozorování a zaznamenávání jednotlivých charakteristik každého dítěte je stanovení postupných kroků jeho zdravého vývoje. Výsledkem pozorování by měl být co nejplastičtější obraz dítěte. Je přínosem, pokud učitel se získanými údaji umí pracovat, dávat je do souvislostí a propojovat s teoretickými poznatky.

Druhy pozorování:

Introspekce – pozorování zaměřené na sebe sama.

Extrospekce – pozorování druhých osob, zejména využití přirozeného prostředí, může probíhat i v prostředí experimentálním.

Orientační pozorování – zaměřené na vybranou skutečnost. Snaha o zachycení určitého jevu.

Celkové (komplexní) – je sledována celá pedagogická situace, sledujeme více kategorií v dané situaci.

Přímé pozorování – mezi pozorovatelem a pozorovaným není prostředník. Pozorovatel by měl být umístěn tak, aby co nejméně rušil pozorované osoby. Do připraveného pozorovacího archu pozorovatel zaznamenává pozorované kategorie.

Nepřímé pozorování – zprostředkované, např. záznam na video.

Krátkodobé pozorování – určitá omezená časová situace (např. návštěva dítěte v pedagogicko-psychologické poradně, rozhovor učitele a žáka).

Dlouhodobé pozorování – toto pozorování je využíváno při sledování vývojových změn. Může trvat i řadu let.

Nestrukturované pozorování

Nepoužívají se předem stanovené pozorovací systémy. Využívá se pro hlubší diagnostiku jednotlivých žáků a vztahů ve třídě. Jde o písemný záznam sledovaných jevů, v posloupnosti, který má několik variant:

Vzorky událostí – podrobné písemné záznamy všech jevů v takovém pořadí, ve kterém se staly. Je stanoven cíl pozorování. Tento typ pozorování je časově náročný.

Terénní zápisky – pozorovatel zaznamenává jen vybrané jevy. Stanovuje si, co bude pozorovat. Záznam pozorování je doplněn o vlastní komentář pozorovaných jevů.

Participativní (účastnické) pozorování – dlouhodobé pozorování, při kterém se pozorovatel snaží o proniknutí do chování a myšlení pozorované skupiny osob. Pozorovatel se podílí na činnostech pozorované skupiny.

Strukturované pozorování

Systematické pozorování určitých kategorií, v jehož rámci jsou stanoveny jevy, které budou sledovány. Strukturované pozorování má předem určený plán a schéma, do kterého jsou pozorované jevy zaznamenávány. Pro kvalitní pozorování je důležitý záznam o pozorování. Pozorovací záznam (schéma) by měl obsahovat následující údaje: místo a čas pozorování, předmět pozorování, pozorovaná situace, kdo prováděl pozorování. Vypracovaný záznam pozorování by měl být funkční, výstižný, stručný a objektivní. Strukturované pozorování je náročnější na přípravu.

Kromě pozorování ve školním prostředí, které provádí pedagog nebo vychovatel, jsou cenné také poznatky rodičů z pozorování dítěte v prostředí jiném, než je školní. U dětí, které mají určité problémy, pomáhá pozorování rodičů v různých situacích nalézt cestu k řešení konfliktů.

Vyvozování závěru o určitém chování dítěte lze na základě opakovaného pozorování v různých situacích. Pozorováním je možné zachytit pouze vnější projevy dítěte. Je vždy ovlivněno určitou mírou subjektivního náhledu pozorovatele.

Pro vyšší spolehlivost metody pozorování je vhodné využití většího počtu pozorovatelů.

• Škály

Škála je stupnice, na kterou je zaznamenávána intenzita pozorovaného jevu. „Posuzovací škála je nástroj, který umožňuje zjišťovat míru vlastnosti jevu nebo jeho intenzitu“ (Gavora, 2000, s. 88). Míra jevu je vyjádřena polohou na dané stupnici. Stupnice by měla mít nejméně tři a nejvýše devět stupňů. Je upřednostňován lichý počet stupňů a jejich výběr je závislý na cíli posuzování.

Kriteriální škála – je vyjádřena slovně výroky, které označují různý stupeň sledované kategorie.

Pořadová škála – vyjádření pořadí významnosti určitého jevu.

Grafická škála – stupeň intenzity sledovaného jevu se zaznamenává do připravených šablon – grafu nebo stupnice. Značí se zakroužkováním stupně podle mínění respondenta.

Likertovy škály – měří se postoje nebo názory respondentů v určité situaci. Respondent je vybízen k tomu, aby se stupněm souhlasu či nesouhlasu vyjádřil k výroku. U tohoto druhu škál je dobrá příprava a konstrukce i dobré vyhodnocování.

Bipolární škály – krajní póly znamenají protikladné vlastnosti. Zaznamenáváme škrtnutím odpovídajícího stupně.

Intervalové škály – sleduje kontinuitu, nepřetržitost nebo občasnost jevu. Pediatři a psychologové používají vývojové škály – slouží k posouzení neuropsychického vývoje dítěte.

K vyhodnocování škál je možno využít více způsobů. Zjištěné informace mohou být srovnány mezi sebou. Při vyplnění škály více lidmi, je možné srovnání téhož jevu u různých lidí. Konkrétní místo na škále může být vyjádřeno i procentuálně.

• **Rozhovor**

Pro získání důležitých a osobních informací se využívá metody rozhovoru. Rozhovor je „takovou technikou shromažďování materiálu, která je založena na individuálním přístupu a bezprostřední komunikaci s dítětem“ (Spáčilová, 2009, s. 43). Tato metoda je vhodná k doplnění dalších diagnostických metod, např. dotazníku nebo dětské kresby.

Rozhovor se využívá při zjišťování názorů, pocitů, postojů a hodnot. Tím se liší od běžného rozhovoru.

Technikou, v níž jsou otázky respondentovi kladeny podle daného řádu, nazýváme *interview*. Jde o individuální získávání dat, která jsou využívána před metodou dotazníku v případech získávání osobních a důvěrných informací od respondenta.

Druhy interview:

Strukturované – řízené, otázky jsou pevně dány, jsou získávány informace, které byly předpokládány, je časově méně náročné.

Nestrukturované – volné, volný rozhovor, nestrukturované interview má obtížné vyhodnocení a zpracování získaných dat. Jsou však získávány nové, často nečekané odpovědi.

Polostrukturované – má pevnou strategii, uvolněnou taktiku. Jsou známy jen základní otázky, jsou dány alternativy odpovědí a požaduje se ještě objasnění a vysvětlení.

Interview trvá většinou déle než vyplnění dotazníku. Vstupní část interview představuje motivaci a navození osobního vztahu. Obsah a průběh interview musí být promyšlený. Otázky jsou sestavovány do tematických celků. Odpovědi respondenta jsou zaznamenávány buď na záznamové zařízení, nebo zapisovány. Vyhodnocení interview je náročnější než vyhodnocení dotazníku.

Z hlediska ***způsobu vedení*** rozlišujeme tři druhy rozhovoru:

Nestandardizovaný rozhovor – volně vedený rozhovor, kde jsou využívány otevřené otázky s možností volného výkladu. Není vytvářen žádný záznam rozhovoru. Základní vlastností je navázání kontaktu. Jde o vytvoření atmosféry důvěry a sdílnosti. U nestandardizovaného rozhovoru je složité vyhodnocování.

Částečně standardizovaný rozhovor – některé otázky jsou předem připraveny, v průběhu rozhovoru si dělá dotazující poznámky, rozhovor je zaměřen na určitou problematiku, je zvolena uvolněná taktika vedení rozhovoru.

Standardizovaný rozhovor – strukturovaný a předem připravený rozhovor. Je pečlivě zaznamenáván, zjištěné informace jsou zapisovány do záznamového listu, připomíná dotazník. Lze jej přesně vyhodnocovat.

(Plevová, 2005)

Pro rozhovor je velmi důležité, jak jsou kladeny otázky.

Otázky uzavřené – slouží k rychlé orientaci, zjišťují upřesňující informace, umožňují jednoslovnou odpověď, jsou nenáročné na čas, odpovědi mohou být nepřesné a zavádějící.

Otázky otevřené – větší prostor pro dotazovaného, může odpovídat větami, lépe podněcují rozhovor a uvolňují atmosféru, jsou však časově náročnější.

Otázky věcné – zaměřují se na určitou věc, nevyznačují se osobním vztahem dotazovaného.

Otázky osobní – jsou zaměřeny na zjištění názorů, pohledů, postojů, pocitů, zaměřují se na emocionální stránku dotazovaného.

Otázky sugestivní – mohou vnucovat dotazovanému odpověď, je třeba se jich v rozhovoru vyvarovat. Mají manipulativní charakter.

Záznam a hodnocení rozhovoru

Hodnocení strukturovaného a polostrukturovaného rozhovoru je obdobné jako u dotazníku. Nestrukturovaný rozhovor je nutno rozdělit na širší kategorie, které se dále rozčlení na dílčí celky. Záznam lze provádět během rozhovoru nebo až po jeho ukončení. Při rozhovoru však záznam ruší. Záznam po rozhovoru zachycuje pouze asi 40% obsahu, může tedy obsahovat nepřesné údaje (Plevová, 2005). Validita rozhovoru se liší od připravenosti a zkušenosti dotazujícího se.

Rozhovor s dítětem se liší od rozhovoru s dospělým. Vyjadřovací schopnosti dítěte nejsou ještě natolik rozvinuté, ale v oblasti zájmů, citů a postojů můžeme získat zajímavé informace. Dítě by mělo mít prostor pro sebevyjádření. Pro rozhovor volíme klidné prostředí bez rušivých vlivů a s dostatečným časem.

• Anamnéza

Slovo řeckého původu, které znamená předchorobí. Informace z uplynulého života slouží k objasnění současného stavu dítěte. „Na události, jevy, vztahy se zpravidla ptá pediatr a psycholog. Učitelka se však ptá pouze se záměrem pomoci dítěti adaptovat se na nové prostředí při vstupu do předškolního zařízení, podpořit jeho zdraví, nastavit dítěti adekvátní výchovné a vzdělávací postupy. Výsledky tedy slouží k anticipaci a předcházení případných obtíží, nastavení speciálního režimu pro dítě v podmínkách pro ně nových“ (Tomanová, 2006, s. 50).

Podle zaměření se anamnéza dělí:

Osobní anamnéza – informace o dítěti z období prenatalního, perinatálního a postnatálního. Informace týkající se nemocnosti dítěte, motoriky, řeči, hry, zájmů,

kresby, zda se ve vývoji dítěte vyskytly nějaké obtíže (porucha spánku, hyperaktivita a jiné obtíže).

Rodinná anamnéza – zjištění zdravotního stavu rodičů, sourozenců, zaměření na dědičné a infekční choroby. Zaměřuje se na styl výchovy v rodině, trávení volného času, zjištění rodinných podmínek atd.

Školní anamnéza – zaměřuje se na vývoj dítěte v podmínkách vzdělávací instituce. Jak dítě zvládalo adaptaci na kolektiv, jak se domlouvá s ostatními dětmi, jak dokáže řešit konflikty, jak komunikuje s ostatními dětmi, jestli je schopné spolupráce ve skupině dětí atd.

• **Analýza činností žáka**

Učitel sleduje, jak probíhají činnosti ve vyučování, a zaměřuje se i na jejich výsledky. Z analýzy specifických činností žáka (sportovní, hudební, výtvarné, tvůrčí apod.) může pedagog identifikovat případné zájmy, schopnosti, popřípadě nadání dětí. Zelinková (2001) poukazuje na nedocenenost této diagnostické metody, která se zabývá rozbořením již hotového materiálu, výrobku a analyzuje úkol, který má dítě splnit.

Výsledků činnosti lze využít pro motivaci a posílení důvěry dítěte, k zlepšení postavení dítěte ve skupině. Spáčilová (2009) vysvětluje, že významné diagnostické informace pedagog získává z rozboru chyb a chybného výkonu žáka. Analýza chyb dává informace o pedagogické práci pedagoga. Učitel může sledovat typy chyb, závažnost chyb a příčiny vzniklého výkonu.

Z prací dětí je možné si vytvořit portfolio, které může pomoci při hodnocení pokroků ve vývoji dítěte a v případě potřeby také odborníkům. „Portfolio je uspořádaný soubor prací sebraných za určitou dobu výuky, který poskytuje informace o pracovních výsledcích žáka. V portfolio mohou být uloženy žákovy písemné a výtvarné práce, záznamy učitele, rodičů. Forma může být různá, od desek či krabice až po sešit nebo knihu. Nejsou to pouze práce žáka, ale též názory a komentáře jiných lidí k ukázkám prací nebo k žákovi“ (Zelinková, 2001, s. 45). V portfolio je zaznamenán vývoj žáka a dosažení jeho pokroků v časovém sledu.

• Hra

Diagnostickou metodou vhodnou pro předškolní a mladší školní věk je hra. Hra je „forma činnosti, která se liší od práce i od učení. Člověk se hrou zabývá po celý život, avšak v předškolním věku má specifické postavení – je vůdčím typem činnosti. Hra má řadu aspektů: aspekt poznávací, procvičovací, emocionální, pohybový, motivační, tvořivostní, fantazijní, sociální, rekreační, diagnostický, terapeutický. Zahrnuje činnosti jednotlivce, dvojice, malé skupiny i velké skupiny. Existují hry, k jejichž provozování jsou nutné speciální pomůcky (hračky, herní pomůcky, sportovní náčiní, nástroje, přístroje). Většina her má podobu sociální interakce s explicitně formulovanými pravidly...“ (Průcha, 2009, s. 92, 93).

Hra je základní a nejpřirozenější činností dítěte předškolního věku. Vychází z potřeb dítěte, které si hraje podle vlastních představ a své volby. Dítě do hry přináší své zkušenosti. Hra je také alternativou ke komunikaci. Z praxe jsou známé četné případy, kdy některé děti zpočátku nekomunikují s učitelkou a dětmi přímo, ale jsou ochotny hovořit např. s maňáskem.

Pedagog při hře sleduje charakter hry, pozornost, délku soustředění na hru, motorický projev dítěte, řečový projev dítěte, citové zaujetí, volní vlastnosti, povahové rysy a zájmy dítěte. „Kromě toho můžeme posuzovat při hře celkovou schopnost dítěte si hrát z hlediska nároků na myšlení, tvořivost a podmínky, které se ve hře uplatňují. Při hodnocení hry jako celku se hodnotí způsob její realizace z formálního i obsahového hlediska“ (Spáčilová, 2009, s. 41).

Klasifikace her z ontogenetického hlediska:

Funkční hra – období kojenecké (do jednoho roku), hra s tělem, uchopování různých předmětů.

Manipulační hra – první etapa batolecího období (2 roky), manipulace s předměty, skládání, vkládání předmětů, čmárání tužkou.

Napodobovací hra – batolecí období (2 – 3 roky), napodobování činností zvířat, lidí, věcí – štěkání psa, zvuky dopravních prostředků..., kolem třetího roku jde o hru napodobující určité činnosti – uspávání panenky, krmení...

Receptivní hra – (období 2 – 4 roky), jde o příjem a zpracování podnětů, poslech pohádek, říkanek, sledování televizních pořadů, prohlížení knih.

Úlohová hra – (3 – 5 let), vychází z her napodobovacích, přebírání úloh ze života dospělých – hra na školu, na rodinu...

Konstruktivní hra – (1 rok až do školní docházky), odvíjí se z her manipulačních, znakem těchto her je určitý cíl – postavení stavebnice, stavba z písku, složení obrázku, modelování...

(Kuric in Valenta, 1986)

Hra jako diagnostický prostředek představuje pro pozorovatele poskytnutí důležitých informací s vysokou výpovědní hodnotou. Pokud si dítě hraje, provádí tuto činnost v prostředí, které dobře zná, a proto se také chová přirozeně.

• **Kresba**

Kresba se řadí mezi základní aktivity dítěte. Výtvarný projev dítěte umožňuje vyjádřit pocity a představy dítěte, které jsou vlastní jeho prožívání. Kresebný výtvar odrazí grafomotorické schopnosti dítěte, úroveň vizuomotorické koordinace a kvalitu vnímání i rodinné vztahy. (Valenta, 2004). „Kresba dítěte je úzce svázána s duševním životem dítěte. Zvláště silně se v ní uplatní úloha představivosti a vnímání“ (Uždil, 1974, s. 91).

Každému věku odpovídá určitý typ kresby. Kresba dvouletého dítěte se výrazně liší od kresby dítěte tříletého. Právě kresba se stává jedním z ukazatelů dítěte s opožděným vývojem.

Vývojová stádia kresby dítěte:

Období skvrn – děti, které nedosáhly jednoho roku věku.

Stadium čmáranic – v tomto období je samotný proces kreslení pro dítě mnohem významnější než konečný produkt. V tomto stádiu je centrem grafického projevu ramenní kloub, čáry mají prohnutý tvar. Postupně se zapojuje zápěstí, z čáry vznikají klubka. Dítě si v tomto období uvědomuje možnost měnit směr vedené čáry.

Období čárání – mezi druhým a třetím rokem, tato fáze je nejvíce spojována s vývojem intelektu. Dítě při kresbě má již jakýsi záměr, není však schopno během kreslení udržet pozornost a záměr se mění, jde o tzv. „náhodný realismus“. Ve třech letech je dítě schopno opsat kruh.

Stadium linií, prvotního nákresu – stadium hlavonožce – malíř se snaží zachytit lidskou postavu, které však chybí trup. Centrem postavy je velká hlava, ke které jsou připojeny končetiny v podobě paprskovitých čar.

Fáze lineárního náčrtu – v období od pěti do sedmi let nastává velký pokrok v kresbě dítěte, v šesti letech by mělo dítě nakreslit postavu, která se skládá z hlavy, trupu a všech končetin, většinou umístěných ve správné výšce. Na hlavě by měly být důležité symboly, jako jsou oči, ústa, nos, uši a vlasy.

Předškolní věk je vůbec nejpłodnějším věkem, co se týká kresby. Kresebné náměty bývají obdobné, jejich ztvárnění však nikdy není shodné.

Kresba je projevem psychického stavu dítěte. Poskytuje z psychologického pohledu orientační informace o rozumových schopnostech dítěte, úrovni jeho vizuální paměti a představivosti, emocionálním ladění a postojích k druhým lidem.

Metoda kresebných testů zaujímá u dítěte předškolního věku velmi významné místo, neboť je většinou dětmi vnímána jako příjemná činnost a nevyvolává v dítěti strach z nezvládnutí úkolu. Je vhodnou metodou pro navázání kontaktu s dítětem. Kreslení je činnost pro dítě známá a odstraňuje zábrany při spolupráci s pedagogem či psychologem. Zpřesnění představy o kresbě bývá často doplněno o rozhovor pedagoga (psychologa) s dítětem o nakresleném obrázku.

• **Testové metody**

Test zjišťuje dosažení úrovně v určité oblasti. Využívá se zejména v psychologii. Existují standardizované testy – měří schopnosti, nadání, výkon, zájmy atd. Tento druh testu musí splňovat přísná pravidla, aby byl nástrojem spolehlivým.

Psychologické testy jsou využívány psychology, neslouží k pedagogické diagnostice. Pedagogické testy podávají informace o výkonu žáka, slouží k posouzení kvality vzdělávání. V pedagogickém procesu se jedná zejména o testové metody ústní a písemné. Testové metody umožňují získat v poměrně krátkém časovém úseku informace o žácích. Pokud je test dobře připravený, představuje poměrně objektivní hodnocení žáka.

Existuje však určitá skupina žáků, kterým testové metody nevyhovují.

Třídění testů:

Podle použitého testového materiálu – verbální, neverbální, manipulační, přístrojové.

Podle výsledků – jednoduché (je sledován jeden ukazatel) a komplexní (sledováno více údajů).

Podle typu položek – testy vysoce strukturované (IQ testy), testy málo strukturované (různá řešení).

Podle psychické aktivity subjektu – introspektivní, extrospektivní, projektivní testy, výkonové testy. (Tomanová, 2006)

Druhy testů:

Testy rychlosti – výkon, který dítě provádí, se měří ve stanoveném limitu.

Testy úrovně výkonu – měří se výkon dítěte ve vybrané oblasti (obratnost, vědomosti...).

Testy monotematické – je zjišťována jedna oblast (např. jedno téma učiva).

Testy polytematické – sledují více dovedností z více témat.

Podle **časového zařazení** do vzdělávacího procesu jsou testy členěny:

Vstupní – zadávané na počátku tematického celku, jsou zjišťovány vědomosti, které jsou důležité pro návaznost nového učiva.

Průběžné – slouží jako zpětná vazba pro pedagoga i žáka. Na základě výsledků průběžného testu jsou voleny další postupy vzdělávání.

Výstupní – informace slouží k hodnocení žáků za určité období. Hodnotí celkový výkon žáka za zvolené období (př. klasifikace žáka za pololetí školního roku).

• Dotazník, anketa

Je to nejfrekventovanější metoda pro získávání hromadných údajů. Osoba, která vyplňuje dotazník, je nazývána **respondentem**. Otázka v dotazníku je označována jako **položka**. Zadávání dotazníku se nazývá **administrace**.

Dotazníková metoda umožňuje získání informací od velkého počtu respondentů. Přípravě dotazníku je třeba věnovat dostatečnou pozornost. Struktura dotazníku vychází z jeho cíle. Vstupní část obsahuje informace o tom, kdo dotazník zadává, jména autorů, cíl dotazníkového šetření, pokyny k vyplnění dotazníku. Další část obsahuje vlastní

otázky. Pořadí otázek není sestaveno logicky. Na začátku jsou otázky jednodušší, uprostřed jsou otázky složitější a na konci jsou otázky důvěrnějšího rázu. Závěrečná část obsahuje poděkování respondentům za spolupráci při šetření.

Otázky v dotazníku:

Podle ***stupně otevřenosti*** se otázky dělí:

Otevřené – umožňuje respondentovi volně odpovídat na položku v dotazníku.

Polouzavřené – nejprve respondent volí z nabídky alternativních řešení a dále objasňuje formou otevřené otázky.

Uzavřené – respondent vybírá hotové alternativní řešení. Má označit (zatrhnout, zakroužkovat) vhodnou odpověď.

Škálové otázky – respondent vyjadřuje svůj postoj k objektu na hodnotící škále výběrem ze stupnice. Jsou nejvhodnějším nástrojem pro měření názorů a postojů. Hodnotící škála může mít i grafickou podobu.

Připravenost dotazníku je vhodné si ověřit na menším vzorku respondentů. Dotazník by neměl zabrat respondentovi více jak půl hodiny. Pro dotazníky zasílané poštou se doporučuje 15 minut. Mladší věkové skupiny musí mít dotazník kratší. Délka vyplňování dotazníku závisí i na schopnostech respondentů.

Dotazníková metoda je vhodná u žáků od deseti let. Návratnost dotazníků představuje „poměr počtu odeslaných dotazníků k počtu vyplněných a vrácených dotazníků“ (Gavora, 2000, s. 107). Za požadovanou návratnost se považuje 75% z vyplněných a vrácených dotazníků. Dosažení této návratnosti je velmi obtížné. Návratnost dotazníků se odvíjí i od složení respondentů, kteří dotazník vyplňují.

2.3 Chyby v diagnostické činnosti

Chyby při diagnostickém procesu mohou vznikat v důsledku **vnějších příčin**, které mohou být způsobeny neadekvátním diagnostickým nástrojem, absencí pedagogické diagnostiky ve vzdělávacím procesu a nepřipraveností pedagogů v oblasti diagnostických metod. K **vnitřním příčinám** patří dovednost učitele při využití

diagnostické metody, třídění zjištěných informací a vytváření unáhlených závěrů. Mezi příčiny, které ovlivňují výsledky diagnostického procesu, patří i **podmínky**, ve kterých diagnostika probíhá, což může představovat vhodné uspořádání prostoru, intenzita osvětlení, rušivé vlivy a další.

Chyby, které při pedagogické diagnostice vznikají, mohou poškozovat žáka a snižovat jeho motivaci ke vzdělávání. V důsledku těchto diagnostických chyb není možné dosáhnout rozvoje vzdělávacího potenciálu dítěte.

Zdroje zkreslení diagnostického procesu:

Haló efekt – předčasné vyjádření závěru o určité vlastnosti člověka a na tomto závěru jsou hodnoceny i další vlastnosti. Pedagog si vytváří negativní očekávání na základě určitých informací. Tento jeho negativní postoj se přenáší do hodnocení.

Pygmalion efekt – pozitivní očekávání pedagoga, je opakem haló efektu. Pedagog vzhledem k informacím o výborných projevech žáka očekává, že i další výkony budou výborné. I když není očekávaný výkon výborný, je hodnocen výborně.

Golemův efekt – negativní očekávání ze strany pedagoga, který je přesvědčen, že žák nemůže dosáhnout lepšího výkonu, a dává to zřetelně najevo, takže vyvolává u žáka nežádoucí chování.

Centrální tendence – pozorovatel se přiklání k neutrálnímu hodnocení, umísťuje hodnocení do středu škály, vyhýbá se jednomu z pólů – příznivému nebo nepříznivému hodnocení. Takto provedené hodnocení se stává formálním.

Logická chyba – je podmíněna nesprávným postupem myšlení při usuzování.

Posuzovací tendence – vznikají na základě vlastních zkušeností (např. podobné případy).

Projekční chyba – do hodnocení se odráží vlastní přání a motivy, vlastní problémy osoby, která hodnocení provádí.

Efekt pořadí – předcházející výkon žáka ovlivňuje hodnocení žáka následujícího.

Třetí kapitola diplomové práce se zaměřuje na diagnostiku v období předškolního věku, popisuje oblasti diagnostikování v tomto období a ukazuje význam pedagogické diagnostiky pro děti se speciálními vzdělávacími potřebami a děti nadané.

3 Diagnostika dítěte předškolního věku

Pro zajištění rozvoje dítěte předškolního věku a následné pokračování v dalších etapách vzdělávání stojí před pedagogy úkol vytvoření podmínek, které by umožňovaly maximální individuální rozvojové možnosti dětí. Pedagogové tedy potřebují znalost zejména z oblasti psychologických disciplín, které přispívají k pochopení osobnostního přístupu k dítěti (Svobodová, 2010).

Každá učitelka předškolního vzdělávání by měla mít určité dovednosti nezbytné pro výkon tohoto povolání. MŠMT ČR v rámci projektu „Podpora práce učitelů“ (2001) stanovilo klíčové kompetence pro učitelky mateřských škol následovně:

- kompetence předmětová,
- kompetence didaktická a psychodidaktická,
- kompetence pedagogická,
- kompetence diagnostická a intervenční,
- kompetence sociální, psychosociální a komunikativní,
- kompetence manažerská a normativní,
- kompetence profesně a osobnostně rozvíjející.

(Vašutová in Šmelová, 2006, s. 128)

Tyto výše jmenované požadované kompetence kladou vysoké nároky na osobní přípravu pedagogů. Nutí učitele neustále hledat nové cesty, nové inspirace, promýšlet své postupy. Nutí je pracovat na zdokonalování profesního růstu a sebevzdělávání. Učitelka, která vkládá do osobnosti dítěte základy postojů, znalostí a dovedností důležitých pro život, musí sama takovými dovednostmi disponovat. „Od učitelky je vyžadován vysoce odborný, citlivý a odpovědný přístup“ (Sedláková, 2008 s. 45).

Pro realizaci maximální podpory individuálních rozvojových možností a potřeb dětí stojí před pedagogy předškolního vzdělávání požadavek dovednosti sledovat a podporovat jednotlivé pokroky dětí (Svobodová, 2010).

Rodiče, učitelé a vychovatelé, kteří mají zájem o rozvoj dítěte v období předškolního věku potřebují vědět, co všechno by dítě v tomto období mělo zvládnout a umět.

Odpověď, jak připravit a zajistit dítěti podmínky maximálního rozvoje, přináší **pedagogická diagnostika.**

Se zvýšeným zájmem rodičů o to, co má dítě v tomto období zvládnout, se setkáváme zejména v době zápisů dětí do prvních tříd základní školy. Dobrý pedagog však silné a slabé stránky dítěte zjišťuje již při zahájení docházky dítěte do mateřské školy. Uvědomuje si, že tříleté období, které dítě v předškolním zařízení většinou prožívá, představuje významné a velmi důležité údobí v jeho životě, které může výrazně ovlivnit jeho další vzdělávací etapy. „Předškolní vzdělávání má usnadňovat dítěti jeho další životní i vzdělávací cestu. Jeho úkolem je proto rozvíjet osobnost dítěte, podporovat jeho tělesný rozvoj a zdraví, jeho osobní spokojenost a pohodu, napomáhat mu v chápání okolního světa a motivovat je k dalšímu poznávání a učení, stejně tak i učit dítě žít ve společnosti ostatních a přibližovat mu normy a hodnoty touto společností uznávané“ (RVP PV, 2004, s. 7, 8). Dětem, které to potřebují, má předškolní vzdělávání na základě aktuální úrovně rozvoje dítěte poskytovat včasnou speciálně pedagogickou péči a tím zlepšovat jejich životní i vzdělávací šance (RVP PV, 2004).

Vývoj jedince je charakterizován svojí **časovostí** a **posloupností**. Určité schopnosti a dovednosti nastupují v jistém věkovém období. Posloupností chápeme rozvoj dovednosti v určitých krocích, od méně náročných ke složitějším a obtížnějším. Každé dítě je však jiné, a proto se mohou ve vyžívání jednotlivých oblastí projevat značné rozdíly.

V následující podkapitole diplomové práce uvádím sledované oblasti pedagogické diagnostiky dítěte předškolního věku.

3.1 Oblasti pedagogické diagnostiky dítěte předškolního věku

V předškolním období není cílem pedagogické diagnostiky rozdělit děti na šikovné a méně šikovné, ale zaměřit se u každého dítěte na stránky, ve kterých dítě dosahuje dobré výsledky a oblasti, které potřebují určitou podporu. „Pokud známe silné stránky dítěte, mohou se stát opěrnými body při rozvíjení oblastí, které jsou slabším místem. Ujasněním silných stránek můžeme také cíleně podněcovat jeho nadání, podporovat

talent“ (Bednářová, 2008, s. 1). Pro tento způsob diagnostiky je nutný individuální přístup ke každému dítěti. „Smyslem hodnocení je poznat dítě a zejména jeho celkovou úroveň a vyvodit ze získaných výsledků závěry pro další edukační práci“ (Monatová, 2000, s. 51).

V předškolním věku dítěte se při diagnostické činnosti zaměřujeme na následující oblasti:

- motorické funkce a dovednosti,
- zrakové vnímání,
- sluchové vnímání,
- vnímání prostoru a času, matematické představy,
- řeč,
- sebeobslužné činnosti, samostatnost,
- citová oblast a sociální dovednosti,
- hra.

• **Motorické funkce a dovednosti**

Motorika představuje celkovou pohybovou schopnost člověka. Souvisí s rozvojem řeči, myšlení a s lateralitou (Přinosilová in Vítková, 2002). Jde o souhrn tělesných pohybů člověka. „Méně obratné děti se liší v přesnosti provedení pohybů i v rychlosti. Často se některým pohybově náročnějším aktivitám pro menší úspěšnost straní. Pohybová neobratnost či opoždění často ovlivní vývoj dalších funkcí“ (Bednářová, 2008, s. 7).

Hrubá motorika zahrnuje pohyby celého těla, na kterých se účastní velké svalové skupiny. V předškolním období dochází ke zdokonalování hrubé motoriky. Na konci tohoto období dítě zvládá složité a koordinačně náročné pohybové činnosti, jako je běh, jízda na kole, plavání, lyžování, bruslení.

Jemná motorika zahrnuje pohyby malých svalových skupin. Důležitá je zejména motorika ruky. Od úrovně jemné motoriky se odvíjí schopnost manuální zručnosti. Je jedním z předpokladů úspěšného zahájení školní docházky. Souvisí s profesionální orientací a přípravou na výkon povolání a ovlivňuje je. V předškolním věku dítě rádo pracuje se stavebnicemi, skládačkami, mozaikami, zvládá rukodělné činnosti vyžadující určitou míru přesnosti a obratnosti.

Oslabení v oblasti hrubé a jemné motoriky ovlivňuje zájem a omezený výběr pohybových aktivit dítěte, vede k problematickému začleňování do skupiny vrstevníků a účast na společných pohybových aktivitách.

Pro diagnostiku vývoje motoriky lze využít např. Gesellovu vývojovou škálu pro děti od narození do 36 měsíců, která sleduje pět oblastí dítěte - adaptivní chování, hrubou motoriku, jemnou motoriku, řeč a sociální chování. V kojeneckém období je dítě sledováno každý měsíc, po prvním roce se sleduje vývoj každé tři měsíce.

Grafomotorika a kresba – grafomotorika představuje úroveň pohybové způsobilosti pro psaní, kreslení. Diagnostika grafomotoriky a kresby má velký význam s ohledem na nácvik písma. Sledujeme kvalitu úchopu a držení nástroje, manipulaci s kresebným nástrojem, manipulaci pohybu prstů ruky, uvolněnost, křečovitost, plynulost psaní, přítlak (slabý, silný), sklon čar, dotahování k obrysové linii, zaplněnost plochy, polohu dítěte u psaní.

Kresbu je možno využít jako orientační informaci o celkové vývojové úrovni dítěte. Přináší informace o způsobu citového prožívání, kresba odráží vztahy dítěte k sociálnímu okolí (př. kresba rodiny, začarované rodiny).

Některé kresebné testy využitelné pro děti v předškolním věku:

Goodenoughové test kresby lidské postavy – nejrozšířenější test, v roce 1926 jej vypracovala americká psychologka F. Goodenoughová. Dítě má za úkol nakreslit mužskou, posléze ženskou postavu bez předlohy. Kresba je hodnocena po stránce obsahové a formální. Výkonnostní stupnice má 51 bodů, podle kterých lze určit mentální věk dítěte.

Machoverové test kresby lidské postavy – je modifikací předcházejícího testu.

Test obkreslování – test standardizovaný na českou populaci v roce 1974. Dítě má za úkol obkreslovat podle předloh geometrické tvary. Schopnost dítěte napodobit tvary je závislá na vyzrállosti nervového systému.

Kresba rodiny – v kresbě rodiny se odráží citový vztah dítěte k jednotlivým členům rodiny.

Kresba začarované rodiny - při kresbě má dítě za úkol nakreslit jednotlivé členy rodiny začarované do zvířat. Po kresbě následuje rozhovor s dítětem.

Test stromu – vychází z grafologie, kresba stromu představuje na symbolické úrovni kresbu samotného dítěte. Kresba je doplněna o rozhovor.

Test domu – kresba domu představuje vlastní obraz dítěte. Téma domu se velmi často objevuje v dětských kresbách. Součástí testu je následný rozhovor s dítětem o namalovaném obrázku.

Při kresebných činnostech dětí si všímáme, jaké téma si dítě volí, zda je kresba přiměřená věku dítěte, jak využívá plochu papíru (jak umisťuje kresbu do prostoru), rozvržení plochy, linie kresby, plynulosti čar (nastavované, roztřesené linie), přítlaku na kresebný nástroj. K problematickým momentům v kresbě patří gumování, zesílené části, stínování, šrafování, vynechávání částí těla. Všímáme si využití výběru barev (přiměřeně barevná kresba, vybarvování obrázků).

Oslabení v oblasti grafomotoriky představuje problémy s psaním, jeho úpravou, čitelností i obsahem psaného projevu.

Lateralita - jde o dominanci jedné z mozkových hemisfér. U párových orgánů (ruka, noha, oko, ucho) je upřednostňován jeden z těchto párových orgánů. Znalost, která ruka je vedoucí, je důležitá pro zahájení školní docházky. Lateralita je záležitostí centrální a je důležité respektování osobnostní charakteristiky jedince. Jak uvádí Přinosilová (in Vítková, 2002), lateralita se vyhraňuje mezi 3. a 4. rokem věku, případně i později. Před zahájením školní docházky je důležité vědět, kterou rukou bude dítě psát.

Typy laterality (podle Ortona in Matějček Žlab, 1972):

Lateralita souhlasná – ruka a oko, které dítě upřednostňuje, se shodují.

Lateralita neurčitá – ruka nebo oko, ruka i oko vykazují známky nevyhraněnosti.

Lateralita zkřížená – ruka vzhledem k oku je stranově opačná.

Zjistit lateralitu dítěte lze z jeho každodenních činností - kterou rukou kreslí, do které ruky dává lžici, jak stříhá atd.

K diagnostice určení laterality lze využít test laterality Z. Matějčka a Z. Žlaba.

• **Zrakové vnímání**

Zrak nám umožňuje přijímat nejvíce informací z okolního světa. „V předškolním věku je nejdůležitější rozvíjet zrakové vnímání pro získávání, zpracování a uchování informací z okolního světa. Zkreslené, neúplné zrakové vnímání, ať již na úrovni zachycení, zpracování nebo uchování informací, negativně ovlivňuje poznávání světa, způsob myšlení. Jeho oslabení v předškolním věku se odrazí později ve školním věku

do obtížnějšího vnímání abstraktních symbolů“ (Bednářová, 2008, s. 15). U dětí předškolního věku se zaměřujeme na vnímání barev, figury a pozadí, zrakové rozlišování, vnímání části a celku, na oční pohyby, zrakovou paměť.

Nedostatky zrakového vnímání se projeví ve školním věku v oblasti čtení, psaní a počítání (záměna písmen, záměna číslic, záměna grafických znaků, pomalé osvojování si písmen a jejich zapamatování, pomalejší tempo čtení, problémy v matematice atd.).

• **Sluchové vnímání**

Významně ovlivňuje rozvoj řeči a abstraktního myšlení. V předškolním věku dochází k diferenciaci sluchových podnětů, zdokonaluje se vnímání figury a pozadí (vyčlenění některých zvuků z pozadí). S rozvojem úmyslné pozornosti se prohlubuje i záměrné naslouchání. Po čtvrtém roce se zdokonaluje sluchová analýza a syntéza. Sluchová diferenciaci ovlivňuje výslovnost dítěte (schopnost rozlišovat ostré a tupé sykavky – CSZ – ČŠŽ, měkké a tvrdé souhlásky ĎŤŇ – DTN, délku samohlásky DAL – DÁL). Zvládnutí sluchového vnímání hlásek ovlivňuje ve škole výuku čtení a psaní.

Oslabení sluchového vnímání se v předškolním věku projeví ve výslovnosti dítěte. Řeč je dyslalická (patlavá). Dítě některé hlásky zaměňuje za hlásky artikulačně snazší, některé hlásky vynechává, přesmykuje, má problémy s výslovností delších slov.

Ve škole se deficit v oblasti sluchového vnímání projevuje obtížemi ve čtení, psaní, v diktátech, v matematice. Vzhledem k tomu, že dítě při vyučování přijímá významnou část informací prostřednictvím sluchového vnímání, ovlivňuje celý proces učení.

• **Vnímání prostoru a času, matematické představy**

Vnímání uspořádání prostoru kolem nás získáváme pomocí zrakových, sluchových, pohybových a hmatových vjemů. „Senzomotorické vnímání je základem pro utváření prostorových představ a pojmenování prostorových vztahů. Nejdříve dítě chápe a posléze zařadí do aktivního slovníku pojmy nahoře – dole, později přidá pojmy vpředu – vzadu, okolo pátého roku pojmy vpravo – vlevo“ (Bednářová, 2008, s. 21). Prostorové vnímání ovlivňuje celou řadu činností. Umožňuje orientaci dítěte v prostředí, ve kterém žije, ovlivňuje koordinaci pohybů. Vnímání času se rozvíjí v předškolním věku velmi zvolna. Pro dítě je nejvýznamnější přítomnost – co se děje nyní. Nedostatky v oblasti časového vnímání a časového sledu se promítají do oblasti

sebeobsluhy (postup při oblékání), v problémech se čtením a psaním, v osvojování si vědomostí uspořádaných v časovém sledu.

Nedostatečné prostorové vnímání se promítá do oblasti sebeobsluhy a samostatnosti dítěte. Ovlivňuje i kreslení a manipulaci s předměty (konstruktivní hry, mozaiky). Oslabení v oblasti vnímání prostoru a času se projevuje ve školní práci v obtížnosti orientace při čtení, psaní, v pořadí písmen, číslic, vnímání časového sledu, orientace v notovém zápisu, problémy v matematice a geometrii. Má vliv na schopnost hospodařit s časem, organizovat si práci.

Matematické představy ovlivňují rozumové předpoklady. V předškolním věku jde o tzv. předčíselné představy, které umožňují pochopení matematických pojmů a vztahů. Dítě se učí třídit, porovnávat, tvořit skupiny předmětů, řadit předměty, určovat množství. Na základě předčíselných představ vznikají představy číselné. Pro rozvoj matematických představ je důležitá úroveň rozvoje motoriky, prostorového vnímání, vnímání času a posloupnosti, zrakové vnímání, sluchové vnímání, rozvoj řeči, koncentrace a pozornosti.

Oslabení v oblasti matematických představ se ve škole projevuje v matematice – orientace v číselné řadě, zápisy čísel, při operacích s čísly, při řešení slovních úloh.

• Řeč

Verbální komunikace je specificky lidská vlastnost. Komunikační dovednosti představují velmi významný prvek v oblasti socializace dítěte, v oblasti mezilidských vztahů. „Tato schopnost nám není vrozená, na svět si však přinášíme určité dispozice, které se rozvíjí až při verbálním styku s mluvícím okolím. Řeč není pouze záležitostí mluvních orgánů (zevní řeč), ale především mozku a jeho hemisfér (vnitřní řeč). Úzce souvisí s kognitivními procesy a myšlením“ (Klenková, 2006, s. 27). Prvních šest let ve vývoji řeči je nejdůležitějších a rozhodujících. Vývoj řeči úzce souvisí s rozvojem jemné a hrubé motoriky, laterality, kognitivních procesů a sociálním prostředím.

Řeč má stránku obsahovou a formální. *Obsahová stránka* řeči představuje schopnost formulovat myšlenky, využívat přiměřený rozsah slovní zásoby, schopnost hovořit ve větách, používat jazyk gramaticky správně, zvládat užití vztahů skladebných prvků jazyka (syntax). *Formální stránka* zahrnuje výslovnost dítěte, tempo řeči, plynulost, dýchání, melodii řeči atd.

Řeč lze rozdělit do několika jazykových rovin:

Rovina foneticko-fonologická

Představuje oblast výslovnosti dítěte. Vývoj výslovnosti může být ukončen v pěti, někdy až v sedmi letech. Na kvalitu výslovnosti má vliv obratnost mluvidel, úroveň fonemického sluchu, úroveň intelektu a společenské faktory – vlivy prostředí.

S nápravou výslovnosti je tedy nutné začít ve věku kolem 4 – 5 let, aby dítě před nástupem do první třídy mělo výslovnost již bez výrazných odchylek.

Oslabení této roviny se projevuje v nedokonalosti rozlišování sykavek, měkkých a tvrdých souhlásek, dlouhých a krátkých hlásek. Dítě má problémy s rozkladem slov na slabiky, objevují se problémy při opakování vět.

Rovina morfologicko-syntaktická

Zahrnuje gramatickou stránku řeči, používání slovních druhů a tvarosloví. Ve věku kolem čtyř let dítě používá veškeré slovní druhy a tvoří souvětí. Dysgramatismy v tvarosloví do věku čtyř let lze považovat na fyziologické.

Oslabení gramatické roviny představuje nesprávné užívání tvarosloví, obtíže v určování rodu, dokončování vět v gramaticky správném tvaru.

Rovina lexikálně-sémantická

Jedná se o aktivní a pasivní slovní zásobu dítěte. Ve věku čtyř let má dítě slovní zásobu okolo 1500 slov. V šesti letech představuje slovní zásoba již 2500 – 3000 slov. Nejvýraznější nárůst slovní zásoby je okolo třetího roku dítěte.

Oslabení se projevuje nižší slovní zásobou, děti mají problémy při hledání významu slov, vyjádření myšlenky, zvládání popisu děje.

Rovina pragmatická

Zahrnuje užití řeči v praxi, její sociální uplatnění. Po třetím roce dítě navazuje krátký rozhovor s dospělým ve svém okolí. Jak uvádí Klenková (2006), dítě využívá komunikaci k regulaci dění ve svém okolí.

Oslabení pragmatické roviny představuje nižší potřebu verbální komunikace. Dítě nemá potřebu vyjadřovat svoje pocity, potřeby, objevují se problémy hovořit před lidmi, trpí nejistotou a trémou.

Nedostatky v oblasti řeči se ve škole mohou projevit ve schopnosti dorozumět se, chápat výklad učitele a rozumět mu, což má vliv na školní úspěšnost žáka. Oslabení v oblasti řeči se promítá do interakce ve skupině, navazování kontaktů, vztahů, zasahuje

osobnost dítěte, jeho sebedůvěru, sebehodnocení, motivaci, oblast učení a profesní orientace.

Pro diagnostiku řeči jsou využívány logopedické testy a rozhovor s dítětem. Diagnostika řečového vývoje by měla probíhat ve známém prostředí, se známou osobou.

• **Sebeobslužné činnosti, samostatnost**

V období předškolního věku má zjištění úrovně sebeobslužných činností velký význam.

V oblasti sebeobslužných činností se zaměřujeme na schopnosti stravování (jídlo, pití, stolování), úrovně hygieny (mytí, udržování čistoty, samostatnost v používání toalety), oblast oblékání, obouhání a celkové úpravy zevnějšku. Dobré zvládnutí sebeobslužných činností umožňuje rozvoj samostatnosti dítěte. Nedostatečné osvojení těchto činností se může projevit v sebehodnocení a identitě osobnosti dítěte.

V oblasti sebeobslužných činností je posuzován současný výkon dítěte s vývojovými normami pro daný věk. „Diagnostika sebeobslužných úkonů úzce souvisí s diagnostikou motoriky a laterality, neboť vychází z motorických dovedností hrubé i jemné motoriky“ (Přinosilová in Vítková, 2002, s. 30).

• **Citová oblast a sociální dovednosti**

Sociabilitou označujeme schopnost jedince vytvářet, realizovat mezilidské (sociální) vztahy. Úroveň sociability jedince je do jisté míry odlišná, do určité míry je však ovlivnitelná výchovou v rodině. Jak uvádí Přinosilová (in Vítková, 2002), lze ji sledovat v úrovni sebevědomí, v podřídivosti vůči autoritě, v rozvoji ukázněnosti, ve vztazích k ostatním lidem, v chování na veřejnosti, v základním ladění osobnosti ve smyslu aktivita nebo pasivita, v egocentrismu, v negativismu apod.

Pro zjišťování sociability dítěte lze využít metodu pozorování, kazuistiku, společnou hru dětí, kresbu (spontánní i tematickou). K zjišťování chování jedince ve skupině (např. školní třída) se využívá sociometrická metoda, která měří interpersonální vztahy, tedy postavení dítěte ve skupině.

Psychologové využívají Vineladskou škálu sociální vyspělosti, využitelnou pro děti do 9 let, obsahující 36 položek.

• Hra

V období předškolního věku má hra nezastupitelné místo. Ve hře se projevuje dětská individualita. Hra odráží celou osobnost dítěte, jeho vnímání, intelekt, prožívání, zkušenosti, sociální dovednosti atd. Ve hře dítěte sledujeme, jaká činnost převládá, charakter hry, obsah hry, formu hry, úroveň kognitivních schopností, úroveň motoriky, stupeň percepce (hmat, čich, chuť, zrak, sluch), lateralitu (preferenci ruky, ucha, oka), komunikační schopnosti. Zaměřujeme se na oblast pozornosti dítěte (v předškolním věku převládá pozornost bezděčná), schopnost hru dokončit, volní složku dítěte, citové prožívání hry, vžití se do pocitu druhých (empatie, chápavost), preferenci her, výběr hračky při hře a úroveň sociálního chování.

Hru jako diagnostickou metodu popisují v podkapitole 2.2 Vybrané metody pedagogické diagnostiky.

3.2 Diagnostika dítěte se speciálními vzdělávacími potřebami

Podmínkou úspěšného výchovně-vzdělávacího procesu dítěte se speciálními vzdělávacími potřebami je dobře provedená diagnostika. Pro děti se speciálními vzdělávacími potřebami zajišťuje diagnostiku Speciálně pedagogické centrum (dále SPC) a Pedagogicko-psychologická poradna (dále PPP).

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

Přinosilová (in Vítková, 2002) popisuje okruhy diagnostické činnosti:

- stanovení úrovně školních vědomostí,
- stanovení úrovně čtení, psaní, počítání,
- stanovení úrovně zručnosti a návyků,
- stanovení úrovně vychovanosti,
- stanovení úrovně řeči z hlediska obsahové a formální stránky,
- zhodnocení druhu a stupně postižení ve vztahu k prognóze dítěte.

Diagnostika dítěte se speciálními vzdělávacími potřebami je záležitostí týmovou. Podílí se na ní pediatr, neurolog, psycholog a speciální pedagog.

Diagnostika jedinců s postižením vyžaduje zajištění určitých principů:

komplexní přístup – týmová práce, diagnostikování v širším kontextu, ne jen osobnost diagnostikovaného klienta,

etiologické hledisko - zaměření se na příčiny stavu před příčinami příznaků (symptomů),

longitudinální přístup – není vhodná diagnostika v poradně, efektivnější je využití prostředí ve škole,

princip dynamiky – použití individuálního přístupu ke klientovi, zjištěné diagnostické informace se týkají pouze určitého okamžiku.

Integrace dětí se speciálními vzdělávacími potřebami se v České republice realizuje od počátku devadesátých let 20. století. Cílem integrace dětí s handicapem do běžných škol je vzájemné respektování obou skupin populace. „Cílem moderně pojaté diagnostiky není měření jednotlivých charakteristik dětí a následná volba nevhodnější speciální školy, ale zachycení profilu dítěte včetně silných a slabých stránek“ (Zelinková, 2001, s. 17).

Rozdělení dětí se speciálními vzdělávacími potřebami:

(Zákon č. 561/2004 Sb.)

Děti se zdravotním postižením – mentální, tělesné, zrakové, sluchové postižení, vady řeči, souběžné postižení více vadami, autismus a vývojové poruchy učení a chování.

Děti se zdravotním znevýhodněním – zdravotní oslabení, dlouhodobá nemoc nebo lehčí zdravotní poruchy vedoucí k poruchám učení a chování, které vyžadují zohlednění při vzdělávání.

Děti se sociálním znevýhodněním – rodinné prostředí s nízkým sociálně kulturním postavením, ohrožení sociálně patologickými jevy, nařízená ústavní výchova nebo uložená ochranná výchova, postavení azylanta a účastníka řízení o udělení azylu na území ČR.

Formy integrace dětí se speciálními vzdělávacími potřebami:

(Vyhláška č. 73/2005 Sb.)

Forma integrace dětí do běžných škol může probíhat následujícími způsoby:

Individuální integrace – probíhá u žáků se speciálními vzdělávacími potřebami podle individuálního vzdělávacího programu buď v běžné třídě mateřské školy, základní školy či střední školy, nebo probíhá ve třídě speciální školy určené pro žáky s jiným druhem nebo stupněm postižení.

Skupinová integrace – probíhá pro žáky se speciálními vzdělávacími potřebami ve speciální třídě nebo specializované třídě zřízené podle zvláštních předpisů.

Škola samostatně zřízená pro žáky se zdravotním postižením.

Kombinace uvedených forem.

Pro úspěšnou integraci dítěte se speciálními vzdělávacími potřebami do běžné školy je nezbytná dobrá diagnostika. Podmínkou individuální integrace dětí je vypracování individuálního vzdělávacího plánu (dále IVP). Je to závazný pracovní materiál, který slouží při výchově a vzdělávání integrovaného žáka. Vzniká na základě spolupráce mezi učitelem, pracovníkem provádějícím reedukaci, vedením školy, žákem a jeho rodiči (zákonnými zástupci), pracovníkem pedagogicko-psychologické poradny nebo speciálně pedagogického centra. (Zelinková, 2001). V individuálním vzdělávacím plánu jsou závěry diagnostiky odborného pracoviště využívány při plánování dlouhodobých cílů (př. rozumové schopnosti žáka). Dále IVP vychází z pedagogické diagnostiky učitele a respektuje závěry z diskuse se žákem a rodiči.

Integrace dětí se speciálními vzdělávacími potřebami v předškolním věku

Děti se speciálními vzdělávacími potřebami tvoří širokou skupinu dětí, pro jejichž začlenění do běžné mateřské školy je třeba vytvořit další podmínky. Ty se týkají přípravy věcného prostředí, životosprávy, psychosociálního klimatu, organizace vzdělávání, personálního a pedagogického zajištění. Mimo to je velmi důležité zajištění úzké spolupráce mateřské školy s rodinou.

Rámcový vzdělávací program pro předškolní vzdělávání (dále RVP PV) popisuje podmínky, za kterých může být integrace dětí se speciálními vzdělávacími potřebami realizovatelná. Rámcové cíle vytyčené pro etapu předškolního vzdělávání

jsou pro všechny děti společné. Pro děti se speciálními vzdělávacími potřebami jsou upravovány tak, aby bylo vyhověno potřebám každého dítěte. Úkolem pedagogů je vytvořit podmínky pro rozvoj osobnosti každého dítěte. „RVP PV vychází ve své základní koncepci z respektování individuálních potřeb a možností dítěte. Z tohoto důvodu je RVP PV základním východiskem i pro přípravu vzdělávacích programů pro děti se speciálními potřebami, ať už jsou tyto děti vzdělávány v běžné mateřské škole či v mateřské škole s upraveným vzdělávacím programem“ (RVP PV, 2004, s. 36).

Ve výchově a vzdělávání má nezastupitelné místo rodinné prostředí. Narození dítěte s postižením představuje pro rodinu velkou psychickou zátěž při vyrovnání se s touto skutečností. Rodinné prostředí je však pro dítě nenahraditelné a to zejména v prvních třech letech života. Rodinné prostředí má významný vliv na harmonický rozvoj osobnosti dítěte. S vývojem dítěte vstupují do výchovy a vzdělávání vedle rodiny i další činitelé – školské instituce. Mateřská škola jako socializační činitel umožňuje zajištění kontaktu dítěte s vrstevníky a vytváření sociálních vztahů, což je důležité nejen pro děti zdravé, ale především pro děti intaktní. Možnosti setkávání dětí s postižením s vrstevníky jsou určitým způsobem omezené. Mateřská škola se stává místem uspokojování sociálních kontaktů a vztahů pro dítě s těmito speciálně vzdělávacími potřebami.

Odborníci se shodují v názoru, že v období předškolního věku je integrace nejsnadnější. Děti nemají předsudky vůči dětem se speciálními vzdělávacími potřebami. V tomto věku přijímají rozdílnost daleko otevřeněji a jsou tvárnější než v dalších etapách vzdělávání. Úskalí předškolního věku je však v malé empatičnosti dítěte tohoto věku. Proto je v procesu začleňování dětí se speciálními vzdělávacími potřebami významný vliv předškolního pedagoga. „Integrace dětí do běžné mateřské školy však znamená přiblížení se normálnímu prostředí a oslabení určité izolace dítěte i jeho případného vylučování ze společnosti ostatních vrstevníků. To bezpochyby usnadňuje osobnostní a sociální rozvoj i sociální integraci dítěte. Z tohoto důvodu RVP PV podporuje integraci dětí všude tam, kde je to vzhledem k druhu a míře postižení či znevýhodnění dítěte možné, resp. kde lze vytvořit a zajistit potřebné podmínky“ (RVP PV, 2004, s. 38).

Pro snadnější integraci v období předškolního věku je významný i fakt, že období předškolního věku je obdobím, kdy nedochází k soupeření ve znalostech a vědomostech. Klíčové kompetence, které jsou v předškolním vzdělávání rozvíjeny, jsou naplňovány podle možností každého dítěte a výstupů vzdělávání může každé dítě dosahovat v míře, která odpovídá jeho individuálním potřebám a možnostem.

Před předškolními pedagogy stojí stále větší potřeba vyššího vzdělání i vzhledem k tomu, že se stále častěji setkávají s dětmi se speciálními vzdělávacími potřebami, které jsou integrovány do mateřské školy. V daleko větší míře potřebují pedagogové v mateřských školách znalosti z oblasti speciální pedagogiky, z psychologie a dalších oborů, neboť integrace do běžné mateřské školy je pro většinu dětí s handicapem přínosnější než jeho izolace, popřípadě vzdělávání ve speciálních školách. Pro úspěšné vzdělávání dětí se speciálními vzdělávacími potřebami je důležitá i volba vhodných metod a prostředků. „Je nezbytné, aby pedagog postupoval vždy s vědomím, že takové dítě má jiné osobnostní předpoklady a je v obtížnější situaci: má menší zkušenosti a větší problémy s osamostatňováním, hůře se prosazuje, má méně rozvinutou schopnost autoregulace apod.“ (RVP PV, 2004, s. 39).

Úspěšná integrace dítěte do běžné mateřské školy vyžaduje úzkou spolupráci pedagogů, rodičů a dalších odborníků.

3.3 Diagnostika mimořádně nadaného dítěte předškolního věku

Výchova nadaného dítěte a rozvoj osobnosti v oblasti nadání byla v minulosti opomíjena. Nebylo možné „vyčnívat z řady“ a vytvářet tzv. elitu. Je velmi pozitivní, že se vznikem rámcových vzdělávacích programů je řešena problematika vzdělávání dětí s nadáním. Kapitola Vzdělávání dětí mimořádně nadaných je součástí RVP PV.

Období předškolního věku bylo dříve vzhledem k problematice dětí s nadáním stranou zájmu. V posledních dvaceti letech se však i předškolní období zaměřuje na děti s nadáním.

V předškolním věku jde o tzv. latentní nadání. Jsou to děti, které disponují vysokým osobnostním potenciálem a často zrychleným vývojem v některých složkách osobnosti.

Hříbková doporučuje u těchto dětí používat označení *nadané (talentované) chování* dítěte. „Existují však děti, které dosud z různých důvodů (věkových, zdravotních, sociálních aj.) mimořádné výkony v konkrétních oblastech nepodávají, ačkoliv jejich osobnostní potenciál s vysokou pravděpodobností umožní podání takových výkonů v budoucnosti. Tyto děti pak označujeme jako *potencionálně nadané* a mluvíme o tzv. **latentním nadání**. S tímto nadáním se spíše setkáváme u dětí předškolního věku a mladšího školního věku, kdy se častěji dá hovořit spíše o dětech „všeobecně nadaných“ bez nápadnější vyhraněnosti zájmů“ (Hříbková in Mertin, 2003, s. 148).

Tyto děti mají i specifické projevy chování, často mohou být zařazeny mezi děti s poruchou chování. Dobrá diagnostika znamená pro dítě využití jeho potenciálu správným směrem. Před pedagogy stojí celá řada úkolů: Jak odhalit v předškolním věku nadané dítě? Jak správně takové dítě podporovat, aby došlo k rozvoji jeho osobnostního potenciálu? Hříbková (in Mertin, 2003) upozorňuje, že začít s rozvojem nadání až ve školním věku je již pozdě. Četné výzkumy, které byly realizovány v této oblasti, prokázaly, že jako při některých druzích sportovního a uměleckého nadání, jsou v předškolním věku již rozeznatelné určité projevy v mentální oblasti.

Projevy talentovaného dítěte:

- záhy projevuje své nadání v určitých výkonech,
- projevuje se silný zájem o určitou oblast ve srovnání s ostatními vrstevníky, podávání mimořádných výkonů a výsledků, vytrvalost při řešení některých úkolů,
- výjimečnost kvality některých výkonů ve srovnání s vrstevníky,
- projevy dětí v oblasti intelektové i neintelektové.

Prognóza vývoje dítě předškolního věku a jeho možný vývoj bude nadále ovlivňovat mnoho dalších činitelů. Vědomost o specifických projevech chování je důležitá pro pedagogy a osoby, které se s předškolními dětmi stýkají. Právě předškolní pedagogové a rodiče potřebují vědět, jak potenciál nadaných dětí dále rozvíjet. Nadané dítě může vedle oblasti intelektové vykazovat i mimořádné výkony a projevy v dalších oblastech.

Identifikace nadaného dítěte představuje proces vyhledávání dětí s určitými předpoklady, které řadíme do skupiny dětí s nadáním. Snažíme se o vytvoření takové edukační nabídky, která umožňuje rozvoj dítěte.

Projevy chování nadaného dítěte v předškolním věku

Učitelé v předškolním zařízení mohou u dětí pozorovat určité projevy, které se svojí kvalitou i kvantitou odlišují od dětí stejného věku (Hříbková in Mertin, 2003).

Oblasti a projevy latentně nadaných dětí:

Intelektová oblast

Děti staršího předškolního věku jsou schopny číst a počítat, vytvářet vztahy mezi příčinou a následkem (spontánně vytvářet matematické úlohy). Chápání kauzálních vztahů se projevuje i v řeči – vyjádření když, ...pak, jestliže ...potom, dobré pamatování různých fakt a událostí, velký rozsah pozornosti, jsou zvědavé, často se ptají na nejrůznější problémy. Zajímají se o řešení různých sociálních situací a morálních problémů.

Řeč

Děti mluví velmi brzy a ve větách, mají široký slovník, často jsou zaujaty vyprávěním, dokážou vyslechnuté reprodukovat. Chtějí znát význam nových slov, snaží se tato slova používat, polemizují s dospělými a trvají na vysvětlení, pokud něčemu nerozumějí, často využívají metafory a analogie.

Jemná a hrubá motorika

Tyto děti záhy sedí, chodí, mají výrazný zájem o kreslení, opisují obrázky, slova. Některé však mohou mít problémy s koordinací pohybů, zhoršenými výkony v grafomotorických činnostech, nemají chuť k pohybovým aktivitám.

Kreativní oblast

Mají bohatou fantazii při hrách, využívají barvy při výtvarných činnostech, hrají různé slovní hry, dokážou vyjádřit daný nápad různými prostředky. Projevují se zaujetím pro danou věc. Uplatňují tvořivost a humor v situacích, které nemusí být pro ostatní děti humorné.

Sociální oblast

Tyto děti se dokážou vcítit do problémů druhých, rády organizují, jsou vedoucími skupiny dětí, nemají rády autoritativní vedení a komunikaci, svými verbálními schopnostmi ovlivňují chování druhých dětí. Jsou odvážné a sebejisté při vystupování před ostatními dětmi, jsou oblíbené v kolektivu vrstevníků. V pozdějším věku (ve škole) bývají izolovány od vrstevnické skupiny a od školního kolektivu. Hledají si kamarády mezi staršími dětmi a mezi dospělými osobami.

Specifické oblasti

Poměrně dlouho vydrží u určité činnosti vzhledem k ostatním vrstevníkům. Rády poslouchají hudbu, zkouší hrát na hudební nástroje, mají smysl pro rytmus, jsou pohybově všestranné, zvládají poměrně lehce jízdu na kole, koloběžce, bruslí, plavou, jsou nebojácné, odvážné. U některých dětí se projevuje již směřování k intelektovým, uměleckým a pohybovým aktivitám.

Obraz nadaného dítěte předškolního věku je velmi rozmanitý. Není to pouze akcelerovaný vývoj. U latentně nadaných dětí předškolního věku se mohou vyskytovat nerovnoměrnosti mezi vývojem jednotlivých složek osobnosti.

Intelektově-psychomotorická nevyrovnanost – časný a rychlý nácvik čtení, ale grafomotorické obtíže, ve školním věku se může projevit negativním přístupem k nácviku psaní, zejména u chlapců.

Intelektově-emocionální nevyrovnanost – přehnané obavy ze samoty, vyžadují přítomnost matky.

Intelektově-verbální disproporce – nedokážou adekvátně slovně vyjádřit svá přání, myšlenky, způsoby řešení. Dítě je často vnímáno jako méně bystré. Tyto nadané děti jsou nejméně rozpoznatelné, často vzniká neadekvátní obraz o dítěti. Dítě potom není rozvíjeno v souladu se svým možným potenciálem, protože jeho nadání nebylo rozpoznáno.

Problémy se spánkem – malá potřeba spánku, problémy s usínáním, odmítání odpoledního spánku v mateřské škole.

Oblast zájmů dětí – diskuse s dospělými a staršími na téma Bůh, smrt, vesmír, filozofické problémy, vyjadřují se mluvou, která se podobá dospělým.

Hříbková (in Mertin 2003) upozorňuje, že u nás není vyhledávání nadaných dětí institucionálně zastřešeno, není stanoven postup a metody vyhledávání potenciálně nadaných. Pro vyhledávání latentního nadání jsou doporučovány metody psychologické a pedagogické diagnostiky, zejména metoda pozorování dítěte při standardních situacích a činnostech. Další metodou jsou testové metody – testy inteligence a divergentního myšlení, rozhovor s dítětem, posuzovací škály chování. Posuzovateli jsou rodiče, učitelky a blízké osoby. Pro navázání kontaktu s dítětem se používají metody kresby či hry.

Pro rozvoj dítěte je velmi významné prostředí, ve kterém dítě žije. Rodinné prostředí, výchovný styl rodiny a zejména vzájemné působení matka – dítě umožňuje efektivní rozvoj nadání dítěte. Ne vždy však rodinné prostředí umožňuje dítěti maximální rozvoj v oblasti nadání. V těchto případech se tak stává mateřská škola a později i základní škola důležitým činitelem pro rozvoj nadání dítěte.

Poslední kapitola teoretické části diplomové práce se zaměřuje na čtyři vybrané metody rozvoje dítěte v období předškolního věku.

4 Vybrané metody rozvoje dětí předškolního věku

V této části diplomové práce uvádím možnosti využití některých připravených programů a metod rozvoje předškolních dětí. Čtyři zvolené metody ukazují na oblasti, které je vhodné u dětí rozvíjet. Uvedené metodiky mohou předškolním pedagogům a zejména začínajícím pedagogům, popř. rodičům pomoci při rozvoji dětí.

Vybrala jsem Metodiku pro podporu individualizace vzdělávání v podmínkách mateřské školy, Metodu dobrého startu, Metodu edukativně stimulačních skupin a Metodu k zjištění deficitů v dílčích funkcích v předškolním věku.

Ke každé z těchto čtyř vybraných metod rozvoje dětí přináším krátkou charakteristiku.

4.1 Metodika pro podporu individualizace vzdělávání

Výzkumný ústav pedagogický v Praze vydal Metodiku pro podporu individualizace vzdělávání v podmínkách mateřské školy. V roce 2007 zpracovatelský tým pod vedením Kateřiny Smolíkové připravil pomůcku pro mateřské školy, jak účinně využívat diagnostické a evaluační činnosti v předškolním vzdělávání. Metodika má pedagogům pomoci ve volbě vhodných metod a přístupů při naplňování třídních vzdělávacích programů pro rozvoj dětí. Součástí metodiky je pracovní příloha, která obsahuje různé typy diagnostických archů, které jsou v tištěné podobě i na CD. Pro mateřské školy není Metodika závazná, ale představuje nabídku, z níž si může pedagog volit.

Metodika obsahuje 35 vývojových řad – 35 vybraných dovedností, které by měly být u dítěte ve věku tří až šesti let rozvíjeny. Jednotlivé dovednosti jsou shodně popsány v pěti postupně se zdokonalujících úrovních. Vývojové řady dovedností mají pedagogům pomoci jako základní materiál pro tvorbu diagnostických archů. Usnadňují lepší orientaci v oblasti vývojové psychologie předškolního věku, pomáhají k přesnějším a spolehlivějším pozorovanému jevu. Inventář osobních charakteristik je obdobně jako RVP PV rozčleněn do pěti oblastí - Dítě a jeho tělo, Dítě a jeho psychika, Dítě a ten druhý, Dítě a společnost a Dítě a svět.

Charakteristiky dětí v jednotlivých oblastech:

Dítě a jeho tělo

1. Pohyb pohybová koordinace
2. Nápodoba pohybů
3. Koordinace ruky a oka
4. Sebeobsluha
5. Orientace v tělesném schématu

Dítě a jeho psychika

Jazyk a řeč

6. Slovní zásoba
7. Formální vyspělost
8. Gramatická správnost řeči
9. Stavba vět
10. Úroveň verbální komunikace
11. Kvalita slovního projevu

Poznávací schopnosti a funkce

12. Vnímání
13. Pozornost, soustředěnost
14. Paměť
15. Tvořivost, vynalézavost, fantazie
16. Rozlišování obrazných znaků a symbolů
17. Grafické a výtvarné vyjadřování
18. Časoprostorová orientace
19. Základní matematické, číselné a početní pojmy a operace
20. Číselné a matematické představy
21. Řešení problémů a myšlení

Sebepojetí, city, vůle

22. Sebeuvědomění a sebeuplatnění
23. Sebeovládání a přizpůsobivost
24. Vůle, vytrvalost
25. Respektování pravidel
26. City a jejich projevy

Dítě a ten druhý

27. Komunikace s dospělým
28. Komunikace s dětmi
29. Sociabilita a spolupráce

Dítě a společnost

30. Společenská pravidla a návyky
31. Zařazení do třídy (skupiny dětí)
32. Zapojení do společných her, spolupráce na činnostech

Dítě a svět

33. Adaptabilita ke změnám
34. Poznatky, sociální informovanost
35. Zdraví a bezpečí

Metodika obsahuje následující záznamové archy:

Záznamový arch č. 1	Přehled osobnostních charakteristik dítěte
Záznamový arch č. 2	Podrobný přehled o individuálním rozvoji a učení dítěte
Záznamový arch č. 3	Orientační poznámky o rozvoji a učení dítěte
Záznamový arch č. 4	Záznamový arch pro sledování a hodnocení rozvoje učení dítěte v posledním roce předškolního vzdělávání
Záznamový arch č. 5	Přehled o rozvoji vybraných dovedností a způsobilostí v oblasti biologické
Záznamový arch č. 6	Přehled o rozvoji vybraných dovedností a způsobilostí v oblasti psychologické
Záznamový arch č. 7	Přehled o rozvoji vybraných dovedností a způsobilostí v oblasti sociální a sociokulturní
Záznamový arch č. 8	Názorný orientační přehled o postupu dítěte v rozvoji a učení
Záznamový arch č. 9	Záznam o posunu v rozvoji a vzdělávání dítěte
Záznamový arch č. 10	Záznamový arch pro sledování a hodnocení rozvoje a učení dítěte v přípravné třídě základní školy (z pohledu školní připravenosti)
Záznamový arch č. 11	Přehled o rozvoji vybraných dovedností a způsobilostí dítěte v oblasti řeči a jazyka (z pohledu logopedické prevence)

Tyto záznamové archy se liší zejména v tom, kolik charakteristik dítěte zaznamenávají. Některé jsou spíše orientační – ukazují základní přehled o dítěti, některé jsou komplexnější – dávají přesnější a konkrétní obraz o dítěti.

Všechny záznamové archy obsahují pedagogická opatření – závěry pro další pedagogickou práci. Zjištěné informace pedagog zohlední ve vzdělávací nabídce a přístupu k dětem. Pro jednotlivé děti je možno volit různé záznamové archy vzhledem k jejich potřebám a diferencovanosti.

Metodika doporučuje pracovat ve třídě s určitým záznamovým archem a u jednotlivých dětí s tímto archem pracovat různým způsobem. Volba záznamového archu může být ovlivněna profilací mateřské školy.

4.2 Metoda dobrého startu (MDS)

Metoda Dobrého startu pochází z Francie, poprvé byla realizována v roce 1940 v základní škole v Cannes. V 60. letech se o tuto metodu zajímala Marta Bogdanowicz v Polsku. Vytvořila vlastní verzi této francouzské metody. V roce 1982 se setkaly v Praze Marta Bogdanowicz a Jana Swierkoszová, a tak se začala rodit i česká verze této metody.

MDS je metodou motoricko-akusticko-optickou. Využívá souvislosti mezi psychickými a motorickými funkcemi. Jde o souhrn zrakového, pohybového a sluchového analyzátoru. Poznávací procesy a procesy motorické tvoří celek za účasti emočně motivační sféry. „Kromě stimulace vývoje, prevence poruch a jejich terapie má MDS také svůj diagnostický aspekt. Terapeut i učitel mohou při analýze potíží a chyb u dítěte snadno zjistit jak vývojové opoždění dané funkce, tak rozsah poruchy i pokrok, kterého dítě dosáhlo. V MDS jsou cvičení, která jsou vázána na činnost analyzátoru propioceptivního (kinestetického), z jehož pomocí je neustále kontrolováno a řízeno držení těla, rychlost a přesnost pohybů, napětí svalů. Je zde kladen důraz na vnímání těla, vlastního fyzického já“ (Bartoňová, 2005, s. 82).

Metoda dobrého startu rozvíjí oblast motoriky a přispívá k rozvoji řečových dovedností dětí.

složka motorická – prováděná gesta, grafické znaky – jsou v souladu s písní,

složka akustická – vnímání rytmu písně,

složka optická – rozlišování grafických znaků.

MDS je určena dětem od pěti do dvanácti let. Pracuje se se skupinou čtyř až osmi dětí (dětí se specifickými poruchami učení). Pokud jsou ve skupině zařazeny děti bez poruch učení, může skupinu tvořit až dvanáct dětí. Jednotlivé lekce by měly probíhat 2x – 3x týdně.

MDS obsahuje 25 lekcí (25 národních písní), každá lekce má pevnou strukturu.

Struktura lekce MDS (Swierkoszová):

1. Zahájení.
2. Posílení jazykových kompetencí – verbální i neverbální složka.
3. Specifická cvičení – rozvoj zrakové a sluchové percepce, prostorové a pravolevé orientace.

4. Pohybová cvičení.
5. Píseň – pohyb.
6. Píseň – pohyb – grafický vzor.
7. Závěr.

Jednotlivé lekce začínají písni, dále jsou voleny činnosti, které rozvíjí hrubou motoriku, využívá se rytmizace. Následují pracovní grafomotorické listy.

Swierkoszová označuje tuto metodu za vhodnou vstupní etapu při výuce čtení a psaní. Metoda je vhodná pro děti s odkladem školní docházky a může být využita jako prevence poruch učení.

4.3 Metoda edukativně stimulačních skupin (ESS)

Metoda edukativně stimulačních skupin se využívá k rozvoji předškolních dětí, které jsou ohroženy neúspěchy v primárním vzdělávání. „Edukativně stimulační skupiny se jeví jako efektivní forma péče o děti s výukovými nebo výchovnými problémy před zahájením školní docházky. Mnohým dětem mohou pomoci předejít školním nezdarům, či zmírnit jejich důsledky“ (Bartoňová, 2005, s. 79, 80).

Program je rozdělen do deseti lekcí. Formou hry jsou u dětí rozvíjeny funkce, které jsou důležité pro čtení, psaní a počítání (oblast jemné motoriky, grafomotoriky, rozvoj sluchového vnímání, zrakového vnímání, rozvoj řeči a myšlení, rozvoj prostorové a pravolevé orientace, rozvoj početních představ). „Největší význam EES však tkví v prevenci předcházení poruch učení“ (Bartoňová, 2005, s. 79).

Metoda má preventivní i stimulační charakter. Rozvíjí nezralé oblasti dítěte a předchází vzniku chybných návyků. Skupinu tvoří 6 – 8 dětí a jejich rodiče. Společná setkání rodičů a dětí přináší dětem, ale i jejich rodičům cenné informace. Rodič získává přehled o chování dítěte ve skupině vrstevníků, pro dítě je přítomnost rodiče motivačním činitelem – cítí zájem rodiče o ně samotné, dítě chce rodičům ukázat, že je šikovné. To všechno ovlivňuje i vzájemnou komunikaci mezi rodičem a dítětem.

Činnosti pro rozvoj jemné motoriky

Důležitý je již výběr vhodného psacího náčiní, nácvik správného úchopu tužky. Činnosti rozvíjející jemnou motoriku - kreslení, malování, vybarvování, obkreslování, kreslení dle šablon, stříhání, vytrhávání a skládání z papíru, modelování z plastelíny, hlíny a dalších modelářských hmot, manipulace s drobnými částmi.

Činnosti pro rozvoj grafomotoriky

Rozvoj grafomotoriky je důležitý pro zvládnutí vlastního psaní, rozvoj koordinace ruky a oka. Grafomotorická cvičení probíhají ve třech fázích – nácvik kruhu, vodorovné i svislé čáry a vlny libovolně před sebe. Druhá část zahrnuje nácvik souměrné vlny, spirály, zuby, soustředné kruhy a šikmé čáry plné i přerušované. Třetí část se zaměřuje na nácvik horního a dolního oblouku a horní a dolní smyčky.

Činnosti pro rozvoj sluchové percepce

Jsou zařazována jazyková cvičení, cvičení na pozornost na sluchové vjemy, rozvoj sluchové paměti, sluchové diferenciacce, analýzy a syntézy. Rozvoj vnímání rytmu a melodie řeči, určování první a poslední hlásky ve slově, rozklad slov na slabiky, určování počtu slov ve větě atd.

Činnosti pro rozvoj zrakového vnímání

Zrakové vnímání je důležité pro rozvoj čtení, psaní a matematicko-geometrických vědomostí. Rozlišení b – d, b – p, rozvoj vnímání detailů, hledání rozdílů v obrázcích, vyhledávání stejných symbolů, dokreslování neúplných symbolů, skládání puzzlí, pexeso, Kimovy hry (určování skrytých předmětů) atd.

Rozvoj prostorové orientace

Pro rozvoj prostorové orientace je třeba souhry zrakového a sluchového vnímání, pohybu a manipulace s předměty. Zaměřujeme se na prostorové vztahy nahoře – dole, vpředu – vzadu, vpravo – vlevo. Ke správné orientaci v prostoru je třeba jeho adekvátní vnímání a zobrazování.

Činnosti pro utváření matematických představ

Dítě se učí vytvořit skupinu o daném počtu (jeden až šest prvků), klasifikovat, třídít předměty do skupin, třídít podle určité vlastnosti. Procvičují se termíny první, poslední, před, za, vedle, párové přiřazování, rozlišování geometrických tvarů - kruh, čtverec, obdélník, trojúhelník.

Rozvoj řeči a komunikačních dovedností

Správná výslovnost hlásek souvisí s dobrou motorikou mluvních orgánů. Cvičení na rozvoj řečových orgánů – napodobování zvuků zvířat, předmětů, vyvozování zvuků – bzučení mouchy, syčení hada, mlaskání, frkání, špulení rtů. Cvičení doplňujeme o nácvik správného dýchání (bublifuk, větrník, foukání, flétna...). S dětmi je rozvíjena slovní zásoba – vyprávění pohádek, příběhů, popis obrázků, dokončování příběhu atd.

Program edukativně stimulačních skupin se skládá z deseti lekcí, které probíhají jednou za čtrnáct dní. Lekce trvá asi jednu hodinu. Jednotlivé činnosti na sebe navazují, mají určitou logickou strukturu a uspořádání.

4.4 Metoda k zjištění deficitů v dílčích funkcích v předškolním věku

Poslední vybranou metodou rozvoje dětí v předškolním věku je diagnostická metoda Brigitte Sindelarové. Vzhledem k tomu, že empirická část diplomové práce zahrnuje aplikaci této metody v podmínkách konkrétní mateřské školy, popisují tuto metodou podrobněji, než předcházející tři metody rozvoje dítěte.

V šedesátých letech dvacátého století se dostává do popředí zájmu problematika drobného poškození mozku. Specifické poruchy učení (SPU) se stávají aktuálním problémem. V českých zemích se problematikou SPU zabýval prof. Haveroch a prof. Matějček. Mezi další odborníky patřil Chlup, Langmaier, Kučera a další. Test screeningu specifických poruch u nás připravily Kucharská a Švancarová. Ze zahraničních autorů se touto problematikou zabývá rakouská psycholožka Sindelarová.

S rozvojem nových vyšetřovacích metod se rozvíjela zejména neuropsychologie a fyziologie mozku. Informace získané novými metodami (např. tomografie) ovlivnily i vědy jako je vývojová psychologie a fyziologie smyslových orgánů. Odborníci se zaměřili na vliv cerebrálního poškození na vývoj poznávacích a psychických funkcí dítěte. Stupeň cerebrálního poškození může nabývat různého rozsahu, od poškození, které je téměř minimální až k masivnímu poškození. Minimální dysfunkce mozku se projevuje ve formě **deficitů dílčích funkcí**. Tyto funkce se rozvíjí

s psychomotorickým zráním dítěte. Vývoj motoriky, vnímání, myšlení souvisí s rozvojem a diferenciací vývoje funkcí psychických.

„V současné době můžeme již u dětí předškolního věku zaznamenat některé projevy, které by v pozdější době mohly předznamenat rizikové faktory z hlediska specifických poruch učení. V tomto případě nehovoříme o poruše, ale pouze o deficitu některé z dílčích funkcí, nutných k osvojení základu trivie (čtení, psaní, počty)“ (Bartoňová, 2004, s. 67). U skupiny dětí se objevují problémy v oblasti **zrakového a sluchového vnímání, prostorové orientace, intermodality** (spolupráce jednotlivých smyslových orgánů), **seriality** (myšlení v postupných krocích) a **grafomotoriky**. Rakouská psychologka a psychoterapeutka Brigitte Sindelarová se zajímala o příčiny školního neúspěchu a problematiku specifických poruch učení. Zaměřila se na oblasti důležité zejména pro čtení, psaní a počítání. Sindelarová (1996, s. 8) definuje dílčí funkce jako „oslabení základních schopností, které umožňují diferenciaci a rozvoj vyšších psychických funkcí, jako jsou řeč a myšlení. V dalším vývoji jsou předpokladem, o který se opírá dovednost čtení, psaní, počítání a i přiměřeného chování.“

Program Brigitte Sindelarové přináší možnost vyhledávání dětí s vývojovými deficity, které mohou být příčinou specifických poruch učení a chování ve škole. Při včasném zjištění těchto deficitů dílčích funkcí (kolem pátého roku), lze vzniku specifických poruch učení předejít trénováním zjištěných problematických oblastí.

Doktorka filozofie Brigitte Sindelarová se narodila v roce 1952. Je psychologkou a psychoterapeutkou provozující soukromou praxi ve Vídni. Její metoda vychází z kognitivní a vývojové psychologie. Sindelarová využívá modelu koncepce F. Affolterové – vnímání se děje na třech úrovních. První je v rovině modální, později intermodální a v rovině časového sledu. **Modální rovina** – jde o vnímání v oblasti jednotlivých smyslů. Přijímání informací v oblasti zrakové, sluchové, taktilní, kinestetické. Tyto informace dítě zpracovává již od narození. **Intermodální rovina** – umožňuje spojování informací různých modalit. Dítě je schopno spojovat informace z více oblastí vnímání – obličej i hlas, propojení informací sluchových i zrakových (spojení tvaru písma s jeho názvem). Intermodální propojování nám umožňuje rozšiřování obsahu pojmů, vytváření analogií. **Rovina časového sledu** – dítě je schopno si vybavit opětovně pořadí vzruchů a aktivit. Jde o vnímání sledu podnětů (Sindelarová, 1996).

Metodu, která se zaměřuje na zjištění deficitů funkcí u dětí předškolního věku (pět až sedm let), popsala Sindelarová v knize **Předcházíme poruchám učení**. Autorka předkládá metodu, která je realizovatelná u předškolních dětí před nástupem do základní školy, popřípadě realizovaná v prvním roce školní docházky. Vypracování jemné diagnostiky základních funkcí pro rané věkové stupně nebyly dosud vyřešeny (Sindelarová, 1996).

Knihu je rozdělena do tří kapitol. V první kapitole s názvem **Myšlení a učení – příklady deficitů v dílčích funkcích** vysvětluje Sindelarová důležitost dětské hry, kterou se dítě učí. Zkušenosti a zážitky, které dítě hrou získává, jsou důležité pro další etapy vývoje člověka. Sindelarová (1996, s. 3) konstatuje: „Už nikdy v našem životě se nenaučíme v tak krátké době tolik, co jsme se naučili od našeho narození do nástupu do školy. Ve srovnání s tím, co se naučíme v prvních letech našeho života, je všechno ostatní (čtení, psaní a počítání nebo později to, co potřebujeme v našem zaměstnání) daleko méně než tato „dětská hra“. A protože toto první učení je základem pro všechno následující učení, je tohle období tak důležité.“ Sindelarová přirovnává vývoj myšlení a učení ke stromu. „Kmenem procházejí všechny schopnosti a dovednosti, ze kterých mohou vyrůst velké i malé větve“ (1996, s. 5). Koruna představuje komplexní schopnosti. O tom, jaký tvar bude koruna mít, však rozhoduje to, jak se vyvíjely kořeny a kmen. „Zda člověk může plně rozvíjet své schopnosti a své myšlení a učení, závisí na tom, jaké předpoklady k rozvoji měl v prvních letech života“ (Sindelarová, 1996, s. 5). Na příkladu růstu stromku ukazuje Sindelarová, jak je důležité rozvíjet dítě v prvních letech života, aby byly položeny dobré základy pro další etapy učení. „Pokud má dítě problémy při výuce čtení, psaní a počítání, nacházíme příčiny těchto problémů již tam, kde jsou základy těchto schopností. A tam je také musíme hledat, pokud chceme dítěti pomoci“ (Sindelarová, 1996, s. 6).

Pro záznam diagnostického šetření vytvořila autorka **strom**, kde jednotlivé větve tvoří úkoly z oblasti diferenciacie figury a pozadí, optické a akustické diferenciacie, funkce intermodálního kódování, optické, akustické, intermodální krátkodobé a dlouhodobé paměti, seriality, vnímání schématu těla a orientace v prostoru.

Druhá kapitola knihy je nazvána **Metoda k zjištění deficitů v dílčích funkcích v předškolním věku**. Na základě provedeného výzkumu předškolních dětí, do kterého bylo zahrnuto dvě stě dětí, sestavila Brigitte Sindelarová materiál, který u konkrétního

dítěte umožňuje zjistit, zda by se mohly vyskytnout obtíže s učením a chováním. Následující stránky knihy obsahují popis jednotlivých diagnostických úkolů. Autorka nejprve připomíná vytvoření podmínek, za kterých by mělo řešení úkolů probíhat. Dítě by mělo být odpočaté, pracovat klidně, za vyloučení rušivých vlivů, při dostatku času na plnění úkolů a postupném řešení úkolů. Úkoly by měly být rozděleny do více dnů a jednotlivý úkol by měl být prováděn bez přerušení.

Diagnostickou část představuje 19 úkolů.

- Úkol č. 1: Rozdíly v párových obrázcích
- Úkol č. 2: Rozdíly v párových tvarech
- Úkol č. 3: Ukryté tvary
- Úkol č. 4: Rozdíly mezi dvěma slovy
- Úkol č. 5: Rozdíly mezi dvěma slovy nemajícími smysl
- Úkol č. 6: Ukrytá slova
- Úkol č. 7: Spojení mezi viděným a slyšeným vjemem
- Úkol č. 8: Spojení mezi slyšeným a viděným slovem
- Úkol č. 9: Paměť na obrázky
- Úkol č. 10: Paměť na tvary
- Úkol č. 11: Paměť na řadu slov
- Úkol č. 12: Paměť na řadu slabik
- Úkol č. 13: Zapamatovat si obrázky – vyjádřit je slovy
- Úkol č. 14: Zapamatovat si slova – vyhledat k nim obrázky
- Úkol č. 15: Pohotovost mluvidel
- Úkol č. 16: Koordinace ruky a oka při psaní
- Úkol č. 17: Vyhledávání obrázků
- Úkol č. 18: Vyhledávání slov
- Úkol č. 19: Vnímání vlastního těla a prostoru

Po provedené diagnostické části jsou výsledky jednotlivých úkolů zaznačeny do grafu – stromu myšlení a učení. Větve stromu jsou očíslovány od jedné do devatenácti. Na obrázku stromu je velmi přehledně pozorováno místo, které je u dítěte nejslabší. Pro vyrovnání nedostatků je v následující části knihy připraven program nácviku.

Třetí kapitola s názvem *Programy nácviku* přináší úkoly k procvičování oblastí, ve kterých má dítě určité problémy. Úkoly jsou zaměřeny na cvičení jednotlivých schopností. Cvičení jsou diferencována do tří stupňů obtížnosti. Cvičební program je třeba začít od úrovně, kterou dítě zvládá bez obtíží. Při programu nácviku by měla být dodržována následující pravidla stanovená autorkou:

- cvičení jsou prováděna formou hry s dítětem,
- dítě plní úkoly, které jsou pro ně obtížné, potřebuje podporu dospělého a trpělivost při plnění úkolů,
- pravidelné cvičení, při známkách únavy dítěte cvičení ukončit,
- dítě potřebuje zažívat radost.

Program nácviku je rozdělen do jedenácti cvičení:

cvičení rozvíjející zrakové vnímání,

cvičení rozvíjející sluchové vnímání,

cvičení rozvíjející přesné vidění,

cvičení rozvíjející přesné slyšení,

cvičení rozvíjející zapamatování viděného,

cvičení rozvíjející zapamatování slyšeného,

cvičení rozvíjející spojování zrakových, sluchových a pohybových vjemů,

cvičení rozvíjející pochopení a osvojení principu posloupnosti,

cvičení rozvíjející koordinaci pohybů úst při mluvení,

cvičení rozvíjející koordinaci ruky a oka,

cvičení rozvíjející vnímání vlastního těla a prostoru.

Sindelarová předkládá tato cvičení jako náměty, které mohou být libovolně obměňovány a doplňovány. Po určité době autorka doporučuje opětovné provedení diagnostiky. Tato doba by měla být nejméně půl roku od prvního diagnostikování.

Metodika Brigitte Sindelarové je rozšířena zejména v německy mluvících zemích. Z německého originálu knihu přeložila Věra Pokorná. Program je upraven pro obtíže, které mají děti při výuce čtení a psaní v českém jazyce, při zachování charakteru metodiky z původní německé verze.

II. EMPIRICKÁ ČÁST

5 Realizace výzkumného šetření

V této části diplomové práce vymezují dílčí cíl empirické části práce a stanovují problémové otázky. Představují mateřskou školu, ve které bylo výzkumné šetření realizováno, popisují cílovou skupinu šetření a provádím interpretaci pozorovaných jevů. V závěru vyhodnocuji zjištěné informace realizovaného výzkumného šetření.

5.1 Vymezení cíle empirické části práce

Empirická část diplomové práce je zaměřena na realizaci výzkumného šetření u dětí předškolního věku (pět až sedm let) s využitím diagnostické metody k zjištění deficitů v dílčích funkcích, zaměřené na oblast kognitivních a percepčních funkcí dítěte předškolního věku.

Cílem diplomové práce je popsat problematiku pedagogické diagnostiky, poukázat na její význam v předškolním vzdělávání a ověřit program Brigitte Sindelarové pomocí metody k zjištění deficitů v dílčích funkcích v konkrétní mateřské škole.

Dílčím cílem empirické části diplomové práce je ověřit efektivnost programu Brigitte Sindelarové pomocí metody k zjištění deficitů v dílčích funkcích. Zjistit, zda vybraná metoda odhaluje úroveň dítěte v oblasti kognitivních funkcí, rozvíjí-li program nácviku zjištěné oslabené oblasti, ověřit, zda vybrané skupiny dětí zařazené do výzkumného šetření dosáhnou zlepšení v opakovaném diagnostikování a dosáhnou-li děti z běžné třídy v realizovaném diagnostickém šetření lepších výsledků než děti s narušenou komunikační schopností.

Ve vybrané mateřské škole realizují výzkumné šetření diagnostickou metodou k zjištění deficitů v dílčích funkcích u dvou skupin dětí, které jsem vybrala do výzkumného šetření. Následně bude probíhat stimulační program, při kterém budou procvičovány jednotlivé oblasti, které v diagnostickém šetření u dětí prokázaly určité nerovnoměrnosti. Program nácviku byl realizován od listopadu 2009 do května 2010.

V květnu 2010 následovalo kontrolní diagnostické šetření. Výsledky diagnostického šetření realizovaného v říjnu 2009 a v květnu 2010 obou skupin dětí byly zaznamenány do připraveného formuláře stromu, který je součástí vybrané diagnostiky.

Zjišťuji pokroky, kterých bylo dosaženo při opakovaném diagnostickém šetření v jednotlivých diagnostických úkolech zvolené diagnostické metody k zjištění deficitů v dílčích funkcích. Při komparaci výsledků každé skupiny dětí zařazených do výzkumného šetření se zaměřuji na úkoly, které představují pro děti nejvýraznější problém a úkoly, které děti zvládají nejlépe. Porovnávám také dosažené výsledky dětí v logopedické třídě a výsledky dětí v běžné třídě.

Stanovení výzkumného problému

V empirické části diplomové práce jsem si stanovila následující problémové otázky.

Problémové otázky:

1. Lze využít metodu k zjištění deficitů v dílčích funkcích jako vhodnou diagnostickou metodu ke zjišťování kognitivní a percepční úrovně dětí předškolního věku (pět až sedm let)?
2. Umožňuje následný program nácviku rozvoj schopností, které vykazovaly v provedeném diagnostickém šetření určité nerovnoměrnosti?
3. Projeví se v opakovaném diagnostickém šetření u dětí zlepšení v jednotlivých diagnostických úkolech?
4. Dosáhnou děti z běžné třídy zařazené do výzkumného šetření lepších výsledků než děti s narušenou komunikační schopností?

5.2 Charakteristika zařízení a cílová skupina výzkumného šetření

Charakteristika zařízení

Výzkumné šetření probíhalo v Mateřské škole Boskovice. Provoz mateřské školy byl zahájen v roce 1969 jako společné zařízení mateřské školy a jeslí. Zřizovatelem mateřské školy je město Boskovice. MŠ má dvě budovy – horní budovu – původně zařízení jeslí a hlavní budovu – mateřskou školu. Kapacita mateřské školy je 147 dětí

a zajišťuje celodenní provoz. Provoz je stanoven od 6.30 do 16.30 – v hlavní budově a od 6.30 do 15.30 – v horní budově. Obě části MŠ jsou propojeny hospodářskou budovou s šatnami dětí. V současné době jsou v horní části budovy tři třídy – Včelky, Kuřátka a Motýlci. V těchto třídách jsou zařazeny děti s narušenou komunikační schopností. V mateřské škole jsou dvě individuálně integrované děti (Downův syndrom a DMO). Obě individuálně integrované děti mají asistenta pedagoga. V hlavní budově se nacházejí čtyři třídy – Sluníčka, Berušky, Kopretinky, Skřivánci (ve třídě se děti seznamují se základy hry na zobcovou flétnu). Třídy jsou tvořeny věkově smíšenými skupinami dětí.

Mateřská škola je umístěna v klidném prostředí na okraji sídliště Vyhlídka a v blízkosti rodinné zástavby Čížovky. MŠ obklopuje z jižní strany rozlehlá školní zahrada o celkové rozloze 5000m², která v současné době prochází revitalizací zeleně a herních prvků. Zahrada poskytuje dostatek prostoru pro spontánní pohybové aktivity dětí. Její součástí je dopravní hřiště, které využívají děti z mateřských, základních škol i veřejnost k získávání praktických dovedností malého chodce i cyklisty. V okolí školy je krásná příroda, která umožňuje využití pro delší vycházky s dětmi.

Mateřská škola se zaměřením školního vzdělávacího programu hlásí k filozofii projektu Zdravá mateřská škola. Certifikát o přijetí mateřské školy do sítě projektu „Zdravá mateřská škola“ jí byl udělen 15. 6. 2006. V roce 2010 MŠ provedla autoevaluaci a na základě výsledků vlastního hodnocení bylo vypracováno nové Školní kurikulum podpory zdraví na období 2010 – 2013. Dokumenty byly zaslány do Státního zdravotního ústavu (SZÚ) v Praze. MŠ Boskovice obdržela nový certifikát o prodloužení zařazení mateřské školy v síti projektu Zdravá mateřská škola na další tři roky.

Mateřská škola uznává stejné hodnoty, na kterých staví Škola podporující zdraví. Učitelé si uvědomují, že předškolní věk je rozhodujícím obdobím pro získávání správných návyků. Zdraví je prioritní, a proto pedagogové chtějí děti vybavit takovými návyky, dovednostmi a postoji, aby se na nich v dalším životě dalo dobře stavět. Usilují o vytvoření zdravého prostředí, osvojování si návyků, které povedou ke zdravému způsobu života a zlepšení mezilidských vztahů. Uplatňují celostní (globální) přístup k světu. Školní kurikulum se snaží vybavit děti základy takových kompetencí, které směřují k ochraně zdraví, jak současného, tak i budoucího. Pedagogové vytváří pro děti

příznivé klima, ve kterém se budou cítit v bezpečí a které jim poskytne dostatek prostoru pro jejich osobnostní rozvoj. Všichni zaměstnanci vnímají hodnotu zdraví jako prioritní. Snahou celého kolektivu MŠ je vytvoření prostředí pohody, kde se děti a všichni zúčastnění budou cítit spokojeně.

Cílová skupina výzkumného šetření

Vzorek výzkumného šetření tvořilo dvacet dětí vybrané mateřské školy. Vybrala jsem dvě skupiny dětí – skupinu předškolních dětí (pět až šest let) z logopedické třídy a skupinu předškolních dětí z běžné třídy.

Podle vyhlášky č. 73/2005 Sb., o vzdělávání dětí, žáků a studentů se speciálními vzdělávacími potřebami a dětí, žáků a studentů mimořádně nadaných se vzdělávání dětí se speciálními vzdělávacími potřebami uskutečňuje pomocí podpůrných opatření. Vzdělávání dětí s narušenou komunikační schopností je v konkrétní mateřské škole realizováno formou skupinové integrace, v logopedické třídě mateřské školy je stanoven rozsah výuky speciálně logopedické péče na tři hodiny denně. Logopedická třída je naplňována do počtu 14 dětí. Zařazení do logopedické třídy provádí ředitelka MŠ na základě doporučení školského poradenského zařízení a souhlasu zákonného zástupce žáka.

Pro děti zařazené ve speciálních logopedických třídách a děti individuálně integrované sestavují pedagogové individuální vzdělávací plány, které odpovídají jejich potřebám, fyzickým a psychickým možnostem. Pedagogové pravidelně spolupracují s odborníky z SPC a PPP (Brno, Blansko, Boskovice).

S projektem Zdravá mateřská škola se učitelky seznamovaly od roku 2001. Tento program využívá pro zjištění aktuální úrovně rozvoje předškolních dětí a jejich rozvojových možností diagnostickou metodu rakouské psycholožky a psychoterapeutky Brigitte Sindelarové. S touto diagnostickou metodou pracují učitelky ve vybrané mateřské škole od roku 2006.

Následující tabulky představují skupiny dětí, které byly zařazeny do výzkumného šetření podle vybrané diagnostické metody k zjištění deficitů v dílčích funkcích v předškolním věku.

V běžné třídě vybrané mateřské školy je zařazeno 25 dětí. Jedná se o smíšený kolektiv dětí ve věku tři až šest let.

V logopedické třídě je zařazeno 14 dětí, jde o skupinovou integraci dětí s narušenou komunikační schopností. Vzdělávání se uskutečňuje pomocí podpůrných opatření - dětem je umožňována denní individuální logopedická péče v rozsahu tří hodin, ve třídě je snížený počet dětí.

Tabulka č. 1

Skupina č. 1 – děti zařazené do výzkumného šetření – logopedická třída

logopedická třída	rok narození	diagnóza
Jakub	2004	Dyslalie gravis
David	2003	Dyslalie gravis
Ivana	2003	Dyslalie gravis
Roman	2004	Dyslalie gravis, dysfatické rysy
Ondřej	2003	Dyslalie gravis, dysfatické rysy
Zuzana	2003	Dyslalie gravis
Antonín	2003	Dyslalie gravis, dysfatické rysy
Natálie	2003	Dyslalie gravis
Lukáš	2003	Dyslalie
Tomáš	2003	Dyslalie gravis

Tabulka č. 2

Skupina č. 2 – děti zařazené do výzkumného šetření – běžná třída

běžná třída	rok narození	diagnóza
Samuel	2004	bez diagnózy
Barbora	2003	bez diagnózy
Roman	2004	bez diagnózy
Lucie	2003	bez diagnózy
Klára	2004	bez diagnózy
Zuzana	2004	bez diagnózy
Zdeňka	2004	bez diagnózy
Anna	2004	bez diagnózy
Jana	2004	bez diagnózy
Anežka	2004	bez diagnózy

5.3 Metodologie a vyhodnocení výzkumného šetření

Jedná se o kvalitativní výzkumné šetření. Záměrný výběr účastníků výzkumného šetření provádím ve vybrané mateřské škole u dvou skupin předškolních dětí.

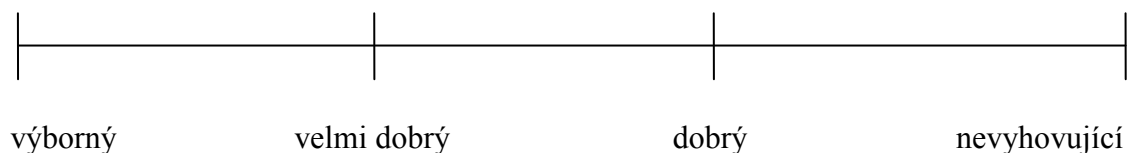
Pro zjištění dílčího cíle, které jsem si v empirické části diplomové práci stanovila, jsem zvolila techniku analýzy výsledků programu Brigitte Sindelarové pomocí metody k zjištění deficitů v dílčích funkcích. Touto vybranou metodou budu zjišťovat úroveň předškolních dětí v oblastech:

- zrakového vnímání,
- sluchového vnímání,
- zapamatování viděného,
- zapamatování slyšeného,
- pochopení a osvojení si principu posloupnosti,
- koordinace pohybů úst při mluvení,
- koordinace ruky a oka,
- vnímání vlastního těla a prostoru.

Dosažené výsledky jednotlivých diagnostických úkolů budou zaznamenány do grafu stromu.

Pro zhodnocení dosažených výsledků dětí v diagnostickém šetření a následný komentář k výsledkům diagnostiky (stromu), jsem dále využila metodu škálování.

Stupnice hodnocení dosažených výsledků dětí v jednotlivých diagnostických úkolech obsahuje hodnoty:



Tabulka se stupnicí hodnocení dosažených výsledků jednotlivých diagnostických úkolů je součástí kapitoly 5.4 Vyhodnocení a interpretace dat.

Podmínky diagnostikování:

Diagnostické úkoly byly dětem zadávány v průběhu jednoho týdne v měsíci říjnu 2009. Jednotlivé úkoly byly předkládány v klidném prostředí kabinetu logopeda. Každý jednotlivý úkol byl dítěti prezentován přesně podle metodiky. Děti měly dostatek času na zvládnutí jednotlivých úkolů. Devatenáct úkolů bylo rozděleno do pěti dnů, aby děti nebyly přetěžovány a unaveny při plnění úkolů. Byly dodrženy i připomínky k zadávání úkolů – podobné diagnostické úkoly, které by mohly zkreslit výsledek, nebyly při diagnostikování dětí řazeny bezprostředně po sobě.

Informační příprava výzkumu

Teoretické poznatky z oblasti pedagogické diagnostiky jsem čerpala z odborných knih, které uvádím v seznamu literatury.

Další informace jsem získávala studiem odborných časopisů (Informatorium 3-8, Učitelské noviny, Řízení školy, Předškolná výchova, Komenský).

Významným zdrojem informací o této problematice byla moje účast na několika seminářích připravených v rámci projektu IB-KE M00128 Interkulturní vzdělávání dětí a dospělých (Děti, žáci se speciálními vzdělávacími potřebami v kontextu problematiky specifických poruch učení, Zvláštnosti při diagnostice a integraci motorických schopností u dětí s narušenou hybností v předškolním věku, Speciálně pedagogická diagnostika a školní zralost). Semináře byly realizovány ve Středisku služeb školám v Brně.

Sběr, zpracování a interpretace údajů

Podle vybrané diagnostické metody k zjištění deficitů v dílčích funkcích jsem realizovala u dětí zařazených do výzkumného šetření jednotlivé diagnostické úkoly. Úkoly byly prováděny individuálně, bez rušivých vlivů, v místnosti logopedického kabinetu. Děti toto prostředí znají, takže nevytvářelo možnost stresujících vlivů z neznámého prostředí. Diagnostické úkoly byly rozděleny do jednoho týdne. Každý den jsem s dětmi realizovala tři až pět úkolů, podle náročnosti. Zjištěné výsledky provedené diagnostiky jsem zapisovala do záznamového archu, který je uspořádán do tvaru stromu a je součástí vybrané diagnostické metody. Větve stromu představují jednotlivé diagnostické úkoly. Výsledek každého diagnostického úkolu jsem barevně

zaznamenala na příslušnou větev stromu, označenou číslem shodným s diagnostickým úkolem.

Po ukončení diagnostického šetření u každého dítěte, byly zřejmé oblasti, kde má dítě problémy. Tyto větve stromu měly vybarveny jen malý počet políček.

Následně po dobu sedmi měsíců, od listopadu 2009 do května 2010, byl realizován stimulační program. V květnu 2010 bylo provedeno opakované diagnostické šetření a do záznamového archu (stromu) byly zaznamenány dosažené výsledky. Tyto výsledky byly vyznačeny žlutou barvou.

Po provedené diagnostice jsem připravila tabulku, ve které jsem zaznamenala dosažené výsledky dětí číselně. Tabulka obsahuje údaje z prvního diagnostikování dětí provedeného v říjnu 2009 a údaje z opakovaného diagnostikování v květnu 2010, které bylo realizováno po programu nácviku. Zjištěné výsledky každé skupiny dětí jsem vyjádřila i procentuálně. Procentuální vyjádření umožnilo srovnání úkolů mezi skupinou č. 1 a skupinou č. 2. V tabulce jsou zachyceny informace o úkolech, kde děti dosáhly výrazného zlepšení a úkoly s minimálním zlepšením.

Komparací zjištěných dílčích výsledků v úvodním a opakovaném diagnostickém šetření jsem zjistila zlepšení dětí při opakovaném diagnostikování a celkové zlepšení skupiny dětí v každém diagnostickém úkolu.

Zjištěné informace o výsledcích zvolené diagnostické metody a zhodnocení skupin dětí zařazených do výzkumného šetření popisují v závěru realizovaného výzkumného šetření.

5.4 Vyhodnocení a interpretace dat

V následující části diplomové práce jsou zaznamenány výsledky provedené diagnostiky u vybrané skupiny dětí v mateřské škole. Metodika k zjištění deficitů v dílčích funkcích v předškolním věku Brigitte Sindelarové obsahuje devatenáct úkolů, které byly uskutečněny s dětmi zařazenými do výzkumného šetření.

Výzkumné šetření probíhalo ve dvou třídách vybrané mateřské školy. Zvolila jsem skupinu deseti předškolních dětí (pět až šest let) z logopedické třídy a skupinu deseti dětí z běžné třídy.

V tabulce uvádím barevné označení úkolů, které jsem volila podle jednotlivých oblastí (úkoly zaměřené na zrakové vnímání – oranžová, sluchové vnímání – světle zelená, spojení zrakových, sluchových a pohybových vjemů – světle modrá, zapamatování viděného – červená, zapamatování slyšeného – fialová, úkoly zaměřené na pochopení a osvojení principu posloupnosti – tmavě zelená, koordinace pohybů úst při mluvení – hnědá, koordinace ruky a oka – růžová, vnímání vlastního těla a prostoru – tmavě modrá).

Výsledky diagnostického šetření z října 2009 zjištěné u každého jednotlivého dítěte zařazeného do průzkumného šetření jsou zaznamenány do grafu (stromu) podle zmiňovaného barevného označení. Opakované diagnostické úkoly v květnu 2010 jsou v grafu označeny žlutou barvou. Ke každému grafickému záznamu (stromu) jednotlivého dítěte zařazuji krátký komentář dosažených výsledků diagnostického šetření.

Tabulka č. 3

Barevné označení úkolů v diagnostickém šetření podle oblastí

Barevné označení úkolů v diagnostickém šetření v říjnu 2009 a v květnu 2010		
Diagnostické šetření říjen 2009	Zrakové vnímání (optické vnímání)	oranžová úkoly 1, 2, 3 a 17
	Sluchové vnímání (akustické vnímání)	sv. zelená úkoly 4, 5, 6 a 18
	Spojení zrakových, sluchových a pohybových vjemů (intermodální kódování)	sv. modrá úkoly 7 a 8
	Zapamatování viděného (optická paměť)	červená úkoly 9 a 10
	Zapamatování slyšeného (verbálně akustická paměť)	fialová úkoly 11 a 12
	Pochopení a osvojení principu posloupnosti (serialita)	tm. zelená úkoly 13 a 14
	Koordinace pohybů úst při mluvení (motorika řeči)	hnědá úkol 15
	Koordinace ruky a oka (visuomotorická koordinace)	růžová úkol 16
	Vnímání vlastního těla a prostoru (prostorová orientace)	tm. modrá úkol 19
Diagnostické šetření květen 2010	Diagnostické úkoly 1 – 19	žlutá

Diagnostická metoda k zjištění deficitů v dílčích funkcích obsahuje 19 úkolů, jednotlivé úkoly se liší maximálním dosaženým počtem bodů. Pro následné zhodnocení a komentář k dosaženým výsledkům provedené diagnostiky jsem v tabulce rozdělila diagnostické úkoly podle maximálního dosaženého počtu bodů a připojila stupnici hodnocení dosažených výsledků.

Tabulka č. 4

Stupnice hodnocení dosažených výsledků jednotlivých úkolů diagnostiky

Rozdělení diagnostických úkolů podle počtu dosažených bodů	Stupně hodnocení diagnostických úkolů			
	výborný (počet bodů)	velmi dobrý (počet bodů)	dobrý (počet bodů)	nevyhovující (počet bodů)
diagnostické úkoly 11,12,13,14 (4 body)	4	3	2	1
diagnostické úkoly 7,8 (5 bodů)	5	3-4	2	1
diagnostické úkoly 9,10 (8 bodů)	7-8	5-6	2-4	1
diagnostické úkoly 1,2,3,4,5,6,15,18,19 (10 bodů)	9-10	6-8	3-5	1-2
diagnostické úkoly 16,17 (15 bodů)	14-15	9-13	5-8	1-4

5.4.1 Výsledky výzkumného šetření u skupiny č. 1

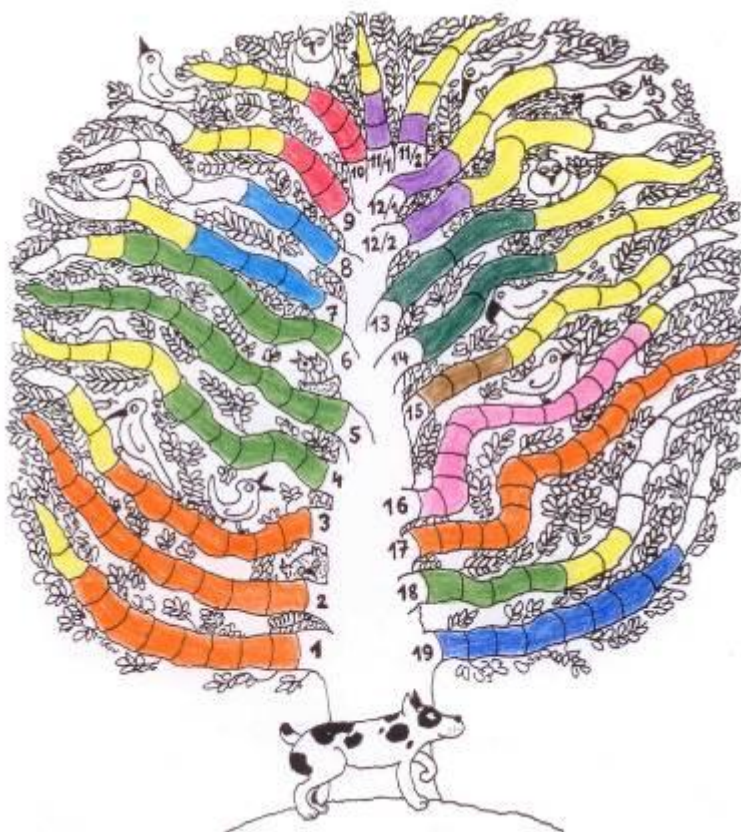
V následující části diplomové práce uvádím dosažené výsledky diagnostického šetření u skupiny č. 1, dětí z logopedické třídy.

Výsledky jsou zaznamenány do grafu stromu, barevně rozlišeny podle jednotlivých oblastí. Graf obsahuje výsledky diagnostického šetření provedeného v říjnu 2009 a opakovaného šetření v květnu 2010.

Části větví stromu, které zůstávají nevybarveny představují oblasti, ve které má dítě určitý problém.

Obr. č. 1

Přehled dosažených výsledků diagnostických úkolů u Jakuba



Komentář k výsledkům diagnostického šetření u Jakuba

V prvním diagnostickém šetření dosáhl Jakub hodnocení **výborný** u úkolu č. 2, 5 a 17, stupněm hodnocení **velmi dobrý** byly hodnoceny úkoly č. 1, 3, 4, 6, 7, 16 a 19. V diagnostických úkolech č. 8, 9, 10, 11/1, 13, 14, 15 a 18 dosáhl Jakub hodnocení **dobry**. Úkoly z oblasti verbálně akustické paměti (zapamatování slyšeného) ukázaly **nevyhovující** hodnocení (úkol č. 11/2, 12/1 a 12/2).

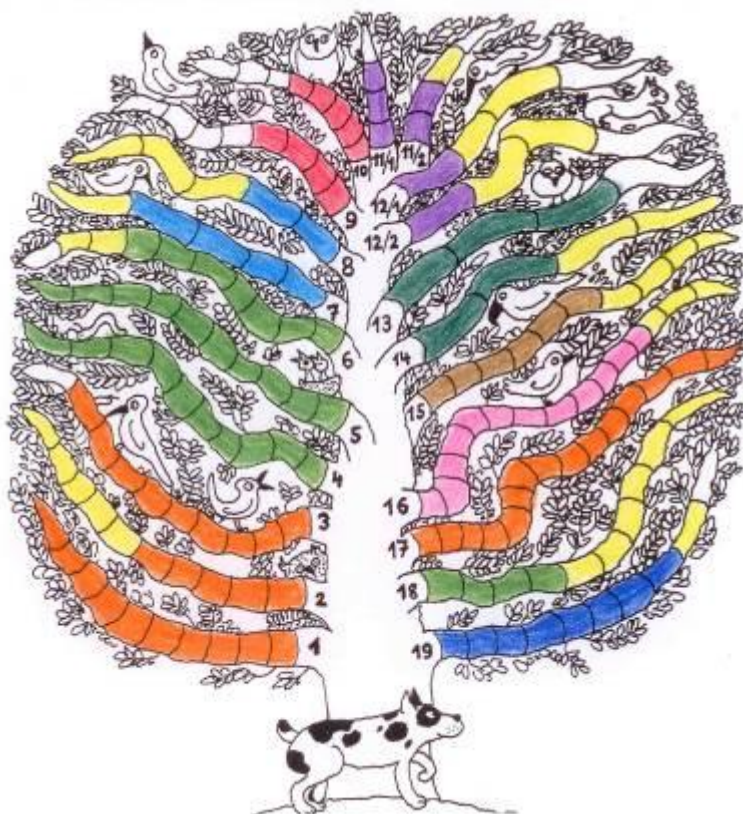
V opakovaném diagnostickém šetření dosáhl Jakub ve všech diagnostických úkolech hodnocení **výborný** a **velmi dobrý**, úkol č. 8 zůstal na hodnocení **dobry**. Žádný z diagnostických úkolů již nevykazoval hodnocení nevyhovující.

Výsledky diagnostického šetření prokázaly zlepšení ve všech problematických oblastech, pouze u úkolu č. 8 a 19 zůstal výsledek beze změny.

Chlapec nastoupil v září 2010 do základní školy.

Obr. č. 2

Přehled dosažených výsledků diagnostických úkolů u Davida



Komentář k výsledkům diagnostického šetření u Davida

V prvním diagnostickém šetření se pohybovaly dosažené hodnoty na škále od hodnocení *výborný* až po *nevyhovující*. Hodnocení stupně *výborný* dosáhl David u úkolu č. 1, 3, 4, 5 a 17 (úkoly zaměřené na zrakové a sluchové vnímání). Hodnocení *velmi dobrý* bylo dosaženo u úkolu č. 6, 7, 10, 11/1, 13, 15, 16 a 19. Hodnocení *dobrá* měly úkoly č. 2, 8, 9, 11/2, 14 a 18. Stupně hodnocení *nevyhovující* dosáhl David u úkolu zaměřeného na verbálně akustickou paměť (úkol č. 12/1, 12/2).

Po následném stimulačním programu došlo k výraznému zlepšení ve sledovaných oblastech. Stupně hodnocení *výborný* a *velmi dobrý* bylo dosaženo ve všech diagnostických úkolech mimo úkol č. 9, zde bylo dosaženo hodnocení *dobrá*. Žádný z úkolů již nevykazoval hodnocení *nevyhovující*.

David odešel v září 2010 do základní školy.

Obr. č. 3

Přehled dosažených výsledků diagnostických úkolů u Ivany



Komentář k výsledkům diagnostického šetření u Ivany

V prvním diagnostickém šetření vykazovaly výsledné hodnoty stupně **výborný** u úkolu č. 1, 4, 5, 16, 17, stupně **velmi dobrý** u úkolu č. 3, 6, 7, 8, 11/1, 11/2, 12/1, 12/2, 13, 14, 15, 18. Stupeň hodnocení **dobry** byl u úkolu č. 2, 9, 10 a **nevyhovující** u úkolu č. 19 (úkol zaměřený na vnímání vlastního těla a prostoru).

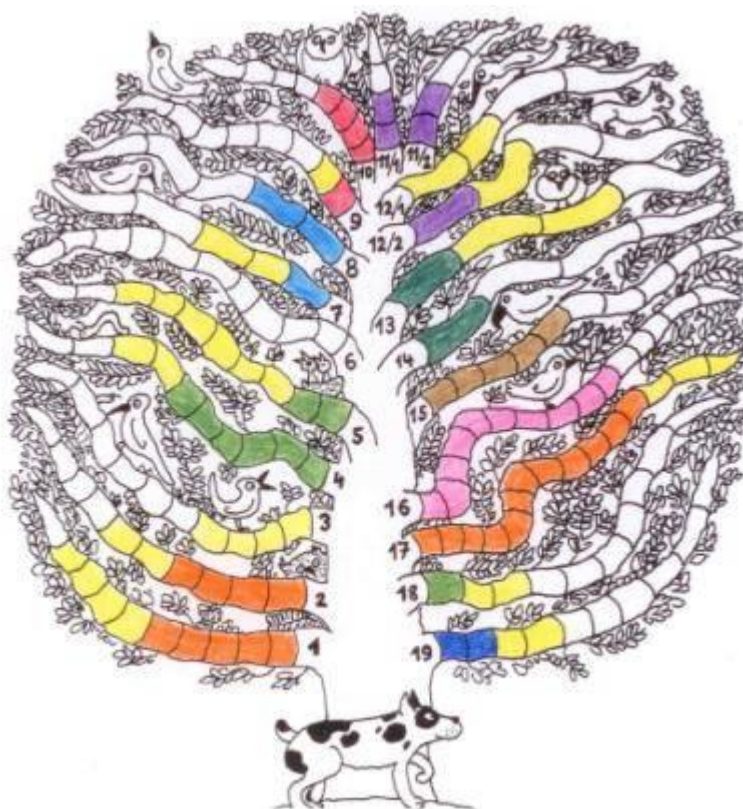
Výsledky šetření korespondují s tím, že dívka má problémy v oblasti hrubé motoriky. Pohybové aktivity a tělovýchovné činnosti nepatří u Ivanky k oblíbeným.

V opakovaném diagnostickém šetření došlo ke zlepšení v hodnocení úkolu č. 19 na stupeň **velmi dobrý**. Ostatní diagnostické úkoly byly hodnoceny stupněm **výborný** a **velmi dobrý**.

Dívka nastoupila do základní školy.

Obr. č. 4

Přehled dosažených výsledků diagnostických úkolů u Romana



Komentář k výsledkům diagnostického šetření u Romana

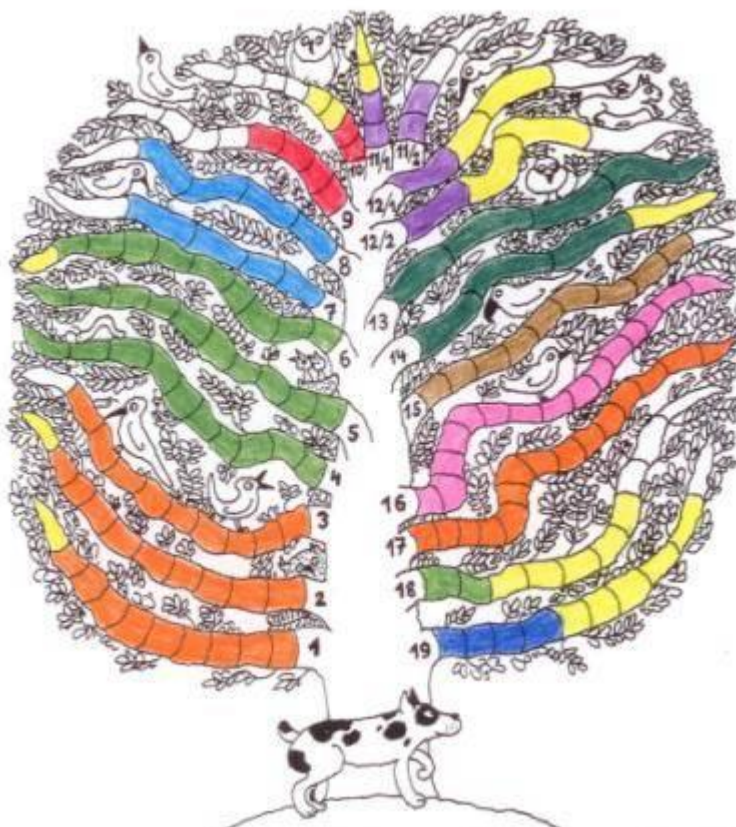
Z grafu stromu jsou čitelné velmi nízké hodnoty v jednotlivých diagnostických úkolech. Hodnocení **výborný** Roman v prvním diagnostickém šetření nedosáhl. Stupně hodnocení **velmi dobrý** byl dosažen u úkolu č. 4, 16 a 17. Hodnocení **dobrý** dosáhl Roman u úkolu č. 1, 2, 8, 10, 11/1, 11/2 a 15. Stupněm **nevyhovující** byly hodnoceny úkoly č. 3, 5, 6, 7, 9, 12/1, 12/2, 13, 14, 18 a 19.

V opakovaném diagnostickém šetření došlo k mírnému zlepšení v diagnostických úkolech. Přesto některé úkoly zůstaly hodnoceny stupněm **nevyhovující** – úkoly 6 a 14. Úkol č. 6 zaměřený na sluchové vnímání Roman nezvládl ani po provedeném programu nácviku.

U chlapce byl navržen odklad školní docházky, byl odeslán do PPP. Poradenské zařízení navrhovalo též odklad školní docházky a paní psychologka doporučila rodičům v následujícím roce zvážit i výběr vhodného školského zařízení.

Obr. č. 5

Přehled dosažených výsledků diagnostických úkolů u Ondřeje



Komentář k výsledkům diagnostického šetření u Ondřeje

Výsledky prvního diagnostického šetření vykazovaly stupně hodnocení **výborný** u úkolu č. 1, 2, 3, 4, 5, 6, 13, 15, 16 a 17. Stupně hodnocení **velmi dobrý** měly úkoly č. 7, 8 a 14, **dobrý** úkoly č. 9, 10, 11/1, 11/2 a 19. Stupeň **nevyhovující** vykázaly úkoly č. 12/1 a 12/2 a 18 (úkoly zaměřené na verbálně akustickou paměť a akustické vnímání).

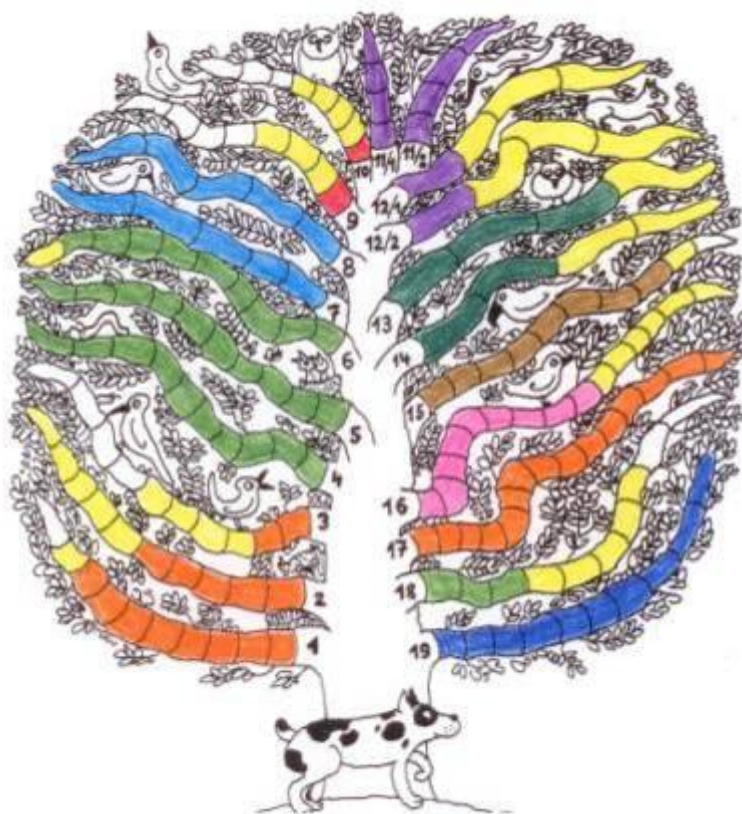
V programu nácviku byly rozvíjeno zejména sluchové vnímání a zapamatování viděného.

V opakovaném diagnostickém šetření došlo ke zlepšení problematických oblastí. Již žádný z diagnostických úkolů nedosáhl stupně hodnocení nevyhovující.

Ondřej zahájil v září 2010 docházku do základní školy.

Obr. č. 6

Přehled dosažených výsledků diagnostických úkolů u Zuzany



Komentář k výsledkům diagnostického šetření u Zuzany

Zuzanka dosáhla v prvním diagnostickém šetření stupně hodnocení **výborný** až **nevyhovující**. Stupněm **výborný** byly hodnoceny úkoly č. 4, 5, 6, 7, 8, 11/1, 11/2, 17 a 19. Stupněm **velmi dobrý** byly hodnoceny úkoly č. 1, 13, 15, 16, stupněm **dobry** úkoly č. 4, 2, 14 a 18. Hodnocení **nevyhovující** bylo u úkolu č. 3, 9, 10, 12/1 a 12/2 (úkoly z oblasti optické paměti a verbálně akustické paměti).

Po následném stimulačním programu došlo ke zlepšení, diagnostické úkoly č. 1 – 8, 11 – 17 a 19 byly v opakovaném šetření hodnoceny stupněm **výborný**. Úkoly č. 3, 10 a 18 byly hodnoceny stupněm **velmi dobrý**. Úkol č. 9 stupněm **dobry**. Žádný z úkolů již nebyl hodnocen stupněm **nevyhovující**. V opakovaném diagnostickém šetření došlo v úkolech č. 2, 9, 10, 12/1, 12/2, 14, 16 a 18 k velmi výraznému posunu a zlepšení oproti prvnímu šetření v říjnu 2009.

Zuzanka zahájila v září 2010 školní docházku.

Obr. č. 7

Přehled dosažených výsledků diagnostických úkolů u Antonína



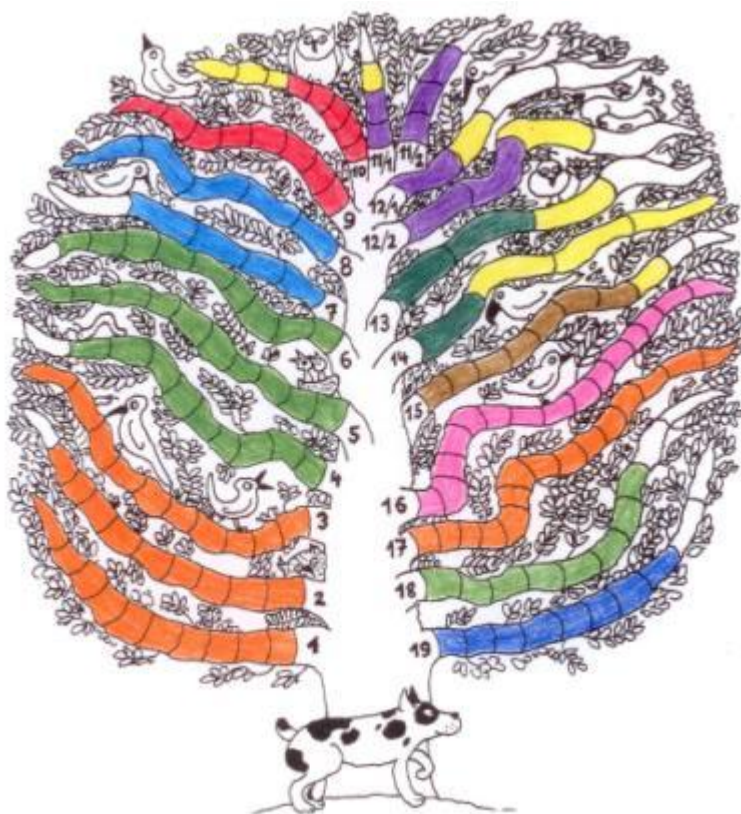
Komentář k výsledkům diagnostického šetření u Antonína

V prvním diagnostickém šetření dosáhl Toník hodnocení **výborný** u úkolu č. 1, 2, 4, 5, 14, 16 a 17, hodnocení **velmi dobrý** u úkolu č. 6, 7, 8, 9 a 19, hodnocení **dobrý** u úkolu č. 3, 10, 11/1, 11/2, 13, 15 a 18. Hodnocení **nevyhovující** bylo u úkolu z oblasti verbálně akustické paměti (úkoly č. 12/1, 12/2). V úkolech č. 11 a 12 zaměřených na zapamatování slyšného nedošlo ani po následném stimulačním programu ke zlepšení. Také úkol č. 15 vykazoval v květnu 2010 stejnou hodnotu, jako při prvním diagnostickém šetření.

Chlapec má diagnostikovanou dyslalii gravis a dysfatické rysy. Vzhledem k této logopedické diagnóze a problémům, které se objevují v oblasti sociální (problémy při spolupráci s vrstevníky, řešení konfliktů, časté výbuchy vzteku), byl chlapec odeslán do PPP. Rodiče, učitelé i pracovníci PPP a SPC se shodli na odložení zahájení školní docházky o jeden rok.

Obr. č. 8

Přehled dosažených výsledků diagnostických úkolů u Natálie



Komentář k výsledkům diagnostického šetření u Natálie

V prvním diagnostickém šetření byly hodnoceny stupněm **výborný** diagnostické úkoly č. 1-6, 8, 9, 16 a 17, stupněm **velmi dobrý** diagnostické úkoly č. 7, 10, 11/2, 15, 18, 19. Hodnocení **dobry** bylo u úkolu č. 11/1, 11/2 a 13. Úkoly č. 12/1 a 14 dosáhly hodnocení **nevyhovující**.

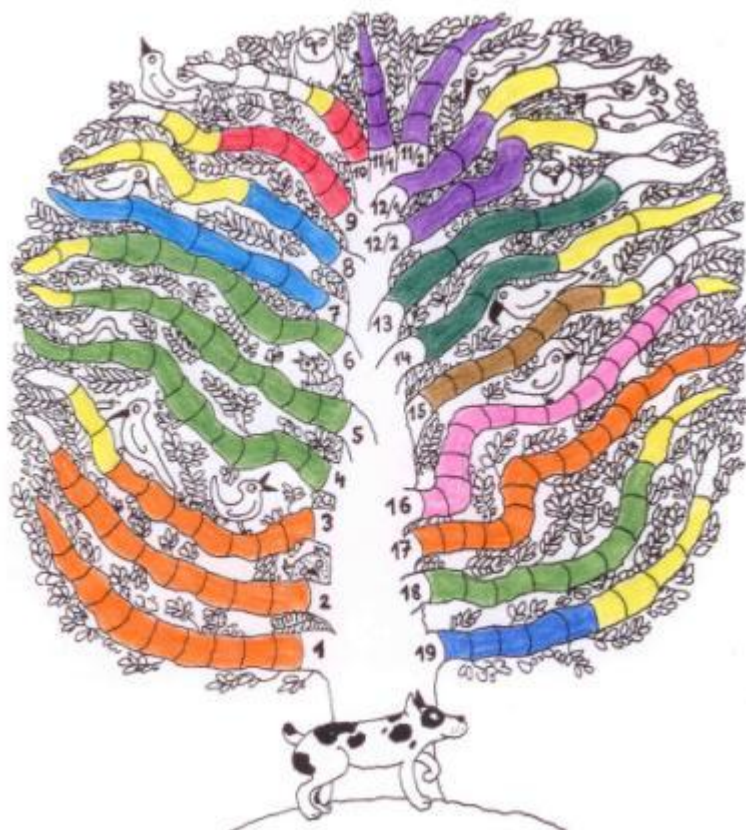
V následném stimulačním programu jsme se zaměřili na úkoly z oblasti verbálně akustické paměti a seriality.

V opakovaném diagnostickém šetření byly hodnoceny stupněm **výborný** a **velmi dobrý** všechny diagnostické úkoly mimo úkol č. 12/1, který byl hodnocen stupněm **dobry**. Žádný z diagnostických úkolů již nebyl hodnocen stupněm nevyhovující.

Dívka v září 2010 zahájila školní docházku.

Obr. č. 9

Přehled dosažených výsledků diagnostických úkolů u Lukáše



Komentář k výsledkům diagnostického šetření u Lukáše

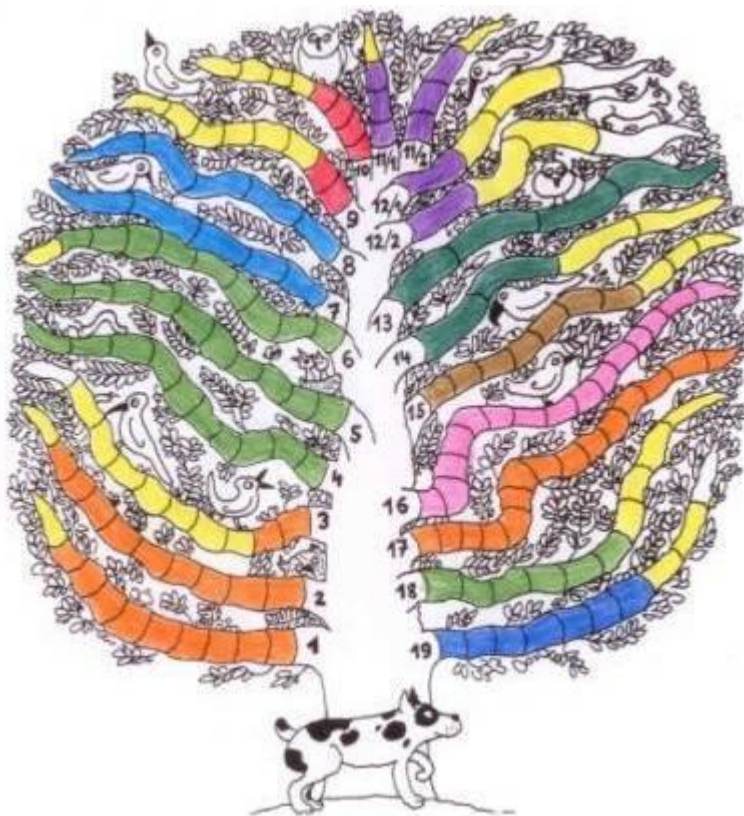
V prvním diagnostickém šetření dosáhl Lukáš v jednotlivých diagnostických úkolech hodnocení výborný až velmi dobrý. Žádný z úkolů nebyl hodnocen stupněm nevyhovující. Hodnocení stupněm **výborný** bylo u úkolu č. 1, 2, 4, 5, 7, 11/1, 11/2, 16 a 17, stupeň **velmi dobrý** byly hodnoceny úkoly č. 3, 6, 9, 13, 15 a 18. Hodnocení stupně **dobry** bylo dosaženo v úkolech č. 8, 10, 12/1, 12/2, 14 a 19.

V opakovaném diagnostickém šetření zvládl Lukáš všechny úkoly na stupeň hodnocení **výborný** a **velmi dobrý**, úkol č. 10 (optická paměť) zvládl na stupeň hodnocení **dobry**.

Chlapec zahájil v září 2010 školní docházku.

Obr. č. 10

Přehled dosažených výsledků diagnostických úkolů u Tomáše



Komentář k výsledkům diagnostického šetření u Tomáše

Tomáš dosáhl stupně hodnocení **výborný** u diagnostických úkolů č. 1, 2, 4 – 8, 13, 16 a 17. Stupeň hodnocení **velmi dobrý** byl u úkolu č. 11/1, 11/2, 15, 18 a 19. Hodnocení **dobry** bylo dosaženo u úkolu č. 9, 10 a 14. **Nevyhovující** hodnocení měly úkoly č. 3, 12/1 a 12/2 (úkoly z oblasti optického vnímání a verbálně akustické paměti).

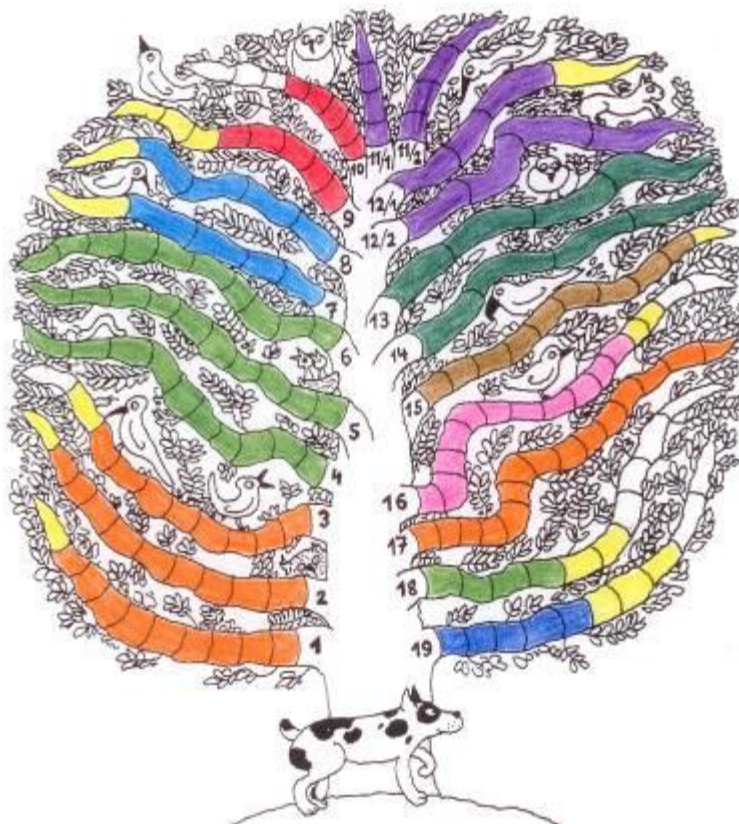
Po následném stimulačním programu došlo k výraznému zlepšení ve všech oblastech, které vykazovaly problémy. V opakovaném diagnostickém šetření dosáhl Tomáš u všech diagnostických úkolů hodnocení **výborný** a **velmi dobrý**.

Výsledky diagnostického šetření korespondují se závěry učitelek, že chlapec je po stránce kognitivní schopen zahájit školní docházku. I další oblasti biologická a sociální jsou na takové úrovni, které umožňují nástup do první třídy základní školy.

5.4.2 Výsledky výzkumného šetření u skupiny č. 2

Obr. č. 11

Přehled dosažených výsledků diagnostických úkolů u Samuela



Komentář k výsledkům diagnostického šetření u Samuela

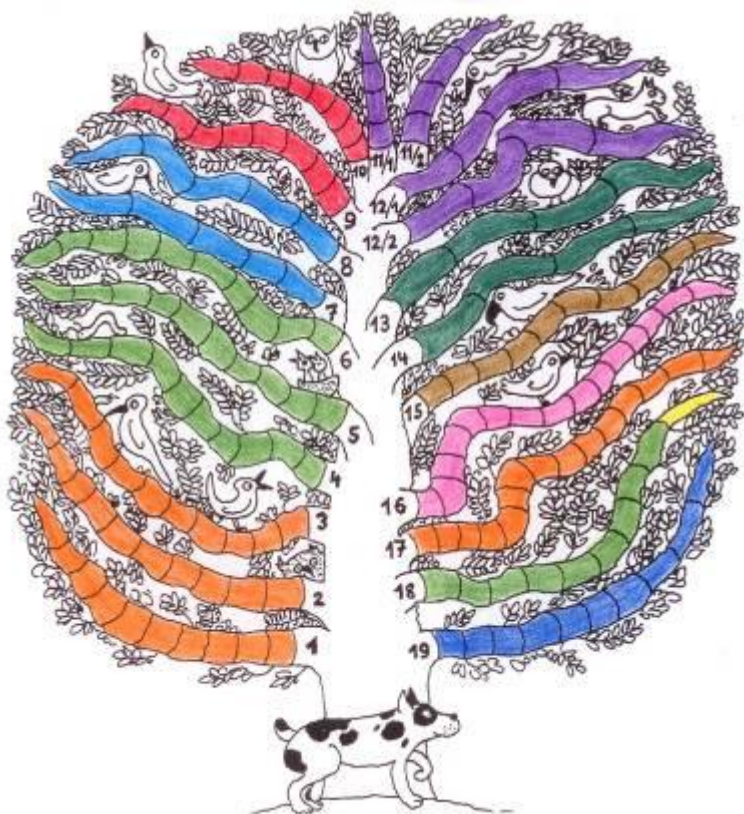
V prvním diagnostickém šetření byly diagnostické úkoly hodnoceny stupněm **výborný** až **dobry**. Žádný úkol nebyl hodnocen stupněm nevyhovující.

V opakovaném diagnostickém šetření Samuel dosáhl hodnocení **výborný** u diagnostických úkolů č. 1-9, 11-15 a 17 a **velmi dobrý** u úkolů č. 10, 16, 18 a 19.

Pedagogové doporučili nástup do základní školy. Matka trvala na odkladu školní docházky. Chlapec byl odeslán do PPP. Po vyšetření PPP nebyly shledány důvody pro udělení odkladu školní docházky. Přesto chlapec zůstal ještě následující rok v mateřské škole.

Obr. č. 12

Přehled dosažených výsledků diagnostických úkolů u Barbory



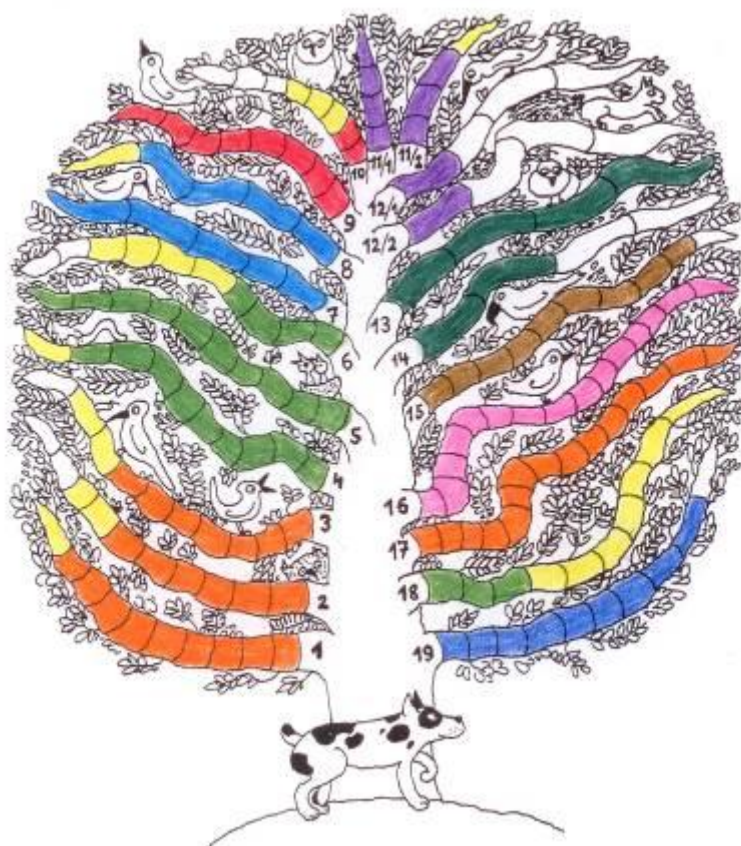
Komentář k výsledkům diagnostického šetření u Barbory

Při pohledu na zjištěné výsledky diagnostiky prováděné v říjnu 2009 je zřetelné, že dívka nemá problémy v oblasti kognitivních funkcí a dosažené výsledky v diagnostických úkolech dosáhly hodnocení **výborný** ve všech devatenácti diagnostických úkolech.

Barbora vykazovala velmi výrazné předpoklady pro výtvarné činnosti, měla velmi rozvinutou fantazii, která se projevovala v jejím kresebném projevu. Paní učitelky doporučily rozvíjet výtvarné předpoklady Barbory docházkou do základní umělecké školy.

Obr. č. 13

Přehled dosažených výsledků diagnostických úkolů u Romana



Komentář k výsledkům diagnostického šetření u Romana

V prvním diagnostickém šetření dosahovalo hodnocení diagnostických úkolů stupně výborný až nevyhovující. Stupněm **výborný** byly hodnoceny úkoly č. 1, 4, 5, 7, 9, 11/1, 13, 15, 16, 17, a 19. Stupněm **velmi dobrý** byly hodnoceny úkoly č. 2, 3, 8 a 11/2. Úkoly č. 6, 10, 14 a 18 byly hodnoceny stupněm **dobry**. **Nevyhovující** hodnocení měly úkoly z oblasti verbálně akustické paměti (12/1 a 12/2). V úkolu č. 12 (zapamatování slyšeného) zopakoval Roman pouze jednu slabiku ze čtyř.

Ani po následném stimulačním programu nedošlo ke zlepšení u tohoto úkolu zaměřeného na zapamatování řady slabik. Rodičům pedagogové doporučili procvičovat oblast verbálně akustické paměti.

Chlapec zahájil v září 2010 školní docházku.

Obr. č. 14

Přehled dosažených výsledků diagnostických úkolů u Lucie



Komentář k výsledkům diagnostického šetření u Lucie

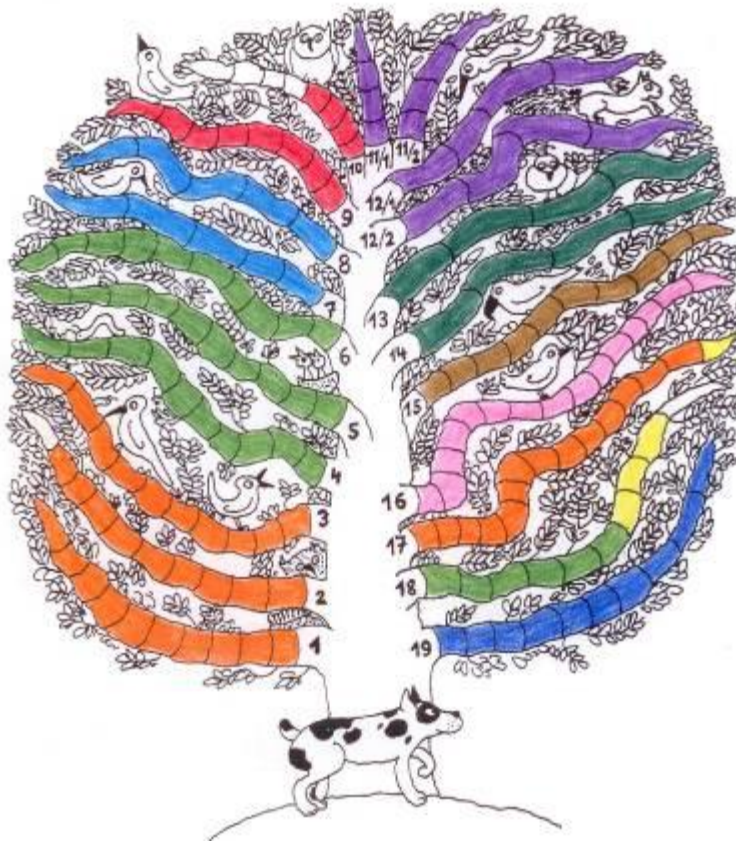
V prvním diagnostickém šetření dosáhla Lucie hodnocení stupně výborný až dobrý. Žádný úkol nebyl hodnocen stupněm nevyhovující. Stupněm **výborný** byly hodnoceny úkoly č. 1-3, 7, 11, 13-18. Stupněm **velmi dobrý** byly hodnoceny úkoly č. 5, 6, 8, 12 a 19. Hodnocení **dobry** měly úkoly č. 4, 9 a 10.

V opakovaném diagnostickém šetření realizovaném po programu nácviku byly všechny diagnostické úkoly hodnoceny stupněm **výborný** a **velmi dobrý**, úkol č. 10 (úkol zaměřený na optickou paměť), byl hodnocen stupněm **dobry**.

Dívka zahájila v září 2010 školní docházku.

Obr. č. 15

Přehled dosažených výsledků diagnostických úkolů u Kláry



Komentář k výsledkům diagnostického šetření u Kláry

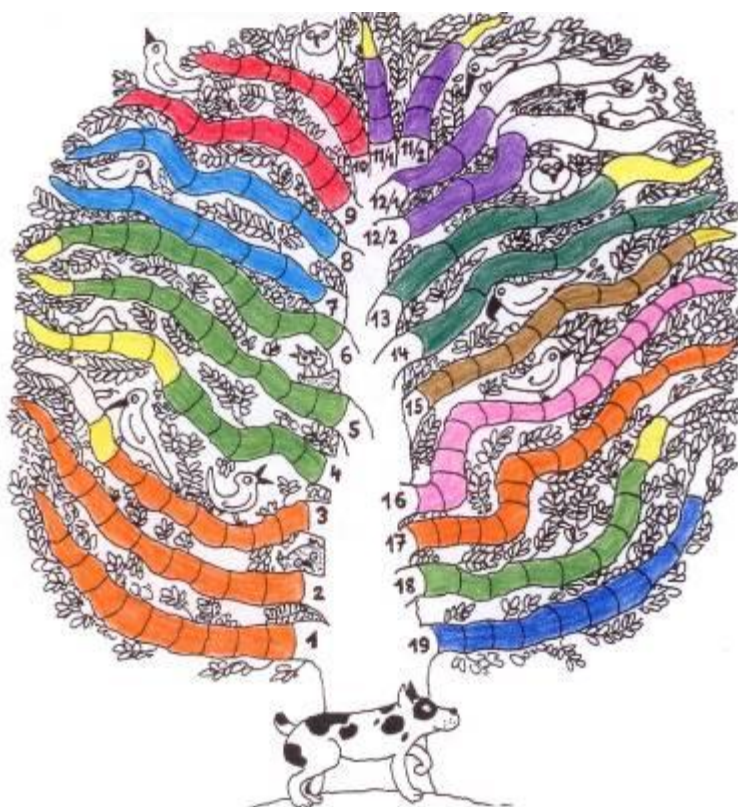
Klárka zvládla v prvním diagnostickém šetření sedmnáct diagnostických úkolů se stupněm hodnocení **výborný**. Úkol č. 18 byl hodnocen stupněm **velmi dobrý** a úkol č. 10 stupněm **dobry**.

V opakovaném diagnostickém šetření dosáhla Klárka u osmnácti úkolů hodnocení **výborný** a úkol č. 10 (úkol zaměřený na optickou paměť) zůstal hodnocen stupněm **dobry**.

Dívka nastoupila do základní školy.

Obr. č. 16

Přehled dosažených výsledků diagnostických úkolů u Zuzany



Komentář k výsledkům diagnostického šetření u Zuzany

Zuzana zvládla všechny diagnostické úkoly v rozmezí hodnocení výborný až dobrý. Stupněm **výborný** byly hodnoceny úkoly č. 1, 2, 5-10, 14-17 a 19. Stupněm **velmi dobrý** byly hodnoceny úkoly č. 3, 4, 11, 13 a 18. Úkol č. 12/1 a 12/2 byl hodnocen stupněm **dobry**.

V opakovaném diagnostickém šetření došlo ke zlepšení v jednotlivých diagnostických úkolech. Úkol č. 3 zůstal hodnocen stupněm **velmi dobrý**, úkol č. 12/1 a 12/2 byl opět hodnocen stupněm **dobry**. Všechny ostatní diagnostické úkoly dosáhly hodnocení **výborný**.

Rodičům bylo doporučeno procvičovat se Zuzankou oblast verbálně akustické paměti.

Zuzanka zahájila v září 2010 povinnou školní docházku.

Obr. č. 17

Přehled dosažených výsledků diagnostických úkolů u Zdeňky



Komentář k výsledkům diagnostického šetření u Zdeňky

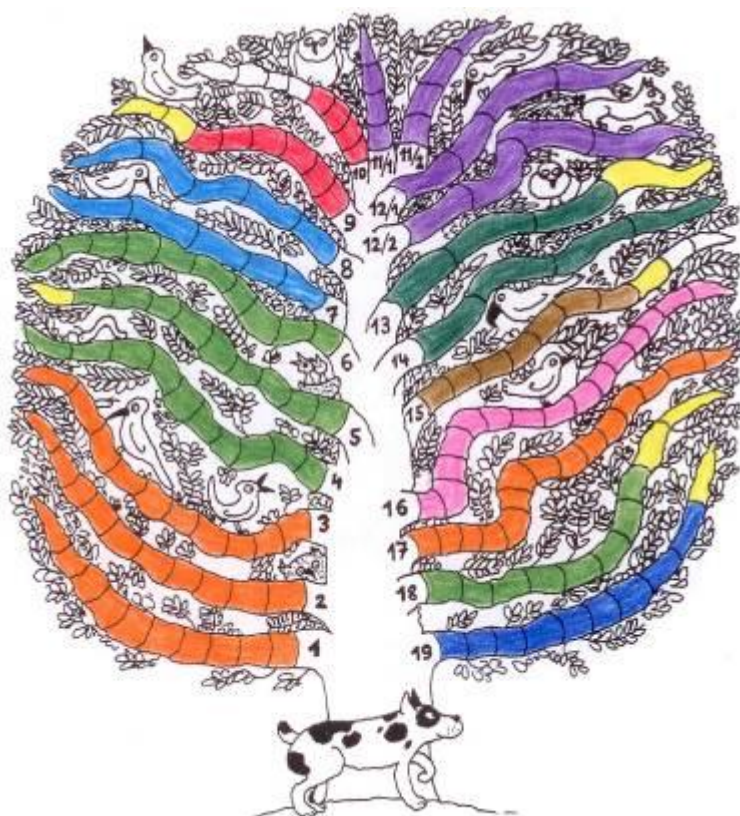
V prvním diagnostickém šetření dosáhla Zdeňka hodnocení **výborný** v sedmnácti diagnostických úkolech. Úkol č. 19 byl hodnocen stupněm **velmi dobrý**, úkol č. 10 byl hodnocen stupněm **dobry**.

V opakovaném diagnostickém šetření byly hodnoty diagnostických úkolů na stejné úrovni jako při prvním diagnostickém šetření.

Zdeňka zahájila v září 2010 povinnou školní docházku.

Obr. č. 18

Přehled dosažených výsledků diagnostických úkolů u Anny



Komentář k výsledkům diagnostického šetření u Anny

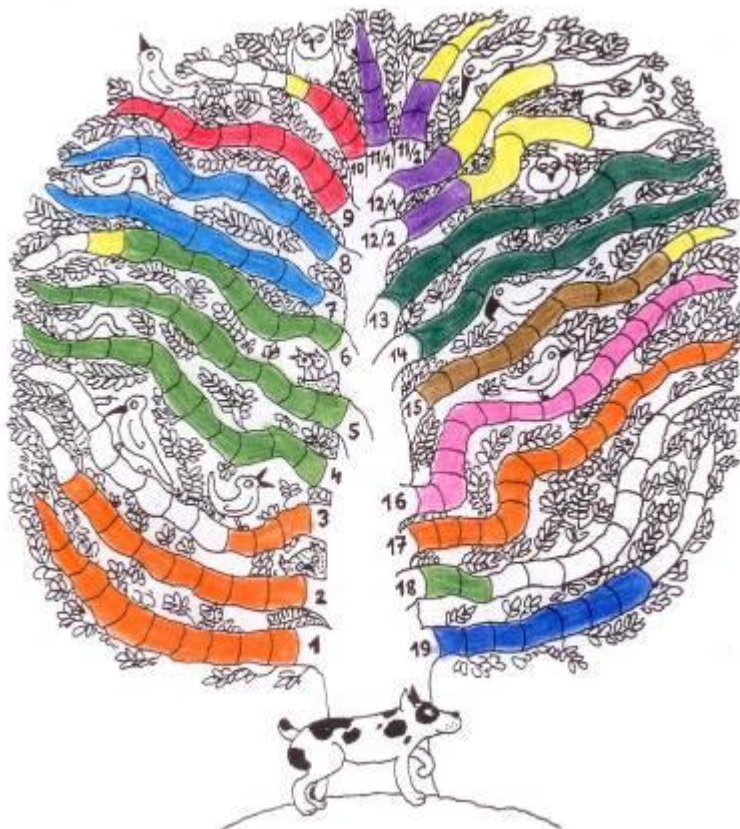
V prvním diagnostickém šetření dosáhla Anička hodnocení **výborný** u diagnostických úkolů č. 1-8, 11, 12, 14, 16, 17 a 19. Hodnocení stupněm **velmi dobrý** bylo u úkolu č. 9, 13, 15 a 18. Stupeň **dobry** byl dosažen u úkolu č. 10 (úkol zaměřený na optickou pozornost).

V opakovaném diagnostickém šetření bylo hodnocení stupněm **výborný** u sedmnácti diagnostických úkolů, úkol č. 15 byl hodnocen stupněm **velmi dobrý**, úkol č. 10 zůstal na hodnocení **dobry**. Rodičům bylo doporučeno procvičovat oblast optické pozornosti.

Dívka nastoupila v září 2010 do základní školy.

Obr. č. 19

Přehled dosažených výsledků diagnostických úkolů u Jany



Komentář k výsledkům diagnostického šetření u Jany

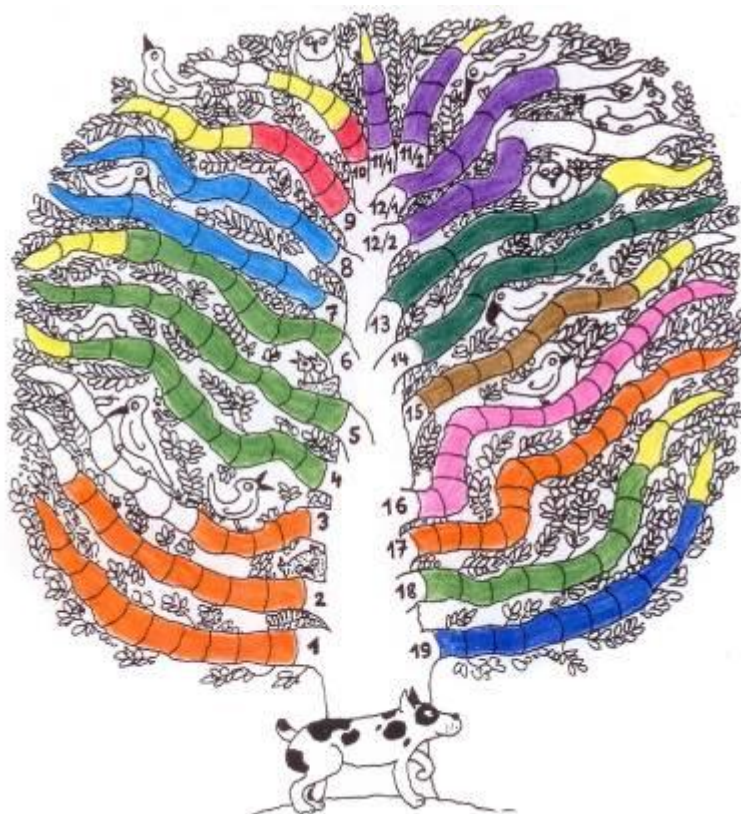
V prvním diagnostickém šetření byly stupněm **výborný** hodnoceny úkoly č. 1, 4, 5, 7, 8, 9, 11/1, 13, 14, 16 a 17. Úkoly č. 2, 6, 15 a 19 byly hodnoceny stupněm **velmi dobrý**, úkoly č. 3, 10 a 11/2 byly hodnoceny stupněm **dobrá**. Úkol č. 12 a 18 dosáhl hodnocení **nevyhovující**.

Při opakovaném diagnostickém šetření došlo ke zlepšení diagnostických úkolů. Stupeň **dobrá** byl pouze u úkolu č. 3 (optické vnímání) a stupněm **nevyhovující** byl hodnocen úkol č. 18 (akustické vnímání).

Při předkládání diagnostických úkolů byl však problém s Janinou pozorností a soustředěním na diagnostické úkoly. Po ukončení jednoho úkolu se již dostatečně nedokázala soustředit na následující úkol. Diagnostikování proto muselo být prováděno po jenom úkolu. Učitelky doporučily Janě odklad školní docházky. Maminka s Janou navštívila PPP a také zde byl odklad doporučen. Spolupráce ze strany rodičů byla velmi dobrá.

Obr. č. 20

Přehled dosažených výsledků diagnostických úkolů u Anežky



Komentář k výsledkům diagnostického šetření u Anežky

V prvním diagnostickém šetření dosáhla Anežka hodnocení **výborný** u úkolu č. 1, 4, 5, 7, 8, 14, 16, 17 a 19. Hodnocení **velmi dobrý** bylo u úkolu č. 2, 6, 11, 12/1, 13, 15 a 18. Stupněm **dobry** byly hodnoceny úkoly č. 3, 9, 10 a 12/2. Žádný z diagnostických úkolů nebyl hodnocen stupněm nevyhovující.

V opakovaném diagnostickém šetření Anežka zvládla jednotlivé diagnostické úkoly na stupeň **výborný** a **velmi dobrý**. Hodnocení **dobry** bylo u úkolu č. 3 a 12/2 (úkol zaměřený na optické vnímání a verbálně akustickou paměť).

Dívka v září 2010 nastoupila do základní školy.

5.4.3 Výsledky výzkumného šetření u obou skupin dětí v jednotlivých diagnostických úkolech

V následující části diplomové práce prezentuji dosažené výsledky u obou skupin dětí zařazených do výzkumného šetření v jednotlivých diagnostických úkolech vybrané diagnostické metody k zjištění deficitů v dílčích funkcích.

Stručně popisuji zadání každého úkolu. Následují tabulky dosažených výsledků dětí u jednotlivých úkolů v diagnostickém šetření provedeném v říjnu 2009 a opakovaném diagnostickém šetření realizovaném v květnu 2010. V tabulce je zaznamenána i průměrná dosažená hodnota úkolu každé skupiny a průměrné zlepšení skupiny v jednotlivém úkolu. Výsledné průměrné hodnoty jsou vyjádřeny procentuálně. Procentuální vyjádření umožňuje porovnání dosažených výsledků obou skupin.

Pod tabulkou je uveden krátký komentář k dosaženým výsledkům jednotlivých diagnostických úkolů zvolené diagnostické metody.

Diagnostický úkol č. 1 (rozdíly v párových obrázcích)

Úkol zaměřený na zrakovou diferenciaci. Dítěti jsou předkládány konkrétní obrázky. Na deseti dvojicích obrázků děti určují shodnost a rozdílnost ve dvojicích obrázků. Diagnostický úkol obsahuje deset párů obrázků. Pět párů je totožných a pět párů je rozdílných. Dítěti je předkládána vždy jen jedna dvojice obrázků.

Tabulka č. 5

logopedická třída	říjen 2009	květen 2010
Jakub	8	10
David	10	10
Ivana	10	10
Roman	5	9
Ondřej	9	10
Zuzana	8	9
Antonín	10	10
Natálie	10	10
Lukáš	10	10
Tomáš	9	10
průměrná hodnota úkolu 1	8,9 89%	9,8 98%
průměrné zlepšení	9%	

Tabulka č. 6

běžná třída	říjen 2009	květen 2010
Samuel	9	10
Barbora	10	10
Roman	9	10
Lucie	10	10
Klára	10	10
Zuzana	10	10
Zdeňka	10	10
Anna	10	10
Jana	10	10
Anežka	10	10
průměrná hodnota úkolu 1	9,8 98%	10 100%
průměrné zlepšení	2%	

Komentář k diagnostickému úkolu č. 1

Výsledky prvního diagnostického úkolu u skupiny č. 1 se pohybovaly v rozmezí od pěti do deseti bodů. Opakované diagnostické šetření u této skupiny ukázalo zlepšení u pěti dětí. Pět dětí ze skupiny č. 1 splnilo úkol na 100% již při prvním diagnostikování. K výraznému zlepšení došlo u Romana, který zvládl úkol na pět bodů a po realizaci stimulačního programu při opakované diagnostice zvládl úkol na devět bodů z deseti.

Skupina č. 2 dosahovala velmi výborných výsledků již při prvním diagnostikování. Osm dětí určilo deset obrázků, dvě děti rozlišily devět obrázků. Při opakovaném šetření zvládly všechny děti skupiny č. 2 úkol na deset bodů.

Diagnostický úkol č. 2 (rozdíly v párových tvarech)

U dítěte se zjišťuje schopnost zrakové diferenciaci s využitím abstraktních obrázků. Na abstraktních tvarech dítě rozlišuje shodnost a rozdílnost obrázků. Diagnostický úkol obsahuje deset dvojic abstraktních obrázků. Opět se dítěti předkládá pouze jedna dvojice obrázků a nechává se možnost k prohlížení dítěti tak dlouho, jak samo potřebuje.

Tabulka č. 7

logopedická třída	říjen 2009	květen 2010
Jakub	10	10
David	5	10
Ivana	5	10
Roman	4	6
Ondřej	9	10
Zuzana	5	10
Antonín	9	9
Natálie	9	9
Lukáš	9	9
Tomáš	9	10
průměrná hodnota úkolu 2	7,4 74%	9,3 93%
průměrné zlepšení	19%	

Tabulka č. 8

běžná třída	říjen 2009	květen 2010
Samuel	9	10
Barbora	10	10
Roman	6	8
Lucie	10	10
Klára	9	9
Zuzana	10	10
Zdeňka	10	10
Anna	10	10
Jana	8	8
Anežka	8	8
průměrná hodnota úkolu 2	9,0 90%	9,3 93%
průměrné zlepšení	3%	

Komentář k diagnostickému úkolu č. 2

Ve skupině č. 1 zvládly děti rozlišit od čtyř do deseti obrázků. V květnu 2010 došlo ke zlepšení na devět a deset obrázků. Pouze v jednom případě (Roman) byl výsledek opakovaného úkolu na hodnotě šesti bodů.

Skupina č. 2 vykazovala v prvním diagnostickém šetření hodnoty od šesti do deseti bodů. Druhé diagnostické šetření bylo u této skupiny dětí v rozmezí osm až deset bodů.

Po provedeném stimulačním programu byly výsledky u skupiny dětí č. 1 a skupiny č. 2 v květnu 2010 shodné (93%).

Diagnostický úkol č. 3 (ukryté tvary)

Úkol zaměřený na optické členění zjišťované na abstraktních obrázcích. Dítě má určit, kam patří malý geometrický tvar ve spleti geometrických čar. V horní části obrázku je malý geometrický tvar, který je ukrytý ve spleti čar ve velkém obrázku. Dítě má určit deset geometrických tvarů.

Tabulka č. 9

logopedická třída	říjen 2009	květen 2010
Jakub	7	9
David	9	9
Ivana	7	10
Roman	0	4
Ondřej	9	9
Zuzana	2	6
Antonín	5	10
Natálie	10	10
Lukáš	7	9
Tomáš	2	9
průměrná hodnota úkolu 3	5,8 58%	8,5 85%
průměrné zlepšení	27%	

Tabulka č. 10

běžná třída	říjen 2009	květen 2010
Samuel	8	9
Barbora	10	10
Roman	7	9
Lucie	9	10
Klára	10	10
Zuzana	7	8
Zdeňka	10	10
Anna	10	10
Jana	3	3
Anežka	4	4
průměrná hodnota úkolu 3	7,8 78%	8,3 83%
průměrné zlepšení	5%	

Komentář k diagnostickému úkolu č. 3

V tomto diagnostickém úkolu byly u skupiny č. 1 dosaženy velmi rozdílné hodnoty. Jeden chlapec úkol nezvládl, dvě děti dosáhly velmi nízkého výsledku dvou bodů. Celkový průměrný výsledek činil 58%. Po následném programu nácviku se hodnoty opakovaného šetření výrazně zlepšily. Dosáhly průměrné hodnoty 85%.

Děti ze skupiny č. 2 měly v prvním diagnostikování také značně rozdílné výsledky. V opakovaném šetření ani po provedeném stimulačním programu nedošlo u dvou dětí ke zlepšení, průměrné zlepšení skupiny č. 2 představovalo 5%.

Obě dvě sledované skupiny v opakovaném šetření dosáhly téměř vyrovnaných hodnot 85% a 83%.

Diagnostický úkol č. 4 (rozdíly mezi dvěma slovy)

Zjištění verbálně akustické diference na dvojicích srozumitelných slov. V seznamu deseti párů slov dítě rozlišuje shodné a rozdílné dvojice slov. Dítě má sluchem rozlišit, zda jsou slova stejná, nebo se liší. Dítěti je předřikávána vždy jen jedna dvojice slov. Učitel vyslovuje zřetelně, nezdůrazňuje rozdíly mezi slovy.

Příklad:

dříve – dříve bez – bez pak – pak ...

Tabulka č. 11

logopedická třída	říjen 2009	květen 2010
Jakub	6	10
David	10	10
Ivana	10	10
Roman	6	8
Ondřej	10	10
Zuzana	10	10
Antonín	10	10
Natálie	9	9
Lukáš	10	10
Tomáš	10	10
průměrná hodnota úkolu 4	9,1 91%	9,7 97%
průměrné zlepšení	6%	

Tabulka č. 12

běžná třída	říjen 2009	květen 2010
Samuel	10	10
Barbora	10	10
Roman	9	10
Lucie	5	10
Klára	10	10
Zuzana	6	10
Zdeňka	10	10
Anna	10	10
Jana	10	10
Anežka	9	10
průměrná hodnota úkolu 4	8,9 89%	10 100%
průměrné zlepšení	11%	

Komentář k diagnostickému úkolu č. 4

Skupina č. 1 dosahovala vysokých hodnot již v prvním diagnostickém šetření. Sedm dětí dosáhlo hodnoty 10 bodů. U dvou chlapců, kteří zvládli test na šest bodů došlo k posunu na hodnotu deseti bodů.

Skupina č. 2 v šesti případech dosáhla hodnoty deseti bodů v prvním diagnostickém šetření. Při opakovaném šetření zvládly všechny děti úkol na hodnotu deseti bodů.

Diagnostický úkol č. 5 (rozdíly mezi dvěma slovy nemající smysl)

Zjišťování verbálně akustické diferenciacce s využitím dvojic slov, která nemají žádný význam. Dítě rozlišuje sluchem rozdíly ve slovech, která nemají žádný smysl.

Příklad:

sul – sol jek – jek pit – pit ...

Tabulka č. 13

logopedická třída	říjen 2009	květen 2010
Jakub	10	10
David	10	10
Ivana	10	10
Roman	2	8
Ondřej	10	10
Zuzana	10	10
Antonín	10	10
Natálie	10	10
Lukáš	9	10
Tomáš	10	10
průměrná hodnota úkolu 5	9,1 91%	9,8 98%
průměrné zlepšení	7%	

Tabulka č. 14

běžná třída	říjen 2009	květen 2010
Samuel	10	10
Barbora	10	10
Roman	10	10
Lucie	6	10
Klára	10	10
Zuzana	9	10
Zdeňka	10	10
Anna	9	10
Jana	10	10
Anežka	10	10
průměrná hodnota úkolu 5	9,4 94%	10 100%
průměrné zlepšení	6%	

Komentář k diagnostickému úkolu č. 5

Děti ze skupiny č. 1 zvládly v prvním šetření tento úkol na 91%. Jeden chlapec zvládl úkol na hodnotu dvou bodů. V opakovaném diagnostickém šetření děti dosáhly průměrné hodnoty 98%. Devět dětí dosáhlo maximálního počtu bodů, v jednom případě, kdy byla hodnota v prvním šetření velmi nízká (dva body), došlo k výraznému zlepšení a osm bodů.

Skupina č. 2 dosáhla deseti bodů v šesti případech. Při opakovaném diagnostikování všechny děti skupiny č. 2 zvládly úkol na 100%.

Diagnostický úkol č. 6 (ukrytá slova)

Verbálně akustická cvičení zaměřená na diferenciaci figury a pozadí. Dítě má rozlišit detail ve slově. Úkol zjišťující schopnost dítěte rozložit slovo na jeho jednotlivé části.

Příklad:

přízeň, vyhledat, napříč, nevinný, křehký ...

Tabulka č. 15

logopedická třída	říjen 2009	květen 2010
Jakub	7	8
David	7	9
Ivana	8	9
Roman	0	0
Ondřej	9	10
Zuzana	9	10
Antonín	7	10
Natálie	9	9
Lukáš	8	10
Tomáš	9	10
průměrná hodnota úkolu 6	7,3 73%	8,5 85%
průměrné zlepšení	12%	

Tabulka č. 16

běžná třída	říjen 2009	květen 2010
Samuel	10	10
Barbora	10	10
Roman	4	8
Lucie	7	10
Klára	10	10
Zuzana	9	10
Zdeňka	10	10
Anna	10	10
Jana	7	8
Anežka	7	10
průměrná hodnota úkolu 6	7,4 74%	9,6 96%
průměrné zlepšení	22%	

Komentář k diagnostickému úkolu č. 6

Ve skupině č. 1 v jednom případě (Roman) nebyl diagnostický úkol zvládnut. Ani po provedeném stimulačním programu nedošlo ke zlepšení. U všech ostatních dětí se v opakovaném šetření výsledek zlepšil.

Skupina č. 2 dosáhla téměř shodného průměrného výsledku v prvním diagnostikování (říjen 2009) jako skupina č.1. V opakovaném šetření došlo u skupiny č. 2 k posunu oproti skupině č. 1 o 9%.

V tomto diagnostickém úkolu dosáhla skupina č. 2 nejvyššího průměrného zlepšení oproti prvnímu šetření a to o 22 %.

Diagnostický úkol č. 7 (spojení mezi viděným a slyšeným vjemem)

Úkol z oblasti intermodální. Snaha o zapamatování mezi viděným a slyšeným (opticko-akustické spojení). Zvířátka malovala obrázky. Dítě má podle obrázku a druhu zvířete určit, který obrázek zvíře malovalo.

Tabulka č. 17

logopedická třída	říjen 2009	květen 2010
Jakub	3	4
David	4	5
Ivana	3	5
Roman	1	3
Ondřej	4	4
Zuzana	5	5
Antonín	3	5
Natálie	4	4
Lukáš	5	5
Tomáš	5	5
průměrná hodnota úkolu 7	3,7 74%	4,5 90%
průměrné zlepšení	16%	

Tabulka č. 18

běžná třída	říjen 2009	květen 2010
Samuel	4	5
Barbora	5	5
Roman	5	5
Lucie	5	5
Klára	5	5
Zuzana	5	5
Zdeňka	5	5
Anna	5	5
Jana	5	5
Anežka	5	5
průměrná hodnota úkolu 7	4,9 98%	5,0 100%
průměrné zlepšení	2%	

Komentář k diagnostickému úkolu č. 7

Ve skupině č. 1 dosahovaly děti v tomto diagnostickém úkolu velmi rozdílných výsledků. Po stimulačním programu došlo k výraznému zlepšení na průměrnou hodnotu 90%.

Skupina č. 2 dosáhla velmi vysokého bodového hodnocení již v prvním diagnostickém šetření. V květnu 2010 zvládly všechny děti úkol na 100%.

Diagnostický úkol č. 8 (spojení mezi slyšeným a viděným vjemem)

Úkol z oblasti intermodální (akusticko-optické spojení). Dítě má určit, které zvíře malovalo jeden z pěti obrázků. Úkol č. 8 není vhodné dětem předkládat bezprostředně po úkolu č. 7, abychom je nemátli podobností v zadání úkolu.

Tabulka č. 19

logopedická třída	říjen 2009	květen 2010
Jakub	2	2
David	2	5
Ivana	3	4
Roman	2	2
Ondřej	4	4
Zuzana	5	5
Antonín	4	4
Natálie	5	5
Lukáš	2	5
Tomáš	5	5
průměrná hodnota úkolu 8	3,4 68%	4,1 82%
průměrné zlepšení	14%	

Tabulka č. 20

běžná třída	říjen 2009	květen 2010
Samuel	4	5
Barbora	5	5
Roman	4	5
Lucie	4	5
Klára	5	5
Zuzana	5	5
Zdeňka	5	5
Anna	5	5
Jana	5	5
Anežka	5	5
průměrná hodnota úkolu 8	4,7 94%	5,0 100%
průměrné zlepšení	6%	

Komentář k diagnostickému úkolu č. 8

Děti ze skupiny č. 1 dosáhly v opakovaném diagnostickém šetření průměrné hodnoty 82%. U Romana nedošlo ke zlepšení ani po následném stimulačním programu, opakovaný výsledek vykazoval opět hodnotu dvou bodů.

V tomto diagnostickém úkolu byla skupina č. 2 opět velmi úspěšná. V květnu 2010 zvládly všechny děti této skupiny úkol z intermodální oblasti na 100%.

Diagnostický úkol č. 9 (paměť na obrázky)

Tímto úkolem se zjišťuje schopnost dítěte zapamatovat si řadu obrázků, které jsou předkládány v určité posloupnosti (paměť pro opticky předkládanou řadu obrázků). Úkol obsahuje osm obrázků, které si má dítě zapamatovat a po otočení kartiček obrázkem dolů k nim přiřadit stejný obrázek.

Tabulka č. 21

logopedická třída	říjen 2009	květen 2010
Jakub	3	6
David	4	4
Ivana	3	8
Roman	1	2
Ondřej	4	4
Zuzana	1	4
Antonín	6	7
Natálie	8	8
Lukáš	5	7
Tomáš	2	8
průměrná hodnota úkolu 9	3,7 46,25%	5,8 72,5%
průměrné zlepšení	26,25%	

Tabulka č. 22

běžná třída	říjen 2009	květen 2010
Samuel	5	8
Barbora	8	8
Roman	8	8
Lucie	4	6
Klára	8	8
Zuzana	8	8
Zdeňka	8	8
Anna	6	8
Jana	8	8
Anežka	4	8
průměrná hodnota úkolu 9	6,7 83,75%	7,8 97,5%
průměrné zlepšení	13,75%	

Komentář k diagnostickému úkolu č. 9

Úkol, který zjišťuje zapamatování řady obrázků skupina č. 1 zvládla v říjnu 2009 na 46,25%. V opakovaném diagnostickém šetření v květnu 2010 děti z logopedické třídy dosáhly průměrné hodnoty 72,5%. Průměrné zlepšení skupiny č. 1 představovalo hodnotu 26,25%.

Skupina č. 2, děti z běžné třídy, měla v prvním šetření výslednou průměrnou hodnotu 83,75%, při opakované diagnostice dosáhla průměru 97,5%. Skupina č. 2 se zlepšila o 13,75%.

Diagnostický úkol č. 10 (paměť na tvary)

Optická paměť je zjišťována na předkládané řadě osmi geometrických tvarů. Dítěti je předložena řada osmi geometrických tvarů. Kartičky jsou otočeny obrázkem dolů, dítě přiřazuje druhou sadu geometrických tvarů.

Tabulka č. 23

logopedická třída	říjen 2009	květen 2010
Jakub	4	8
David	5	5
Ivana	4	6
Roman	4	4
Ondřej	2	4
Zuzana	1	5
Antonín	3	5
Natálie	5	8
Lukáš	3	4
Tomáš	4	8
průměrná hodnota úkolu 10	3,5 43,75%	5,7 71,25%
průměrné zlepšení	27,5%	

Tabulka č. 24

běžná třída	říjen 2009	květen 2010
Samuel	5	5
Barbora	8	8
Roman	2	5
Lucie	4	4
Klára	4	4
Zuzana	8	8
Zdeňka	4	4
Anna	4	4
Jana	4	5
Anežka	2	6
průměrná hodnota úkolu 10	4,5 56,25%	5,3 66,25%
průměrné zlepšení	10%	

Komentář k diagnostickému úkolu č. 10

Skupina č. 1 dosáhla při prvním diagnostikování velmi rozdílných výkonů, od hodnoty jednoho až po hodnotu pěti bodů z celkového počtu osmi bodů. V opakovaném šetření v květnu 2010 zvládly tři děti úkol na osm bodů. V opakovaném šetření dosáhly děti ze skupiny č. 1 lepšího průměrného výsledku, než skupina dětí z běžné třídy.

Skupina č. 2 dosáhla průměrné hodnoty 56,25%. Byla to nejnižší zjištěná hodnota z předložených devatenácti diagnostických úkolů. Posun v květnu 2010 činil 10% na hodnotu 66,25%.

Diagnostický úkol č. 11/1 (paměť na řadu slov)

Úkolem je zjišťována verbálně akustická paměť na srozumitelná slova. Dítěti jsou předříkána čtyři slova, které má po učitelce zopakovat. Úkol 11/1 hodnotí počet zapamatovaných slov.

Příklad:

Kamna, ulice, stůl, kůl.

Tabulka č. 25

logopedická třída	říjen 2009	květen 2010
Jakub	2	4
David	3	3
Ivana	3	4
Roman	2	2
Ondřej	2	4
Zuzana	4	4
Antonín	2	2
Natálie	2	3
Lukáš	4	4
Tomáš	3	4
průměrná hodnota úkolu 11/1	2,7 67,5%	3,4 85%
průměrné zlepšení	17,5%	

Tabulka č. 26

běžná třída	říjen 2009	květen 2010
Samuel	4	4
Barbora	4	4
Roman	4	4
Lucie	4	4
Klára	4	4
Zuzana	3	4
Zdeňka	4	4
Anna	4	4
Jana	4	4
Anežka	3	4
průměrná hodnota úkolu 11/1	3,8 95%	4,0 100%
průměrné zlepšení	5%	

Komentář k diagnostickému úkolu č. 11/1

Úkol zaměřený na verbálně akustickou paměť zvládla skupina dětí z běžné třídy výrazně lépe, než skupina dětí z logopedické třídy.

Děti ze skupiny č. 1 zvládly opakovaný diagnostický úkol na 85%. V květnu 2010 došlo ke zlepšení o 17,5 %.

Děti ze skupiny č. 2 zvládly tento úkol při opakovaném šetření na 100%.

Diagnostický úkol č. 11/2 (paměť na řadu slov)

Úkol 11/2 se zaměřuje na správné pořadí zopakovaných slov v úkolu 11/1.

Tabulka č. 27

logopedická třída	říjen 2009	květen 2010
Jakub	1	4
David	2	3
Ivana	3	4
Roman	2	2
Ondřej	2	2
Zuzana	4	4
Antonín	2	2
Natálie	3	3
Lukáš	4	4
Tomáš	3	4
průměrná hodnota úkolu 11/2	2,6 65%	3,2 80%
průměrné zlepšení	15%	

Tabulka č. 28

běžná třída	říjen 2009	květen 2010
Samuel	4	4
Barbora	4	4
Roman	3	4
Lucie	4	4
Klára	4	4
Zuzana	3	4
Zdeňka	4	4
Anna	4	4
Jana	2	4
Anežka	3	4
průměrná hodnota úkolu 11/2	3,5 87,5%	4,0 100%
průměrné zlepšení	12,5%	

Komentář k diagnostickému úkolu č. 11/2

Ve skupině č. 1 dosahovaly děti velmi rozdílných hodnot v prvním diagnostickém šetření (rozmezí jednoho až čtyř bodů). Skupina č. 1 dosáhla po provedení programu nácviku zlepšení o 15%. Čtyři děti měly v opakovaném šetření stejný výsledek.

Výrazně lepších hodnot dosáhla skupina č. 2 již při prvním šetření v říjnu 2009. V květnu 2010 zvládly děti zopakovat všechna slova ve správném pořadí.

Diagnostický úkol č. 12/1 (paměť na řadu slabik)

Dítě má zvládnout zapamatovat si řadu slabik, které nemají žádný význam. V úkolu 12/1 se hodnotí počet zapamatovaných nesmyslných slabik.

Příklad:

Vis, duk, vap, mer.

Tabulka č. 29

logopedická třída	říjen 2009	květen 2010
Jakub	1	3
David	1	3
Ivana	3	3
Roman	0	2
Ondřej	1	3
Zuzana	1	4
Antonín	1	1
Natálie	1	2
Lukáš	2	3
Tomáš	1	3
průměrná hodnota úkolu 12/1	1,2 30%	2,7 67,5%
průměrné zlepšení	37,5%	

Tabulka č. 30

běžná třída	říjen 2009	květen 2010
Samuel	3	4
Barbora	4	4
Roman	1	1
Lucie	3	3
Klára	4	4
Zuzana	2	2
Zdeňka	4	4
Anna	4	4
Jana	1	3
Anežka	3	3
průměrná hodnota úkolu 12/1	2,9 72,5%	3,2 80%
průměrné zlepšení	7,5%	

Komentář k diagnostickému úkolu č. 12/1

Tento diagnostický úkol vykazoval u skupiny č. 1 nejnižší dosažené průměrné hodnoty ze všech diagnostických úkolů. Výsledek diagnostického šetření z října 2009 představoval průměrné zvládnutí úkolu pouze na 30%. V opakovaném šetření však došlo k výraznému posunu na hodnotu 67,5%. Zlepšení představovalo 37,5%.

Ve skupině č. 2 dosahovaly děti velmi rozdílných výsledků při prvním diagnostikování v rozmezí jednoho slova až po zvládnutá všechna čtyři slova. V opakovaném šetření dosáhla skupina č. 2 průměrného výsledku 80%.

Diagnostický úkol č. 12/2 (paměť na řadu slabik)

Dítě má správně zopakovat řadu nesmyslných slabik z předcházejícího úkolu 12/1 ve správném pořadí.

Tabulka č. 31

logopedická třída	říjen 2009	květen 2010
Jakub	1	3
David	1	3
Ivana	3	3
Roman	1	2
Ondřej	1	3
Zuzana	1	4
Antonín	1	1
Natálie	2	3
Lukáš	2	3
Tomáš	1	3
průměrná hodnota úkolu 12/2	1,4 35%	2,8 70%
průměrné zlepšení	35%	

Tabulka č. 32

běžná třída	říjen 2009	květen 2010
Samuel	4	4
Barbora	4	4
Roman	1	1
Lucie	3	3
Klára	4	4
Zuzana	2	2
Zdeňka	4	4
Anna	4	4
Jana	1	3
Anežka	2	2
průměrná hodnota úkolu 12/2	2,9 72,5%	3,1 77,5%
průměrné zlepšení	5%	

Komentář k diagnostickému úkolu č. 12/2

V prvním diagnostikování u skupiny č. 1 byly zjištěny nízké dosažené hodnoty. Sedm dětí zvládlo zopakovat ve správném pořadí jen jedno slovo ze čtyř. Úkol č. 12/2 představoval u skupiny č. 1 úkol, který při opakovaném diagnostickém šetření zvládly děti výrazně lépe. Zlepšení představovalo 35% na hodnotu 70%. V opakovaném šetření zvládla zopakovat všechna čtyři slova jen jedna dívka.

Ve skupině č. 2 již v prvním diagnostickém šetření dosáhlo pět dětí maximální hodnoty čtyř bodů. Opakované diagnostické šetření ukázalo výsledek 77,5%.

Diagnostický úkol č. 13 (zapamatovat si obrázky – vyjádřit je slovy)

Úkol z oblasti intermodální - spojení mezi viděným a k tomuto vytvořit spojení se slyšeným názvem. Před dítě jsou předloženy čtyři obrázky, které učitelka po chvíli schová. Dítě má říci, které obrázky vidělo.

Tabulka č. 33

logopedická třída	říjen 2009	květen 2010
Jakub	2	4
David	3	3
Ivana	3	4
Roman	1	3
Ondřej	4	4
Zuzana	3	4
Antonín	2	4
Natálie	2	3
Lukáš	3	3
Tomáš	4	4
průměrná hodnota úkolu 13	2,7 67,5%	3,6 90%
průměrné zlepšení	22,5%	

Tabulka č. 34

běžná třída	říjen 2009	květen 2010
Samuel	4	4
Barbora	4	4
Roman	4	4
Lucie	4	4
Klára	4	4
Zuzana	3	4
Zdeňka	4	4
Anna	3	4
Jana	4	4
Anežka	3	4
průměrná hodnota úkolu 13	3,7 92,5%	4,0 100%
průměrné zlepšení	7,5%	

Komentář k diagnostickému úkolu č. 13

Posun v opakovaném diagnostickém úkolu u skupiny dětí z logopedické třídy provedeném v květnu 2010 představoval 22,5% na hodnotu 90%. Šest dětí této skupiny dosáhlo maximálního počtu bodů.

Skupina č. 2 měla v prvním šetření výslednou průměrnou hodnotu 92,5%. Při opakovaném šetření zvládly všechny děti úkol na 100%.

Diagnostický úkol č. 14 (zapamatovat si slova – vyhledat k nim obrázky)

Úkol z oblasti intermodální. Dítě si má zapamatovat řadu čtyř slov a vytvořit si spojení s jejich obrázky.

Tabulka č. 35

logopedická třída	říjen 2009	květen 2010
Jakub	2	4
David	2	4
Ivana	3	4
Roman	1	1
Ondřej	3	4
Zuzana	2	4
Antonín	4	4
Natálie	1	4
Lukáš	2	4
Tomáš	2	4
průměrná hodnota úkolu 14	2,3 57,5%	3,7 92,5%
průměrné zlepšení	35%	

Tabulka č. 36

běžná třída	říjen 2009	květen 2010
Samuel	4	4
Barbora	4	4
Roman	2	2
Lucie	4	4
Klára	4	4
Zuzana	4	4
Zdeňka	4	4
Anna	4	4
Jana	4	4
Anežka	4	4
průměrná hodnota úkolu 14	3,8 95%	3,8 95%
průměrné zlepšení	0%	

Komentář k diagnostickému úkolu č. 14

Úkol z oblasti intermodální – spojení slov s jejich obrázky patřil u skupiny č. 1 k obtížnějším úkolům. V prvním diagnostickém šetření dosáhly děti této skupiny pouze 57,5 %. Po prováděném stimulačním programu však bylo dosaženo velmi výrazného zlepšení o 35%.

Skupina č. 2 dosáhla velmi výborného výsledku již při prvním diagnostikování. Při opakovaném šetření zůstal výsledek shodný s dosaženým výsledkem z října 2009, tedy 95%. Úkol č. 14 byl jediným úkolem, kde zůstal opakovaný výsledek diagnostického šetření u skupiny č. 2 na stejné úrovni.

Diagnostický úkol č. 15 (pohotovost mluvidel)

Úkol se zaměřuje na schopnost motoriky mluvidel. Dítě má opakovat obtížnější slova.

Příklad:

Teploměr, smysluplný, moskyti, reflektor...

Tabulka č. 37

logopedická třída	říjen 2009	květen 2010
Jakub	3	8
David	6	10
Ivana	8	10
Roman	5	5
Ondřej	9	9
Zuzana	8	9
Antonín	5	5
Natálie	7	8
Lukáš	6	7
Tomáš	7	10
průměrná hodnota úkolu 15	6,4 64%	8,1 81%
průměrné zlepšení	17%	

Tabulka č. 38

běžná třída	říjen 2009	květen 2010
Samuel	9	10
Barbora	10	10
Roman	9	9
Lucie	10	10
Klára	10	10
Zuzana	10	10
Zdeňka	10	10
Anna	7	8
Jana	8	10
Anežka	7	9
průměrná hodnota úkolu 15	9,0 90%	9,6 96%
průměrné zlepšení	6%	

Komentář k diagnostickému úkolu č. 15

V tomto diagnostickém úkolu byly mezi dětmi skupiny č. 1 výrazné rozdíly. Některé děti zvládly vyslovit pouze tři slova z deseti, jeden chlapec zvládl vyslovit devět slov z celkového počtu deseti slov. Opakovaný test ukázal zlepšení o 17%.

Skupina č. 2, děti z běžné třídy, zvládla úkol na 90% při prvním diagnostickém šetření v říjnu 2009. Při prvním diagnostickém šetření dosáhlo maximálního počtu deseti bodů pět dětí, v opakovaném šetření to bylo sedm dětí, celkový průměrný výsledek činil 96%. Opakované diagnostické šetření představovalo průměrné zlepšení o 6%.

Diagnostický úkol č. 16 (koordinace ruky a oka při psaní)

Visuomotorický úkol zjišťující schopnost spolupráce oka a ruky dítěte. Tužkou má dítě projet dráhu mezi liniemi, aniž by se dotklo okrajů.

Tabulka č. 39

logopedická třída	říjen 2009	květen 2010
Jakub	12	13
David	12	15
Ivana	15	15
Roman	10	10
Ondřej	15	15
Zuzana	9	15
Antonín	15	15
Natálie	15	15
Lukáš	14	15
Tomáš	15	15
průměrná hodnota úkolu 16	12,2 81,3%	14,3 95,3%
průměrné zlepšení	14%	

Tabulka č. 40

běžná třída	říjen 2009	květen 2010
Samuel	11	13
Barbora	15	15
Roman	15	15
Lucie	15	15
Klára	15	15
Zuzana	15	15
Zdeňka	15	15
Anna	15	15
Jana	15	15
Anežka	15	15
průměrná hodnota úkolu 16	14,6 97,3%	14,8 98,7%
průměrné zlepšení	1,4%	

Komentář k diagnostickému úkolu č. 16

V úkolu zaměřeném na spolupráci ruka-oko dosáhly obě skupiny velmi dobrého výsledku již v prvním diagnostickém šetření.

Druhé opakované šetření přineslo vysoké procentuální hodnoty. Skupina č. 1 dosáhla 95,3%, zlepšení činilo 14%. Skupina č. 2 dosáhla 98,7%, zlepšení představovalo 1,4%.

Diagnostický úkol č. 17 (vyhledávání obrázků)

Na předloze jsou natištěny různé tvary, ze kterých má dítě vyškrtat všechny hvězdičky. Úkol na zaměřenost optické pozornosti.

Tabulka č. 41

logopedická třída	říjen 2009	květen 2010
Jakub	15	15
David	15	15
Ivana	15	15
Roman	12	15
Ondřej	15	15
Zuzana	15	15
Antonín	15	15
Natálie	15	15
Lukáš	15	15
Tomáš	15	15
průměrná hodnota úkolu 17	14,7 98%	15 100%
průměrné zlepšení	2%	

Tabulka č. 42

běžná třída	říjen 2009	květen 2010
Samuel	15	15
Barbora	15	15
Roman	15	15
Lucie	15	15
Klára	14	15
Zuzana	15	15
Zdeňka	15	15
Anna	15	15
Jana	15	15
Anežka	15	15
průměrná hodnota úkolu 17	14,9 99,3%	15 100%
průměrné zlepšení	0,7%	

Komentář k diagnostickému úkolu č. 17

Úkol zaměřený na vyhledávání obrázků určitého tvaru (optická pozornost) byl pro obě skupiny úkolem s nejlepším výsledkem.

Ve skupině č. 1 zvládlo devět dětí úkol na 100% již v prvním diagnostickém šetření. Při opakovaném šetření zvládl vybrat všechny hvězdičky z různých tvarů i Roman, který v prvním diagnostickém šetření našel pouze 12 hvězdiček.

Skupina č. 1 i 2 zvládla v květnu 2010 úkol na 100%. Pro skupinu č. 1 byl tento úkol jediným úkolem, kde děti dosáhly v květnu 2010 výsledku 100%.

Diagnostický úkol č. 18 (vyhledávání slov)

Zaměřenost akustické pozornosti je sledována na souvislém textu, ve kterém má dítě reagovat na určené slovo. Při přečtení určeného textu má dítě zareagovat klepnutím na slovo srna a jeho různé podoby – srnče, srnečka, srnčí.

Tabulka č. 43

logopedická třída	říjen 2009	květen 2010
Jakub	4	6
David	4	10
Ivana	6	10
Roman	1	3
Ondřej	2	7
Zuzana	3	8
Antonín	5	8
Natálie	8	8
Lukáš	8	10
Tomáš	6	10
průměrná hodnota úkolu 18	4,7 47%	8 80%
průměrné zlepšení	33%	

Tabulka č. 44

běžná třída	říjen 2009	květen 2010
Samuel	4	6
Barbora	9	10
Roman	3	10
Lucie	9	9
Klára	6	9
Zuzana	8	9
Zdeňka	10	10
Anna	8	10
Jana	2	2
Anežka	8	10
průměrná hodnota úkolu 18	6,7 67%	8,5 85%
průměrné zlepšení	18%	

Komentář k diagnostickému úkolu č. 18

Akustická pozornost zjišťovaná diagnostickým úkolem č. 18 byla u dětí skupiny č. 1 na hodnotě 47%. Po stimulačním programu došlo k výraznému zlepšení o 33% na hodnotu 80%.

Skupina č. 2 zvládla úkol na 67% v prvním diagnostickém šetření a při opakovaném šetření v květnu 2010 dosáhla hodnoty 85%. I zde bylo zlepšení vysoké – 18%.

Diagnostický úkol č. 19 (vnímání vlastního těla a prostoru)

Orientace ve schématu těla a prostorová orientace je zjišťována na opakování pohybu po učitelce, která sedí vedle dítěte tak, aby obličej byl obrácený stejným směrem. Zápěstí pravé ruky dítěte i učitelky je označeno stužkou.

Příklad:

pravou rukou na pravé ucho a levou rukou na levé koleno

pravou rukou na ústa a levou rukou na levé koleno ...

Tabulka č. 45

logopedická třída	říjen 2009	květen 2010
Jakub	8	8
David	8	9
Ivana	2	8
Roman	2	4
Ondřej	4	9
Zuzana	10	10
Antonín	8	8
Natálie	8	8
Lukáš	5	9
Tomáš	7	9
průměrná hodnota úkolu 19	6,2 62%	8,2 82%
průměrné zlepšení	20%	

Tabulka č. 46

běžná třída	říjen 2009	květen 2010
Samuel	5	8
Barbora	10	10
Roman	9	9
Lucie	8	10
Klára	10	10
Zuzana	9	9
Zdeňka	8	8
Anna	9	10
Jana	7	7
Anežka	9	10
průměrná hodnota úkolu 19	8,4 84%	9,1 91%
průměrné zlepšení	7%	

Komentář k diagnostickému úkolu č. 19

Orientace ve schématu těla a prostorová orientace představovala pro čtyři děti skupiny č. 1 značné problémy, dosáhly pouze hodnot od dvou do pěti bodů. Po programu nácviku se výsledek u všech dětí zlepšil na průměrnou hodnotu 82%.

Skupina č. 2 dosáhla při prvním diagnostickém šetření hodnoty 84%. Opakované šetření vykazovalo hodnotu 91%, zlepšení představovalo 7%.

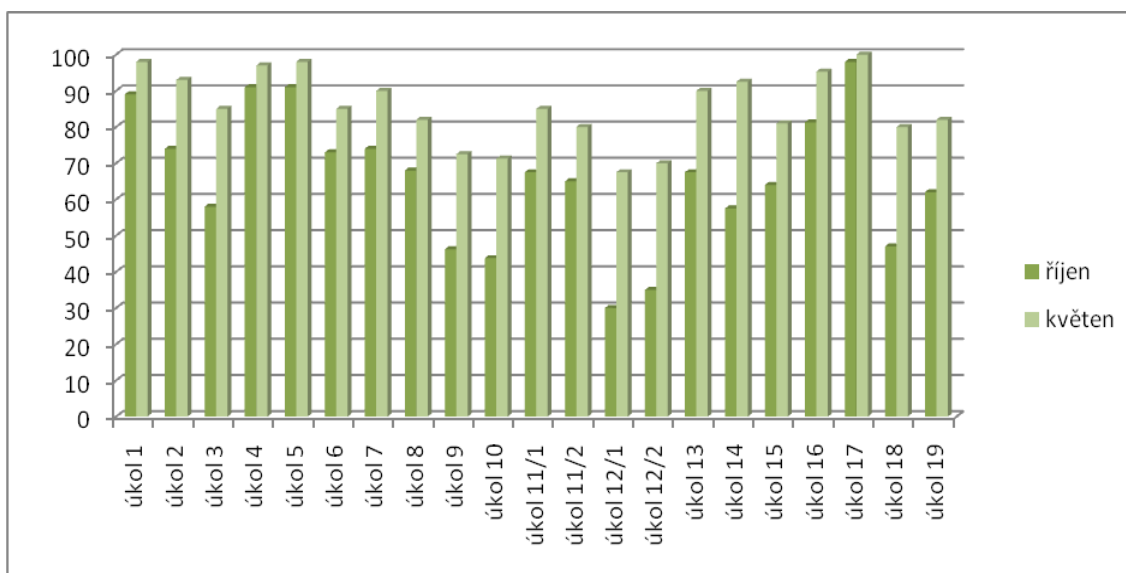
5.4.4 Komparace výsledků výzkumného šetření u skupiny dětí č. 1 z hlediska jejich rozvoje

Po provedeném diagnostickém šetření v říjnu 2009 a v květnu 2010 jsem průměrné výsledky jednotlivých úkolů skupiny č. 1, dětí z logopedické třídy, zaznamenala do grafu. Dosažené výsledky jsou uvedeny v procentech pro možnost porovnání výsledků diagnostických šetření u jednotlivých úkolů.

V grafu je přehledně vidět zlepšení dětí skupiny č. 1 v opakovaném diagnostickém šetření v květnu 2010.

Graf č. 1

Dosažené průměrné hodnoty v diagnostických úkolech v říjnu 2009 a květnu 2010 u skupiny dětí z logopedické třídy



Komentář k dosaženým výsledkům skupiny č. 1:

Skupina dětí z logopedické třídy dosáhla nejnižší hodnoty v prvním diagnostickém šetření v diagnostickém úkolu č. 12/1 – paměť na řadu slabik. Dítě má zvládnout zapamatovat si řadu slabik, které nemají žádný význam (vis, duk, vap, mer). Posun dětí

v opakovaném diagnostickém šetření u úkolu 12/1 činil 37,5% a dosáhl průměrné hodnoty 67,5%.

Nejlepšího výkonu dosáhla tato skupina dětí v diagnostickém úkolu č. 17 – vyhledávání obrázků, úkol zaměřený na optickou pozornost. V opakovaném šetření v květnu 2010 zvládly všechny děti tento úkol na 100%.

Průměrné hodnoty u skupiny č. 1, děti z logopedické třídy, vykazovaly v kontrolním diagnostickém šetření v květnu 2010 zlepšení ve všech diagnostických úkolech.

Pro děti skupiny č. 1 byl nejobtížnějším úkolem vybrané diagnostiky úkol zaměřený na paměť na řadu slov a slabik, úkoly 12/1 a 12/2 (oblast verbálně akustické paměti). Po provedeném stimulačním programu a dalších připravovaných aktivitách a činnostech zaměřujících se na oslabené oblasti dětí, došlo v úkolu 12 – paměť na řadu slabik k nejvýraznějšímu posunu ze všech úkolů dané diagnostiky. Výsledný rozdíl činil 37,5%.

Průměrná hodnota prvního diagnostického šetření u všech devatenácti diagnostických úkolů činila **65,8%**. **V druhém diagnostickém šetření** zvládla tato skupina diagnostické úkoly na **85,5%**. Skupina dětí z logopedické třídy se při opakovaném diagnostikování v květnu 2010 zlepšila o 19,7%.

Rozdíl v jednotlivých diagnostických šetřeních činil **19,7%**.

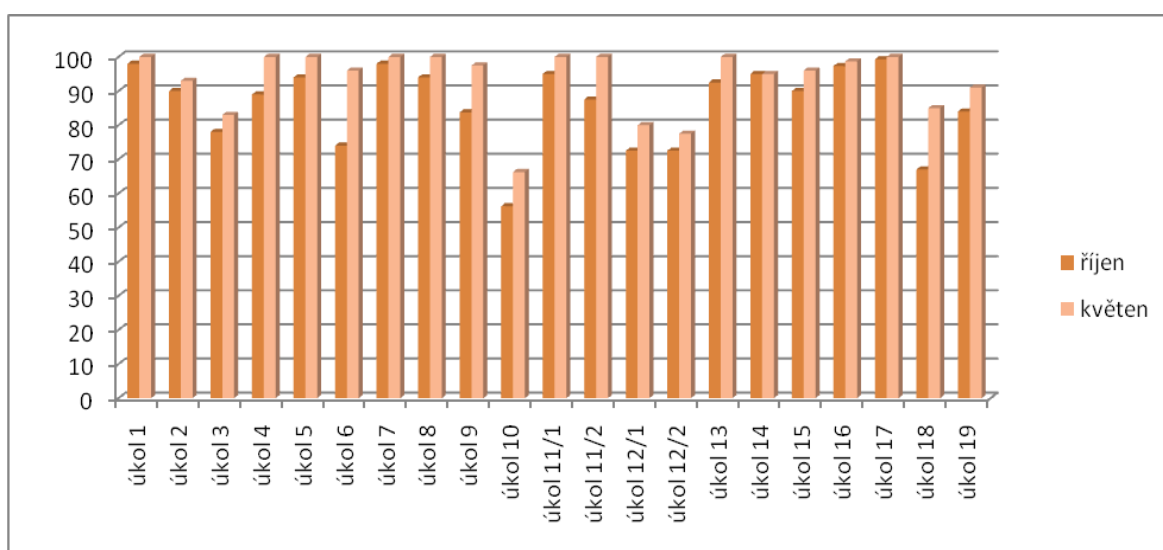
Tabulka s průměrnými hodnotami diagnostického šetření v říjnu 2009 a v květnu 2010 je uvedena v příloze diplomové práce.

5.4.5 Komparace výsledků výzkumného šetření u skupiny dětí č. 2 z hlediska jejich rozvoje

V připraveném grafu č. 2 jsou porovnány dosažené výsledky u dětí z běžné třídy v jednotlivých diagnostických úkolech (vyjádřeno procentuálně) v říjnu 2009 a v květnu 2010.

Graf č. 2

Výsledné hodnoty v diagnostických úkolech v říjnu 2009 a v květnu 2010 u skupiny dětí z běžné třídy



Komentář k dosaženým výsledkům skupiny č. 2:

Skupina dětí z běžné třídy dosáhla nejnižšího výsledku v diagnostickém úkolu č. 10 – paměť na tvary. Posun v tomto diagnostickém úkolu po následném stimulačním programu byl o 10%, dosáhl hodnoty 66,25%. V diagnostickém úkolu č. 14 – intermodální oblast (zapamatovat si slova a vyhledat k nim obrázky), nedošlo k žádnému posunu oproti prvnímu diagnostickému šetření. Již při prvním diagnostikování bylo však v tomto úkolu dosaženo výborného výsledku 95%.

Největšího pokroku dosáhly děti v úkolu č. 6 – ukrytá slova (verbálně akustická cvičení zaměřená na diferenciaci figury a pozadí), úkol zjišťující schopnost dítěte

rozložit slovo na jeho jednotlivé části. V tomto diagnostickém úkolu představovalo zlepšení 22% oproti prvnímu šetření.

Skupina č. 2 – děti z běžné třídy dosáhla v opakovaném diagnostickém šetření v květnu 2010 hodnoty 100% u devíti diagnostických úkolů.

Z uvedeného grafu dosažených průměrných výsledků vyplývá, že tato skupina dětí dosáhla zlepšení ve všech diagnostických úkolech mimo úkol č. 14.

Průměrná hodnota prvního diagnostického šetření u všech devatenácti diagnostických úkolů činila **86,1%**. **V druhém diagnostickém šetření** zvládla tato skupina diagnostické úkoly na **93,3%**. Skupina dětí z běžné třídy se při opakovaném diagnostikování v květnu 2010 zlepšila o 7,2%.

Rozdíl v jednotlivých diagnostických šetřeních činil **7,2%**.

Tabulka s průměrnými hodnotami diagnostického šetření v říjnu 2009 a v květnu 2010 je uvedena v příloze diplomové práce.

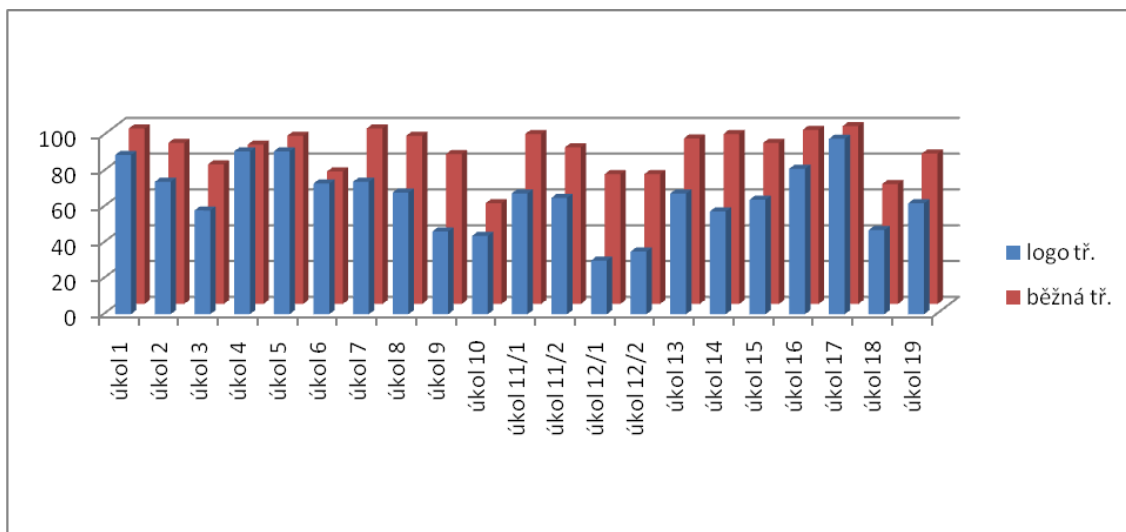
5.4.6 Komparace výsledků výzkumného šetření skupiny č. 1 a skupiny č. 2

Následující dva grafy obsahují srovnání výsledků diagnostického šetření u obou skupin zařazených do výzkumného šetření v říjnu 2009 a v opakovaném diagnostikování, které následovalo po programu nácviku v květnu 2010.

V grafu jsou u každého diagnostického úkolu zaznamenány průměrné hodnoty jednotlivých diagnostických úkolů u skupiny č. 1 (modrý sloupec) a skupiny č. 2 (červený sloupec).

Graf č. 3

Graf porovnání výsledků skupiny č. 1 a skupiny č. 2 při prvním diagnostikování (říjen 2009)



Komentář k dosaženým výsledkům v prvním diagnostickém šetření v říjnu 2009 u obou skupin dětí

Dosažené výsledky dětí z běžné třídy vykazují vyšší průměrné hodnoty jednotlivých diagnostických úkolů, než dosažené výsledky dětí z logopedické třídy.

V prvním diagnostickém šetření realizovaném v říjnu 2009 dosáhla skupina dětí z logopedické třídy lepšího výsledku oproti skupině dětí z běžné třídy v jednom diagnostickém úkolu. Byl to úkol č. 4 (rozdíly mezi dvěma slovy), skupina dětí z logopedické třídy dosáhla v tomto úkolu průměrného výsledku 91%, skupina č. 2 dosáhla průměrného výsledku 89%. Rozdíl představoval 2%.

Ve všech ostatních úkolech byla skupina č. 2, děti z běžné třídy úspěšnější, než vybraná skupina č. 1, děti z logopedické třídy.

Největší rozdíl mezi skupinou č. 1 a skupinou č. 2 byl v úkolu č. 12/1 (úkol zaměřený na zapamatování řady slabik). Skupina č. 1 dosáhla v tomto úkolu pouze průměrné hodnoty 30%, skupina č. 2, děti z běžné třídy dosáhla 72,5%. Rozdíl v prvním diagnostickém šetření realizovaném v říjnu 2009 u úkolu č. 12/1 mezi skupinou č. 1 a skupinou č. 2 představoval 42,5 %.

Průměrná dosažená hodnota diagnostických úkolů u skupiny č.1 činila 65,8%.

Průměrná dosažená hodnota diagnostických úkolů u **skupiny č.2** činila **86,1%**.

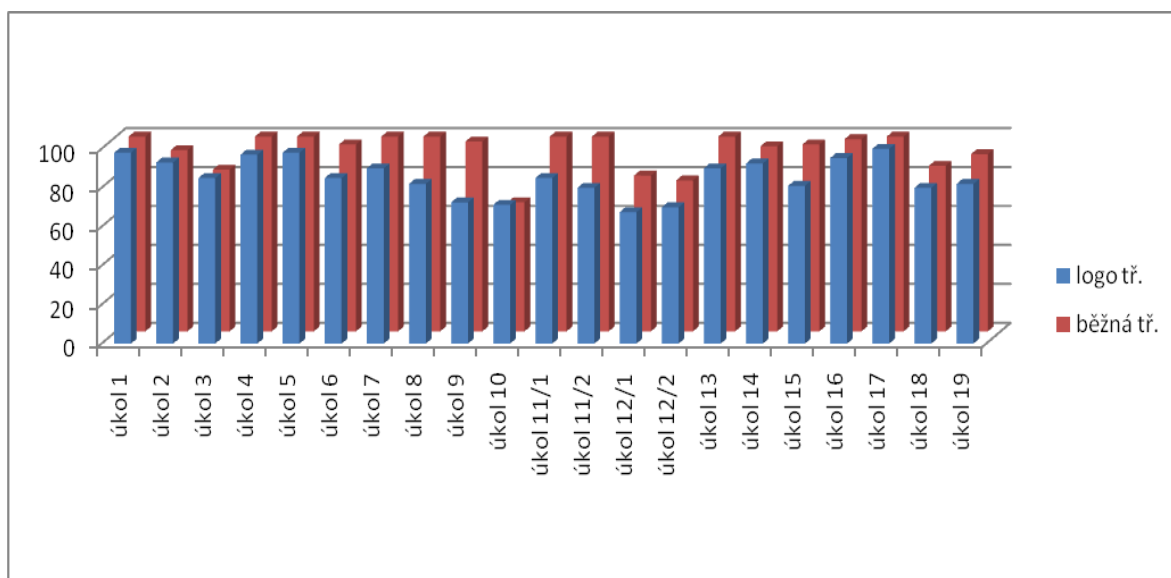
Rozdíl mezi skupinami představoval **20,3%**.

V prvním diagnostickém šetření dosáhla skupina dětí z běžné třídy o 20,3% lepšího výsledku, než skupina dětí z logopedické třídy.

Tabulka s dosaženými průměrnými hodnotami i rozdíly mezi skupinou č. 1 a č. 2 je zařazena do příloh diplomové práce.

Graf č. 4

Graf porovnání výsledků skupiny č. 1 a skupiny č. 2 při opakovaném diagnostikování (květen 2010)



Komentář k dosaženým výsledkům v opakovaném diagnostickém šetření v květnu 2010 u obou skupin dětí

V tomto opakovaném diagnostickém šetření dosáhla skupina č. 2, děti z běžné třídy lepších výsledků, než skupina č. 1.

Skupina dětí z logopedické třídy dosáhla lepšího výsledku než skupina č. 2 u dvou diagnostických úkolů. Byl to úkol č. 3 (ukryté tvary) a úkol č. 10 (paměť na tvary).

Největší rozdíl mezi skupinou č. 1 a skupinou č. 2 byl v úkolu č. 9 (paměť na řadu obrázků). Rozdíl činil 25%.

Z grafu č. 4 je patrné, že hodnoty diagnostických úkolů dětí z logopedické třídy se v opakovaném diagnostickém šetření přiblížily dosaženým výsledkům dětí z běžné třídy.

Průměrná dosažená hodnota diagnostických úkolů u skupiny č.1 činila **85,5%**.

Průměrná dosažená hodnota diagnostických úkolů u skupiny č.2 činila **93,3%**.

Rozdíl mezi skupinami představoval **7,8%**.

V opakovaném diagnostickém šetření dosáhla skupina dětí z běžné třídy o 7,8% lepšího výsledku, než skupina dětí z logopedické třídy.

Z opakovaného diagnostického šetření je patrné, že vytvořené podmínky u dětí s narušenou komunikační schopností (v logopedické třídě), které umožňuje vyhláška č. 73/2005 Sb. (snížený počet dětí ve třídě, denní individuální speciální pedagogická péče), přispěly v opakovaném diagnostickém šetření k velmi výraznému zlepšení oproti prvnímu diagnostickému šetření u této skupiny dětí. Dosažené výsledky činily mezi skupinou dětí z logopedické třídy a skupinou dětí z běžné třídy rozdíl pouze 7,8%.

Tabulka s dosaženými průměrnými hodnotami je zařazena do příloh diplomové práce.

5.5 Shrnutí výsledků výzkumného šetření a diskuse

Empirická část diplomové práce byla zaměřena na aplikaci metody k zjištění deficitů v dílčích funkcích v předškolním věku v podmínkách konkrétní mateřské školy. Dílčím cílem empirické části diplomové práce bylo ověřit efektivnost programu Brigitte Sindelarové pomocí metody k zjištění deficitů v dílčích funkcích. Zjistit, zda vybraná metoda odhaluje úroveň dítěte v oblasti kognitivních funkcí, rozvíjí-li program nácviku zjištěné oslabené oblasti, ověřit, zda vybrané skupiny dětí zařazené do výzkumného šetření dosáhnou zlepšení v opakovaném diagnostikování a dosáhnou-li děti z běžné třídy v realizovaném diagnostickém šetření lepších výsledků než děti s narušenou komunikační schopností.

Do výzkumného šetření jsem zařadila dvě skupiny předškolních dětí – 10 dětí z běžné třídy a 10 dětí z logopedické třídy. Podle vyhlášky č. 73/2005 Sb., o vzdělávání dětí, žáků a studentů se speciálními vzdělávacími potřebami a dětí, žáků a studentů

mimořádně nadaných se vzdělávání uskutečňuje pomocí podpůrných opatření. Vzdělávání dětí se speciálními vzdělávacími potřebami (dětí s narušenou komunikační schopností) v konkrétní mateřské škole je realizováno formou skupinové integrace, v logopedické třídě mateřské školy je stanoven rozsah výuky speciálně logopedické péče na tři hodiny denně. Logopedická třída konkrétní mateřské školy je naplňována do počtu 14 dětí. Zařazení do logopedické třídy provádí ředitelka MŠ na základě doporučení školského poradenského zařízení a souhlasu zákonného zástupce žáka.

Po prvním diagnostickém šetření provedeném v říjnu 2009 jsem zjistila oblasti, ve kterých potřebují jednotlivé děti obou skupin podporu. Na tyto oblasti jsme se s ostatními pedagogy ve třídě zaměřili v následném stimulačním programu. Stimulační program vycházel z programu nácviku, který je součástí diagnostické metody k zjištění deficitů v dílčích funkcích. Pedagogové pro děti připravovali kromě zmiňovaného programu nácviku i další hry a aktivity, které rozvíjely oslabené oblasti. Činnosti byly s dětmi prováděny individuálně i skupinově. S dětmi z logopedické třídy denně pracovala logopedka, která se zaměřovala na všechny roviny řeči a podporu oslabených funkcí.

Opakované diagnostické šetření v květnu 2010 ukázalo, kde došlo u jednotlivých dětí k rozvoji ve sledovaných kognitivních oblastech. Výsledky tohoto diagnostického šetření byly zaznačeny do původního grafu stromu žlutou barvou. V grafu je přehledně zaznamenán posun dětí v jednotlivých diagnostických úkolech.

Kromě vyhodnocení individuálních pokroků každého dítěte jsem zjištěné výsledné hodnoty u každé skupiny dětí vyjádřila i procentuálně. Toto procentuální vyjádření zvládnutých diagnostických úkolů mi umožnilo zjistit průměrný posun každé skupiny v jednotlivých diagnostických úkolech.

Skupina č. 1, děti z logopedické třídy, dosáhla nejnižšího výsledku v diagnostickém úkolu č. 12/1 (verbálně akustická paměť), a to pouze průměrně 30%. Dítě si mělo zapamatovat řadu slabik – *vis, duk, vap, mer*. Sedm dětí této skupiny zvládlo zopakovat pouze jedno z této řady slov, jeden chlapec nedokázal zopakovat žádné slovo. Vzhledem k tomu, že s touto skupinou dětí je denně prováděna individuální logopedická péče a paní učitelky měly informaci, že tato oblast je u dětí nejslabší, zaměřili se pedagogové při stimulačním programu zejména na oblast verbálně akustické paměti. Po následném stimulačním programu se u dětí oblast verbálně

akustické paměti zlepšila. Děti dosáhly v opakovaném diagnostickém šetření v květnu 2010 v diagnostickém úkolu 12/1 hodnoty 67,5%. V tomto úkolu 12/1 došlo k nejvýraznějšímu posunu, a to o 37,5% oproti prvnímu šetření.

Nejlepšího výsledku z diagnostických úkolů dosáhly děti ze skupiny č. 1 u úkolu č. 17 (vyhledávání obrázků). Tento úkol zjišťoval optickou pozornost dítěte. Děti zvládly úkol v úvodním diagnostickém šetření v říjnu 2009 na 98%. V opakovaném šetření v květnu 2010 bylo dosaženo 100%. Stoprocentní úspěšnost u skupiny č. 1 byla pouze u úkolu č. 17.

Skupina č. 1, děti z logopedické třídy, dosáhla zlepšení v opakovaném diagnostickém šetření u všech diagnostických úkolů.

Průměrná hodnota výsledků všech devatenácti diagnostických úkolů v říjnu 2009 činila 65,8%, v opakovaném šetření v květnu 2010 děti dosáhly 85,5%.

Průměrné zlepšení u všech diagnostických úkolů po sedmi měsících a provedeném stimulačním programu u skupiny č. 1 představovalo **19,7%**.

Skupina č. 2, děti z běžné třídy, měla nejnižší průměrné procentuální hodnocení úkolu č. 10 (zapamatování tvarů). Po následném stimulačním programu se výsledná hodnota zlepšila o 10% na 66,25%. Nejvýraznější zlepšení bylo u úkolu č. 6 (ukrytá slova), kde při opakovaném šetření dosáhly děti zlepšení o 22%.

Skupina č. 2 zvládla v opakovaném diagnostickém šetření na 100% devět úkolů z devatenácti (úkoly 1, 4, 5, 7, 8, 11/1, 11/2, 13 a 17).

Děti skupiny č. 2 dosáhly zlepšení při opakovaném diagnostickém šetření v květnu 2010 ve všech diagnostických úkolech, výjimku tvořil úkol č. 14, kde zůstal výsledek beze změny. Tento úkol zjišťoval zapamatování si slov a vyhledání obrázků. Již při prvním diagnostickém šetření však skupina č. 2 dosáhla u úkolu č. 14 velmi vysokého hodnocení 95%.

Průměrná hodnota devatenácti úkolů u skupiny č. 2 při diagnostickém šetření v říjnu 2009 činila 86,1%. U diagnostiky v květnu 2010 byl průměrný dosažený výsledek 93,3%.

Průměrné zlepšení skupiny dětí z běžné třídy představovalo **7,2%**.

Diskuse k problémovým otázkám

V empirické části diplomové práce jsem si stanovila následující problémové otázky:

1. Lze využít metodu k zjištění deficitů v dílčích funkcích jako vhodnou diagnostickou metodu ke zjišťování kognitivní a percepční úrovně dětí předškolního věku?

Diagnostické úkoly vybrané diagnostiky byly pro věkovou skupinu předškolních dětí srozumitelné, téměř ve všech případech děti pochopily zadání jednotlivých úkolů. U jednoho chlapce byl problém s rozlišováním pojmů, stejný - jiný. Teprve po vysvětlení a pochopení těchto pojmů, mohl být diagnostický úkol znovu předložen.

Domnívám se, že vybrané diagnostické úkoly zaměřené na kognitivní a percepční oblasti (poznávání a vnímání) jsou připraveny tak, že zjišťují u dětí dovednosti, které vedou k manipulaci se slovy, čísly, později ke schopnosti číst, psát, zpracovávat informace, diferencovat, rozlišovat tvary, figury v pozadí, doplňovat dílčí poznatky do systémů a celků.

Lze předpokládat, že **předloženou diagnostickou metodu** k zjištění deficitů v dílčích funkcích **lze využívat u dětí předškolního věku**, u dětí věkové kategorie pět až sedm let v kognitivních a percepčních oblastech, které jsou důležitou součástí školní zralosti dítěte. Pro nižší věkovou kategorii dětí není tato diagnostika vhodná.

2. Umožňuje následný program nácviku rozvoj schopností, které vykazovaly v provedeném diagnostickém šetření určité nerovnoměrnosti?

Součástí vybrané diagnostické metody je program nácviku. Procvičuje jednotlivé schopnosti, které obsahuje diagnostická metoda. Cvičení jsou rozdělena do tří úrovní. Všechna cvičení jsou dětem předkládána formou hry.

Po provedeném diagnostickém šetření byl s dětmi realizován program nácviku. Pedagogové využívali předloženého programu nácviku vybrané diagnostické metody. K procvičování oslabených oblastí připravovali i další hry a aktivity zaměřené na rozvoj oslabených oblastí u jednotlivých dětí.

Skupina č. 1 dosáhla v opakovaném diagnostickém šetření **zlepšení ve všech diagnostických úkolech**, **skupina č. 2** dosáhla zlepšení **v osmnácti úkolech z devatenácti** předložených diagnostických úkolů.

Připravený program nácviku umožňuje rozvoj oslabených oblastí u dětí.

Usuzuji, že nespornou výhodou programu nácviku je jeho systematickosti postupu od méně náročného úkolu k úkolu obtížnějšimu. Velmi usnadňuje pedagogům přípravu při procvičování oslabených oblastí a příklady her napomáhají v orientaci pedagogů v jednotlivých oblastech rozvoje dítěte a následně přípravě dalších úkolů zaměřených na oblasti diagnostiky (zrakové vnímání, sluchové vnímání, pochopení principu posloupnosti, koordinaci ruky a oka...).

3. Projeví se v opakovaném diagnostickém šetření u dětí zlepšení v jednotlivých diagnostických úkolech?

Lze se domnívat, že jestliže jsou zjištěny oslabené oblasti u jednotlivých dětí a jestliže je následně realizován stimulační program zaměřený na tyto oblasti po delší časové období, dojde u dětí k rozvoji těchto funkcí. Tento předpoklad jsme si mohla ověřit při provedeném opakovaném diagnostickém šetření.

U skupiny č. 1, dětí z logopedické třídy, došlo **ke zlepšení** v opakovaném diagnostickém šetření **ve všech diagnostických úkolech**.

Skupina č. 2, děti z běžné třídy, dosáhla **zlepšení v osmnácti úkolech**. V jednom úkolu zůstal výsledek stejný jako v prvním diagnostickém šetření. Již při prvním diagnostickém šetření však tento úkol vykazoval vysoké průměrné hodnoty 95%.

Zjištěné výsledky u dětí v opakovaném diagnostickém šetření prokázaly zlepšení dětí v úkolech vybrané diagnostické metody.

4. Dosáhnou děti z běžné třídy zařazené do výzkumného šetření lepších výsledků než děti s narušenou komunikační schopností?

Řeč je komplexní schopností a řečový handicap se manifestuje i v dalších oblastech dítěte. Motorika mluvidel souvisí s celkovou obratností dítěte. Dosažený vývoj řeči ovlivňuje i oblasti jako je sociální interakce, oblast sebehodnocení, sebedůvěry, oblast učení.

Lze předpokládat, že u skupiny dětí zařazených do logopedické třídy, kde je diagnostikována narušená komunikační schopnost, bude tento handicap ovlivňovat i výsledky provedeného diagnostického šetření. V dílčích oblastech je důležitá úroveň řeči.

Děti z běžné třídy dosáhly v prvním i druhém diagnostickém šetření lepších výsledků v diagnostických úkolech.

V rámci logopedických cvičení se logoped i logopedická asistentka zaměřili u dětí s narušenou komunikační schopností na všechny roviny řeči (rovina foneticko-fonologická, rovina morfologicko-syntaktická, rovina lexikálně-sémantická a rovina pragmatická) a pedagogové využívali zjištěných výsledků diagnostiky k procvičování oblastí, kde měly děti problém.

Domnívám se, že výrazného zlepšení u skupiny č. 1 v opakovaném diagnostickém šetření bylo dosaženo i zajištěním vytvořených podmínek v logopedické třídě. Pro děti se speciálními vzdělávacími potřebami byla zajištěna další podpůrná opatření, která umožňuje vyhláška č. 73/2005 Sb. Snížený počet dětí v logopedické třídě, možnost denní individuální speciálně pedagogické péče a využití zjištěných informací z provedeného diagnostického šetření realizovaného v říjnu 2009 umožnily vytvořit podmínky, které ovlivnily výsledky opakovaného diagnostického šetření.

Děti z běžné třídy dosáhly lepších výsledků v diagnostickém šetření, avšak možnost vytvoření podpůrných opatření v logopedické třídě ovlivnila výsledky opakovaného diagnostického šetření a dosažení velmi výrazného posunu v diagnostických úkolech u dětí z logopedické třídy. **Zjištěný rozdíl mezi skupinou dětí z běžné třídy a logopedické třídy představoval pouze 7,8%.**

Následně uvádím pozitiva a negativa vybrané diagnostické metody:

Pozitiva:

- + Vybraná diagnostická metoda k zjištění deficitů v dílčích funkcích umožňuje poměrně rychlé zjištění úrovně kognitivních a percepčních oblastí u dítěte předškolního věku (pět až sedm let). Během tří až čtyř individuálních sezení je s dítětem provedeno devatenáct diagnostických úkolů, které zahrnují oblasti důležité pro úspěšné zvládnutí čtení, psaní a počítání.
- + Výsledky, kterých bylo ve zvolené diagnostice dosaženo jsou souhrnně zaznamenány do grafu – stromu. V grafu je velmi dobře čitelná oblast, která je u dítěte oslabena.
- + Zvolená diagnostická metoda obsahuje i program nácviku (cvičení rozvíjející zrakové vnímání, sluchové vnímání, přené vidění, přesné slyšení, zapamatování

viděného, zapamatování slyšeného, spojení zrakových, sluchových a pohybových vjemů, pochopení principu posloupnosti, rozvíjející koordinaci pohybů úst při mluvení, rozvíjející koordinaci ruky a oka a rozvíjející vnímání vlastního těla a prostoru).

- + Záznam výsledků diagnostických úkolů jednotlivých dětí jsem podle jednotlivých oblastí označila i barevně, tím se zvýšila přehlednost dosažené úrovně v určité oblasti (př. zrakové vnímání – oranžová, sluchové vnímání – sv. zelená ...)
- + Výsledky dětí zjištěné zvolenou metodou jsou v grafu velmi přehledné a umožňují tak rychlou orientaci v jednotlivých diagnostických oblastech i pro rodiče. Rodiče jsou o provedené diagnostice předem informováni, MŠ má souhlas zákonných zástupců s provedením zvolené diagnostiky. Zákonní zástupci jsou informováni o následném stimulačním programu a mají možnost aktivně s pedagogy při programu rozvoje oslabených funkcí spolupracovat. Rodičům je doporučena vhodná literatura, děti plní některé úkoly doma s rodiči, v případě výrazných problémů je rodičům doporučena návštěva poradenského zařízení.
- + Grafický záznam dosažených výsledků – strom umožňuje zjištěné výsledky zaznamenávat samotnými dětmi. Děti velmi rády vykreslují jednotlivé větve v grafu.
- + Zvolená diagnostická metoda obsahuje i program nácviku. Program nácviku rozvíjí zjištěné oslabené oblasti dětí. Samotný diagnostický proces bez další návaznosti na zajištění rozvoje dítěte, by ztrácel na svém významu. Smyslem provedené diagnostiky je následné využití zjištěných informací v práci učitele pro rozvoj každého dítěte.
- + Předností zvoleného diagnostického programu vidím i v možnosti využití pro začínající pedagogy. Program nácviku umožňuje pedagogům postupovat v procvičování oslabených funkcí systematicky v úkolech zařazených podle obtížnosti. Domnívám se, že příprava a výběr aktivit a činností zaměřených na oslabené oblasti představuje u začínajícího učitele výrazný problém a nejistotu, zda jsou zvolené úkoly pro určitou oblast vhodné. V tomto případě se začínající pedagog případným chybám může vyvarovat.

Negativa:

- Vybraná diagnostická metoda k zjištění deficitů v dílčích funkcích představuje možnost provedení diagnostiky u skupiny předškolních dětí ve věku pět až sedm let. Pro nižší věkovou kategorii není vhodná. Pro mladší děti (tři až pět let) doporučuji využití jiného druhu diagnostiky např. Diagnostika dítěte předškolního věku, autork Bednářové a Šmardové, nebo Metodiku pro podporu individualizace vzdělávání v podmínkách MŠ připravenou Výzkumným ústavem pedagogickým aj.
- Zvolená diagnostická metoda se zaměřuje pouze na zjištění oblasti kognitivních a percepčních funkcí (důležité pro čtení, psaní, počítání).
Pro posouzení školní zralosti je nutno zvolenou diagnostikou metodu doplnit o diagnostiku dalších oblastí důležitých pro úspěšný vstup do základní školy, oblast biologického zrání a oblast sociální zralosti.

Lze se domnívat, že ze zjištěných výsledků diagnostického šetření vyplývá význam systematicky prováděné pedagogické diagnostiky u předškolních dětí. Uskutečněný diagnostický proces a následný rozvoj oslabených oblastí umožňuje rozvoj osobnosti dítěte s ohledem na jeho rozvojové možnosti. Rozvoj oslabených funkcí a zaměření se na oblasti, které jsou významné pro čtení, psaní a počítání umožňují dítěti úspěšné zahájení školní docházky a zvládnutí dalších etap vzdělávání.

ZÁVĚR

Pedagogická diagnostika přináší důležité informace o individuálních zvláštích jedince. Výsledek diagnostického procesu tvoří východisko pro stanovení optimálních podmínek pro jeho rozvoj.

Cílem diplomové práce bylo popsat problematiku pedagogické diagnostiky, poukázat na její význam v předškolním vzdělávání a ověřit vybraný program Brigitte Sindelarové pomocí metody k zjištění deficitů v dílčích funkcích v konkrétní mateřské škole.

V první části diplomové práce jsem se zaměřila na teoretické vymezení problematiky pedagogické diagnostiky.

Dílčím cílem empirické části diplomové práce bylo ověřit efektivnost programu Brigitte Sindelarové pomocí metody k zjištění deficitů v dílčích funkcích. Zjistit, zda vybraná metoda odhaluje úroveň dítěte v oblasti kognitivních funkcí, rozvíjí-li program nácviku zjištěné oslabené oblasti, ověřit, zda vybrané skupiny dětí zařazené do výzkumného šetření dosáhnou zlepšení v opakovaném diagnostikování a dosáhnou-li děti z běžné třídy v realizovaném diagnostickém šetření lepších výsledků než děti s narušenou komunikační schopností.

Do výzkumného šetření jsem vybrala dvě skupiny dětí. Deset předškolních dětí z logopedické třídy a deset předškolních dětí z běžné třídy mateřské školy.

Ve výzkumném šetření se zaměřují na zjištění pokroků v jednotlivých diagnostických úkolech vybrané diagnostické metody po provedeném stimulačním programu u každého dítěte zařazeného do šetření. Srovnávám i výsledky dětí z běžné třídy s výsledky dětí z logopedické třídy.

Výsledky realizovaného výzkumného šetření prokázaly zlepšení v opakovaném diagnostickém šetření ve všech diagnostických úkolech u skupiny dětí z logopedické třídy a v osmnácti diagnostických úkolech u skupiny dětí z běžné třídy. V realizovaném výzkumném šetření se ukázal význam připravených podmínek, které byly vytvořeny u dětí v logopedické třídě (denní individuální logopedické péče a snížený počet dětí ve třídě). V opakovaném diagnostickém šetření se výsledky dětí z logopedické třídy přiblížily dosaženým výsledkům skupiny dětí z běžné třídy.

V realizovaném výzkumném šetření se projevily význam systematicky prováděné pedagogické diagnostiky u dětí předškolního věku ve vybrané mateřské škole s ohledem na rozvojové možnosti dětí i vytvořené podmínky.

Vybraná diagnostická metoda k zjištění deficitů v dílčích funkcích představuje vhodnou formu ke zjištění kognitivní a percepční úrovně dětí před nástupem do základní školy. V krátkém časovém úseku jsou zjištěny oblasti důležité pro zvládnutí čtení, psaní a počítání. Záznam zvládnutých úkolů je prováděn do přehledného grafu stromu. Zjištěné výsledky diagnostiky jsou pro pedagogy i rodiče velmi rychle čitelné a srozumitelné.

Pro svoji komplexnost (metoda zahrnuje i program nácviku) je představená metoda vhodná i pro začínající pedagogy. Připravený program nácviku umožňuje systematické rozvíjení oslabených funkcí a vyvarování se případných chyb při přípravě úkolů zaměřených na procvičované oblasti u začínajícího učitele.

Zvolená diagnostická metoda patří k využívaným metodám v německy mluvících zemích. Pro svoji jednoduchost v zadávání, komplexnost, přehlednost a oblíbenost u dětí a rodičů ji předkládám jako možnou variantu zjištění kognitivní úrovně dětí před nástupem do základní školy.

SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

- ALLEN, K. E., MAROTZ, L. R. *Přehled vývoje dítěte od prenatálního období do 8 let.* Praha : Portál, 2005. ISBN 80-7367-055-0.
- BARTOŇOVÁ, M. *Kapitoly ze specifických poruch učení I.* Brno : MU, 2005. ISBN 80-210-3613-3.
- BEDNÁŘOVÁ, J., ŠMARDOVÁ, V. *Diagnostika dítěte předškolního věku.* Brno : Computer Press, a.s., 2008. ISBN 978-80-251-1829-0.
- GAVORA, P. *Úvod do pedagogického výzkumu.* Brno : Paido, 2000. ISBN 80-85931-79-6.
- HAVLÍNOVÁ, M. et al. *Zdravá mateřská škola.* Praha : Portál, 1995. ISBN 80-7178-048-0.
- HAVLINOVÁ, M., VENCÁLKOVÁ, E. et al. *Kurikulum podpory zdraví v mateřské škole.* Praha : Portál, 2008. ISBN 978-80-7367-487-8.
- HELUS, Z. *Dítě v osobnostním pojetí.* Praha : Portál, 2004. ISBN 80-7178-888-0.
- HRABAL, V. st., HRABAL, V. ml. *Diagnostika. Pedagogickopsychologická diagnostika žáka s úvodem do diagnostické aplikace statistiky.* Praha : UK, 2002. ISBN 80-246-0319-5.
- CHRÁSKA, M. *Metody pedagogické diagnostiky.* Olomouc : UP Olomouc, 1988.
- KAPRÁLEK, K., BĚLECKÝ, Z. *Jak napsat a používat individuální vzdělávací program.* Praha : Portál, 2004. ISBN 80-7178-887-2.
- KLENKOVÁ, J. *Logopedie.* Praha : Grada, 2006. ISBN 80-247-1110-9.

- KLENKOVÁ, J., KOLBÁBKOVÁ, E. *Diagnostika předškoláka – správný vývoj řeči dítěte*. Brno : MC, 2005.
- Kolektiv autorů. *Přehled vývojové psychologie*. Olomouc : UPOL, 2005. ISBN 80-244-0629-2.
- KOLLÁRIKOVÁ, Z., PUPALA, B. *Předškolní a primární pedagogika*. Praha: Portál, 2001. ISBN 80-7178-585-7.
- KURIC, J. *Ontogenetická psychologie*. Praha : Státní pedagogické nakladatelství, 1986.
- KUTÁLKOVÁ, D. *Jak připravit dítě do 1. třídy*. Praha : Grada, 2010. ISBN 978-80-247-3246-6.
- KRATOCHVÍLOVÁ, J., FILOVÁ, H., HAVEL, J. Jak řešit výuku mimořádně nadaných žáků ve školním vzdělávacím programu. *Komenský*, 2008. roč. 132, č. 3, s. 5-8. ISSN 0323-0449.
- LANGMEIER, J., KREJČÍŘOVÁ, D. *Vývojová psychologie*. Praha : Grada, 2007. ISBN 80-247-1284-9.
- LECHTA, V. *Logopedické repetitorium*. Bratislava : SPN, 1990. ISBN 80-08- 00447-9.
- LINHART, J. et al. *Slovník cizích slov pro nové století*. Litvínov : Dialog, 2003.
- MATĚJČEK, Z. *Prvních 6 let ve vývoji a výchově dítěte*. Praha : Grada, 2005. ISBN 80-247-0870-1.
- MATĚJČEK, Z., ŽLAB, Z. *Zkouška laterality*. Bratislava : Psychodiagnostika, 1972.
- MAYDLOVÁ, Z. *Soustavné sledování a hodnocení žáka*. Praha : SPN, 1980.

- MERTIN, V., GILLERNOVÁ, I. et al. *Psychologie pro učitelky mateřské školy*. Praha : Portál, 2003. ISBN 80-7178-799-X.
- MOJŽÍŠEK, L. *Základy pedagogické diagnostiky*. Praha : SPN, 1986.
- MOJŽÍŠEK, L. et al. *Teoretické otázky pedagogické diagnostiky*. Praha : Československá akademie věd (ČSAV), 1987.
- MONATOVÁ, L. *Speciálně pedagogická diagnostika z hlediska vývoje dětí*. Brno : Paido, 2000. ISBN 80-85931-86-9.
- PLEVOVÁ, I. *Kapitoly z obecné psychologie II*. Olomouc : VUP, 2005. ISBN 80-244-0963-1.
- PRŮCHA, J., WALTEROVÁ, E., MAREŠ, J. *Pedagogický slovník*. Praha : Portál, 2009. ISBN 978-80-7367-647-6.
- PŘINOSILOVÁ, D. *Diagnostika ve speciální pedagogice*. Brno : Paido, 2007. ISBN 978-80-7315-157-7.
- Rámcový vzdělávací program pro předškolní vzdělávání*. Praha : Tauris, 2005.
- SEDLÁKOVÁ, M. *Prožitkové učení jako součást kurikula podpory zdraví v mateřské škole : bakalářská práce*. Olomouc : Univerzita Palackého, Fakulta pedagogická, 2008. 84 s., 14 l. příl. Vedoucí bakalářské práce Eva Šmelová.
- SINDELAROVÁ, B. *Předcházíme poruchám učení*. Praha : Portál, 1996. ISBN 80-7178-736-1.
- Sindelar Psychoedukation GMBH. Teilleistungsschwächen*. [online]. [cit. 2011-05-18]. Dostupné na WWW: < <http://www.schmunzelclub.at> >.

- SPÁČILOVÁ, H. *Pedagogická diagnostika v primární škole*. Olomouc : 2009. ISBN 978-80-244-2264-0.
- SVOBODOVÁ E. et al. *Vzdělávání v mateřské škole*. Praha : Portál. 2010. ISBN 978-80-7367-774-9.
- ŠKRABÁNKOVÁ, J. Nadání a talentovaní žáci. *Komenský*, 2008. roč. 132, č. 3, s.9-12. ISSN 0323-0449.
- ŠMELOVÁ, E. *Mateřská škola – Teorie a praxe I*. Olomouc : Univerzita Palackého, 2004. ISBN 80-244-0945-8.
- ŠMELOVÁ, E. *Mateřská škola a její učitelé v podmínkách společenských změn – Teorie a praxe II*. Olomouc : Univerzita Palackého, 2006. ISBN 80-244-1373-6.
- ŠMELOVÁ, E., NELEŠOVSKÁ, A. *Učitel mateřské školy v reflexi současných proměn*. Olomouc : PdF UP, 2009. ISBN 978-80-244-2272-5.
- TOMANOVÁ, D. *Úvod do pedagogické diagnostiky v mateřské škole*. Olomouc : UPOL, 2006. ISBN 80-244-1426-0.
- UŽDIL, J. *Čáry, klikyháky paňáci a auta*. Praha : SPN, 1974.
- VALENTA, M., MÜLLER, O. *Psychopedie*. Praha : Parta, 2004. ISBN 80-7320-063-5.
- ZELINKOVÁ, O. *Pedagogická diagnostika a individuální vzdělávací program*. Praha : Portál, 2001. ISBN 80-7178-544-X.

Zákony, vyhlášky a dokumenty

Ministerstvo školství, mládeže a tělovýchovy. Zákon č. 561/2004 Sb., o předškolním, základním, středním, vyšším odborném a jiném vzdělávání [online]. [cit. 2011-06-05]. Dostupné na WWW: <<http://www.msmt.cz/dokumenty/novy-skolsky-zakon>>.

Ministerstvo školství, mládeže a tělovýchovy. Vyhláška č. 72/2005 Sb., o poskytování poradenských služeb ve školách a školských poradenských zařízeních [online]. [cit. 2011-06-07]. Dostupné na WWW: <<http://www.msmt.cz/dokumenty/vyhlaska-c-72-2005-sb-1>>.

Ministerstvo školství, mládeže a tělovýchovy. Vyhláška č. 73/2005 Sb. o vzdělávání dětí, žáků a studentů se speciálními vzdělávacími potřebami a dětí, žáků a studentů mimořádně nadaných [online]. [cit. 2011-06-07]. Dostupné na WWW: <<http://www.msmt.cz/dokumenty/vyhlaska-c-73-2005-sb-1>>.

OSN Praha. Úmluva o právech dítěte [online]. [cit. 2011-06-02]. Dostupné na WWW: <<http://www.osn.cz/dokumenty-osn/soubory/umluva-o-pravech-ditete.pdf>>.

SEZNAM PŘÍLOH

- Příloha č. 1 Průměrné dosažené hodnoty diagnostického šetření v říjnu 2009 a v květnu 2010
- Příloha č. 2 Rozdíl v dosažených výsledcích diagnostických úkolů v říjnu 2009 a v květnu 2010 u skupiny č. 1 a skupiny č. 2
- Příloha č. 3 Přehled o dosažených stupních hodnocení diagnostických úkolů – logopedická třída
- Příloha č. 4 Přehled o dosažených stupních hodnocení diagnostických úkolů – běžná třída
- Příloha č. 5 Příklad diagnostických úkolů v oblasti zrakového vnímání
- Příloha č. 6 Příklad diagnostických úkolů v oblasti spojení zrakových, sluchových a pohybových vjemů
- Příloha č. 7 Příklad diagnostických úkolů v oblasti zapamatování viděného
- Příloha č. 8 Příklad diagnostických úkolů v oblasti seriality
- Příloha č. 9 Příklad diagnostických úkolů v oblasti koordinace ruky a oka

**Příloha č. 1 Průměrné dosažené hodnoty diagnostického šetření v říjnu 2009
a v květnu 2010**

skupina č. 1 – logopedická třída

skupina č. 2 – běžná třída

Úkol č.	Skupina č. 1 říjen 2009	Skupina č. 1 květen 2010	Rozdíl	Skupina č. 2 říjen 2009	Skupina č. 2 květen 2010	Rozdíl
	%	%	%	%	%	%
1	89	98	9	98	100	2
2	74	93	19	90	93	3
3	58	85	27	78	83	5
4	91	97	6	89	100	11
5	91	98	7	94	100	6
6	73	85	12	74	96	22
7	74	90	16	98	100	2
8	68	82	14	94	100	6
9	46,25	72,5	26,25	83,75	97,5	13,75
10	43,75	71,25	27,5	56,25	66,25	10
11/1	67,5	85	17,5	95	100	5
11/2	65	80	15	87,5	100	12,5
12/1	30	67,5	37,5	72,5	80	7,5
12/2	35	70	35	72,5	77,5	5
13	67,5	90	22,5	92,5	100	7,5
14	57,5	92,5	35	95	95	0
15	64	81	17	90	96	6
16	81,3	95,3	14	97,3	98,7	1,4
17	98	100	2	99,3	100	0,7
18	47	80	33	67	85	18
19	62	82	20	84	91	7
průměr	65,8	85,5	19,7	86,1	93,3	7,2

**Příloha č. 2 Rozdíl v dosažených výsledcích diagnostických úkolů v říjnu 2009
a v květnu 2010 u skupiny č. 1 a skupiny č. 2**

skupina č. 1 – logopedická třída

skupina č. 2 – běžná třída

Úkol č.	Skupina č. 1 říjen 2009	Skupina č. 2 říjen 2009	Rozdíl mezi sk. č. 1 a sk. č. 2	Skupina č. 1 květen 2010	Skupina č. 2 květen 2010	Rozdíl mezi sk. č. 1 a sk. č. 2
	%	%	%	%	%	%
1	89	98	9	98	100	2
2	74	90	16	93	93	0
3	58	78	20	85	83	2
4	91	89	2	97	100	3
5	91	94	3	98	100	2
6	73	74	1	85	96	11
7	74	98	24	90	100	10
8	68	94	26	82	100	18
9	46,25	83,75	37,5	72,5	97,5	25
10	43,75	56,25	12,5	71,25	66,25	5
11/1	67,5	95	27,5	85	100	15
11/2	65	87,5	22,5	80	100	20
12/1	30	72,5	42,5	67,5	80	12,5
12/2	35	72,5	37,5	70	77,5	7,5
13	67,5	92,5	25	90	100	10
14	57,5	95	37,5	92,5	95	2,5
15	64	90	26	81	96	15
16	81,3	97,3	16	95,3	98,7	3,4
17	98	99,3	1,3	100	100	0
18	47	67	20	80	85	5
19	62	84	22	82	91	9
Rozdíl sk. 1 a sk. 2	20,3			7,8		

**Příloha č. 3 Přehled o dosažených stupních hodnocení diagnostických úkolů –
logopedická třída**

Logopedická třída	Přehled o dosažených stupních hodnocení diagnostických úkolů			
	výborný (diagnost. úkoly)	velmi dobrý (diagnost. úkoly)	dobrý (diagnost. úkoly)	nevyhovující (diagnost. úkoly)
Jakub (říjen 2009)	2,5,17	1,3,4,6,7,16, 19	8,9,10,11,13, 14,15,18	11/2,12/1,12/2
Jakub (květen 2010)	1-5,10,11,13 14,17	6,7,9,12,15,16 18,19	8	
David (říjen 2009)	1,3,4,5,17	6,7,10,11/1,13 15,16,19	2,8,9,11/2,14, 18	12/1,12/2
David (květen 2010)	1-8,14-19	10,11,12,13	9	
Ivana (říjen 2009)	1,4,5,16,17	3,6-8,11-15,18	2,9,10	19
Ivana (květen 2010)	1-7,9,11, 13-18	8,10,12,19		
Roman (říjen 2009)		4,16,17	1,2,8,10,11,15	3,5-7,9, 12-14,18,19
Roman (květen 2010)	1,17	2,4,5,7,13,16	3,8,9-12, 15,18,19	6,14
Ondřej (říjen 2009)	1-6,13,15-17	7,8,14	9-11,19	12,18
Ondřej (květen 2010)	1-6, 11/1,13 14-17,19	7,8,12,18	9,10,11/2	

Logopedická třída	Přehled o dosažených stupních hodnocení diagnostických úkolů			
Jméno dítěte (diagnostické šetření)	výborný (diagnost. úkoly)	velmi dobrý (diagnost. úkoly)	dobrý (diagnost. úkoly)	nevyhovující (diagnost. úkoly)
Zuzana (říjen 2009)	4-8,11,17,19	1,13,15,16	2,14,18	3,9,10,12
Zuzana (květen 2010)	1,2,4-8,11-17, 19	3,10,18	9	
Antonín (říjen 2009)	1,2,4,5,14,16, 17	6-9,19	3,10,11,13,15, 18	12
Antonín (květen 2010)	1-7,9,13,14, 16,17	8,10,18,19	11,15	12
Natálie (říjen 2009)	1-6,8,9,16,17	7,10,11/2,15, 18,19	11/1,12/2,13	12/1,14
Natálie (květen 2010)	1-6,8-10,14, 16,17	7,11,12/2,13, 15,18,19	12/1	
Lukáš (říjen 2009)	1,2,4,5,7,11, 16,17	3,6,9,13,15,18	8,10,12,14,19	
Lukáš (květen 2010)	1-9,11,14, 16-19	12,13,15	10	
Tomáš (říjen 2009)	1,2,4-8,13, 16,17	11,15,18,19	9,10,14	3,12
Tomáš (květen 2010)	1-11, 13-19	12		

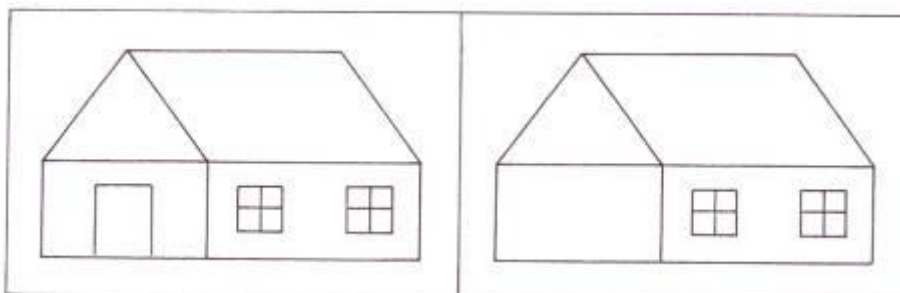
**Příloha č. 4 Přehled o dosažených stupních hodnocení diagnostických úkolů –
běžná třída**

Běžná třída	Přehled o dosažených stupních hodnocení diagnostických úkolů			
	výborný (diagnost. úkoly)	velmi dobrý (diagnost. úkoly)	dobrý (diagnost. úkoly)	nevyhovující (diagnost. úkoly)
Samuel (říjen 2009)	1,2,4-6,11, 12/2,13-15,17	3,7-10,12/1,16	18,19	
Samuel (květen 2010)	1-9,11-15, 17	10,16,18,19		
Barbora (říjen 2009)	1-19			
Barbora (květen 2010)	1-19			
Roman (říjen 2009)	1,4,5,7,9,11/1 13,15-17,19	2,3,8,11/2	6,10,14,18	12
Roman (květen 2010)	1,3-5,7-9, 11,13,15-19	2,6,10	14	12
Lucie (říjen 2009)	1-3,7,11,13-18	5,6,8,12,19	4,9,10	
Lucie (květen 2010)	1-8,11, 13-19	9,12	10	
Klára (říjen 2009)	1-9,11-17, 19	18	10	
Klára (květen 2010)	1-9,11-19		10	

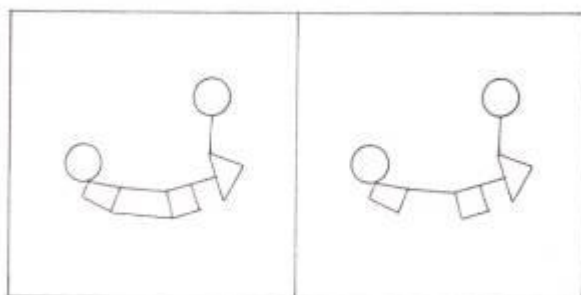
Běžná třída	Přehled o dosažených stupních hodnocení diagnostických úkolů			
	výborný (diagnost. úkoly)	velmi dobrý (diagnost. úkoly)	dobrý (diagnost. úkoly)	nevyhovující (diagnost. úkoly)
Zuzana (říjen 2009)	1,2,5-10, 14-17,19	3,4,11,13,18	12	
Zuzana (květen 2010)	1,2,4-11,13-19	3	12	
Zdeňka (říjen 2009)	1-9,11-18	19	10	
Zdeňka (květen 2010)	1-9,11-18	19	10	
Anna (říjen 2009)	1-8,11,12,14 16,17,19	9,13,15,18	10	
Anna (květen 2010)	1-9,11-14 16-19	15	10	
Jana (říjen 2009)	1,4,5,7,8,9,11/1 13,14,16,17	2,6,15,19	3,10,11/2	12,18
Jana (květen 2010)	1,4,5,7,8,14,16 17,19	2,6,11,12/1 13,15,18	3	18
Anežka (říjen 2009)	1,4,5,7,8,14, 16,17,19	2,6,11,12/1 13,15,18	3,9,10,12/2	
Anežka (květen 2010)	1,4-9,11/1,12/2 13-19	2,10,12/1	3,12/2	

Příloha č. 5 Příklad diagnostických úkolů v oblasti zrakového vnímání

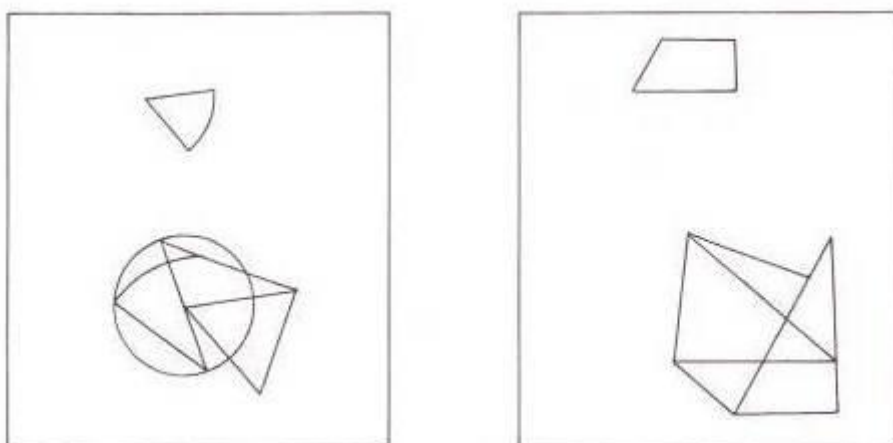
Příklad diagnostického úkolu č. 1



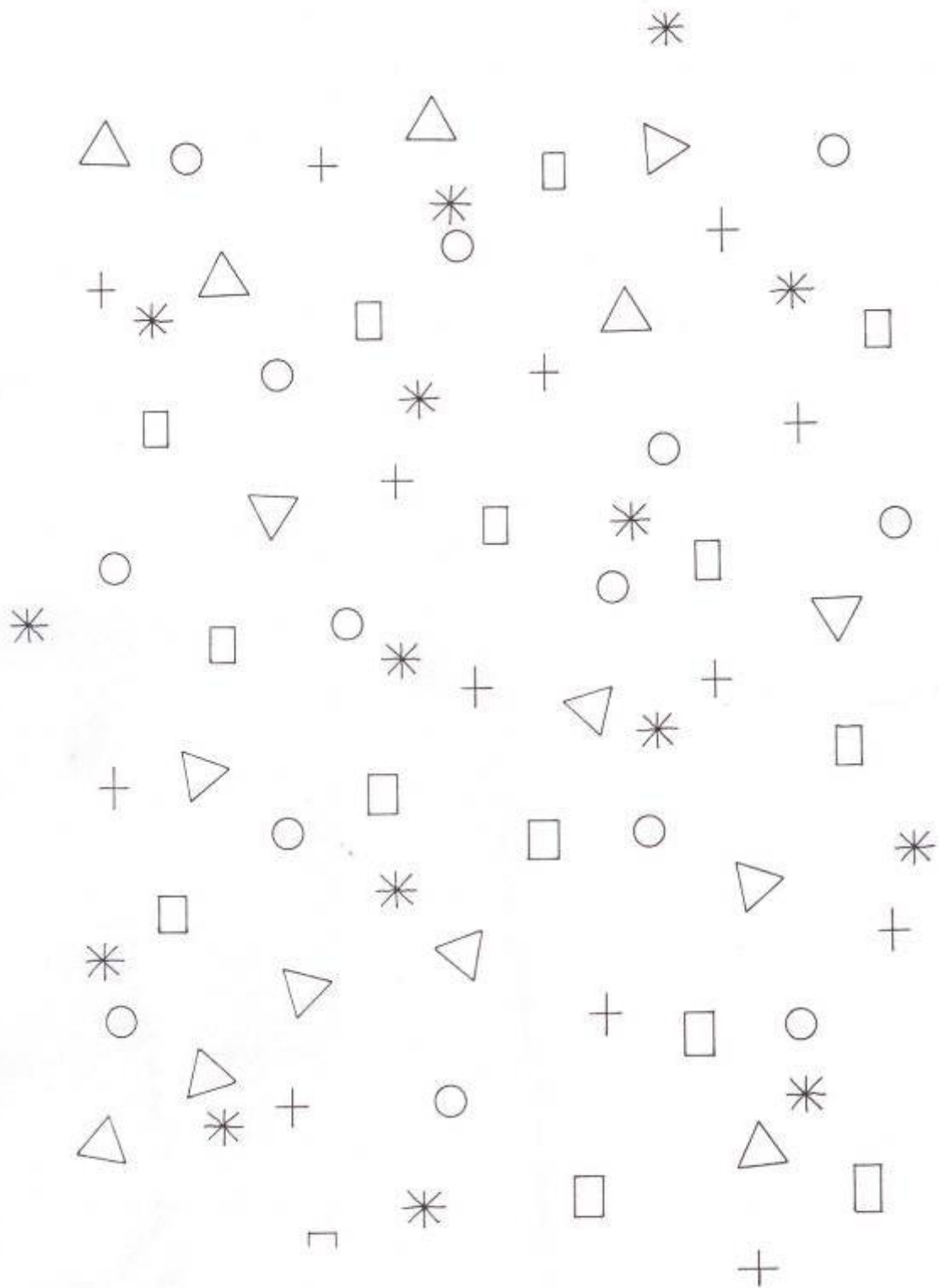
Příklad diagnostického úkolu č. 2



Příklad diagnostického úkolu č. 3

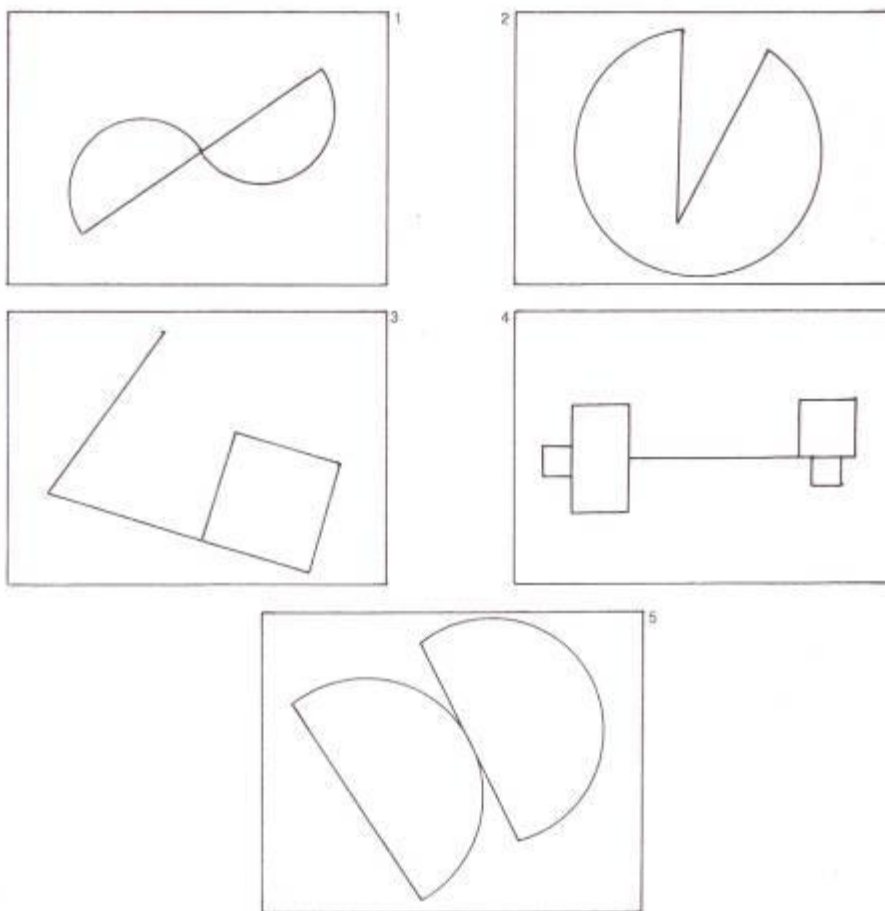


Diagnostický úkol č. 17

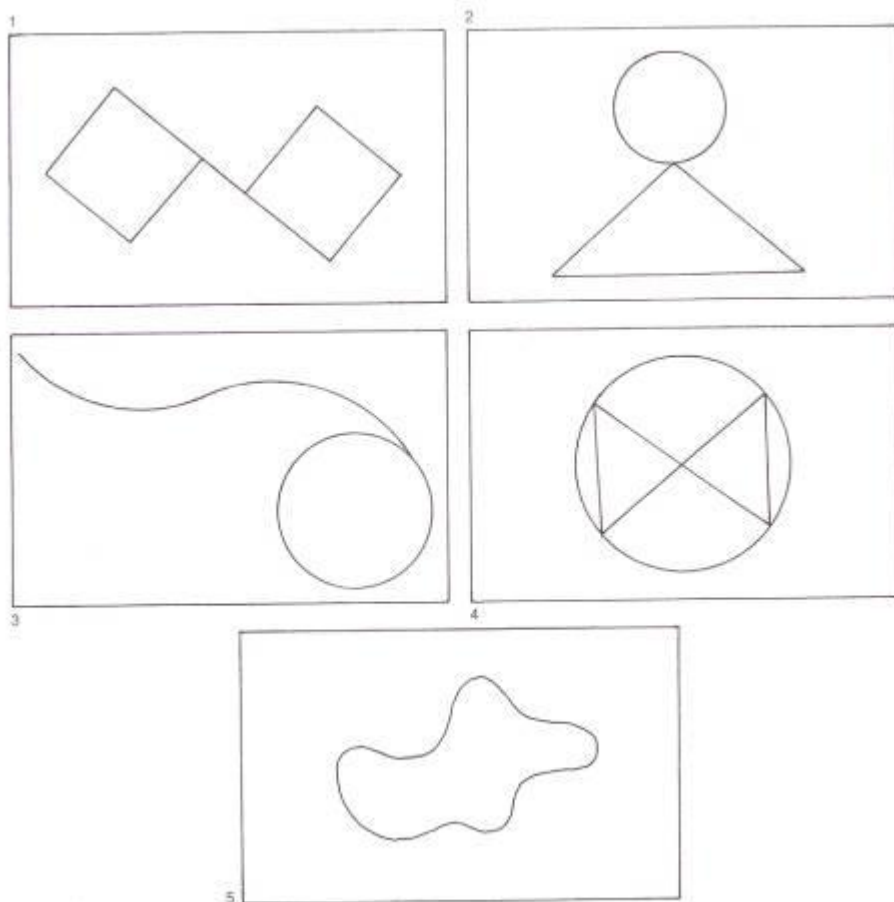


Příloha č. 6 Příklad diagnostických úkolů v oblasti spojení zrakových, sluchových a pohybových vjemů

Diagnostický úkol č. 7

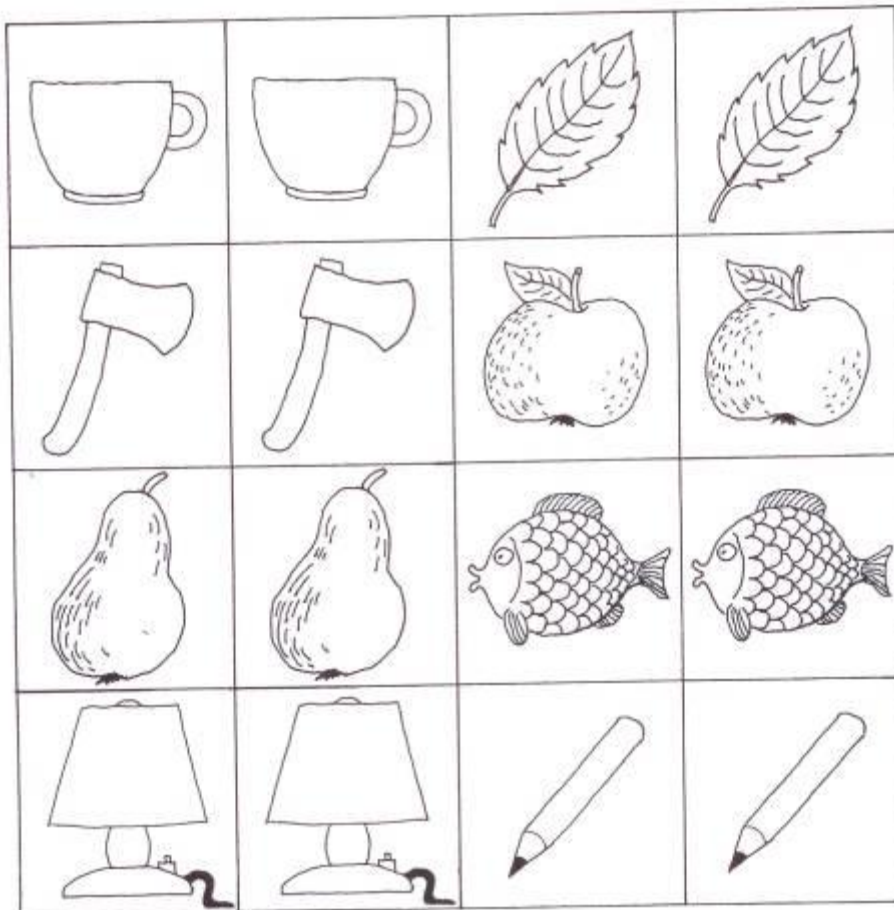


Diagnostický úkol č. 8

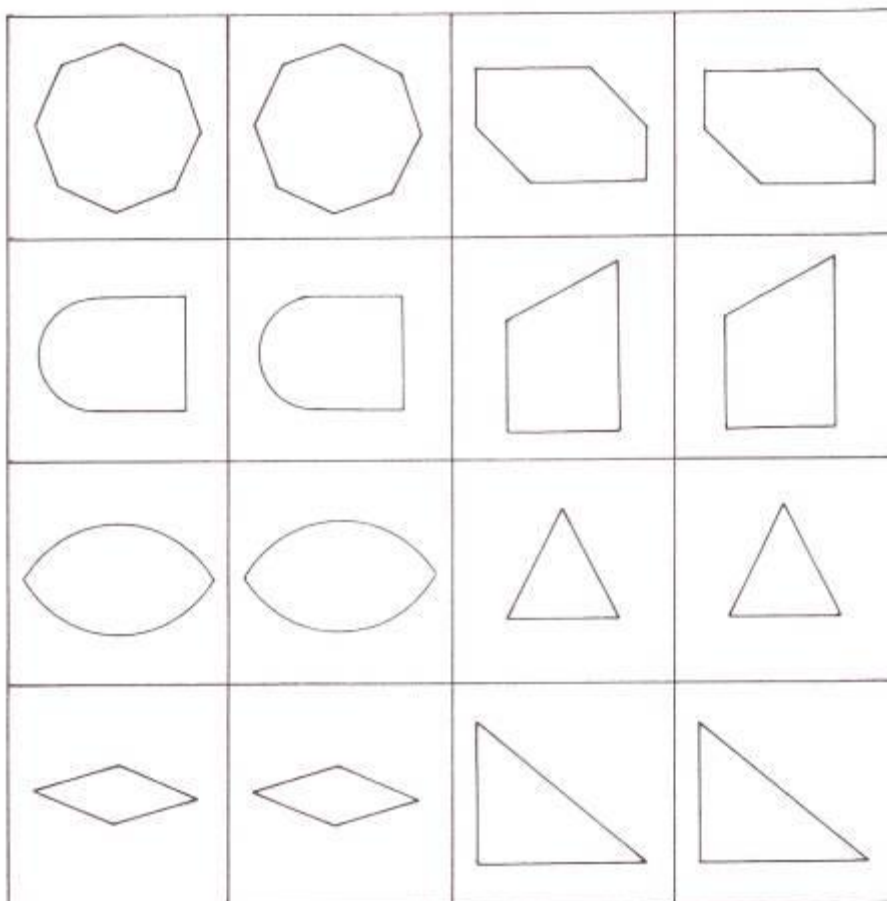


Příloha č. 7 Příklad diagnostických úkolů v oblasti zapamatování viděného

Diagnostický úkol č. 9

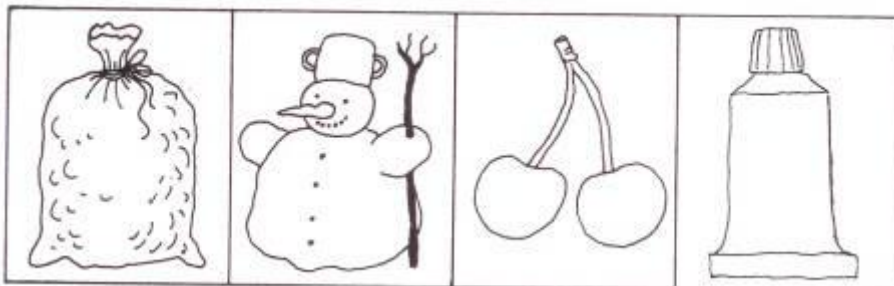


Diagnostický úkol č. 10

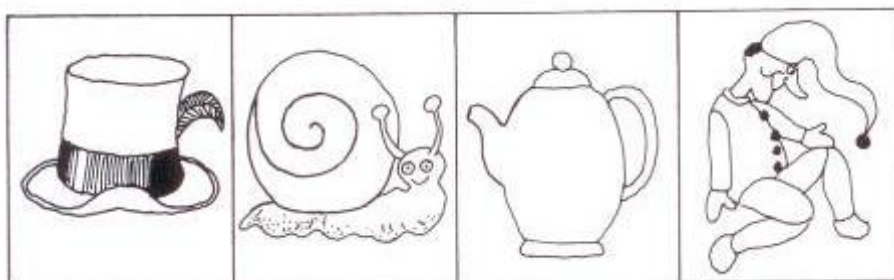


Příloha č. 8 Příklad diagnostických úkolů v oblasti seriality

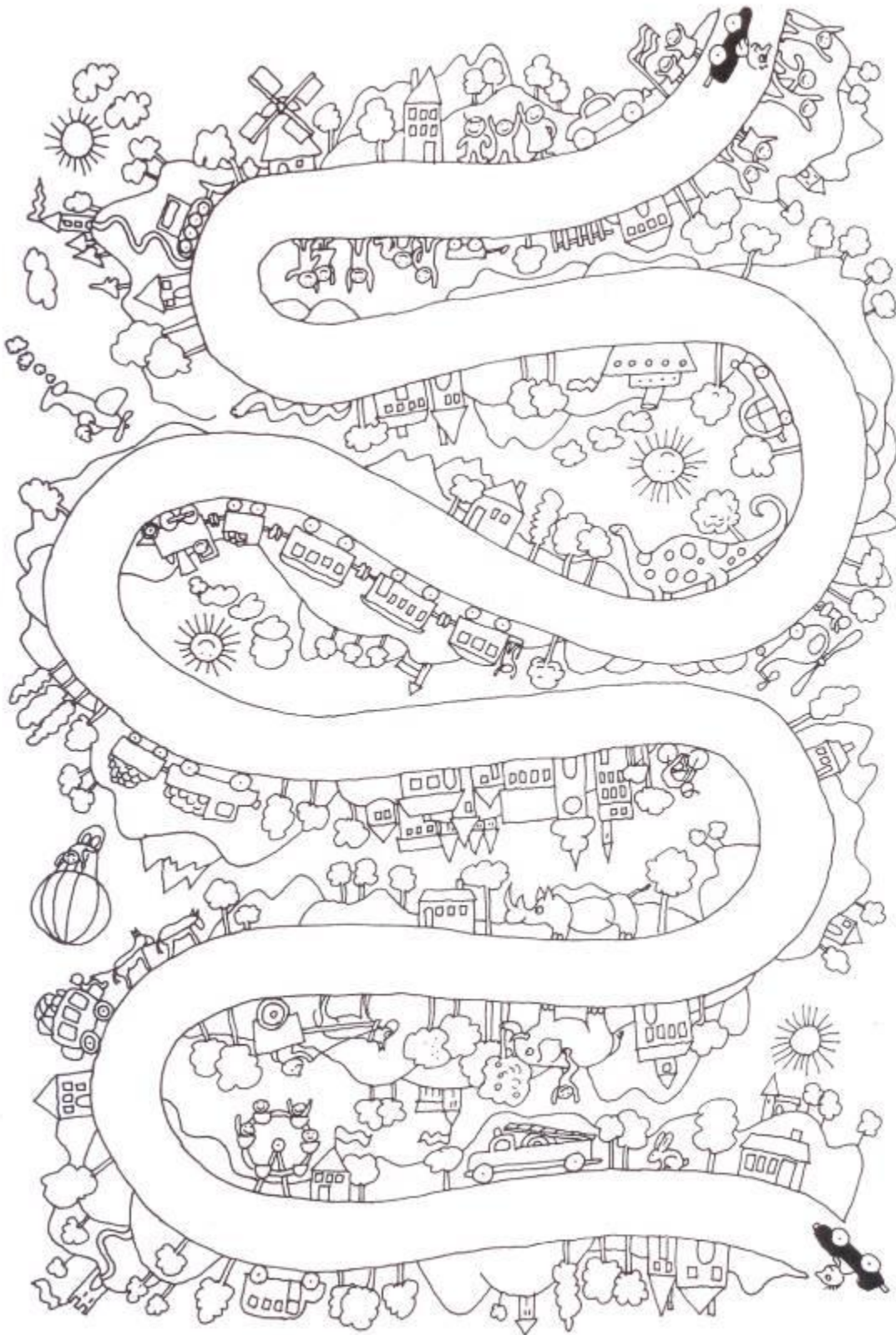
Diagnostický úkol č. 13



Diagnostický úkol č. 14



Příloha č. 9 Příklad diagnostických úkolů v oblasti koordinace ruky a oka



ANOTACE

Jméno a příjmení:	Bc. Miroslava Sedláková, DiS.
Katedra:	Primární pedagogiky PdF UP Olomouc
Vedoucí práce:	Doc. PhDr. Eva Šmelová, Ph.D.
Rok obhajoby:	2011

Název práce:	Pedagogická diagnostika jako prostředek rozvoje dětí předškolního věku
Název v angličtině:	Pedagogical diagnostics as means of progress of pre-school children
Anotace práce:	<p>Diplomová práce se zabývá problematikou pedagogické diagnostiky. Práce je členěna na část teoretickou a empirickou.</p> <p>První část diplomové práce se zaměřuje na teoretické vymezení problematiky pedagogické diagnostiky.</p> <p>Empirická část se věnuje vybrané diagnostické metodě k zjištění deficitů v dílčích funkcích u dítěte předškolního věku v podmínkách konkrétní mateřské školy. Zvolená metoda se zaměřuje na oblast kognitivních a percepčních funkcí, které jsou důležité pro čtení, psaní a počítání. Vybraná diagnostická metoda umožňuje zjistit problematické oblasti u předškolních dětí. V následném stimulačním programu jsou tyto oslabené oblasti procvičovány.</p> <p>V opakovaném diagnostickém šetření zjišťují pokroky dětí v diagnostických úkolech a ověřují význam systematicky prováděné pedagogické diagnostiky u dětí s ohledem na jejich rozvojové možnosti a podmínky mateřské školy.</p>
Klíčová slova:	Pedagogická diagnostika, předškolní věk, mateřská škola, diagnostická metoda, rozvoj dítěte, stimulační program
Anotace v angličtině:	<p>The dissertation deals with the issue of pedagogical diagnostics. The work is divided into theoretical and empirical parts.</p> <p>The first part of the dissertation takes aim at theoretical specification of the topic of the pedagogical diagnostics.</p> <p>The empirical parts focuses on the particular methods of finding out of the deficits in partial functions concerning a child of the pre-school age at a particular kindergarden nebo play school. The chosen method is focused on the field of cognitive and perceptive functions which are important to</p>

	<p>reading, writing and arithmetic. This method enables to find out problematic areas with pre-school children. These weakened areas are trained using this subsequent stimulative program.</p> <p>I have been watching the children's improvements in diagnostic tasks having repeated diagnostic examinations. I have also been checking the significance of this pedagogical diagnostics carried out with children with regard to their chances of developments and the options of the kindergarden.</p>
Klíčová slova v angličtině:	Pedagogical diagnostics, pre-school age, kindergarden, diagnostic methods, the development of the child, stimulative program
Přílohy vázané v práci:	<p>Příloha č. 1 Průměrné dosažené hodnoty diagnostického šetření v říjnu 2009 a v květnu 2010</p> <p>Příloha č. 2 Rozdíl v dosažených výsledcích diagnostických úkolů v říjnu 2009 a v květnu 2010 u skupiny č. 1 a skupiny č. 2</p> <p>Příloha č. 3 Přehled o dosažených stupních hodnocení diagnostických úkolů – logopedická třída</p> <p>Příloha č. 4 Přehled o dosažených stupních hodnocení diagnostických úkolů – běžná třída</p> <p>Příloha č. 5 Příklad diagnostických úkolů v oblasti zrakového vnímání</p> <p>Příloha č. 6 Příklad diagnostických úkolů v oblasti spojení zrakových, sluchových a pohybových vjemů</p> <p>Příloha č. 7 Příklad diagnostických úkolů v oblasti zapamatování viděného</p> <p>Příloha č. 8 Příklad diagnostických úkolů v oblasti seriality</p> <p>Příloha č. 9 Příklad diagnostických úkolů v oblasti koordinace ruky a oka</p>
Rozsah práce:	132 stran
Jazyk práce:	český jazyk