

Univerzita Hradec Králové
Pedagogická fakulta

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

2016

Lucie Janoušková

Univerzita Hradec Králové

Pedagogická fakulta

Katedra speciální pedagogiky a logopedie

Komunikační kompetence a narušená komunikační schopnost u dětí s SPU a ADHD na 1. stupni ZŠ

Bakalářská práce

Autor: Lucie Janoušková
Studijní program: B 7506 Speciální pedagogika
Studijní obor: Speciální pedagogika - intervence
Vedoucí práce: PhDr. Lenka Neubauerová

Hradec Králové

2016



Zadání bakalářské práce

Autor: Lucie Janoušková

Studium: P13526

Studijní program: B7506 Speciální pedagogika

Studijní obor: Speciální pedagogika - intervence

Název bakalářské práce: **Komunikační kompetence a narušená komunikační schopnost u žáků s SPU a ADHD na 1. stupni ZŠ**

Název bakalářské práce AJ: Competence of communication and disorder of communication of pupils from first level of primary schools with learning disabilities and ADHD

Cíl, metody, literatura, předpoklady:

Bakalářská práce se zaměřuje na problematiku žáků se specifickými poruchami učení a ADHD. V teoretické části vymezuje symptomatologii, etiologii, diagnostiku a reedukaci. Dále se zaměřuje na možnosti poradenského systému, vzdělávání a komunikaci u žáků s SPU a ADHD. V praktické části práce jsou popsána specifika komunikace u žáků s SPU a ADHD na prvních stupních menších i větších základních škol. V praktické části bude pro získání informací využito kvalitativního výzkumu ve formě případových studií a rozhovoru. Cílem práce je zjistit informovanost učitelů o problematice a potížích, které SPU a ADHD přinášejí a možnosti jejich intervence.

JUCOVIČOVÁ, Drahomíra a Eva ŠKODOVÁ. Reedukace specifických poruch učení u dětí. Vyd. 2. Překlad Jana Křížová. Praha: Portál, 2014, 175 s. Speciální pedagogika (Portál). ISBN 978-80-262-0645-3 ZELINKOVÁ, Olga a Eva ŠKODOVÁ. Poruchy učení. Vyd. 1. Překlad Jana Křížová. Praha: Portál, 1994, 196 p. ISBN 80-717-8038-3 LECHTA, Viktor a Eva ŠKODOVÁ. Symptomatické poruchy řeči u dětí. Vyd. 1. Překlad Jana Křížová. Praha: Portál, 2002, 191 s. ISBN 80-717-8572-5 KLENKOVÁ, Jiřina. Vzdělávání žáků s narušenou komunikační schopností. 1. vyd. Brno: Masarykova univerzita, 2008, 327 s. ISBN 978-80-7315-168-3 POKORNÁ, Věra. Vývojové poruchy učení v dětství a v dospělosti. Vyd. 1. Praha: Portál, 2010, 238 s. ISBN 978-80-7367-773-2 ŠKODOVÁ, Eva a Ivan JEDLIČKA. Klinická logopedie. 2. aktualiz. vyd. Překlad Jana Křížová. Praha: Portál, 2007, 615 s., s. barev. obr. příl. Speciální pedagogika (Portál). ISBN 978-807-3673-406

Garantující pracoviště: Katedra speciální pedagogiky,
Pedagogická fakulta

Vedoucí práce: PhDr. Lenka Neubauerová

Oponent: PhDr. Jana Dlouhá, Ph.D.

Datum zadání závěrečné práce: 27.1.2015

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem tuto bakalářskou práci vypracovala samostatně a uvedla jsem všechny použité prameny a literaturu.

V Hradci Králové dne 24.3.2016

Podpis:

Prohlášení

Prohlašuji, že bakalářská práce je uložena v souladu s rektorským výnosem č.4/2009 (Řád pro nakládání se školními a některými jinými autorskými díly na UHK).

Datum: 24.3.2016

Podpis:

Poděkování

Děkuji PhDr. Lence Neubauerové za odborné vedení práce a za všechny rady a věcné připomínky. Dále bych ráda poděkovala všem pedagogům a rodičům zkoumaných dětí za poskytnutí informací a umožnění výzkumu. Speciální poděkování patří dětskému psychiatrovi z Dětské psychiatrické nemocnice v Opařanech za rozhovor. V neposlední řadě také děkuji mé rodině za velkou pomoc a trpělivost.

Anotace

JANOŠKOVÁ, Lucie. *Komunikační kompetence a narušená komunikační schopnost u dětí s SPU a ADHD na 1. stupni ZŠ*. Hradec Králové: Pedagogická fakulta Univerzity Hradec Králové, 2016. 90 s. Bakalářská práce.

Tato bakalářská práce se zabývá problematikou dětí se specifickými poruchami učení či ADHD a zejména jejich obtížemi v oblasti komunikace. Pojednává o čtyřech stěžejních tématech, kterými jsou dítě v období prvního stupně základní školy, komunikační kompetence, specifické poruchy učení a problematika ADHD.

V praktické části je zpracovaný výzkum, který měl za úkol zjistit míru informovanosti učitelů o problematice a potížích, které specifické poruchy učení a ADHD přinášejí a možnosti jejich intervence. Metodou šetření jsou kazuistiky dětí, které mají tuto diagnózu. Další zvolenou metodou k výzkumu jsou strukturované rozhovory s učiteli z běžných základních škol.

Klíčová slova: Specifické poruchy učení, ADHD, komunikace, komunikační kompetence, vývoj řeči, reedukace, intervence, poradenský systém.

Annotation

JANOŠKOVÁ, Lucie. *Competence of communication and disorder of communication of pupils from first level of primary schools with learning disabilities and ADHD*. Hradec Králové: Faculty of Education, University of Hradec Králové, 2016. 90 pp. Bachelor Degree Thesis

This bachelor thesis deals with issues of children with specific learning disabilities or ADHD and their problems with communication. The key issues are child of the younger school age, communication competence, specific learning disabilities and ADHD (Attention Deficit Hyperactivity Disorder).

In the practical part there is a research, which found out the level of teachers' awareness of children problems with specific learning disabilities or ADHD. The research method are case studies of children with this disability. The second method are interview with teachers from the primary schools.

Key words: Specific learning disabilities, ADHD, communication, communication competence, speech development, reeducation, intervention, consulting system.

„S malými dětmi je to jako s intelektuály: když dělají rámus, je to špatné, když jsou zticha, je to podezřelé.“

Gabriel Laub

Obsah

Úvod	12
1 Dítě na 1. stupni základní školy	14
1.1. Psychologická charakteristika dítěte	14
1.2 Rozvoj poznávacích procesů	15
1.3 Sociální vývoj	16
2 Komunikační kompetence	18
2.1 Charakteristika pojmu komunikace	19
2.2 Ontogeneze řeči	20
2.3 Rámcový vzdělávací program pro základní vzdělávání	22
2.4 Klíčové kompetence a jejich charakteristika	23
2.5 Specifika komunikačních kompetencí dítěte mladšího školního věku.....	24
2.6 Dítě s narušenou komunikační schopností v základní škole	25
3 PROBLEMATIKA SPECIFICKÝCH PORUCH UČENÍ	27
3.1 Důležité funkce pro osvojení čtení, psaní a počítání	27
3.2 Příčiny a projevy specifických poruch učení.....	28
3.3 Diagnostika a reedukace specifických poruch učení	29
3.4 Jednotlivé druhy specifických poruch učení	31
3.4.1 Dyslexie	31
3.4.2 Dysgrafie	33
3.4.3 Dysortografie	35
3.4.4 Dyskalkulie	37
3.4.5 Dyspinxie.....	37
3.4.6 Dysmúzie	38
3.4.7 Dyspraxie.....	38
4 Problematika ADHD	39
4.1 Etiologie a výskyt ADHD	40

4.2 Symptomatologie syndromu ADHD	41
4.3 Diagnostika ADHD	43
4.4 Intervence, terapie a léčba ADHD.....	45
4.5 Vzdělávání dětí s SPU/ADHD, poradenský systém v ČR	47
5 Analýza komunikační kompetence a narušená komunikační schopnost u dětí s SPU a ADHD na 1. stupni ZŠ	50
5.1 Charakteristika výzkumu, stanovení cíle.....	50
5.2 Metody a vzorek výzkumu	51
5.3 Charakteristika místa šetření	52
5.4 Vlastní šetření	53
5.5 Rozhovory s pedagogy	66
5.6 Zhodnocení výzkumného šetření.....	78
Závěr.....	82
Seznam literatury a internetových zdrojů.....	84
Seznam příloh.....	87

Úvod

S problematikou specifických poruch učení či ADHD jsem se již mnohokrát setkala, ať už na praxích, exkurzích či v běžném životě. Existuje řada dětí v mém okolí, které těmito poruchami trpí. A to je důvodem, proč jsem si dané téma zvolila. Zkoumat u těchto dětí oblast komunikace se mi jeví jako zajímavé, protože jsem si sama několikrát všimla, že mají v této oblasti určité obtíže. Myslím si, že každý z nás se může s dítětem se specifickou poruchou či ADHD setkat, a proto je dobré, vědět něco o přístupu k takovýmto dětem.

Specifické poruchy učení a ADHD vůbec souvisí s mnoha dalšími obory. Jako nejdůležitější vidím lékařství, konkrétně dětskou psychiatrii a farmakologií. Tomuto odvětví věnuji doplňující rozhovor, kde je podle mého názoru zaznamenané vše podstatné pro účely této práce. Více se psychiatrií věnovat nebudu, pro zjištění dalších informací mohu odkázat na publikaci Hosák, Hrdlička, Libinger: *Psychiatrie a pedopsychiatrie*. Mimo jiné tato problematika také souvisí se sociologií, psychologií a legislativou.

V teoretické části této práce se zabývám nejprve dítětem na prvním stupni základní školy, zejména pak jeho psychologickou charakteristikou, vývojem kognitivních funkcí a sociálním vývojem. Tato kapitola je důležitá z hlediska seznámení se a pochopení vývoje dítěte mladšího školního věku. Nedílnou součástí je kapitola věnující se komunikaci a komunikačním kompetencím. Co se narušené komunikační schopnosti týče, tak tu v teorii krátce zmíním, ale podrobněji se tímto tématem zabývat nebudu. Další je část věnující se problematice dětí se specifickými poruchami učení, jejich etiologií, symptomům, diagnostice, možnostech reedukace a samozřejmě jednotlivým typům specifických poruch učení. Těmto stejným kapitolám se věnuji i v oblasti problematiky dětí s ADHD. V neposlední řadě se zmiňuji o možnostech vzdělávání těchto dětí a poradenství v České republice.

Cílem této práce je zjistit informovanost učitelů o problematice a obtížích, které SPU a ADHD přinášejí a možnosti jejich intervence. Stanovila jsem si také tři další výzkumné otázky, na které se snažím odpovědět pomocí zvolených výzkumných metod. Pro dané účely jsem zvolila jako první metodu zkoumání případových studií neboli kazuistik dětí, které mají stanovenou diagnózu specifická porucha učení či ADHD.

Další metodou je strukturovaný rozhovor, který jsem provedla s učiteli těchto dětí a prostřednictvím kterých se snažím zodpovědět dílčí otázky.

1 Dítě na 1. stupni základní školy

Na úvod této práce bych ráda specifikovala podle mě stěžejní téma, kterým je dítě v období věku prvního stupně základního vzdělávání. Je důležité zdůraznit zde psychologickou stránku jeho osobnosti, úroveň a rozvoj poznávacích procesů a jeho sociální vývoj. Nástup do školy je důležitou sociální událostí v životě dítěte.

Školní věk dělíme:

- a) raný školní věk (6-7 let až 8-9 let),
- b) střední školní věk (8-9 let až 11-12 let),
- c) starší školní věk (11-12 let až 15 let). (Kozáková R., 2014)

Raný a střední školní věk někteří autoři spojují v jedno tzv. období mladšího školního věku (6-7 let až 11 let). Bývá označováno jako období "latence", čili období rozumového růstu. Typickou hlavní činností dítěte se stává učení, pro zdravý vývoj je však stále důležitá i hra. Dítě přijímá novou sociální roli žáka, která se postupnou adaptací na školu mění. (Šimíčková-Čížková, 1999)

1.1. Psychologická charakteristika dítěte

Důležitým mezníkem tohoto období je vstup do školy, kdy se z dítěte stává školák. Této skutečnosti se musí vedle dítěte samotného přizpůsobit i rodiče dítěte. Doba nástupu do školy není stanovena náhodně. Ve věku šesti a sedmi let dochází u dítěte k vývojovým změnám a ty jsou podmíněny učením a zráním. Při nástupu do školy musí dítě dosáhnout určité socializační úrovně v oblasti zvládnutí různých rolí, v oblasti komunikace a chování. Dítě by mělo být méně závislé na rodině a umět se podřídit cizí autoritě. V této souvislosti se objevuje termín školní zralost, který znamená fyzickou, psychickou a emočně-sociální vyzrálou dítěte na úrovni takové, aby zvládlo nároky školy. To znamená, aby se bez obtíží účastnilo výchovně-vzdělávacího procesu. S posouzením školní zralosti je třeba zohledňovat tělesný vývoj dítěte, úroveň jeho práceschopnosti, dále úroveň zralosti jeho osobnosti po stránce emočně-sociální, také úroveň poznávací.

„V ČR je stanovena povinná školní docházka pro děti, které dovršily prvního září šest let. Na přání rodičů lze zařadit do první třídy i děti narozené mezi 1. zářím a 31. prosincem, dnes musí být taková žádost doložena odborným psychologickým vyšetřením. Vzhledem ke zvýšení nároků na děti se však objevuje opačná tendence, a to žádost o odklad povinné školní docházky. Kernův-Jiráskův test může být vhodný ve sporných případech, ale konečné rozhodnutí by mělo dát psychologické vyšetření.“
(Kozáková, 2014, s.80)

1.2 Rozvoj poznávacích procesů

V období raného školního věku už děti začínají uvažovat odlišným způsobem než dřív. J. Piaget tento způsob myšlení nazval fází konkrétních logických operací, kdy konkrétní logické myšlení respektuje základní zákony logiky a konkrétní realitu. Školní děti upřednostňují takový způsob poznávání, kdy se samy mohou přesvědčit o pravdivosti verbálně prezentovaných informací. A z tohoto důvodu se na počátku školní docházky využívají názorné pomůcky a konkrétní praktické příklady. Dětské poznávání se v tomto období stává přesnější a objektivnější, začínají uvažovat logicky a přitom respektují objektivní skutečnost. Změny v uvažování dětí v období mladšího školního věku lze shrnout do několika bodů:

- **Decentrace** znamená odpoutání se z návaznosti na zjevné nápadnosti a osobně atraktivní vlastnosti reality. Mezi logické operace respektující větší počet kritérií patří klasifikace a třídění, zahrnutí neboli inkluze, řazení objektů dle kritérií (pravidel).
- **Konzervace** znamená pochopení toho, že i když se mění vnější vzhled určitého objektu, tak jeho podstata je trvalá, čili změna zjevných znaků neznamena změnu podstaty.
- **Reverzibilita** je vratnost různých proměn. Dítě už chápe, že změna není definitivní a nevratná, ale ví, že opačná operace znamená návrat do původního stavu. (Vágnerová, 2000)

S rozvojem logických operací v rámci školní výuky dochází ke schopnosti manipulace s číselnými pojmy nebo chápání času. Dítě v tomto věku začíná zaujímat objektivnější pohled na svět, je schopné uvažovat i o jiných lidech a jejich sociálních rolích. A na základě toho potom dokáže odhadnout, jak se jeho chování jeví ostatním lidem.

Děti nemají rády nahodilost, protože v nich vzbuzuje pocit nejistoty a tak vyhledávají nějaké logické vysvětlení daného jevu. Myšlení dítěte mladšího školního věku je konkrétní a vázané na reálné zkušenosti. Tento realistický přístup ho vede k tomu, že akceptuje skutečnost jako danou. A to samé platí o přijmutí jeho nové role školáka. Procesem učení, zejména v rámci školní výuky, se rozvíjí logické operace, jako je chápání souvislostí a vztahů, strategie uvažování, soustředění se na detaily a jejich vzájemné vztahy, opakování potřebných informací a při řešení problémů využívání myšlenkových operací. Novým strategiím řešení problémů se učí zejména způsobem **pokus a omyl, logickým odvozováním a učením nápodobou**. (Vágnerová, 2000)

Ve školní výuce se postupně rozvíjí určitý způsob uvažování, tedy určitý kognitivní styl. Patří sem zejména konvergentní myšlení, které hledá jednu správnou odpověď na daný problém. A druhým stylem je myšlení divergentní, používané v případě většího počtu možných řešení. V kognitivním vývoji školáka dochází také k rozvoji tzv. **metakognice**, neboli schopnosti uvažovat o vlastním poznávání a myšlení. Využívá zpětnou vazbu, která dítěti v budoucnosti pomáhá řešit problém efektivněji. Metakognice zahrnuje dvě složky, kterými jsou sebeocnění a zhodnocení vlastních znalostí a kompetencí a ocenění vhodnosti určité strategie pro řešení určitého problému. (Vágnerová, 2000)

1.3 Sociální vývoj

Socializační vývoj dítěte probíhá postupně a je ovlivňován různými sociálními skupinami, ke kterým zrovna náleží. V tomto období dítě začíná přijímat pro něj nové požadavky školy, učí se orientaci ve školním prostředí a žádoucímu chování. Objevuje se i nová role a tou je role školáka, která zahrnuje dvě dílčí role: podřízená role žáka a souřadná role spolužáka. Prostřednictvím těchto rolí se u dítěte rozvíjejí různé

schopnosti a dovednosti, učí se společnému řešení problémů, spolupráci a sdílení svých životních zkušeností. (Vágnerová, 2000)

Kolem 7. - 8. roku se dítě začíná stávat nezávislejším, vytváří si autonomní morálku. Mezi 8. - 10. rokem dítěte vrcholí socializace k přejímání ženských a mužských dovedností. Velkým vzorem chování jsou rodiče. Důležitou činností se stává práce, schopnost plnit úkoly, které jsou zaměřené na cíl. Emoční vývoj je ovlivněn dozráváním organismu, zpravidla už je dítě schopné ovládat reakce, koriguje intenzitu a průběh vnitřního prožitku. Je také více odolné proti zátěži. (Kozáková, 2014)

Shrnutí

Nejdůležitějším mezníkem dítěte v období mladšího školního věku je nástup do školy. S tím souvisí přijímání nových sociálních rolí, jako je role žáka a spolužáka. Dítěti vznikají povinnosti a úkoly, seznamuje se s novými lidmi.

2 Komunikační kompetence

Nejprve je důležité vysvětlit pojem kompetence. Slovníkové vymezení pojmu **kompetence** „*1.a) právnicky: pravomoc, dosah nebo rozsah pravomoci, příslušnost, b) způsobilost, schopnost 2. jazykově: schopnost formulovat v mateřském jazyce správné věty a rozeznat je od nesprávných.*“ (Klimeš, 1994, s. 378 in Kocurová, s. 89)

V oblasti humanitních věd se objevuje pojem **klíčová kompetence**. „*Klíčové kompetence zahrnují schopnosti, dovednosti, postoje, hodnoty a další charakteristiky osobnosti, které umožňují člověku jednat adekvátně a efektivně v různých pracovních a životních situacích.*“ (Belz., Siegrist, 2001, s. 13 in Kocurová, s. 89)

Dále je důležité vysvětlení termínu **kompetence žáka**, který se snaží postihnout to, že cíl školního vzdělávání dětí není jen v osvojení poznatků a dovedností, ale také ve vytvoření způsobilostí přesahujících do mimoškolního prostředí. (Kocurová, 2001)

Samotná **komunikační kompetence** dle Pedagogického slovníku je „*soubor jazykových znalostí a dovedností umožňujících mluvčímu realizovat různé komunikační potřeby, a to přiměřeně k situaci, charakteristikám posluchačů aj.. Zahrnuje též uplatňování sociokulturních pravidel (tzv. řečová etiketa). Je složkou komunikačně orientované výuky mateřského jazyka a cizího jazyka.*“ (Průcha et al., 2001, s. 105 in Kocurová, s. 90)

Někteří autoři dělí komunikační kompetenci na složku jazykovou a pragmatickou. **Jazyková kompetence** znamená ovládnutí gramatického systému a **pragmatická kompetence** je schopnost využívat tento systém v aktech řeči, resp. dorozumíváním. Čtení a psaní potom představuje přenos komunikační kompetence do jiné formy jazykové aktivity. Faktory ovlivňující úroveň řečové komunikace jsou dispoziční vlastnosti jedince, jeho komunikační zkušenosti, intelektové schopnosti, ale i způsob užívání komunikačních dovedností, vyjadřovací plynulost a představivost. (Kocurová, 2001)

2.1 Charakteristika pojmu komunikace

Dalším důležitým odvětvím, které je nutné přiblížit je pojem komunikace. Je to slovo pocházející z původního latinského výrazu *communiacere*, což znamená přenášet informace, sdělovat, radit se s někým. Všechny vybrané definice jsou takové, které se nejvíce hodí pro naši oblast speciální pedagogiky.

Dle encyklopedie heslo komunikace znamená: „*Sdělování, výměna informací, přenos či předávání nejrůznějších informačních obsahů v rámci diferencovaných komunikačních systémů za použití různých komunikačních médií, výměna informací mezi jedinci (lidmi...) či biologickými a technickými systémy... je zprostředkována souborem kódů (znaků, signálů) sdílených odesilatelem (komunikátorem) i příjemcem (komunikantem) pomocí komunikačních kanálů, a to buď jen směrem k příjemci (komunikace neinterakční, jednosměrná...) nebo v obou směrech (komunikace interakční, vzájemná).*“ (Malá československá encyklopedie, sv. 3, 1986, s. 467 in Kocurová, s. 80)

Pro chápání pojmu komunikace je vhodné vysvětlit ještě následující výrazy. Prvním z nich je pojem řeč. „*Řeč je specifickou lidskou vlastností. Jedná se o vědomé užívání jazyka jako složitého systému znaků a symbolů ve všech jeho formách. Slouží člověku ke sdělování jeho pocitů, přání, myšlenek.*“ (Klenková J., 2006, s. 27) Dalším výrazem je jazyk, který „*je univerzální dorozumívací prostředek celospolečenské povahy, nástroj myšlení a prostředek sloužící k ukládání lidské zkušenosti a k rozvíjení národních kulturních tradic. Má systémový a znakový charakter.*“ (Černý, 1996, s. 367 in Kucurová s. 15)

Sociální komunikace v širším pojetí znamená vzájemnou výměnu představ, idejí, pocitů a postojů lidí v průběhu společné činnosti. Při sociální komunikaci dochází k výměně rolí účastníků a probíhá zpětná vazba, kdy se mluvčí snaží zjistit, zda mu posluchač rozuměl, zda s ním souhlasí či ne. Posluchač se zase snaží pochopit smysl sdělení. V oblasti této komunikace se však můžeme setkat i s mnoha bariérami, kterými je například uzavřenost partnera, odmítání rozhovoru, apod. Sociální komunikace má stránku obsahovou (to, co si sdělujeme) a formální (jak si to sdělujeme). Ve specificky lidské komunikaci existuje komunikace verbální (slovní), neverbální (gesta, postoje) a komunikace činem. (Kocurová, 1996)

Pro naše potřeby je důležité vysvětlit také pojem **řečová komunikace**. Řečová komunikace je proces, v němž jsou mezi účastníky předávány informace, zahrnuje též záměr, výběr vhodných prostředků a jejich užití. Dále zahrnuje příjem informací, její zpracování, rozumění obsahu a tvorbu odpovědi. Řečová komunikace je základním systémem lidské komunikace realizovaným mluvenou řečí, písmem nebo manuálním způsobem (např. znakový jazyk). (Neubauer, 2001)

2.2 Ontogeneze řeči

Ontogenetický vývoj (tedy z hlediska vývoje jednice) řeči považuji z hlediska mého zkoumání jako důležitou kapitolu této práce.

Začíná tedy tzv. **obdobím novorozeneckého (či kojeneckého) křiku** jedince, který zahrnuje první řečový projev ihned po narození dítěte až do doby, kdy se začíná měnit v melodičtější zvukovou podobu řečové produkce. Tento křik je vlastně reakcí na první podnět a tím je změna prostředí, tj. porod. Dítě vyjadřuje křikem pocit nelibosti ze změny teploty.

Druhé je **období broukání**, které nastupuje mezi 8-10 týdnem po narození a přechází do období žvatlání. V tomto období jsou zvuky výsledkem hry s mluvidly, tedy rty, jazykem a patrem. Současně se vyvíjí akusticko-fonační reflex, kdy dítě objevuje výraznou melodičnost ve svém zvukovém projevu. V této fázi vývoje hraje důležitou roli zrak a sluch.

Další fází vývoje lidské řeči je **období porozumění řeči**, které začíná mezi 8. a 9. měsícem života. Dítě diferencuje obsah sdělení dle přízvuku, melodie a zabarvení hlasu mluvícího a tyto prvky poté přecházejí i do projevu dítěte. V tomto období už dítě rozumí určitým slovním výrazům, jako je vlastní jméno, dej, nesmíš. (Škodová, Jedlička, 2007)

Kolem 12. měsíce života nastupuje **období napodobování**, kdy dítě opakuje slova, která slyší od dospělých. Objevují se první slova s obsahovým významem. Dle psychologů je toto období samostatné řeči stádiem emocionálně-volním, protože dětská slova vyjadřují výrazy pocitů, přání, emocí a vůle.

Přibližně od roku a půl dítě začíná samo tvořit věty, většinou o dvou či více slovech. A touto dobou začíná **stádium spontánní produkce** ve větách. Oblíbenou aktivitou dětí v tomto období se začíná stávat hra s řečí. Řečová aktivita se stává zároveň cílem i prostředkem. (Vágnerová, 2000)

Od druhého roku života nastupuje období **stádia asociačně-reprodukčního**. Děti v tomto věku už nazývají konkrétní osoby a jevy ve svém okolí.

Stádium **rozvoje komunikační řeči** nastává mezi 2. a 3. rokem života dítěte, kdy si dítě začíná osvojovat základy syntaxe (větné skladby). Velice důležitou roli v tomto období hraje kvalita verbální stimulace dítěte.

V předškolním věku, tedy přibližně od 3 do 6 let věku dítěte, se mluví o stádiu tzv. **egocentrické řeči**, což je řeč určená pro sebe, nepotřebuje a nehledá posluchače. Dítě si povídá samo pro sebe. Verbální komunikace předškolního dítěte se zdokonalují v obsahu i ve formě. Děti se rozvíjí zejména komunikací s dospělými osobami, s médii (televize) či s komunikací s vrstevníky. Obohacují své znalosti, rozvíjí svůj slovník a správné vyjadřování. (Vágnerová, 2000)

Přibližné ukončení vývoje řeči je kolem 5. až 6. roku věku dítěte.

Pro správný vývoj řeči jsou nezbytné tyto podmínky:

- nepoškozená centrální nervová soustava,
- normální sluch,
- vrozená míra nadání pro jazyk,
- normální intelekt,
- vhodné sociální prostředí.

2.3 Rámcový vzdělávací program pro základní vzdělávání

V souladu s principy v Národním programu rozvoje vzdělávání v ČR (tzv. Bílé knize) zakotvenými v zákoně č.561/2004 Sb., tzv. školský zákon, byly pro vzdělávání žáků ve věku od 3 do 19 let vytvořeny kurikulární dokumenty na dvou úrovních. Na úrovni státní je tzv. Národní program vzdělávání a rámcové vzdělávací programy, které vymezují vzdělávání jako celek a dále jeho etapy (předškolní, základní a střední vzdělávání). Druhá úroveň je školní, která představuje školní vzdělávací programy, určující vzdělávání na jednotlivých školách. Rámcový vzdělávací program pro základní vzdělávání (dále jen RVP ZV) vychází z rámcového vzdělávacího programu pro předškolní vzdělávání a je výchozí koncepcí pro rámcové vzdělávací programy pro střední vzdělávání. RVP ZV vymezuje vše, co je nezbytné v povinném základním vzdělávání, specifikuje úroveň klíčových kompetencí (viz. kapitola 2.4), vymezuje vzdělávací obsah, stanovuje průřezová témata, určuje standardy pro základní vzdělávání, podporuje komplexní přístup a umožňuje modifikaci obsahu pro vzdělávání žáků se speciálními vzdělávacími potřebami. (www.msmt.cz [online] 2013)

Základní vzdělávání má žákům poskytnout základ všeobecného vzdělání a utvářet a rozvíjet klíčové kompetence. RVP ZV vymezuje cíle základního vzdělávání, pomocí kterých by se měli žáci vzdělávat:

- *„umožnit žákům osvojit si strategie učení a motivovat je pro celoživotní učení,*
- *podněcovat žáky k tvořivému myšlení, logickému uvažování a k řešení problémů,*
- *vést žáky k všestranné, účinné a otevřené komunikaci,*
- *rozvíjet u žáků schopnost spolupracovat a respektovat práci a úspěchy vlastní i druhých,*
- *připravovat žáky k tomu, aby se projevovali jako svěbytné, svobodné a zodpovědné osobnosti, uplatňovali svá práva a naplňovali své povinnosti,*
- *vytvářet u žáků potřebu projevovat pozitivní city v chování, jednání a v prožívání životních situací; rozvíjet vnímavost a citlivé vztahy k lidem, prostředí i k přírodě,*
- *učit žáky aktivně rozvíjet a chránit fyzické, duševní a sociální zdraví a být za ně odpovědný,*
- *vést žáky k toleranci a ohleduplnosti k jiným lidem, jejich kulturám a duchovním hodnotám, učit je žít společně s ostatními lidmi,*

- *pomáhat žákům poznávat a rozvíjet vlastní schopnosti v souladu s reálnými možnostmi a uplatňovat je spolu s osvojenými vědomostmi a dovednostmi při rozhodování o vlastní životní a profesní orientaci.” (www.msmt.cz [online] 2013. s. 8-9)*

2.4 Klíčové kompetence a jejich charakteristika

Klíčové kompetence jsou souhrnem dovedností, vědomostí, postojů, schopností a hodnot, které jsou důležité pro osobní rozvoj a uplatnění žáků. Jsou ukotveny v RVP ZV a představují důležitý princip základního vzdělávání. Cílem základního vzdělávání je vybavit žáky komplexem klíčových kompetencí a zároveň je připravit na další vzdělávání a celkové uplatnění ve společnosti. Klíčovými kompetencemi v období základního vzdělávání jsou:

- kompetence k učení,
- kompetence k řešení problémů,
- kompetence komunikativní,
- kompetence pracovní,
- kompetence občanské,
- kompetence sociální a personální.

V oblasti **kompetence komunikativní** žák na konci základního vzdělávání vyjadřuje své myšlenky a názory souvisle a kultivovaně v ústním i písemném projevu, využívá informační a komunikační technologie ke komunikaci s okolním světem. Dále naslouchá druhým lidem, umí reagovat, zapojuje se do diskuze, ale také umí využít získané komunikativní dovednosti k vytváření vztahů. V neposlední řadě rozumí různým typům informačních a komunikačních prostředků a umí je využít ke svému rozvoji. (www.msmt.cz [online] 2013)

2.5 Specifika komunikačních kompetencí dítěte mladšího školního věku

Je třeba upozornit na fakt, že hodnocení úrovně komunikačních kompetencí dítěte nelze realizovat izolovaně. Je třeba věnovat pozornost úrovni motorického vývoje, zhodnocení kvality zrakového a sluchového vnímání dítěte a jeho sociálních kompetencí. Na komunikační schopnosti dítěte jsou ve škole kladeny vysoké nároky, které jsou přiměřené jeho fyziologickému věku. Řeč plní funkci komunikační, ale také zprostředkovává kontakt dítěte se sociálním okolím a zajišťuje přenos informací mezi komunikujícími a spolupodílí se na myšlení jedince. (Bendová, 2011)

Specifika komunikace:

- **Oblast artikulace** – výslovnosti, neměly by se vyskytovat obtíže dyslálického charakteru. Nesprávná výslovnost a artikulace se pak negativně promítá do čtení a psaní dítěte.
- **Lexikálně – sémantická rovina** jazyka se zaměřuje na kvalitu slovní zásoby dítěte. Schopnost jedince porozumět významu slov, umět zrealizovat rozhovor, chápat instrukce a orientovat se v pojmech. Schopnost dítěte porozumět sdělení, výkladu nebo vyprávění a naopak schopnost samostatného vyprávění s použitím slov nadřazených a podřazených, antonym, synonym a homonym.
- **Morfologicko-syntaktická rovina** jazyka – týká se gramatické stránky řeči, tj. užívání slovních druhů, ohýbání slov. Dítě, které nastupuje školní docházku by mělo umět užívat slovní druhy, ohýbání slov, mluvit ve větách a souvětích. U dětí s nedostatky v morfologicko-syntaktické rovině jazyka se objevují nedostatky ve větném sledu, dítě má obtíže s aplikací gramatických pravidel do písemné podoby.
- **Pragmatická rovina jazyka** – souvisí s využitím řeči v praxi, v běžném kontaktu. Dítě by mělo umět vyžádat si určitou informaci, vyjádřit pocity, prožitky. Součástí je i schopnost zapojení neverbální komunikace do komunikace. (Bendová, 2011)

2.6 Dítě s narušenou komunikační schopností v základní škole

Vývoj řeči je složitý proces, který je ovlivňován řadou vnitřních a vnějších faktorů. K vnitřním faktorům patří fyzická a psychická vyzrállost jedince. Záleží také na rozvoji řeči, funkci sluchového a zrakového analyzátoru, na kvalitě mluvních orgánů, funkčnosti řečově-motorických zón v mozku a na kvalitě kognitivních funkcí (paměť, myšlení, pozornost). Mezi vnější faktory patří vliv sociálního prostředí, resp. okolí jedince, jako je rodina, škola a na způsobu a kvalitě jeho výchovy.

„V ideálním případě se u dítěte v období zahájení školní docházky nevyskytují v oblasti komunikace žádné obtíže závažnějšího charakteru, jež by mohly ovlivňovat nejenom komunikaci mezi účastníky výchovně-vzdělávacího procesu, ale eventuálně i vlastní průběh a kvalitu edukačního procesu.“ (Bednářová, Šmardová, 2010 in Bendová, 2011, s.10)

Je třeba upozornit na fakt, že hodnocení úrovně komunikačních kompetencí dítěte nelze realizovat izolovaně. Je třeba věnovat pozornost úrovni motorického vývoje, zhodnocení kvality zrakového a sluchového vnímání dítěte a jeho sociálních kompetencí. Na komunikační schopnosti dítěte jsou ve škole kladeny vysoké nároky, které jsou přiměřené jeho fyziologickému věku. Řeč plní funkci komunikační, ale také zprostředkovává kontakt dítěte se sociálním okolím a zajišťuje přenos informací mezi komunikujícími a spolupodílí se na myšlení jedince. (Bendová, 2011)

Narušená komunikační schopnost (dále jen NKS) je odchylka od jazykové normy v daném jazykovém prostředí, která jedinci nedovoluje splnit jeho komunikační záměr. Patří sem: **vývojová nemluvnost** (vývojová dysfázie), **získaná orgánová nemluvnost** (afázie), **poruchy zvuku řeči** (rinolálie, palatolálie), **poruchy artikulace** (dysartrie, anartrie, dyslálie), **poruchy plynulosti řeči** (brebtavost, koktavost), **neurotické poruchy řeči** (mutismus, elektivní mutismus), **poruchy grafické podoby řeči** (specifické poruchy učení) a **symptomatické poruchy řeči** (poruchy komunikačních schopností u jiných druhů postižení, narušení a nemocí). (Lechta a kol., 2003)

Z hlediska příčiny NKS je klasifikované jako orgánové nebo funkční. Z hlediska vzniku se jedná o NKS vrozenou nebo získanou. Diagnostiku logopedického vyšetření

na úrovni určení konkrétní logopedické diagnózy provádí klinický logoped nebo logoped ze speciálně pedagogického centra pro žáky s vadami řeči. (Bendová, 2011)

Bližší charakteristice narušené komunikační schopnosti se zde věnovat nebudu, protože jsem se ve svém výzkumu zaměřila zejména na problematiku komunikační kompetence žáků.

Shrnutí

Pro správný rozvoj řeči dítěte jsou důležité různé aspekty, jako je vhodné sociální prostředí, nepoškozená CNS, nepoškozený sluch, normální intelekt a určité nadání pro jazyk. V případě, že je některý z těchto aspektů porušený, může se objevit některá forma narušené komunikační schopnosti. Řeč a komunikace dětí v tomto věkovém období by již měla být na určité úrovni. Dítě by mělo například mít odpovídající slovní zásobu, správnou výslovnost, používat slova ve správném tvaru a umět vyjadřovat své pocity. Oblasti komunikace a navazování vztahů se věnuje jedna z klíčových kompetencí rámcového vzdělávacího programu, kterou je kompetence komunikativní.

3 PROBLEMATIKA SPECIFICKÝCH PORUCH UČENÍ

Specifické poruchy učení zpravidla mívají na dítě nepříznivý vliv už během školní docházky a v případě, že přetrvávají až do dospělosti mohou být komplikací při výběru zaměstnání nebo v utváření osobních vztahů. Tyto poruchy člověka většinou ovlivňují po celý jeho život.

Specifické poruchy učení (dále jen SPU) jsou definovány jako neschopnost naučit se číst, psát a počítat pomocí běžných výukových metod za průměrné inteligence a přiměřené sociokulturní příležitosti. Děti s touto poruchou bývají označovány jako žáci se speciálními vzdělávacími potřebami. (Jucovičková, Žáčková, 2008)

3.1 Důležité funkce pro osvojení čtení, psaní a počítání

Podkladem pro vznik specifických poruch učení je porucha funkcí, které jsou důležité pro učení čtení, psaní a počítání. Kromě smyslového vnímání (percepční funkce) se zde podílejí i funkce poznávací (kognitivní) a pohybové (motorické). Dále je důležitá koordinace a integrace jednotlivých funkcí.

Přehled jednotlivých funkcí:

- funkce související se zrakovým vnímáním (vizuální percepce), kam patří schopnost pravolevé orientace, schopnost orientace v prostoru (makro i mikroprostoru), schopnost pravo-levého pohybu očí, schopnost zrakového rozlišování (tzv. diferenciací) barev, velikost, tvaru, figury a pozadí a podobných a stranově obrácených tvarů. Dále sem patří zraková paměť a schopnost zrakové analýzy a syntézy.
- Schopnost koncentrace pozornosti.
- Myšlení, tedy schopnost abstraktního myšlení (přechod od konkrétního myšlení k abstraktnímu myšlení) a schopnost logického myšlení.
- Paměť a proces zapamatování.
- Řeč, tedy komunikační schopnosti, slovní zásoba a její využívání, artikulační obratnost a schopnost artikulace.

- Motorické (pohybové) funkce, kam spadá motorická koordinace (souhra pohybů a schopnost rytmicity), jemná a hrubá motorika (včetně mikromotoriky očních pohybů a mluvidel) a také senzorio-motorické funkce (spojení vnímání s pohybem).
- Matematické a předmatematické představy neboli chápání číselných řad, číselné a předčíselné představy, dále schopnost provádění matematických operací, vnímání struktury čísla, ale také orientace v čase. (Jucovičová, Žáčková, 2008)

3.2 Příčiny a projevy specifických poruch učení

Specifické poruchy učení jsou specifické jak z hlediska etiologie, tak i z hlediska svých projevů. Tyto poruchy jsou vrozené nebo získané v raném dětství. Uvádí se také souvislost s lateralizací, s poruchou spolupráce mozkových hemisfér nebo s neurohumorální činností mozku a s poruchami vývoje dítěte. Specifikem je i to, že intelektové schopnosti dětí s těmito poruchami bývají průměrné až nadprůměrné. Mívají však oslabené funkce, které jsou potřebné pro osvojování psaní, čtení a počítání. Jedná se o funkce kognitivní (poznávací), kdy je narušena schopnost koncentrace pozornosti, paměť, myšlení, řeč, proces automatizace nebo matematické představy. Dále jde o funkce percepční, kdy je narušeno smyslové vnímání (zrakové, sluchové). Pak jsou to funkce motorické (pohybové), kdy je zhoršená jemná i hrubá motorika ruky, očních pohybů a mluvidel. Spolupodílí se i porucha motorické koordinace a rytmicity, porucha intersenzorických a senzorio-motorických funkcí. (Jucovičová, Žáčková, 2008)

„Mezi nejčastější projevy poruch učení patří:

- *poruchy soustředění - krátkodobé;*
- *poruchy pravolevé a prostorové orientace - záměna pravé a levé strany, obtížná orientace;*
- *poruchy sluchového vnímání, vnímání a reprodukce rytmu - neschopnost rozlišovat přírodní zvuky i elementy lidské řeči;*
- *poruchy zrakového vnímání - neschopnost rozlišovat různé detaily vnímání tvarů, nezvládnutí očních pohybů;*

- *poruchy řeči - porozumění, vyjadřování, výslovnost;*
- *poruchy jemné a hrubé motoriky - pohyby těla, nohou, rukou, prstů;*
- *poruchy chování vznikající jako následek projevů SPU - neustálé upozorňování na sebe, neurotické projevy, strach, napětí;*
- *nedostatečná lateralizace - nevyhraněná lateralizace." (Zelinková, 1998 in Šauerová, Špačková, Nejezchlebová, 2012, s. 25)*

3.3 Diagnostika a reedukace specifických poruch učení

Zpravidla prvním, kdo si všimne určitých změn v chování a projevech dítěte, bývá učitel. Ten rodičům doporučí navštívení odborného pracoviště. Nejprve však rodiče musí zajistit doporučení k odbornému vyšetření dětského lékaře. A konečně tedy dítě, u kterého se objevují příznaky specifických poruch učení, může navštívit odborné pracoviště, čili pedagogicko-psychologickou poradnu (dále jen PPP) nebo speciálně-pedagogické centrum (dále jen SPC), kde bude provedeno vyšetření psychologické a speciálně-pedagogické. Na základě tohoto vyšetření bude sestavena komplexní zpráva, která obsahuje diagnostikovaný typ poruchy, stupeň její závažnosti, stav percepčně-motorických funkcí, jednotlivé projevy poruchy, stav intelektových schopností a doporučení pro reedukaci.

Po zjištění diagnózy SPU by měla následovat reedukace a proto je důležitým tématem této práce. Reedukace SPU znamená postupné zlepšování úrovně porušených nebo nevyvinutých funkcí potřebných pro čtení, psaní, počítání nebo percepčně-motorických funkcí. Proces nápravy SPU je problematický, protože se obtížně určuje, do jaké míry jsou SPU odstranitelné, zda se raději zaměřit na kompenzaci nebo na to, aby se dítě naučilo se svým znevýhodněním žít. Nejprve je nutností stanovit obecné zásady reedukace specifických poruch učení. Z obecného hlediska sem patří:

- individualita reedukace vycházející z individuality dítěte, jeho aktuálního stavu a projevů poruchy.
- Reedukace znamená soubor metod, které vedou k odstranění specifických obtíží a podporují výuku.

- Reedukace by měla začínat na úrovni, kterou dítě bezpečně zvládá a obtížnost by se měla postupně zvyšovat. Důležitou roli v procesu hraje pozitivní motivace.
- Aktuální úroveň SPU je třeba respektovat jak při reedukačních cvičeních, tak i během výuky a hodnocení.
- Reedukace by měla vždy začínat nácvikem percepčně-motorických funkcí, protože tvoří podklad poruchy.
- Při reedukaci percepčních funkcí postupujeme od manipulace s konkrétními předměty po abstraktní obrazce.
- Je dobré co nejvíce používat tzv. multisenzorický přístup, ve kterém je zapojeno co nejvíce smyslů zároveň (zrak, sluch, hmat).
- Vhodné je připravit si individuální program postupu reedukace pro každé dítě zvlášť obsahující postupy, metody, pomůcky a časový harmonogram a po určité době zhodnotit efekt reedukace, příp. metody a postupy upravit. S tím souvisí i vytváření tzv. příprav na reedukaci.
- Nejeefektivnější je individuální, cílená reedukační činnost, v případě skupinové reedukace by ve skupině mělo být max. 3-5 dětí.
- Reedukační činnost je dlouhodobou záležitostí a nutná je týmová spolupráce.
- I po absolvování reedukačních činností je dobré dítě sledovat a dbát na další péči a zohlednění i v běžném školním prostředí.
- Důležitý je kromě odborných znalostí i osobní přístup k dítěti a jeho rodičům. (Jucovičová, Žáčková, 2008)

Po celou dobu reedukace je potřeba dítě pozitivně hodnotit, chválit a motivovat k další činnosti. Pracovat s dítětem krátkou dobu, ale zato pravidelně a často. Nutná je spolupráce se školou, rodiči a poradenským pracovištěm.

Konkrétní reedukační techniky jsou klasifikovány dle jednotlivých druhů poruch. Obecněji se však reedukace dá dělit podle postižených funkcí na:

- *„rozvoj poznávacích funkcí:*
 - *sluchová diferenciacie řeči,*
 - *zraková percepcie tvarů,*
 - *prostorová orientace,*
 - *nácvik posloupnosti,*
 - *koncentrace pozornosti,*

- *paměti,*
- *pohotovosti mluvidel,*
- *slovní zásoby,*

➤ *techniky nácviku jednotlivých školních dovedností:*

- *čtení,*
- *psaní,*
- *matematiky.*“ (Kocurová, 2002, s.119)

3.4 Jednotlivé druhy specifických poruch učení

3.4.1 Dyslexie

Dyslexie je specifická porucha čtení. Může také souviset s problémy při lateralizaci a spolupráci mozkových hemisfér. Negativní dopad má i případná porucha koncentrace pozornosti. Dyslexie se projevuje velkými obtížemi při čtení, kdy je porušeno čtení jako vlastní akt. Čtení bývá často pomalé, neplynulé, namáhavé, s malým výskytem chyb (tzv. pravohemisférové čtení), nebo naopak překotné, rychlé, se zvýšenou chybovostí (tzv. levohemisférové čtení). Občas nelze tuto kategorizaci jednoznačně uplatnit. (Jucovičová, Žáčková, 2008)

Děti s dyslexií mívají rovněž problémy s intonací a melodií věty (čtou monotónně, neklesají hlasem), neprávne při čtení dýchají. Často opakují začátky slov, nevydrží mít pozornost v jednom řádku, přeskakují řádky a špatně se orientují v textu. Typické specifické chyby při čtení:

- domýšlení koncovek slov,
- vynechávání diakritických znamének nebo je nesprávně umístí,
- přidávání písmen (především vkládání samohlásek do shluků souhlásek), slabik, slov i vět,
- vynechávání písmen, slabik, slov a vět,
- přesmykování slabik, např. lokomotiva – kolomotiva,

- záměny písmen tvarově podobných, např. b-d-p, a-o-e, m-n, l-k-h. (Jucovičová, Žáčková, 2008)

Tímto dochází k nesprávnému čtení, někdy až komolení slov. Pokud je dítě schopno sluchové (případně zrakové) kontroly čteného, často si alespoň část chybně čtených slov opraví. Toto nastává až postupně s rozvojem čtenářských dovedností. Dále děti mívají problémy i při reprodukci čteného textu. Dítě si nepamatuje, co četlo, reprodukce je nesprávná, protože se příliš soustředilo na výkon čtení jako takový. Anebo je reprodukce chudá, pouze útržkovitá, nesamostatná. Někdy, a to v lepším případě, je dítě schopno reprodukovat text poměrně správně, ale pouze s pomocí návodných otázek. Případně může být reprodukce čteného textu správná, ale i s použitím nesprávně čtených slov. Projevuje se zde také vliv nedostatečné krátkodobé paměti. Děti si často pamatují konec nebo začátek textu, střed jim uniká. Nebo je reprodukce chaotická, dítě text reprodukuje tak, jak ho právě napadne, bez logické a časové posloupnosti (obě varianty jsou typické pro děti s ADD či ADHD). (Jucovičová, Žáčková, 2008)

Podobné obtíže mohou vznikat také tehdy, když dítě používá nesprávnou techniku čtení, tzv. dvojí nebo také tiché čtení, kdy si přečte slovo nejdříve potichu pro sebe a potom ho přečte nahlas. V tomto případě je nutné dítě co nejrychleji navést na správnou techniku, tedy hlasité slabikování slov. U starších dětí jsou to hlavně obtížnější slova typů slov – dlouhých, obsahující souhláskové shluky, méně obvyklých apod. Pokud nesprávná technika čtení přetrvává, dítě se pak dostává do slepé uličky – s rostoucí náročností slov se čtení stále více zpomaluje, nerozvíjí se a často uniká i obsah. (Jucovičová, Žáčková, 2008)

Výkon dítěte ve čtení ovlivňují rovněž poruchy řeči, které někdy přetrvávají i na 2. stupni ZŠ. Bývají to hlavně specifické asimilace (sykavkové, hlásek d-t-n/d'-t' ň), ale také artikulační neobratnost (dítěti činí obtíže výslovnost slov se souhláskovými shluky – např. čtvrtek, dlouhých slov – např. lokomotiva, slov typu nejnebezpečnější). Děti pak chybně čtou, protože špatně vyslovují. Při artikulační neobratnosti je čtení neplýnulé, děti chybují nebo zpomalují hlavně při čtení náročnějších typů slov se shluky souhlásek. I starší děti by měly absolvovat kvalitní logopedický nácvik. (Jucovičová, Žáčková, 2008)

U dětí s dyslexií dochází k disproporcii mezi úrovní jejich obecných schopností, která je vyšší než jejich úroveň čtení. V porovnání s úrovní čtení dětské populace čtou hůře. Tyto děti pak mohou mít obtíže všude tam, kde budou závislé na čtenářském výkonu a to nejen v jazycích, ale i v naukových předmětech a v matematice, hlavně při řešení slovních úloh. (Jucovičová, Žáčková, 2008)

Pro děti s dyslexií, které si těžko spojují psanou a zvukovou podobu písmene, je vhodné kromě zraku a sluchu podpořit i ostatní smysly. Např. vyrobit písmenka z drátů nebo textilu, které si děti mohou osahat, spojit barevně. Dále je možné vyrobit pexeso nebo nahrát si ke každému písmenu charakteristický zvuk: fff – fouká vítr apod. Dají se použít také kartičky se slabikami, které pomáhají odstraňovat dvojí čtení. Konkrétními metodami používanými k reeducaci dyslexie jsou: metoda obtahování, metoda Fernaldové, metoda postřehování, čtení se záložkou, čtení s dyslektickým okénkem, čtení v duetu, vyhledávání chyb, metoda dublového čtení, nácvik krátkých a dlouhých samohlásek a metoda globálního čtení.

3.4.2 Dysgrafie

Dysgrafie je specifická porucha grafického projevu, hlavně u psaní. Základem této poruchy je nejčastěji porucha motoriky, zvláště jemné, někdy i v kombinaci s hrubou. Dále se zde podílí porucha automatizace pohybů, motorické a senzorio-motorické koordinace. Roli hrají nedostatky ve zrakovém vnímání a prostorové orientaci, případně paměti (např. kinestetické – dítě má potíže při zapamatování tvarů, napodobování pohybů, zapamatování správného směru), představivosti, pozornosti, smyslu pro rytmus. Občas vážne proces převodu sluchových nebo zrakových vjemů (případně obojí) do grafické podoby. Obtíže vznikají také při problémech v lateralizaci (při nevyhraněné nebo zkřížené lateralitě, při přecvičeném praváctví nebo leváctví). Zkřížená lateralita má dopad jak na oblast percepční (vnímání informace), tak na oblast zpracování informace v centrální nervové soustavě (CNS) a pak i na oblast výkonovou (převod informace do výkonu). Děti se zkříženou lateralitou mívají při psaní většinou nápadně pomalejší pracovní tempo a také písmo a úprava jsou zhoršené. Děti mívají neuvolněnou celou paži, předloktí, zápěstí i prsty pro psaní. Jejich pohyby jsou křečovité, nepřesné, rozsah pohybů je menší, s větší zátěží stoupá unavitelnost a kvalita pohybů se ještě zhoršuje. (Jucovičová, Žáčková, 2008)

Bývá porušeno psaní jako vlastní akt. Výsledkem je snížená kvalita písemného projevu. Příčinou těchto obtíží u dětí s dysgrafií nejsou vnější vlivy, ale vlivy vnitřní. Děti mívají často problémy s osvojováním, zapamatováním a s pohotovým vybavováním písmen, převodem tiskacích písmen na psací, zachováním správného tvaru písmen (písmena nedotahují, nedopisují, mají problém s dodržением správného poměru jednotlivých částí písmene). Děti mají rovněž obtíže i s navazováním jednotlivých písmen, udržení písmena na řádku, se zachováním směru psaní, správného sklonu a dodržováním velikosti písmen. Podobné problémy vznikají též při nesprávném držení psací potřeby, které bývá neuvolněné, chybné (špatná poloha prstů, ztuhlé zápěstí apod.), křečovité. Velmi častá je zvýšená chybovost při psaní – dochází k záměnám tvarově podobných písmen, například m-n, o-a, r-z, j-p, či podobných číslic (7-4, 6-9). K problémům dochází také v důsledku přílišného soustředění na výkon psaní jako takového. Vznikají tak vynechávky písmen, psaní slov dohromady, komolení slov, nesprávné umístění či vynechání diakritických znamének, ale také i gramatické chyby. Písmo je roztřesené, kostrbaté, přerušované a bývá často hůře čitelné, někdy až nečitelné. (Jucovičová, Žáčková, 2008)

Děti s dysgrafií mívají problémy i v rýsování, kdy nedodržují tvary, nedotahují nebo přetahují linku. Problémy zasahují i do matematiky a to nesprávným zapsáním číslic, špatným pořadím číslic apod. Občas bývá celkově snížená schopnost vyjádřit se písemně, čímž dochází k negativnímu zkreslení obsahu a potom i k neobjektivnímu hodnocení, například při formulaci odpovědi u slovních úloh, ve slohových pracích, psaní referátů, písemné formulaci vlastních myšlenek apod. Také kresba bývá nápadně obsahově chudší. (Jucovičová, Žáčková, 2008)

Důležitým faktorem je přístup ostatních, zejména učitelů a rodičů k dětem s dysgrafií. Děti s dysgrafií mohou být kvůli nepochopení nebo neznalosti problematiky specifických poruch učení považovány za lajdáky. Špatný a nevhodný přístup k dítěti s dysgrafií může mít negativní dopad a ohrozit jeho psychický vývoj. Často hledá náhradní mechanismy, jak uspět, které jsou bohužel nevhodné – od drobných kázeňských problémů, předvádění se, asociální až antisociální chování, šaškování až po záškoláctví a agresivitu. Cílem u dětí s dysgrafií je vytvářet situace, kde dítě může projevit své skutečné znalosti a dovednosti, zajistit vhodný přístup ostatních a zejména kvalitní reedukaci, rehabilitaci, popřípadě nabídnout možnosti kompenzace dopadu

poruchy. Je vhodné využívat různé rozhýbávací a uvolňovací cviky, jako je kroužení pažemi, kroužení trupem, nebo různě pohybovat prsty. (Michalová, Pešatová, 2015)

3.4.3 Dysortografie

Dysortografie je specifická porucha pravopisu. Vzniká na základě poruchy fonemického sluchu, kdy je narušena sluchová percepce, zejména schopnost sluchového rozlišování, schopnost sluchové analýzy a syntézy, sluchová paměť i sluchová orientace. Hodně problematické bývá i vnímání rytmu a schopnost jeho reprodukce. Děti s dysortografií mívají z výše uvedených obtíží často zhoršený jazykový cit. V praxi to znamená, že dítě slyší diktovaná slova, ale nedokáže je přesně rozlišit a napíše je tak, „jak je slyší“, to znamená většinou nedokonale a nesprávně. (Michalová, Pešatová, 2015)

K typickým primárním specifickým dysortografickým chybám patří:

- přidávání písmen, slabik, slov,
- vynechávání písmen, slabik, slov i vět,
- vynechávání, přidávání nebo nesprávné umístění diakritických znamének,
- přesmykování slabik, např. kolo – loko,
- gramatické chyby - je nutné zjistit případnou disproporci mezi ústním a písemným výkonem a odlišit tak chybovost způsobenou neznalostí,
- záměny zvukově podobných hlásek – znělých a neznělých, například sníh (h/ch), led (d/t). Sem lze zařadit i záměny sykavkových hlásek (rozlišování ostrých a tupých sykavek – záměny š-č-ž/s-c-z). Dále pak v souvislosti s vadou řeči vznikají tzv. sykavkové asimilace (švestky-švešky, syčí-šičí apod.), jak dítě vyslovuje, tak píše,
- záměny zvukově podobných slabik – sem zařazujeme měkké a tvrdé slabiky di-ti-ni/dy-ty-ny. Nesprávné rozlišování těchto slabik ovlivňuje i určování pravopisu podstatných a přídavných jmen podle vzorů, které na tyto slabiky končí. Dále je pak ovlivněn pravopis shody podmětu a přísudku,

- komolení slov jako důsledek specifického logopedického nálezu – kromě specifických asimilací (sykavkové, di-ti-ni/dy-ty-ny) se může vyskytovat i specifická artikulační neobratnost. Obdobné chyby se objevují i v písemném projevu. S tímto logopedickým nálezem se setkáváme zejména u dětí s ADHD,
- nedodržování hranic slov v písmu. Je to vlastně psaní slov dohromady, někdy i celých vět. Starší děti často píšíslova dohromady s předložkami (podvodou, vokně). Také u zvratných zájmen se,si (učímese, hrajemesi). Nebo dochází k nesprávnému psaní slov, kdy dítě nelogicky rozdělí slovo (škol-a). (Jucovičová, Žáčková, 2008)

Děti s dysortografií mají při ústním ověřování znalostí podstatně lepší výsledky, poněvadž pravidla pravopisu se dokážou naučit, ale mají problém je aplikovat v praxi. Mají obtíže kvůli výše uvedenému v českém jazyce, ale často i při osvojování cizího jazyka, rovněž také v naukových předmětech nebo v matematice.

Nápravné cviky pro děti s dysortografií vycházejí z cviků pro dyslektiky a po procvičení pohledem slovo ještě zapíše, aby si připojilo grafickou formu. Příklady cviků jsou: rozlišování krátkých a dlouhých samohlásek, tvrdé a měkké slabiky, cviky na sykavky, skládání rozstříhaných slov, spojování slov, cviky na rozvoj slovní zásoby a reedukace gramatických pravidel. Dítě si může vytvořit kufřík první pomoci, ve kterém má různé pomůcky na rozličné gramatické jevy, skládaný či leporela nebo vlastní slovníček, dysortotabulky a pracovní listy. (Jucovičová, Žáčková, 2008)

3.4.4 Dyskalkulie

Dyskalkulie je specifická porucha matematických schopností. Týká se zvládnání základních početních úkonů, schopnost řešit slovní úlohy, orientovat se na číselné ose.

Často

u dítěte shledáváme obtíže v oblasti numerických představ.

Podle charakteru obtíží dyskalkulii členíme na několik typů:

- **praktognostická dyskalkulie** – je narušení matematické schopnosti s předměty nebo nakreslenými symboly (porovnání počtu, rozkládání, přidávání nebo ubírání množství),
- **verbální dyskalkulie** – projevuje se problémy dítěte při označování množství a počtu předmětů, matematických úkonů, operačních znaků,
- **ideognostická dyskalkulie** – projevuje se hlavně poruchou v chápání matematických pojmů a vztahy mezi nimi (Bartoňová a Vítková, 2007),
- **lexická dyskalkulie** – jde o neschopnost číst číslice, operační symboly, čísla,
- **grafická dyskalkulie** – jedná se o poruchu schopnosti provádět matematické operace - sčítat, odčítat, násobit a dělit. (Šauerová, Špačková, Nechlebová, 2012)

Nápravné cviky pro dyskalkulii jsou například čísla napsaná na barevných papírcích, kdy každé číslo má svou barvu, počítání na prstech či využití dřevěných podložek s dírami pro špalíčky.

3.4.5 Dyspinxie

Dyspinxie je specifická porucha kreslení charakteristická neschopností dítěte kreslit přiměřeně svému věku. Příčinou bývá motorická neobratnost. Nejčastějším projevem je neupravenost výkresu a obtíže s pochopením perspektivy. (Šauerová, Špačková, Nechlebová, 2012)

3.4.6 Dysmúzie

Dysmúzie je specifická porucha hudebních schopností. Dítě mívá problémy ve vnímání a reprodukci hudby, zapomíná melodii, nerozlišuje tóny, obtížně reprodukuje rytmus. Někdy mohou mít i problémy v zápisu not, které však souvisejí spíše s problémy dyslektickými nebo dysortografickými. (Šauerová, Špačková, Nechlebová, 2012)

3.4.7 Dyspraxie

Dyspraxie je specifická porucha obratnosti nebo porucha motorické funkce. Projevuje se obtížemi v koordinaci pohybů. Tyto obtíže se promítají do všech oblastí, kde je potřeba určitá úroveň motoriky (artikulace, čtení, psaní a obzvláště tělesná výchova). (Šauerová, Špačková, Nechlebová, 2012)

Shrnutí

Je důležité naučit děti sžít se s poruchou a pracovat s ní tak, aby jim nebránila ve spokojeném studiu, práci a životě vůbec. V rámci reedukace by mělo jít vždy o komplexní přístup a spolupráci dítěte, učitelů, rodičů a odborníků.

4 Problematika ADHD

Vzhledem k tomu, že se velice často objevuje ADHD právě v kombinaci se specifickými poruchami učení, je nutné tomuto věnovat následující kapitolu. Syndrom ADHD je důležité zavčas odhalit, aby se s léčbou a terapií mohlo začít co nejdříve a tím se eliminovaly dopady na školní úspěšnost a psychiku dítěte.

ADHD (z anglického Attention Deficit Hyperactivity Disorder) patří mezi hyperkinetické poruchy. Dle Mezinárodní klasifikace nemocí (MKN 10) jde o „*skupinu poruch charakterizovanou časným začátkem, nedostatečnou vytrvalostí v činnostech vyžadujících poznávací schopnosti, a tendencí přebíhat od jedné činnosti ke druhé, aniž by byla jedna dokončena, spolu s dezorganizovanou, špatně regulovanou a nadměrnou aktivitou. Patří sem: F90.0 Porucha aktivity a pozornosti (ADHD), F90.1 Hyperkinetická porucha chování, F90.8 Jiné hyperkinetické poruchy a F90.9 Hyperkinetická porucha NS.*“

ADHD je neurobehaviorální a neurovývojovou poruchou, kde dochází k maladaptivnímu chování, zejména vlivem vývojového opoždění s výraznou genetickou komponentou, kumulací stresů a minimálním organickým poškozením. V současné době se rozlišují tři základní subtypy:

- ADHD subtyp I - typ nepozorný, neboli s narušenou pozorností,
- ADHD subtyp II - typ hyperaktivní a impulzivní (pozornost nebývá primárně narušena, při včasné intervenci se jedná o typ nejjednodušší),
- ADHD subtyp III - typ kombinovaný, je tedy přítomna narušená pozornost, hyperaktivita i impulzivita. (Michalová, Pešatová, 2015)

Mezi nejčastější přidružené příznaky k ADHD patří tedy specifické poruchy učení (24-70%, z toho 15-30% dyslexie), dále pak poruchy motorické funkce a vývoje řeči, poruchy chování (až 50% opoziční a vzdorovité chování, agresivita), zneužívání návykových látek, poruchy spánku, velká výkonnostní variabilita. Objevují se také různé zdravotní problémy, jako je astma, alergie, strabismus, epilepsie, noční pomočování a velice časté úrazy. Afektivní a úzkostné poruchy, depresivní syndromy, emoční poruchy či tiky se vyskytují také poměrně často. (Paclt, 2007)

4.1 Etiologie a výskyt ADHD

Příčiny vzniku ADHD nejsou úplně jednoznačné. Na vzniku poruchy se podílejí jak faktory dědičné, tak biologicko-fyziologické. Prokazatelné bývají komplikace v těhotenství, při porodu či v raném dětství, dále pak konzumace alkoholu a kouření matky v době těhotenství, infekce. (Michalová, Pešatová, 2015)

Někteří autoři uvádějí jednotlivé výzkumné modely ADHD a těmi jsou:

- **kognitivní model** - jedinec trpí pomalými, útlumovými mechanismy, dotčena je i pracovní paměť, plánování a reorganizace činnosti, sebeovládání a internalizace(osvojení) řeči. Tento deficit je způsoben narušením vývoje autoregulace a adaptace.
- **Neurobiologický model** - zdůrazňuje vzájemné funkční souvislosti CNS a jejich odchylky.
- **Genetický model** - prokazuje, že hyperkinetický syndrom je pětikrát častější u příbuzných dětí s ADHD.
- **Biochemický model** - odhaluje nedostatek neurotransmiterů (dopaminu či noradrenalinu) u jedinců s ADHD. (Paclt, 2007)

Výskyt ADHD je u dětí cca 4-6 % v poměru chlapců a dívek 4:1. Zhruba ve 40-45 % pacientů přetrvá tato diagnóza až do dospělosti, kdy dominující poruchou je porucha pozornosti. (Paclt, 2007)

4.2 Symptomatologie syndromu ADHD

„ADHD je vývojová porucha charakteristická věku dítěte nepřiměřeným stupněm pozornosti, hyperaktivity a impulzivity.“ (Zelinková, 2003, s. 196.)

Mezi tři hlavní příznaky syndromu ADHD tedy patří:

- **Nepozornost** – alespoň šest z následujících příznaků přetrvává po dobu nejméně šesti měsíců v takové míře, že má za následek nepřizpůsobivost dítěte a neodpovídá jeho vývojovému stadiu:
 - dítěti se nedaří pozorně se soustředit na podrobnosti, dělá chyby z nepozornosti ve škole či při práci,
 - neudrží pozornost při plnění úkolů, hraní si,
 - neposlouchá, co se mu říká,
 - nedokáže postupovat dle pokynů nebo dokončit školní či domácí práce
 - není s to uspořádat si úkoly a činnosti,
 - často se vyhýbá úkolům, které vyžadují soustředěné duševní úsilí,
 - často ztrácí věci, jako například školní pomůcky, pera, knížky, hračky nebo nástroje,
 - snadno se dá vyrušit vnějšími podněty,
 - často je při běžných denních činnostech zapomětlivý.

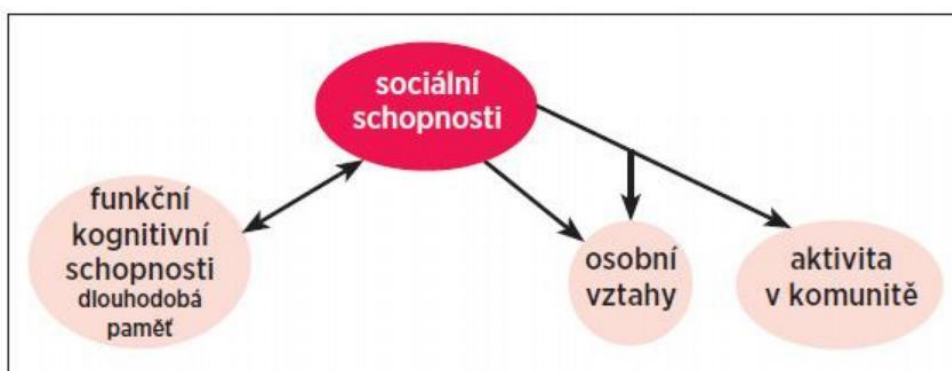
- **Hyperaktivita** – alespoň tři z následujících příznaků hyperaktivity přetrvávají po dobu nejméně šesti měsíců v takové míře, že mají za následek nepřizpůsobivost dítěte a neodpovídají jeho vývojovému stadiu:
 - dítě často bezděčně pohybuje rukama nebo nohama, vrtí se na židli,
 - vstává ze židle v situacích, kdy by mělo sedět,
 - často pobíhá v situacích, kdy je to nevhodné,

- je nadměrně hlučné při hraní, má potíže chovat se tiše při odpočinkových činnostech,
- trvale ukazuje nadměrnou motorickou aktivitu.

➤ **Impulzivita** – alespoň jeden z následujících příznaků impulzivity přetrvává po dobu nejméně šesti měsíců v takové míře, že má za následek nepřizpůsobivost dítěte a neodpovídá jeho vývojovému stadiu:

- často vyhrkne odpověď dřív, než byla dokončena otázka,
- často nevydrží stát, nedokáže počkat, až na ně přijde řada při hře nebo v kolektivu,
- často přerušuje ostatní nebo se jim plete do hovoru, skáče jim do řeči,
- nadměrně mluví. (Michalová, Pešatová, 2015)

Kognitivní dysfunkce u dětí s ADHD souvisí s vývojem kognitivních funkcí, s vývojem motoriky, řeči, orientace v sociální a emoční oblasti. A v souvislosti s hyperkinetickou poruchou je pak narušena školní výkonnost dítěte s ADHD, které ale disponuje běžnou úrovní intelektu. (www.zdravi.e15.cz[online]. 2012)



Obrázek č.1 - Kognitivní dysfunkce u ADHD

4.3 Diagnostika ADHD

Diagnostika žáků v procesu edukace se týká především učitelů, psychologů, speciálních pedagogů, lékařů, rodičů, ale také samotných dětí. Na odborném pracovišti se vychází z rodinné a osobní anamnézy. Při **psychologickém a speciálně pedagogickém vyšetření** dítěte se zaměřují na kognitivní a percepčně-motorické funkce. Posuzují se i jeho schopnosti, emočně sociální a pracovní volní dispozice. Využívanými metodami bývají dotazníky, rozbor portfolia dítěte, ale také cíleně sestavená kritéria. Většina autorů doporučuje používat jako základní součást diagnostiky ADHD psychologický test WISC-III. Zde se popisují příčiny selhání dětí s ADHD v dílčích subtestech:

- Počty – zde jsou nastaveny zvýšené nároky na auditivní pozornost a paměť. Dítě nemá zrakovou oporu. Jeho impulzivita a malá koncentrace pozornosti ovlivní negativně výsledek celého subtestu.
- Vědomosti – výkon dítěte může ovlivnit nesoustředěnost, malá koncentrace pozornosti, opožděný vývoj řeči, labilita dítěte či sociokulturní znevýhodnění.
- Podobnosti – testuje se abstraktní myšlení, integrace a tvoření pojmů. Děti s ADHD mají nižší výkon z důvodů zhoršené koncentrace pozornosti.
- Hledání symbolů – nedostatky souvisí s narušenou vizuo-motorickou koordinací, pracovním tempem, oslabenou vytrvalostí, nesoustředěností, neklidem.
- Bludiště – selhání v tomto subtestu může určovat nejen projevy ADHD, ale i další organické obtíže.
- Kostky – subtest ukazuje míru obecné inteligence a analyticko-syntetických procesů.
- Skládanky – soustřeďují se na vizuo-motorickou koordinaci, dále pak na schopnost plánovité a systematické činnosti.
- Řazení obrázků – zachycuje úroveň neverbálního uvažování. Výkon je snížen nižší úrovní rozumových schopností, poruchou zrakové percepce, pozornosti a malou sociální zralostí.

- Doplnění obrázků – výkon zde ovlivňuje nízká koncentrace pozornosti a porucha zrakové percepce.
- Kódování – ukazuje nám úroveň vizuo-motorické koordinace, psychomotorického tempa, koncentrace pozornosti a krátkodobé paměti.
- Slovník – nároky jsou kladeny na jazykové schopnosti, dovednosti a myšlenkové operace.
- Opakování čísel – je jedna z nejobtížnějších zkoušek, souvisí s nízkou pozorností, rychlou únavou, impulzivitou.
- Porozumění – soustředí se na sociální úsudek a na schopnost řešit běžné sociální situace. (Michalová, Pešátová, 2015)

Pro srovnání chování dítěte s ADHD v prostředí školy a rodiny lze uplatnit metodu BRIEF (Behavior Rating Inventory of Executive Function), která je určená pro rodiče a učitele dětí s ADHD věkového rozpětí (5-18 let). Posuzuje exekutivní funkce chování dětí. Každá verze dotazníku pro rodiče a učitele zahrnuje 86 položek v 8 škálách, které hodnotí různé aspekty exekutivních funkcí, zejména pracovní paměť, inhibici, kontrolu chování, organizaci pomůcek, plánování a organizaci, přesun pozornosti, emoční kontrolu, iniciativu, osobní funkci kontroly. Na základě analýzy výsledků ve výše uvedených oblastech lze stanovit:

- Index regulace chování (dále jen BRI), vztahuje se k problému hyperaktivity a impulsivity. Reprezentuje schopnost dítěte přesunout pozornost, modulovat emoce a chování prostřednictvím vhodné inhibice. Skládá se ze škál Inhibice, Přesun pozornosti a Emoční kontroly.
- Index metakognice (dále jen MI), který reprezentuje schopnost dítěte zahájit, plánovat, organizovat a udržet v pracovní paměti.
- Globální exekutivní kompozit (dále jen GEC), který je celkovým skórem, protože zahrnuje všech osm klinických škál. (Michalová, Pešátová, 2015)

Součástí vyšetření je i podrobný rozhovor s rodiči o vývoji jejich dítěte a způsobu výchovy.

V případě nutnosti bývá rodičům doporučeno **neurologické vyšetření** se zhotovením elektroencefalografu (EEG). Rozbor EEG vyšetření může pochytit přítomnost nežádoucích pomalých frekvencí mozku i dílčí symptomy epileptické aktivity, která bývá u dětí s ADHD poměrně častá. (Michalová, Pešatová,2015)

Diagnózu by měl vždy stanovit dětský psychiatr a psycholog. Na následné péči se pak podílí speciální pedagog, etoped a terapeut. Ideální je, když se podaří děti s ADHD diagnostikovat v prvních měsících školní docházky, kdy se začínají odlišovat od svých vrstevníků. (Michalová, 2011)

4.4 Intervence, terapie a léčba ADHD

Terapeutickou pomoc poskytují pedagogicko-psychologické poradny, střediska výchovné péče, psychologové, ambulantní kliniky či psychiatrické léčebny. Terapie dětí s ADHD by měla zahrnovat nefarmakologickou i farmakologickou intervenci. Ve **farmakologické léčbě** je více možností. V ČR jsou využívány dvě látky a těmi jsou stimulant methylfenidát a nestimulační preparát atomoxetin, ale někteří lékaři mohou předepisovat též homeopatika. Methylfenidát (neboli Ritalin) patří mezi stimulantia, která zlepšují kvalitu pozornosti, krátkodobou paměť a celkový proces učení. Zároveň zlepšují nepozornost a těkavost a zvyšují výkonnost. Atomoxetin (neboli Strattera) zvyšuje množství noradrenalinu v mozku, čímž zvyšuje pozornost a snižuje impulzivitu a nadměrnou aktivitu. Dávkování těchto medikamentů je velice individuální (více viz rozhovor s dětským psychiatrem v praktické části práce). Je prokázáno, že úspěšnost pomocí léčby medikamenty je 70 - 90 %. (Paclt a kol., 2007)

Z nefarmakologických intervencí je pro malé děti účinný především **rodičovský trénink**, kdy se rodič musí naučit jak zacházet s jejich dítětem a jak mají oni sami vhodně reagovat a chovat se. Předjde se tím zbytečným konfliktům a naučí se úspěšně zvládat běžný denní režim. Důležité je také informování školy a zvolení vhodného vzdělávacího programu. U adolescentů je důležitá důkladná edukace, poradenství s plánováním času, sebeovládáním, pomoc při problémech a poradenství pro rodiče. (Michalová, Pešatová,2015)

V terapii dětí s ADHD lze použít nácvik podle vzoru, kdy terapeut předvádí a dítě po něm opakuje. Jiné terapeutické programy ukazují na to, aby se děti učily

samostatně rozpoznat signály, že mají „zabrzdit“ a nějakým způsobem prodloužit interval mezi podnětem a vlastní reakcí. V programech terapeuti učí děti, aby samy sobě opakovaly určité pokyny – např. „Zůstaň! Dívej se!“ Tyto instrukce slouží dítěti jako vodítko, aby se uchýlilo k řešení problému. U impulzivních dětí jsou vhodné různé **typy sebeinstrukcí** zaměřené na:

- zvládnutí chyb a neúspěchů,
- výroky, kterými se dokážou sebeocení,
- udržení soustředěné pozornosti,
- určení si vhodného postupu,
- umění si určit problém. (Michalová, Pešatová,2015)

Terapie ADHD se dá provádět také pomocí **kognitivně behaviorální terapie**, která se zaměřuje na zjevné chování a snaží se ho upravit pro klienta žádoucím směrem a zároveň pracuje s myšlenkami a postoji jedince. Nemá za cíl poruchu vyléčit, ale snaží se řešit jednotlivé problémy (např. sedět v hodině bez vykřikování). (Drtílková, Šerý et al., 2007)

Další nestandardní terapeutickou metodou je **terapie příčin neurologické dysfunkce** spočívající v provádění cviků, které nutí mozek znovu zopakovat vývojovou fázi raného dětství, kdy došlo k narušení vývoje reflexů. Pravidelným cvičením dochází ke stimulaci CNS a tím k harmonizaci neurologické komunikace mezi CNS a tělem dítěte s ADHD. (www.adehade.cz [online]. 2009)

Je možné využít i **metodu EEG biofeedback**, neboli biologické zpětné vazby, kdy dochází k všestrannému zlepšování činnosti mozku a mysli. Provádí se přístrojem, který měří mozkovou činnost a poskytuje dítěti zrakový i sluchový záznam o změně v mozkové činnosti. Dítě se pak snaží mozkovou činnost ovlivnit, tedy uvolnit nebo koncentrovat a tímto mozek zlepšuje svoji výkonnost. Nestandardní metodou je také **eliminační dieta**, kdy se ze stravy dětí vyloučí umělá barviva, přírodní a umělé salicyláty a aromata. Dále se mohou používat **rostlinná léčiva** (Ginkgo biloba), různé **nutriční doplňky** (esenciální mastné kyseliny, zinek, magnezium, vitaminy), **meditace**, **relaxační tréninky**, **vestibulární stimulace**, **zrcadlový feedback** (zrcadlo jako prostředek sebekontroly), **imunoterapie**, **masáže** nebo **antimykotická léčba**. Většina těchto alternativních postupů vychází z hypotetických předpokladů a nejsou oficiálně doporučené jako standardní léčba. (Drtílková, Šerý, 2007)

Nejúčinnější metodou se ukázala být **kombinovaná metoda**, to znamená užívání léků společně s vhodným psychologickým vedením a spoluprací dítěte, rodičů, učitelů, terapeutů a odborného lékaře.

4.5 Vzdělávání dětí s SPU/ADHD, poradenský systém v ČR

V dnešní době již existuje mnoho forem péče o děti s SPU/ADHD. Patří sem školy, pedagogicko-psychologické poradny, různá občanská sdružení, zdravotnická zařízení, psychiatrická oddělení nebo soukromí terapeuti. (Šauerová, Špačková, Nechlebová, 2012)

Všechny **školy** dle vyhlášky č.72/2005 Sb., o poskytování poradenských služeb ve školách a školských poradenských zařízeních, zajišťuje škola v rozsahu odpovídajícím počtu a vzdělávacím potřebám žáků školy poradenské služby. Tyto služby se věnují odborné pomoci při integraci (pozn. školy nemají povinnost integrovat žáky s SPU/ADHD) a vzdělávání žáků se speciálními vzdělávacími potřebami.

Tyto služby zabezpečují výchovní poradci, školní speciální pedagogové či školní psychologové. Nejdůležitější roli však v péči o žáka ve škole hraje učitel, který přistupuje k dítěti individuálně, tedy volí vhodné metodické postupy a pomůcky, způsoby hodnocení a klasifikace práce. Žáci s SPU/ADHD jsou vzděláváni buďto formou individuální integrace v běžné třídě nebo ve speciálních třídách či skupinách pro děti se specifickými poruchami učení či na speciálních školách. Na základě doporučení ze školského poradenského zařízení může být pro dítě vypracovaný individuální vzdělávací plán. (Jucovičová, Žáčková, 2008)

Speciálně pedagogická centra zajišťují speciálně pedagogickou péči a vzdělávání kromě dalším i žákům s SPU/ADHD, dále také poradenství škole a rodičům. (Pokorná, 2001)

Pedagogicko-psychologické poradny patří mezi školská poradenská zařízení a zajišťují diagnostickou, intervenční, informační a metodickou činnost. Zvláště s dětmi s SPU/ADHD poradny provádějí podrobná vyšetření, na jejichž základě sepiší zprávy s doporučením pro školy a rodiče. Škola by následně měla realizovat speciální opatření, speciální péči by dítěti měli poskytovat i rodiče a také dítě dochází na pravidelnou terapii do poradny. (Šauerová, Špačková, Nechlebová, 2012)

Dalším školským zařízením, které poskytuje preventivně výchovnou péči těmto dětem, je **středisko výchovné péče**. Poskytuje vhodnou péči prostřednictvím jednorázové poradenské intervence nebo individuální či skupinovou činností. (Šauerová, Špačková, Nechlebová, 2012)

Dys-centra jsou dobrovolná a nezisková sdružení občanů a právnických osob, která poskytují služby dětem s SPU/ADHD, rodičům, pedagogům a veřejnosti. Vedle reedukace a terapie dětí nabízejí akreditované kurzy, vzdělávací akce, odborné materiály. (Kucharská 2004 in Šauerová, Špačková, Nechlebová, 2012)

Speciální péči poskytují i zdravotnická zařízení, například Centrum pro rodinu a dítě, dětská psychiatrická léčebna Praha 9 nebo Rodinné centrum FN Motol. A právě na těchto pracovištích je důležitým odborníkem **pedopsychiatr**, který se stará o děti se závažnější formou SPU/ADHD v kombinaci s další psychickou poruchou. (Pokorná, 2001)

Děti s SPU/ADHD a jejich rodiče mají možnost využít široké škály **soukromých pedagogických či psychologických poraden.**

Shrnutí

Výskyt dětí s diagnózou ADHD je velice četný, asi 3 krát častěji se vyskytuje u chlapců a to zřejmě z důvodu jejich větší fyzické aktivity. Je důležité včasně vypoza-
rovat příznaky a začít co nejdříve s reeducací, která by zase jako u SPU měla zahrnovat spolupráci všech dospělých, kteří se v okolí dítěte vyskytují, tedy rodičů, učitelů, psychologů a lékařů.

5 Analýza komunikační kompetence a narušená komunikační schopnost u dětí s SPU a ADHD na 1. stupni ZŠ

5.1 Charakteristika výzkumu, stanovení cíle

Vzhledem k četnosti výskytu (viz.kapitola 4.1) dětí s SPU a ADHD v populaci, považuji toto téma za velice aktuální. V současné době jsou děti s touto diagnózou vzdělávání dle rámcových vzdělávacích programů na základních školách buďto formou individuální integrace do běžné třídy, formou skupinové integrace do specializovaných tříd pro děti se specifickými poruchami učení, nebo v případě kombinace s dalšími nevýhodnými faktory formou integrace jako dítěte se speciálními vzdělávacími potřebami. Ať už je zvolena kterákoliv možnost, je důležité, aby dítě mělo zajištěnou individuální péči. A tento RVP ZV klade velký důraz na klíčové kompetence, které jsou důležité pro osobnostní rozvoj jedince. Jednou z těchto klíčových kompetencí je právě kompetence komunikativní.

Cílem této práce je **zjistit informovanost učitelů o problematice a potížích, které SPU a ADHD přinášejí a možnosti jejich intervence.**

Stanovila jsem si 3 výzkumné otázky:

- Jaká jsou specifika komunikace u dětí s SPU či ADHD na 1.stupni ZŠ?
- Jaké jsou postupy intervence u žáků s SPU/ADHD na běžné ZŠ?
- Jaká opatření v oblasti SPU/ADHD učitelé využívají?
- Využívají možnost spolupráce s poradenským zařízením?

5.2 Metody a vzorek výzkumu

Pro provedení výzkumného šetření jsem zvolila formu **kvalitativního výzkumu**. Kvalitativní výzkum zahrnuje různé přístupy ke zkoumání jevů, kdy do popředí vstupuje podrobná analýza dat. (Skutil, 2011)

Metodami výzkumu jsou kazuistiky a rozhovory. Případová studie neboli **kazuistika** je metoda nalézající, dokumentační a ověřovací. Je chápána jako popis jednotlivých případů a může se týkat jedince, skupiny, lidí či instituce. Dle Hendla (2005) jde o detailní studium jednoho nebo více případů. Zvoleným typem případové studie je osobní kazuistika, tedy podrobný výzkum jednoho žáka, kdy se zkoumají příčiny, determinanty, procesy, zkušenosti a faktory, které přispěly k dané události. Pro zvolené téma se mi tato metoda jeví jako nejvhodnější, vzhledem k hloubce zkoumání a množství jednotlivých dat. Výzkum jsem tedy provedla na základě analýzy čtyř kazuistik dětí se SPU či ADHD na 1. stupni základní školy, který jsem doplnila nestrukturovanými rozhovory s jejich učiteli.

Další metodou, kterou jsem pro výzkum zvolila, je **strukturovaný rozhovor**. V rámci strukturovaného rozhovoru se používají předem připravené otázky. Jedná se o dotazník podaný ústně, kdy se pořadí otázek nemění. Významnou výhodou je, že jistá uniformita zajišťuje lepší kompatibilitu získaných dat. (Skutil, 2011)

Tento strukturovaný rozhovor jsem provedla se čtyřmi učiteli ze dvou základních škol.

Poslední metodou, kterou jsem provedla výzkumné šetření je nestrukturovaný nebo také **volný rozhovor**. Tuto formu jsem zvolila pro interview s dětským psychiatrem, od kterého jsem získala zajímavé informace týkající se farmakologické léčby dětí s ADHD.

Vzorkem výzkumu jsou děti se specifickou poruchou učení či ADHD na 1. stupni základní školy, dále pak učitelé těchto dětí.

5.3 Charakteristika místa šetření

Kvalitativní výzkum byl realizován na dvou běžných malotřídních základních školách ve svitavském okrese v období od prosince 2015 do března 2016.

Místo šetření č.1 je malotřídní základní škola prvního stupně, která má 42 žáků v pěti ročnících. Skladba dětí na této škole je velice různorodá, jsou zde děti nadané, děti s běžnými vzdělávacími potřebami, děti se specifickými poruchami učení, ADHD či ze sociálně znevýhodněného prostředí. Celkově je ve škole 24 % dětí se specifickými vzdělávacími potřebami. Je zapojena v programech Ekoškola, Zdravá škola, Přátelská školka, Rodiče vítáni a v projektu Férová škola, zároveň buduje vztahy mezi dětmi, dospělými a rodiči dle tezí Respektovat a být respektován. Mezi principy této školy patří vnitřní motivace, smysluplnost, možnost výběru a přiměřenost, spoluúčast a spolupráce, formativní hodnocení, vztahy bez odměn a trestů, hry bez vítězů a poražených, hodnotové vzdělávání, tolerance odlišností, respektující přístup a podpora samostatnosti a autonomie dětí. Co se oblasti intervence pro žáky s SPU či ADHD týče, tak škola nabízí dětem tzv. úkolníček, což je kroužek, který probíhá každý den a mohou ho navštěvovat všechny děti, které si chtějí udělat úkoly ve škole nebo si dále procvičovat různé oblasti, se kterými mají obtíže. Právě v tomto odpoledním kroužku např. děti s dyslexií cvičí čtení s okénkem, apod. Kromě učitelů a vychovatelky zde působí i jedna osobní asistentka a dva pedagogičtí asistenti. Škola se snaží realizovat inkluzivní vzdělávání, které stojí na čtyřech pilířích:

- vzdělávání pedagogů,
- individuální vzdělávání a hodnocení dětí,
- spolupráce s rodiči,
- školní projekty a aktivity.

Místem šetření č.2 je malotřídní základní škola s 38 žáky v pěti ročnících. Jedná se o běžnou školu prvního stupně. V současné době jsou na škole pouze dva žáci se specifickou poruchou učení či ADHD. Výuka zde probíhá dle ŠVP "Škola pro život". Škola je zapojena do projektů Objevujeme svět a preventivního programu "Veselé zoubky". Má vypracovaný tzv. Minimální preventivní program pro sociálně patologické jevy a Program prevence šikany. Na škole působí běžní pedagogičtí a nepedagogičtí pracovníci.

5.4 Vlastní šetření

Kazuistika č.1

Filip, 10 let

Filip je žákem 3. ročníku běžné základní školy. Na základě doporučení z pedagogicko-psychologické poradny (dále jen PPP) mu byl udělen odklad školní docházky.

Osobní anamnéza

Těhotenství proběhlo bez komplikací, porod byl císařským řezem, nebyl kříšen. Filipův psychosomatický vývoj je v normě. Je zdravý a dlouhodobě neužívá žádné léky. Asi v 5 letech prodělal slabý otřes mozku následkem pádu a byl hospitalizovaný.

Rodinná anamnéza

Filip vyrůstá v neúplné rodině, rodiče jsou rozvedeni, žije pouze s matkou. Hodně času tráví se svým dědečkem. Má mladšího sourozence.

Zpráva z vyšetření: (pozn. vždy jsou doslovně přepsané)

Pro vyšetření z pedagogicko-psychologické poradny bylo užito metody pozorování, rozhovoru a metody WISC-III.

Motorika

Filip je motoricky obratný. Somaticky odpovídá věku.

Čtení, psaní

Čte úměrně svému věku, textu rozumí. Psaní je pomalé s občasnou záměnou písmen.

Řečový projev

Vadná artikulace „r“.

Pravolevá a prostorová orientace

Pravou a levou stranu na sobě určuje bez problémů, na druhé osobě potřebuje pomoci.

Zraková percepce

Zraková percepce v normě.

Sociální vztahy a komunikace

Komunikace na celkem dobré úrovni. Filip má velice pozitivní vztah s matkou a pečovatelský vztah vůči sestře.

Sluchová percepce

Mírné problémy ve sluchové syntéze hlásek.

Závěr

Hyperkinetický syndrom s dominující poruchou pozornosti s mírnou hyperaktivitou. Aktuální intelektová úroveň ve verbální i neverbální složce odpovídá lepšímu průměru, mírně zvýšená úzkostnost. Pro hyperaktivitu může mít problémy s přijetím v kolektivu spolužáků - proto se potřebuje více prosazovat. Jinak se jeví s ohledem na fyzický věk sociálně zralý.

Rozhovor s matkou

Podle matky Filipa škola nebaví, nejhorší je psaní, se kterým má stále potíže. U psaní nebo čtení se zakouká a zapomene, co měl dělat. Zapomíná písmenka a někdy je píše špatně. Od malička je hodně živý. Moc kamarádů nemá, protože se neustále snaží, aby bylo vše podle něj. A poté začínají konflikty - v konfliktu se rozčiluje, někdy s něčím bouchne, nebo se zavře v pokojíčku a rozbřečí se. Filip se hodně bojí tmy, proto s ním při usínání musí někdo být a musí mít rozsvícené světlo. Neustále se mu musí říkat, co má dělat a musí se pořád kontrolovat.

Rozhovor s třídní učitelkou

Filipův školní výkon je negativně ovlivněn zejména problémem s koncentrací a udržením pozornosti. Vlivem těchto faktorů tak kolísá jeho výkon. Kvůli snadno rozptýlené pozornosti mívá problémy se zvládnutím zadaných úkolů ve stanoveném čase. Často se někam zakouká a pak nestíhá zadanou práci. Občas vynechává písmena ve slovech nebo napíše nesprávná. Při psaní diktátů či jiných úloh má Filip více času jak na napsání, tak na vlastní kontrolu napsaného textu. Ve třídě působí spíše samotářsky, vystačí si sám se sebou, kamarády moc nevyhledává. Často na něj však mluví jeho spolužák, chce si s Filipem hrát, ale on se pak rozčiluje, že si chtěl hrát jinak. Neumí přistoupit na kompromis či dohodnout se. To se potom vzteká, ječí a pláče. Poměrně rychle se pak ale uklidní. Zřejmě z toho důvodu ve třídě nemá moc kamarádů.

Kazuistika č.2

Vanda, 12 let

Vanda má diagnostikovanou lehkou mentální retardaci a ADHD. Navštěvuje jako integrovaná žákyně 5. třídu běžné základní školy, kde se vzdělává podle individuálního vzdělávacího plánu. Má k dispozici asistenta pedagoga, se kterým tráví během vyučování prakticky veškerý čas. Ve škole je spokojená, učivo zvládá.

Rodinná anamnéza

Vanda žije v náhradní rodině, kde mají dvě vlastní děti a dvě děti v pěstounské péči. Vyrůstá zde už od 3 let věku.

Osobní anamnéza

Vanda se narodila v 7. měsíci těhotenství a vážila pouhých 950g, byla tedy nějakou dobu v inkubátoru. Její matka se o ni nemohla starat, tak Vanda žila do 3 let v kojeneckém ústavu. Trpí epilepsií, na kterou užívá léky.

Zpráva z vyšetření:

Pro vyšetření z pedagogicko-psychologické poradny bylo užito metody pozorování, rozhovoru a baterie zkoušek kognitivních a motorických dovedností.

Motorika

Vanda je velice temperamentní a živé děvče. Je obratná a šikovná. V oblasti jemné motoriky zvládá podle předlohy složit papír, navléknout drobné korálky.

Grafomotorika a kresba

Kresba postavy je jednodušší, bez detailů. V Matějčkově testu obkreslování (test dává informace o motorice a zrakové percepci a o souhře zrakového vnímání a jemné motoriky ruky) dosáhla lehce podprůměrného výsledku. Po upozornění má úchop tužky správný, píše pravou rukou, tlak na tužku je zbytečně silný.

Čtení, psaní

Vanda přečetla jednotlivá písmena, slabiky i jednoduchá slova. Čtenému textu rozumí. Správně určí první a poslední hlásku ve slově, vytleská počet slabik. Zvládá jednoslabičná slova analyzovat na hlásky. V oblasti psaní má problémy s psaním psacího písma. Podle diktátu nechtěla psát slova psacím písmem, říkala, že to nezvládne, ale hůlková písmena napsala téměř bez problémů. U některých písmen měla problém umístit je správně na řádek.

Řečový projev

Vanda má lehkou artikulační neobratnost, výrazné sykavky.

Početní představy, prostorová orientace

Vanda bez problémů napíše číslice v oboru do 10 podle diktátu. V číselné řadě do 10 se dobře orientuje, správně přiřadí číslici k danému počtu prvků, určí správně větší či menší počet prvků. Orientuje se v základních geometrických tvarech, vybere požadovaný tvar na slovní pokyn, pojmenuje tvary. Poznává základní geometrické tvary hmatem, bez použití zraku. Bez problémů se orientuje v pojmech před, za, pod, nad. Zvládá i pravolevou orientaci na vlastním těle i na druhé osobě.

Komunikace

Vanda je velice upovídaná, ráda vypraví různé zážitky. Jinak je řeč srozumitelná, na otázky odpovídá spontánně a pohotově. Zná základní informace o sobě, o své rodině (jména, adresu..). Slovní zásoba je však chudší. Při popisu obrázku tvořila jednodušší věty.

Orientace v čase

Orientuje se ve dnech v týdnu, správně je vyjmenuje, dobře zvládá i pojmy včera, dnes, zítra. Problémy jí dělá orientace v ročních obdobích. Roční období vyjmenovala s dopomocí a pomoc potřebovala rovněž při přiřazení správných činností k jednotlivým obdobím.

Zraková percepce

Rozliší tvar na pozadí. Zvládá složit obrázek ze čtyř částí, při skládání obrázků z šesti částí potřebuje pomoci. Správně rozlišuje a pojmenovává barvy a jejich odstíny. Odliší obrázek v řadě lišící se detailem, vyhledá dva shodné obrázky v řadě, odliší shodné a neshodné dvojice lišící se vertikální polohou.

Sociální chování, hra

Vanda má při prvním navazování kontaktů s novými spolužáky či lidmi problém, protože se stydí. Po nějaké době se stane velice otevřenou. Ráda si hraje s autíčky, sportuje. Při hře často využívá hraní rolí na někoho jiného.

Rozhovor s matkou

Vanda je živější povahy, u všech činností vydrží jen krátkodobě, je snadno unavitelná. Postupně se zlepšuje její schopnost soustředění, avšak problémy v této oblasti přetrvávají i nadále. Potřebuje však dohled a vedení a má problém dodržovat denní režim.

Rozhovor s třídní učitelkou

Vanda je integrovaná v 5. třídě běžné základní školy, kde je vzdělávaná dle individuálního vzdělávacího plánu. Má k dispozici osobní asistentku, na kterou je hodně fixovaná a vyžaduje s ní trávit opravdu téměř veškerý čas strávený ve škole. Vyučování funguje většinou tak, že asistentka dá Vandě na výběr z témat a činností, která mají daný den probrat. Vanda si většinou dlouho vybírá, protože je nerozhodná. Obecně ji však nejvíce baví přírodověda a náboženství. Vanda je velice náladová a umíněná, takže někdy je velice těžké ji přimět k práci. Když se to povede, tak ji po krátké chvíli činnost přestane bavit. Často bývá hodně unavená. V třídním kolektivu je neutrální, moc se nekamarádí s ostatními dětmi, raději vyhledává dospělé, anebo o hodně mladší spolužáky, o které může pečovat. Absolutně nemá ráda změny. Když do školy přijde na návštěvu někdo nový, tak je velice stydlivá a hodně dlouho jí trvá, než se zadaptuje. Většinou se někde po třídě schovává a není možné ji přimět k upnutí pozornosti na cokoli. Po nějaké době, cca po půlce dne si na nově příchozího zvykne a zase má tendence se na něj upnout. Potom mu chce všechno rychle vyprávět a stává se, že slova komolí.

Kazuistika č.3

Adélka, 10 let

Adélka je žákyní 3. ročníku běžné základní školy. Byla jí diagnostikována specifická porucha učení dyslexie, která se promítá i do písma.

Osobní anamnéza

Adélka se narodila v termínu jako zdravé dítě. Žádnou nemocí netrpí, léky neužívá.

Rodinná anamnéza

Adélka pochází z úplné rodiny, má dva sourozence.

Zpráva z vyšetření:

Pro vyšetření z pedagogicko-psychologické poradny bylo užito metody pozorování, rozhovoru a baterie zkoušek kognitivních a motorických dovedností.

Jemná motorika

V jemné koordinaci pohybů je Adélka obratná.

Čtení, psaní

Čtenářské dovednosti Adélky se pohybují pod hranicí sociální únosnosti, čte velmi pomalu, po slovech i po slabikách, s chybami. Čtení je méně plynulé. Porozumění čtenému textu je útržkovité, velmi nepřesné. Rozdíl mezi čtenářským a intelektovým kvocientem je diagnosticky významný - úroveň čtení neodpovídá intelektovým předpokladům děvčete. Pomalé čtení s chybami se přemítá i do přepisu, objevují se záměny písmen, nedodržování kvantity písmen, chyby v diakritice, apod. Obdobné chyby zaznamenány i v diktátu, kde se kromě toho občas objevují a spodoby měkčení a sykavek. Přepis spadá do pásma defektu, diktát je podprůměrný. V dílčích zkouškách se Adélce nejlépe daří ve sluchové analýze a syntéze slov.

Řečový projev

V oblasti artikulace se Adélka jeví jako méně obratná, má diagnostikovaný rotacismus. Doporučeno pokračovat dále v návštěvách klinického logopeda.

Krátkodobá prostorová paměť

V této oblasti Adélka spadá do normy.

Pravolevá a prostorová orientace

Jeví se jako mírně oslabené.

Lateralita

Lateralita je neurčitá, dominuje pravá ruka, oko je však nevyhraněné.

Zraková percepce a vizuomotorika

Zraková percepce je mírně oslabená, velice slabý výkon je v krátkodobé zrakové paměti. Vizuomotorika je v normě.

Oční pohyby

Kvalita očních pohybů je v normě.

Sluchová orientace

Jeví se jako mírně oslabená.

Rozhovor s matkou

V PPP je Adélka vedena od roku 2013, kdy byl doporučen odklad školní docházky. Do základní školy však nastoupila souhlasně s věkem na doporučení klinické logopedky, v jejíž péči je dosud. Doma Adélka spolu s maminkou denně procvičuje čtení s porozuměním, které spočívá v tom, že se maminka často ptá na dějové souvislosti, na to, o čem text je a jak se jí líbí. Čtou opravdu každý den, ale pouze krátké texty, články v oblíbených dětských časopisech a pohádky. Někdy se s maminkou ve čtení střídají, to zejména v případě, že se jedná o delší text. Také se seznamují s různými jazykolamy a obtížnými slovy.

Rozhovor s třídní učitelkou

Adélka je velice snaživá žákyně. Na konci prvního ročníku byla vyšetřena pro potíže v českém jazyce, specifická porucha učení zatím diagnostikována nebyla. Později jí však byla diagnostikována dyslexie s problémy také ve psaní. Nyní v písmu stále ještě chybuje, výslovnost se postupně upravuje. Na vysvědčení byla hodnocena v pololetí dvojkou z českého jazyka, v ostatních předmětech měla jedničky.

Vzhledem k diagnostikované specifické poruše učení dyslexii je Adélce umožněno zadávat kratší opisy, přepisy a doplňovací cvičení. V diktátech má více času jak na napsání, tak i na kontrolu. V případě, že se jí nepovede písemná práce, má možnost opravit si známku ústním přezkoušením. Adélka je hodnocena slovně ve všech předmětech. Adélka ve škole navštěvuje nápravný kroužek, který se zaměřuje na rozvoj čtení a percepčních funkcí (rozlišování slabik di-dy, ti-ty, ni-ny, rozlišování foneticky podobných slov, rozvíjení sluchové analýzy a syntézy slov, zrakové rozlišování, prostorové a pravolevé orientace a sluchové paměti). Například skládá rozstříhaný text, podtrhuje v něm různá slova dle zadání. Trénuje cvičení na psaní i/y po tvrdých a měkkých souhláskách. Pracuje také s tvrdou a měkkou kostkou, s kartičkami se slabikami, apod. Zároveň si zde trénuje i pravolevou a prostorovou orientaci zejména skládáním stavebnice, mozaiky a puzzle.

Zpočátku byla Adélka stydlivá, zřejmě z vědomí si své odlišnosti v oblasti komunikace, vzhledem k její horší artikulaci a náročnějšímu vyjadřování. Proto vyloženě nevyhledávala situace, kdy by si měla s někým konverzovat. Například o přestávkách raději zůstala sedět v lavici a jedla svačinu a na spolužáky moc nereagovala. V současné době je její třídní postavení na dobré úrovni, už nemá problém se zahajováním rozhovoru, alespoň v naší škole, kde se se všemi zná.

Kazuistika č.4

Marek, 9 let

Marek je integrován formou individuální integrace do 3. třídy běžné základní školy. Rád hraje hry na počítači a chodí na judo.

Osobní anamnéza

Těhotenství bylo rizikové, po porodu byl Marek měsíc v inkubátoru.

Rodinná anamnéza

Marek pochází z úplné rodiny, má staršího bratra. V rodině se specifické poruchy učení vyskytují právě u staršího bratra, který trpí dyslexií. Při osobním kontaktu je u matky patrný snížený jazykový cit. Marek užívá podpůrnou medikaci k ADHD.

Zpráva z vyšetření:

Pro vyšetření z pedagogicko-psychologické poradny bylo užito metody pozorování, rozhovoru a specifické zkoušky T-239.

Motorika

Marek je motoricky velice neobratný v součinnosti prstů rukou.

Čtení, psaní

Marek se snaží o skládání slabik a následně i slov, ale jde mu to s velkými obtížemi, působí, jako by slova luštil. Čtení je nerytmické, vynechává slova, domýšlí si je. V psacím projevu má také značné nedostatky. Písmo je zvětšené a vizuomotoricky neobratné. Má také obtíže s vybavováním si tvarů některých grafémů. Při psaní nemá oporu ve vlastním čtení, chybí mu psací rytmus. Často také vynechává diakritická znamínka. Často zaměňuje písmena, zejména r - z a s - z.

Řečový projev

Artikulační neobratnost u delších a těžších slov. Vibrantu "r" nahrazuje hláskou "l".

Pravolevá a prostorová orientace

V pravolevé orientaci na vlastní osobě je Marek na dobré úrovni, zvládá pojmenování s jistotou. Na druhé osobě to není tak jisté, ale po krátkém zaváhání se trefí.

Zraková percepce

Krátkodobá zraková paměť je velice oslabená.

Sluchové rozlišování

Analýza slov je středně oslabená vynechávkami a kinetickými změnami. Syntéza slov se daří dobře, obtíže se vyskytují jen u delších slov.

Závěr

Marek má značné výukové obtíže, které jsou zapříčiněné kombinací vývojové nezralosti CNS a syndromem poruchy pozornosti a soustředivosti (ADHD bez agresivity) a těžké specifické vývojové poruchy učení v oblasti základních školních dovedností. Vyskytuje se u něj dyslexie vizuomotorická a integrativní a vizuomotorická a audiomotorická dysortografie.

Rozhovor s matkou

Markova matka ví, že je nutné, aby čtení a psaní pravidelně procvičoval, ale nemá na něj tolik času. Každý den má ale Marek nějakou pohybovou aktivitu na uvolnění a odpočinek. Také často hrají různé hry na rozvoj vizuální paměti a jemné motoriky, jako je pexeso, puzzle, karty a různé skládačky.

Rozhovor s třídní učitelkou

Marek je opravdu velice živý žák. Je pro něj problém uchovat informace v paměti, proto když ho něco napadne, hned to řekne. A to se projevuje jak při vyučování, tak při vzájemné komunikaci. Má problém s udržení myšlenek v hlavě a hodně často skáče do řeči. Jeho postavení ve třídě je dobré, když má dobrý den, tak je i poměrně oblíbený. Na druhou stranu často v hodinách vyrušuje a tím zase znechucuje a obtěžuje spolužáky. Celkově je však jeho chování umírněnější než na začátku školní docházky. Markovi byl vytvořen individuální vzdělávací plán k posílení kompetencí ve čtení a psaní a je hodnocen slovně. Při zadávání úkolů je důležitý oční kontakt Marek - dospělý a ověření, že zadaný úkol pochopil. Ve škole mu jsou zadávány jasné a krátkodobé cíle a každý krok, kterého dosáhne se pozitivně hodnotí. Marek také navštěvuje každodenní odpolední kroužek, kde se procvičuje ve čtení textů určených pro děti s obtížemi ve čtení. V tomto kroužku trénuje i psaní, aby písmo bylo menší a vedeno jedním tahem.

Shrnutí kazuistik:

Z výše uvedených informací kazuistik dětí, které jsem pro účely této práce zkoumala, mohu vyhodnotit následující údaje. Celkem tři ze čtyř zkoumaných dětí trpí syndromem ADHD a jeden z nich v kombinaci s diagnostikovanou specifickou poruchou učení. Ostatní specifickou poruchu přímo diagnostikovanou nemají, objevují se u nich však obtíže buďto v oblasti psaní či čtení. V jednom případě se ADHD projevuje spolu s lehkou mentální retardací. Ze všech kazuistik je zřejmé, že děti mají přidružené problémy v řečovém projevu (artikulační neobratnost, problémy s vibrantom "r") a v komunikaci (malá slovní zásoba, nerespektování pravidel komunikace, nezájem o komunikaci). Z mého výzkumného šetření všech zkoumaných případů lze vyvodit závěr, že jak specifická porucha učení, tak ADHD se nevyskytují samostatně, ale v kombinaci s dalšími obtížemi. Toto lze potvrdit na základě následujícího:

- **kazuistika č.1** - ADHD v kombinaci s rotacismem,
- **kazuistika č.2** - ADHD v kombinaci s lehkou mentální retardací a artikulační neobratností,
- **kazuistika č.3** - specifická porucha učení dyslexie a dysgrafie v kombinaci s poruchou řečové komunikace - rotacismem,
- **kazuistika č.4** - ADHD v kombinaci s dyslexií, dysortografií a rotacismem.

Výše uvedené konkrétní poruchy a jejich vzájemné kombinace lze porovnat s Szatmari a kol. (1989b in Paclt, 2007), který tvrdí, že 44 % dětí s ADHD trpí nejméně jednou další poruchou, 32 % trpí dvěma dalšími poruchami a 11 % třemi a více. Konkrétně specifické poruchy učení v kombinaci s ADHD se objevují u 24-70 % dětí, z nichž 15-30 % je dyslexie. Na základě mého výzkumného šetření lze vyvodit závěr, že ADHD či SPU se vyskytují ve 100 % kombinaci s další poruchou. V 75 % se jedná o rotacismus, ve 25 % se vyskytuje ADHD v kombinaci s SPU.

5.5 Rozhovory s pedagogy

Za účelem zjištění cíle práce, kterým je zjistit informovanost učitelů o problematice a potížích, které SPU a ADHD přinášejí a možnosti jejich intervence, jsem provedla strukturovaný rozhovor s pedagogy z 1. stupně základních škol. Rozhovory jsou celkem čtyři, kdy první dva jsou s učitelkami ze základní školy viz místo šetření č.1 a další dva z místa šetření č.2.

Respondent č.1 je paní učitelka ze základní školy - místo šetření č.1. Je třídní učitelkou 4. a 5. třídy a jejími předměty jsou český jazyk, matematika, anglický jazyk, vlastivěda a přírodověda.

Respondent č.2 je paní učitelka ze základní školy - místo šetření č.1, která zde učí výtvarnou výchovu, anglický jazyk, pracovní činnosti a etickou výchovu v 1., 3., 4. a 5. třídě.

Respondentem č.3 je paní třídní učitelka 2. a 3. ročníku na základní škole - místo šetření č.2. Vyučuje zde český jazyk, matematiku, tělesnou výchovu a výtvarnou výchovu.

Respondent č.4 je paní učitelka, která učí spojený 4. a 5. ročník na základní škole - místo šetření č.2. Jejími hlavními vyučujícími předměty jsou český jazyk, matematika a tělesná výchova.

Otázka č.1

➤ Jaká je délka Vaší pedagogické praxe?

1) „*Jsem v praxi na základní škole 13 let.*“

2) „*Ve škole pracuji 4 roky.*“

3) „*3 roky.*“

4) „*V praxi jsem už 32 let.*“

Otázka č.2

- Máte přehled o tom, zda jsou ve třídách, ve kterých působíte, žáci se specifickou poruchou učení/ADHD?

1) *„Jistě, vím přesně, kteří žáci mají stanovenou jakou diagnózu. Se specifickou poruchou učení mám ve třídě dva žáky. Jedna dívka má diagnostikovanou dyslexii a chlapec dysgrafii s ADHD.“*

2) *„Ano mám, zejména ze školní dokumentace, kterou máme založenou.“*

3) *„Ano, vím to.“*

4) *„Samozřejmě, že přehled mám.“*

Otázka č.3

- Jak nejčastěji získáte informace o specifické poruše učení/syndromu ADHD u dítěte?

1) *„Tak buďto jde o žáka, který měl doporučený odklad školní docházky a ve zprávě z PPP už bylo stanovené nějaké podezření, takže jsem tomu věnovala pozornost hned od nástupu dítěte do mé třídy. Jinak si samozřejmě určitých znaků všímám v průběhu vyučování. Když k nám třeba nějaké dítě přešlo z jiné školy, znám jeho zprávy z vyšetření z PPP. Tyto zprávy máme i uložené ve škole. Jinak některé informace nám zase poskytují rodiče. Ale často se také stává, že rodiče diagnózu dítěte odmítají. O to pak ta reedukace bývá těžší.“*

2) *„Nejčastěji od rodičů nebo z pedagogicko-psychologické poradny. Škola si tu zprávu z PPP může vyžádat kvůli dalším postupům práce s jejich dítětem. Nejprve musí dát doporučení rodičům, ti jdou k dětskému lékaři, který jim dá doporučení do poradny. Apeluje se hodně dopředu, protože zpravidla je dlouhá čekací doba.“*

3) *„V první řadě asi od rodičů, jinak máme k nahlédnutí dokumentaci žáka.“*

4) „V první řadě od rodičů. Někdy se stává, že podezření na nějaký problém mám já sama, tak to s rodiči prokonzultuji a navrhnu jim návštěvu speciálního zařízení.“

Otázka č.4

- Kolik žáků se specifickou poruchou učení/ADHD je ve Vaší třídě? Navštěvují logopedickou ambulanci?

1) „Jak jsem říkala, ve třídě mám žákyni s dyslexií, potom žáka s dysgrafií spolu s ADHD. U jednoho chlapce máme podezření na přítomnost ADHD, je výbušný, má agresivní záchvaty, ale to je zrovna ten případ, kdy matka diagnózu nechce přijmout. Vím, že logopedii navštěvuje dívka s dyslexií, protože zároveň trpí rotacismem. Ostatní tuším na logopedii nedocházejí.“

2) „Se specifickou poruchou učení celkem 7 dětí a z toho jich má 5 ještě ADHD, ale všichni nechodí do stejného ročníku. Na logopedii vím, že chodí dva z nich.“

3) „Aktuálně mám ve třídě jednoho žáka s dyslexií. Ale v minulých letech jsem učila ve třídě, kde byl žák s poruchou pozornosti a hyperaktivitou.“

4) „Ve třídě teď mám jednoho žáka s diagnózou ADHD, který má současně diagnostikovanou i dysgrafií. Tuším, že logopedickou ambulanci navštěvuje.“

Otázka č.5

- Poskytuje Vaše škola účast na seminářích nebo kurzech zabývajících se problematikou specifických poruch učení/syndromu ADHD?

1) „Ano, poskytuje. Byla jsem na kurzu týkajícího se etopédie, konkrétně chování žáků s ADHD a jak s nimi jednat. Také jsem absolvovala kurz sebeovládání.“

2) „Ano, škola nám poskytuje všeobecné kurzy logopedické prevence, pak jsem byla na kurzu Respektovat a být respektován a na semináři o sociálních rolích dětí.“

3) „Ano, absolvovala jsem několik seminářů k projektu Interes, kde jsme se učili používat tablety, interaktivní tabuli a ostatní techniku k vyučování, což hodně využíváme. Dále jsem absolvovala kurz "Práce s dítětem se specificky narušeným vývojem řeči" a "Pozitivní komunikace".“

4) „Tak hodně informací jsem získala samostudiem tohoto tématu. Naše škola samozřejmě poskytuje kurzy a semináře s různou tematikou. Co se specifických poruch učení týče, tak jsem absolvovala kurz "Signály SPU na počátku školní docházky" nebo třeba seminář "Veselé kolektivní logopedické chvílky". V rámci projektu Interes jsem se zúčastnila semináře "Co máme" a "Co chceme", kde jsme se učili pracovat s dotykovými zařízeními, což se zrovna pro výuku dětí se specifickými potřebami hodí.“

Otázka č.6

- S jakými odborníky spolupracujete v rámci péče o žáky se specifickou poruchou učení/ADHD na Vaší škole?

1) „Nejvíce spolupracuji se školním psychologem a s pracovníky s PPP a SPC.“

2) „Spolupracujeme hlavně s paní psycholožkou z ligy lidských práv a se speciální pedagožkou ze speciálně-pedagogického centra.“

3) „Nejvíce s psychologem a speciálním pedagogem z pedagogicko-psychologické poradny.“

4) „Se speciálním pedagogem a taky s psychologem ze speciálně-pedagogického centra.“

Otázka č.7

- Myslíte si, že žáci se specifickou poruchou učení/ADHD mají problémy při komunikaci s ostatními spolužáky?

1) *„Konkrétně u mě ve třídě si myslím, že měla ze začátku problém žákyně s dyslexií, právě proto, že "neumí říkat" "r" a "ř", tak se ze začátku podle mě komunikaci s ostatními dětmi vyhýbala. Ze začátku jsem i zaznamenala nějaký ten posměch od ostatních dětí. Ale to jsme si brzy vysvětlili a teď už je to v pořádku. Možná i jeden z chlapců s ADHD moc komunikativní není, spíše se straní dětem, ale je to spíš z toho důvodu, že je samotář.“*

2) *„Ano, to mají.“*

3) *„Myslím, že děti s ADHD ano, podle mě mají horší schopnost navazovat konverzaci, na druhé straně třeba nechat ostatní domluvit, projevit vlastní názor a akceptovat ho.“*

4) *„Ve většině případů ano.“*

Otázka č.8

- Domníváte se, že komunikační problémy mohou negativně ovlivnit začlenění žáka se specifickou poruchou učení či ADHD do třídního kolektivu?

1) *„Myslím si, že negativní vliv na začlenění mít mohou, ale na naší škole se snažíme takovýmto situacím předcházet, snažíme se být inkluzivní školou.“*

2) *„Můžou, ale spíš na běžné základní škole, zejména velké.“*

3) *„Myslím, že mohou, z vlastní praxe bych řekla, že ten proces trvá trochu déle, než u ostatních dětí.“*

4) „To mohou, zejména pokud je to dítě narušitelem v té třídě, neustále na sebe upozorňuje, tak se s ním děti nemusejí chtít bavit, protože je pro ně otravný. Sama jsem se s takový případem setkala, když jsme ve škole měli chlapce, který byl velice hyperaktivní a živý a absolutně neznal hranice. Byl teda ze sociálně slabé rodiny. V hodinách neustále vyrušoval, byl pořád slyšet a pamatuji si, že ostatní spolužáci měli problém s přijetím ho mezi sebe. Ono to tenkrát bylo zrovna ve druhé třídě, tak jsme se snažili na tom nějak postupně pracovat, ale nakonec se chlapec s rodinou přestěhoval, takže musel změnit školu.“

Otázka č.9

- Které nápadnosti pozorujete u žáků se specifickou poruchou učení/ADHD v oblasti komunikace?

1) „Řekla bych, že někteří mívají chudší slovní zásobu, mluví v jednodušších větách. Někteří žáci s ADHD když chtějí něco zajímavého říct, tak mluví tak rychle, že jim není rozumět. Vyjadřují se nepřesně. Někdy svým spolužákům nenechají prostor pro vyjádření jejich názoru. Určitě zaznamenávám problémy v komunikaci s dospělým člověkem, moc nerespektují pravidla.“

2) „Špatně navazují kontakty, přehnaně reagují v určitých situacích, vyvolávají konfliktní situace. Často škáčou do řeči, vyrušují a nedokážou číst sociální vztahy.“

3) „V menší slovní zásobě, což je podle mě dané mimo jiné menším zájmem o četbu a s tím souvisí i jakoby horší vyjadřovací schopnost.“

4) „Podle mě mívají problém právě s navazováním vztahů a komunikace se spolužáky. Děti s ADHD hodně mluví, přerušují ostatním jejich rozhovor, nenechají ostatní domluvit, často už říkají odpověď, když ještě ani nebyla dokončená otázka.“

Otázka č.10

- V jakých komunikačních oblastech podle Vás vykazují žáci se specifickou poruchou učení/ADHD největší obtíže?

1) *„Největší problém u těchto dětí vidím v malé slovní zásobě a v nerespektování pravidel komunikace.“*

2) *„V navazování vztahů, v komunikaci s dospělým a s vrstevníky. Taky s řešením problémů a v oblasti sebehodnocení.“*

3) *„V navazování komunikace se spolužáky a celkově v komunikaci s dospělými, s učiteli. Často skáčou do řeči, nenechají druhého domluvit.“*

4) *„Nejzávažnější je podle mě neschopnost komunikace s vrstevníky, malá slovní zásoba, problémy s mluveným i psaným projevem.“*

Otázka č.11

- Volíte při práci s dětmi s SPU/ADHD nějaké speciální pomůcky a způsoby práce?

1) *„Určitě. Teď aktuálně na doporučení odborníků z PPP je to psaní diktátů formou doplňování a tiskacím písmem. U dyslexie používáme při čtení čtecí okénko a často také čteme hromadně. Jinak samozřejmě velice často využíváme interaktivní tabuli a výukové programy na tabletu či počítači, což děti velice baví. Také máme k dispozici řadu didaktických pomůcek. Hodně se věnujeme projektovému vyučování a práci ve skupinách. Každý den odpoledne máme tzv. úkolníček, kde se dětem se specifickými potřebami věnujeme individuálně a dle jejich potřeb, domluvě s rodiči a s odborníky provádíme konkrétní intervenci a reedukaci.“*

2) „Často využívám výukové programy na tabletu, různé Montessori pomůcky jako jsou tiskací písmena, gramatické krabičky, hlavolamy (pozn. viz. obr. č.4). Děti mají taky možnost používat sluchátka, když potřebuje klid na práci. Zavedli jsem i tabulky, kde se denně hodnotí v tom, co udělal dobře nebo špatně (uklizené věci, nachystané pomůcky, apod.). U dětí s SPU používáme čtecí okénko, píší zkrácené diktáty formou doplňování, používají bzučák k určování krátkých a dlouhých samohlásek.“

3) „Ano, jak jsem říkala, tak od letošního školního roku máme ve škole nové notebooky, tablety a interaktivní tabuli, které ve výuce hodně využívám. Děti baví, že to "učení" probíhá jinak. Pak dle doporučení z pedagogicko-psychologické poradny u žákyně s dyslexií používáme dyslektické okénko.“

4) „Používáme moderní techniku, jako jsou tablety a interaktivní tabule při vyučování, aby bylo vyučování zajímavější. Takže děti chodí psát na interaktivní tabuli, což je hodně baví, hrajeme na ní také puzzle či různé doplňovačky. U toho chlapce s dysgrafií, kterého teď mám ve třídě, tak u něj na základě doporučení z pedagogicko-psychologické poradny používám trochu odlišná kritéria hodnocení například diktátů, kdy píše kratší diktáty a má na ně více času. Může psát tiskacím písmem.“

Shrnutí rozhovorů

Z provedeného výzkumného šetření vyplývá následující:

- všichni dotazovaní učitelé znají diagnózy svých žáků.
- Každý z dotazovaných učitelů má ve své třídě alespoň jednoho žáka se specifickou poruchou učení či ADHD.
- Obě školy svým zaměstnancům nabízejí možnosti dalšího vzdělávání se v oblasti problematiky SPU či ADHD a to nejčastěji formou kurzů nebo seminářů.
- Ve 100 % funguje spolupráce s odborným poradenským zařízením (PPP a SPC).
- Všichni učitelé se domnívají, že komunikační problémy u dětí s SPU či ADHD mohou mít negativní vliv na jejich začlenění do třídního kolektivu a že tyto děti mají problém s komunikací se spolužáky.
- Co se oblasti problémů v komunikaci týče, 75% učitelů shledává problém v komunikaci se spolužáky a s dospělými, 50 % v malé slovní zásobě, 50 % v nerespektování pravidel komunikace.
- Všichni dotazovaní učitelé využívají speciálních přístupů a metod k žákům s SPU či ADHD, zejména žákům poskytují více času na školní práci a individuální způsoby práce.

Rozhovor s odborným lékařem

Jako doplnění k problematice dětí s ADHD jsem se rozhodla provést nestrukturovaný rozhovor s pedopsychiatrem působícím v Dětské psychiatrické nemocnici Opařany. Jedná se o největší dětskou psychiatrickou nemocnici u nás. Respondent zde pracuje 2 roky na pozici pedopsychiatra, který se věnuje dětem od 3 do 11 let, které mají poruchy chování.

Přibližně tři čtvrtiny hospitalizovaných dětí mají buďto již diagnostikované ADHD nebo se zde jeho diagnóza teprve provede. Nejčastěji sem přicházejí děti, které nastoupily do první třídy a jejich pedagog rodičům oznámil, že se jejich dítě chová krajně nevhodně a doporučí jim návštěvu speciálního zařízení. Mnohdy zde bývají i starší děti, kolem 10 let, které mají také velké problémy ve škole a většinou právě proto, že se jim neprovedlo důkladné vyšetření, které by jim potvrdilo přítomnost ADHD a na tomto základě by se s nimi adekvátně pracovalo. Jindy se jedná o případy, kdy ADHD je diagnostikové, ale rodina ani škola nezvolila adekvátní přístupy k vyučování, hodnocení a práci s těmito dětmi. A na tomto základě se u dětí začnou objevovat závažné poruchy chování.

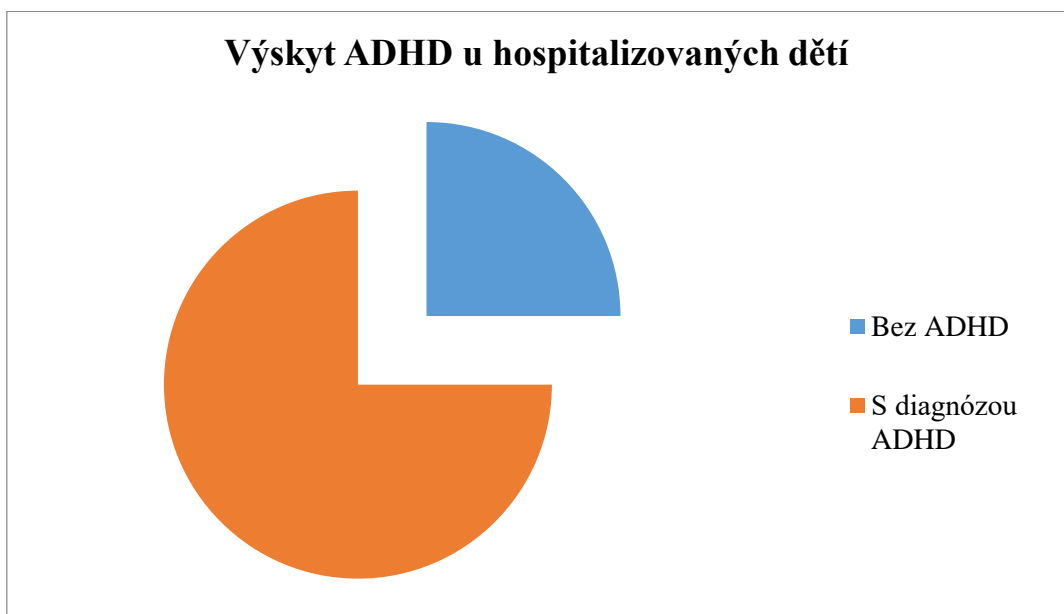
Práce pedopsychiatra na tomto oddělení spočívá v tom, že provede vyšetření a stanoví diagnózu a potřebnou medikaci. Medikaci zde mají téměř všechny děti a ve většině případů (cca 95 %) se jedná o stimulant metylfenidát, neboli Ritalin. Tento lék patří mezi opiáty, u kterých rychle nastoupí účinek (zpravidla do 20 minut), ale asi po třech hodinách zase odezní, proto je nutné lék podat 2x až 3x denně. Účinek léku by měl pokrýt minimálně dobu vyučování. Jedná se o lék, který stimuluje činnost mozku a podporuje soustředěnost. Dle lékařských výzkumů na něj nebyla potvrzena závislost, ale za dobu své praxe se respondent setkal asi se dvěma případy, kde se příznaky závislosti začaly objevovat. Nevýhodou také je to, že asi u 2/3 dětí, které trpí úzkostností tento stav prohlubuje. Dalším lékem, který se k léčbě ADHD předepisuje, ale spíše výjimečně, je Concerta. Ten má stejné účinky, ale hladinu pozornosti udržuje stejnou delší dobu. Existuje ještě stimulant atomoxetin, čili Strattera. Toto léčivo se u dětí nepodává, je vhodnější pro dospělé osoby s ADHD. Podává se 1x denně, jeho nástup trvá 4 až 6 týdnů, ale má také trvalejší účinnost. Všechny výše zmíněné medikamenty působí na regulaci hyperaktivity a udržení pozornosti, nefungují však na impulzivitu dětí. Možné je vyzkoušet i homeopatika, ty se však v této nemocnici

nepředepisují. V případě, že rodiče medikaci odmítnou, lékař doporučí jiné podpůrné prostředky, jako jsou omega 3 a 6 nenasycené mastné kyseliny (rybí tuk) na podporu mozkové činnosti. Tyto přípravky však fungují jako doplněk stravy, ne jako léčivo. V takovém případě se rodičům doporučuje i tzv. Dornova metoda, kdy se pomocí narovnání obratlů v páteři uvolní cévy, které prokrvují mozek. Tato metoda je vhodná tím, že se rodiče a děti vzájemně dotýkají, jde zde o kontakt mezi nimi. Je nevhodné těmto dětem dávat slazené nápoje typu coca-cola nebo energy drinky.

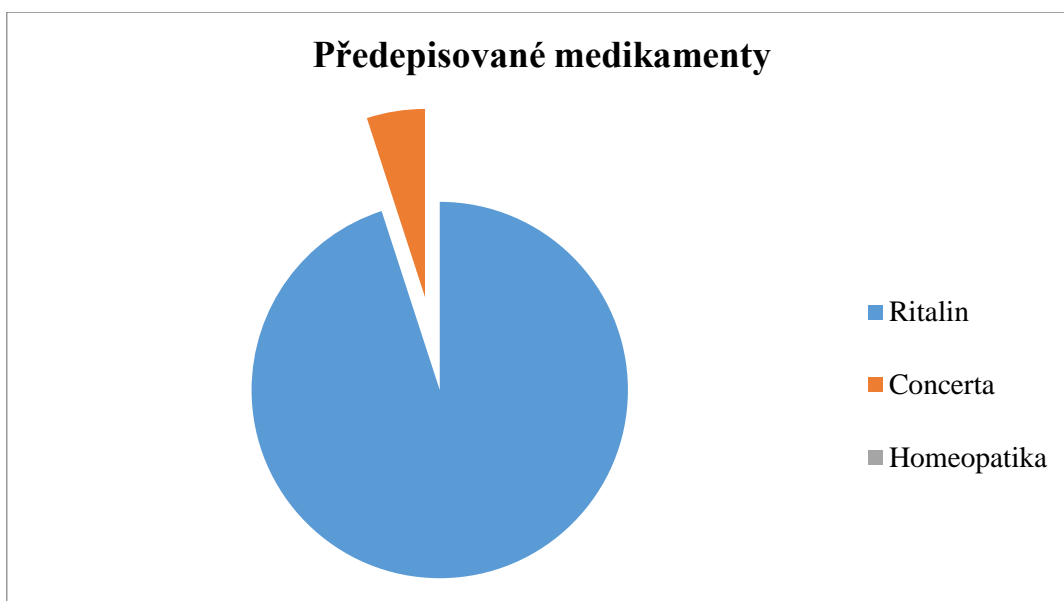
Po stanovení diagnózy a medikace, se s dětmi pracuje hlavně pomocí režimové terapie, kdy mají každý den přesně vymezené, co v jaký čas dělají. Vždy vstávají ve stejný čas, chodí do školy ve stejný čas, svačí stejně a také odpolední aktivity mají ve stejnou dobu. Pedopsychiatr spolupracuje s psychologem, který s dítětem provádí další terapie a s učitelem, který má dítě ve škole. Sledují vývoj pozornosti dítěte a to, jak se učí fungovat v kolektivu. Jde zde o komplexní program. Děti zde bývají hospitalizované přibližně 4 až 6 týdnů, maximální doba je 3 měsíce.

Pro znázornění údajů, které vyplynuly z rozhovoru, jsem zvolila zobrazení pomocí grafů.

Graf č.1



Graf č.2



5.6 Zhodnocení výzkumného šetření

Pro tento výzkum jsem si zvolila metodu analýzy kazuistik dětí se SPU či ADHD. Jednotlivé kazuistiky se skládaly z osobní anamnézy, rodinné anamnézy, dále pak ze zprávy z odborného vyšetření a z rozhovoru s rodičem a učitelem dítěte. Druhou metodou, kterou jsem zjišťovala potřebné informace byl strukturovaný rozhovor s učiteli dětí s diagnózou SPU či ADHD. Na základě takto získaných informací jsem se pokusila dospět k zodpovězení cíle výzkumu, který je :

- **zjistit informovanost učitelů o problematice a potížích, které SPU a ADHD přinášejí a možnosti jejich intervence.**

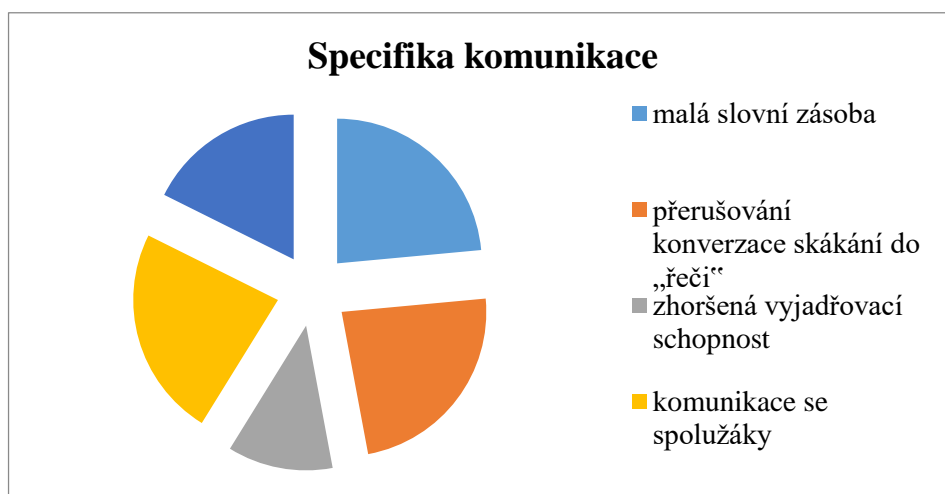
Z analýzy kazuistik a nestrukturovaných rozhovorů s pedagogy jsem dospěla k tomu, že mezi nejčastější potíže v oblasti komunikace, které SPU či ADHD přinášejí, patří artikulační neobratnost, poruchy řečového projevu, problémy s navazováním komunikace s vrstevníky i s dospělými. Na druhé straně strukturované rozhovory mi poskytly poměrně konkrétní údaje o tom, že učitelé o problematice SPU a ADHD vědí velké množství informací a mají přehled o dětech, které učí a o jejich specifických potřebách.

Stanovené výzkumné otázky: (pozn. pro názornost jsem využila ztvárnění pomocí grafů)

- **Jaká jsou specifika komunikace u dětí s SPU či ADHD na 1.stupni ZŠ?**

Ze strukturovaných rozhovorů, které jsem s pedagogy měla možnost provést, jsem dospěla k tomu, že mezi nejčastější specifika komunikace u dětí se SPU či ADHD patří malá slovní zásoba, obtíže v komunikaci se spolužáky a časté přerušování hovoru. Dalším problémem je komunikace s dospělými. V neposlední řadě je i zhoršená vyjadřovací schopnost.

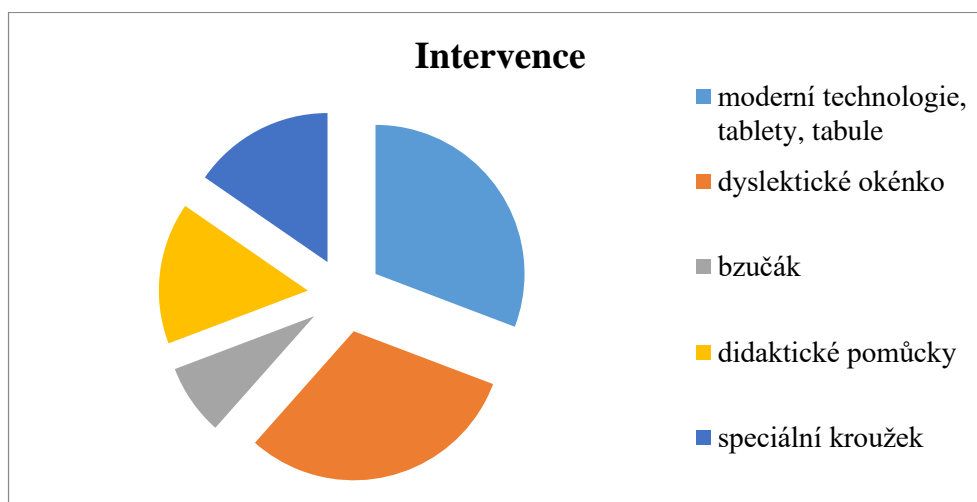
Graf č.3



➤ **Jaké jsou postupy intervence u žáků s SPU/ADHD na běžné ZŠ?**

Z provedeného šetření vyšlo, že postupy intervence probíhají dle doporučení z pedagogicko-psychologické poradny nebo speciálně-pedagogického centra. Nejčastěji se jedná o využívání moderní technologie k výuce, zejména tabletu a interaktivní tabule. Dále různých speciálních pomůcek při práci s dítětem se SPU/ADHD, jako jsou dyslektická okénka, bzučák a Montessori didaktické pomůcky.

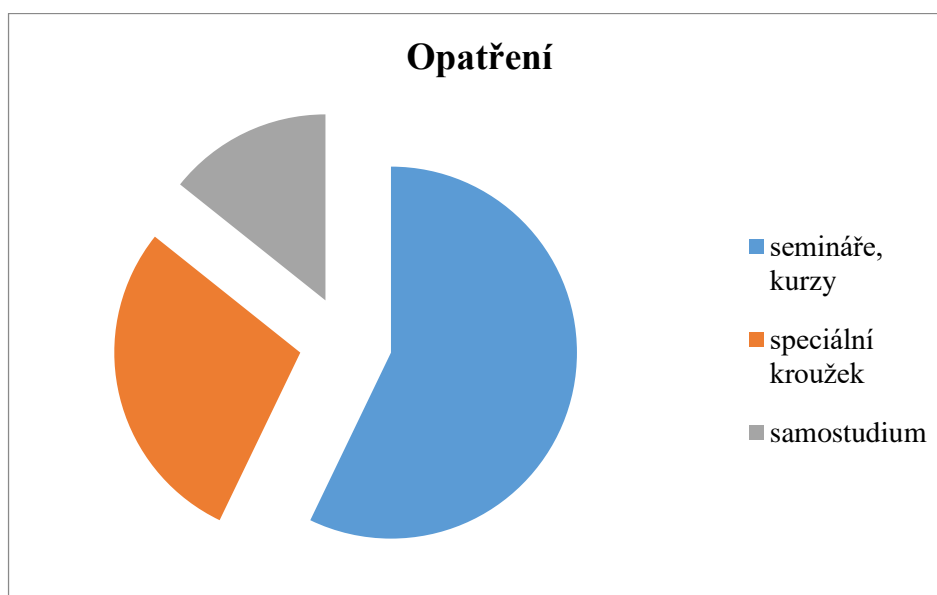
Graf č.4



➤ **Jaká opatření v oblasti SPU/ADHD učitelé využívají?**

Na základě provedeného šetření jsem zjistila, že nejčastějším opatřením v oblasti SPU/ADHD jsou vzdělávací semináře nebo kurzy, které učitelé mají možnost absolvovat. Součástí získávání informací o této problematice je také samostudium. V základní škole (místo šetření č.1) funguje kroužek, který pomáhá dětem se SPU/ADHD s řešením úkolů a školní prací.

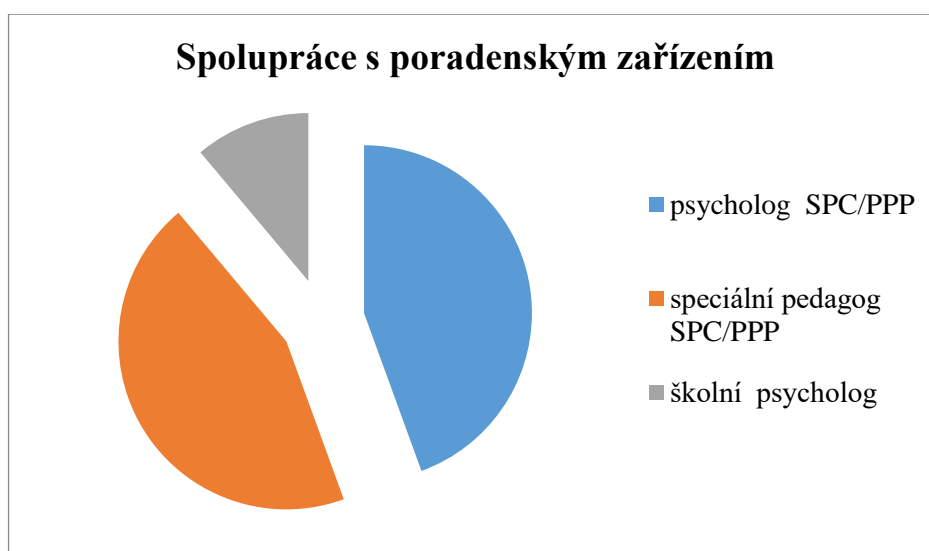
Graf č.5



➤ **Využívají možnost spolupráce s poradenským zařízením?**

Mezi odborníky, se kterými učitelé nejčastěji spolupracují, patří psychologové a speciální pedagogové z pedagogicko-psychologické poradny a ze speciálně-pedagogického centra, dále je to školní psycholog.

Graf č.6



Z výsledku dále vyplývá, že všichni dotazovaní pedagogové pracují s žáky se SPU či ADHD a že mají značné zkušenosti a vědomosti o této problematice. Školy svým pedagogům umožňují další vzdělávání formou kurzů či seminářů. Škola také zajišťuje možnost práce s moderními technologiemi, které se dají při vyučování žáku se SPU či ADHD využít. Zároveň také škola těmto žákům umožňuje individuální přístup k jejich vzdělávání, bere v potaz jejich specifické potřeby a zprostředkovává jim speciální metody a hodnocení práce.

Ze svého výzkumného šetření tedy mohu vyvodit závěr, že informovanost i intervence učitelů na běžných základních školách malotřídního typu je na velice dobré úrovni. Jsem si však vědoma toho, že jsem realizovala kvalitativní výzkum formou kauzistik a rozhovoru a to je poměrně malý objem zkoumaného vzorku a nemohu z toho konstatovat, že všichni učitelé mají dobré povědomí o SPU a ADHD. Proto si však myslím, že by bylo zajímavé do budoucna provést širší výzkum formou kvantitativního získávání dat. Možné by bylo i porovnávání informovanosti učitelů na 2. stupni ZŠ a středních škol.

Závěr

At' už mají děti kterýkoliv z problémů, vždy je velice důležité věnovat mu pozornost. Protože neřešený problém na sebe navazuje další a další mnohdy závažnější potíže. Prvním, kdo by to měl rozpoznat a začít řešit, je rodič. Často se však stává, že si rodiče problému nevšimnou nebo nechtějí vidět nebo je jim to jedno. A v takovém případě by měla zafungovat škola. Doufám, že se stále větším objevováním nových informací a vědeckých poznatků tento proces samotného předcházení nebo už řešení problémů bude rychlejší a účinnější. Dle mých zkušeností z praxí a vedení volnočasového kroužku shledávám největší potíž v neúčasti rodičů. Pokud se u jejich dítěte objeví příznaky specifických poruch učení nebo ADHD, mnohdy si tento problém nechtějí připustit, nechtějí ho vidět nebo prostě nemají čas ho nějak řešit. A pokud začnou navštěvovat psychologa, tak si myslí, že ten jejich problém vyřeší, ale podstatná je i jejich angažovanost.

Velice důležité je uvědomění si častého propojení hyperkinetické poruchy a specifické poruchy učení. Bývá to tak, že dítě neudrží pozornost, nebaví ho to a tak nemá zájem učit se psát správně. Anebo naopak, tedy nejde mu psaní, tak se prostě přestane soustředit a orientuje se na něco jiného. Potom se dítě stane neúspěšným ve škole, je demotivované, protože stejně pořád dělá něco špatně. A tady vidím největší důležitost pomoci od učitelů a odborníků a současné spolupráci s rodiči. Je podstatné začít s nápravou co nejdříve, aby byly důsledky co nejmenší. A proto si myslím, že by každý pedagog měl mít přehled o speciální pedagogice a specifických vzdělávacích potřebách dětí s různým druhem znevýhodnění. Postupem času se toto stane nutností vzhledem k inkluzivním tendencím.

V první části této práce jsem se zabývala teoretickým popsáním dítěte v období mladšího školního věku a procesem komunikace. Zmínila jsem zde také důležitý obsah rámcového vzdělávacího programu a klíčovou komunikativní kompetenci. Následuje oblast problematiky specifických poruch učení, jejich etiologie, symptomy, druhy a možnosti reedukace. To samé jsem řešila i v problematice ADHD a zakončila jsem tuto část možnostmi vzdělávání a poradenství dětí se SPU a ADHD.

Úkolem praktické části bylo seznámit s konkrétními případy dětí, které mají diagnostikované SPU či ADHD či jejich kombinaci. Rozhovory s učiteli jsem se snažila směřovat na oblast komunikačních obtíží u těchto dětí, jaké jsou jejich názory, zda

vůbec nějaké problémy v této oblasti pozorují. Cílem práce bylo prostřednictvím stanovených výzkumných otázek zhodnotit informovanost a možnosti intervence učitelů o problematice dětí se SPU a ADHD. Tato práce je mou prvotní, na které jsem si chtěla ověřit reálnou konkrétní situaci na běžných základních školách. Myslím si, že by stálo za to výzkum rozšířit na běžných větších školách či středních školách a zhodnotit zde situaci s SPU a ADHD a to v širším výzkumném vzorku.

Seznam literatury a internetových zdrojů

BENDOVIÁ, Petra. *Dítě s narušenou komunikační schopností ve škole*. Vyd. 1. Praha: Grada, 2011, 152 s. Pedagogika (Grada). ISBN 978-80-247-3853-6.

DRTÍLKOVÁ, Ivana a Omar ŠERÝ. *Hyperkinetická porucha: ADHD*. 1. vyd. Praha: Galén, c2007. ISBN 978-80-7262-419-5.

HENDL, Jan. *Kvalitativní výzkum: základní metody a aplikace*. Vyd. 1. Praha: Portál, 2005. ISBN 80-7367-040-2.

JUCOVIČOVÁ, Drahomíra a Hana ŽÁČKOVÁ. *Reedukace specifických poruch učení u dětí*. Vyd. 1. Praha: Portál, 2008, Speciální pedagogika (Portál). ISBN 978-80-7367-474-8.

KLENKOVÁ, Jiřina. *Logopedie: narušení komunikační schopnosti, logopedická prevence, logopedická intervence v ČR, příklady z praxe*. Vyd. 1. Praha: Grada, 2006. Pedagogika (Grada). ISBN 80-247-1110-9.

KLENKOVÁ, Jiřina. *Vzdělávání žáků s narušenou komunikační schopností: Education of pupils with impaired communication ability*. 1. vyd. Brno: Paido, 2008. ISBN 978-80-7315-168-3.

KOCUROVÁ, Marie. *Komunikační kompetence jako téma inkluzivní školy: specifické poruchy učení z pohledu vzdělávacích šancí : monografie*. 1. vyd. Dobrá Voda u Pelhřimova: Aleš Čeněk, 2002. ISBN 80-86473-23-6.

KOZÁKOVÁ, Radka. *Základy obecné a vývojové psychologie pro studenty nelékařských zdravotnických oborů*. 1. vyd. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2014. ISBN 978-80-244-4259-4.

LECHTA, Viktor. *Diagnostika narušené komunikační schopnosti*. Vyd. 1. Praha: Portál, 2003. ISBN 80-7178-801-5.

MICHALOVÁ, Zdeňka. *ADD/ADHD v kontextu poruch chování*. Vyd. 1. Liberec: Technická univerzita v Liberci, 2011. ISBN 978-80-7372-733-8.

MICHALOVÁ, Zdeňka a Ilona PEŠATOVÁ. *Determinanty inkluzivního vzdělávání dětí s ADHD*. Ústí nad Labem: Pedagogická fakulta Univerzity J.E. Purkyně, 2015, ISBN 978-80-7414-934-4.

NEUBAUER, Karel. *Logopedie: učební text pro bakalářské studium speciální pedagogiky*. Vyd. 1. Hradec Králové: Gaudeamus, 2001. ISBN 80-7041-098-1.

PACLT, Ivo. *Hyperkinetická porucha a poruchy chování*. Vyd. 1. Praha: Grada, 2007. Psyché (Grada). ISBN 978-80-247-1426-4.

POKORNÁ, Věra. *Cvičení pro děti se specifickými poruchami učení: rozvoj vnímání a poznávání*. Vyd. 5. Praha: Portál, 2011, Speciální pedagogika (Portál). ISBN 978-80-7367-931-6.

POKORNÁ, Věra. *Teorie a náprava vývojových poruch učení a chování*. Vyd. 3., rozš. a opr. Praha: Portál, 2001, ISBN 80-7178-570-9.

PRŮCHA, Jan. *Dětská řeč a komunikace: poznatky vývojové psycholingvistiky*. Vyd. 1. Praha: Grada, 2011. Psyché (Grada). ISBN 978-80-247-3181-0.

PTÁČEK, Radek. *Poruchy chování v dětském věku*. Praha: Vzdělávací institut ochrany dětí, 2006, ISBN 80-86991-81-4.

SINDELAR, Brigitte. *Předcházíme poruchám učení: soubor cvičení pro děti v předškolním roce a v první třídě*. Vyd. 4. Praha: Portál, 2007. ISBN 978-80-7367-262-1.

SKORUNKOVÁ, Radka. *Úvod do vývojové psychologie*. Vyd. 3. Hradec Králové: Gaudeamus, 2008. ISBN 978-80-7041-490-3.

SKUTIL, Martin. *Základy pedagogicko-psychologického výzkumu pro studenty učitelství*. Vyd. 1. Praha: Portál, 2011. ISBN 978-80-7367-778-7.

ŠIMÍČKOVÁ-ČÍŽKOVÁ, Jitka. *Přehled vývojové psychologie*. 1. vyd. Olomouc: Vydavatelství Univerzity Palackého, 1999. ISBN 80-7067-953-0.

ŠKODOVÁ, Eva a Ivan JEDLIČKA. *Klinická logopedie*. 2., aktualiz. vyd. Praha: Portál, 2007. ISBN 978-80-7367-340-6.

ŠVAMBERK ŠAUEROVÁ, Markéta, Klára ŠPAČKOVÁ a Eva NECHLEBOVÁ. *Speciální pedagogika v praxi: [komplexní péče o děti se SPUCH]*. Vyd. 1. Praha: Grada, 2012, Pedagogika (Grada). ISBN 978-80-247-4369-1.

VÁGNEROVÁ, Marie. *Vývojová psychologie: dětství, dospělost, stáří*. Vyd. 1. Praha: Portál, 2000. ISBN 80-7178-308-0.

WEDLICOVÁ, Iva a Vladislava HEŘMANOVÁ. *Kapitoly z vývojové psychologie*. 1. vyd. V Ústí nad Labem: Univerzita J.E. Purkyně, 2008. ISBN 978-80-7414-044-0.

Asociace dospělých pro hyperaktivní děti: Terapie zaměřená na neurologické příčiny poruch učení, chování a pozornosti (ADHD, ADD). [online]. © 2009. [cit. 13.3.2016]. Dostupné z: <http://www.adehade.cz/terapie/terapie-zamerena-na-neurologicke-priciny-poruch-uceni-chovani-a-pozornosti-adhd-add/>

Malá, E.: Farmakoterapie ADHD. Postgraduální medicína [online]. © 2012. [10.3.2016]. <http://zdravi.e15.cz/clanek/postgradualni-medicina/farmakoterapie-adhd-462916>

Ministerstvo školství, mládeže a tělovýchovy: Upravený rámcový vzdělávací program pro základní vzdělávání platný od 1.9.2013. [online]. © 2013. [cit. 13.3.2016]. Dostupné z: <http://www.msmt.cz/vzdelavani/zakladni-vzdelavani/upraveny-ramcovy-vzdelavaci-program-pro-zakladni-vzdelavani>

WHO/ÚZIS ČR (Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR): V. kapitola, Poruchy duševní a poruchy chování (F00-F99). [online]. © 1.4.2014. [cit. 26.2.2016]. Dostupné z: <http://www.uzis.cz/cz/mkn/F90-F98.html>

Seznam grafů:

Graf č.1: Výskyt ADHD u hospitalizovaných dětí

Graf č.2: Předepisovaná medikace

Graf č.3: Specifika komunikace

Graf č.4: Možnosti intervence

Graf č.5: Opatření

Graf č.6: Spolupráce s poradenským zařízením

Seznam obrázků:

Obrázek č.1: Kognitivní dysfunkce u ADHD (www.zdravi.e15.cz[online]. 2012)

Seznam příloh

Příloha č.1: Otázky k rozhovoru

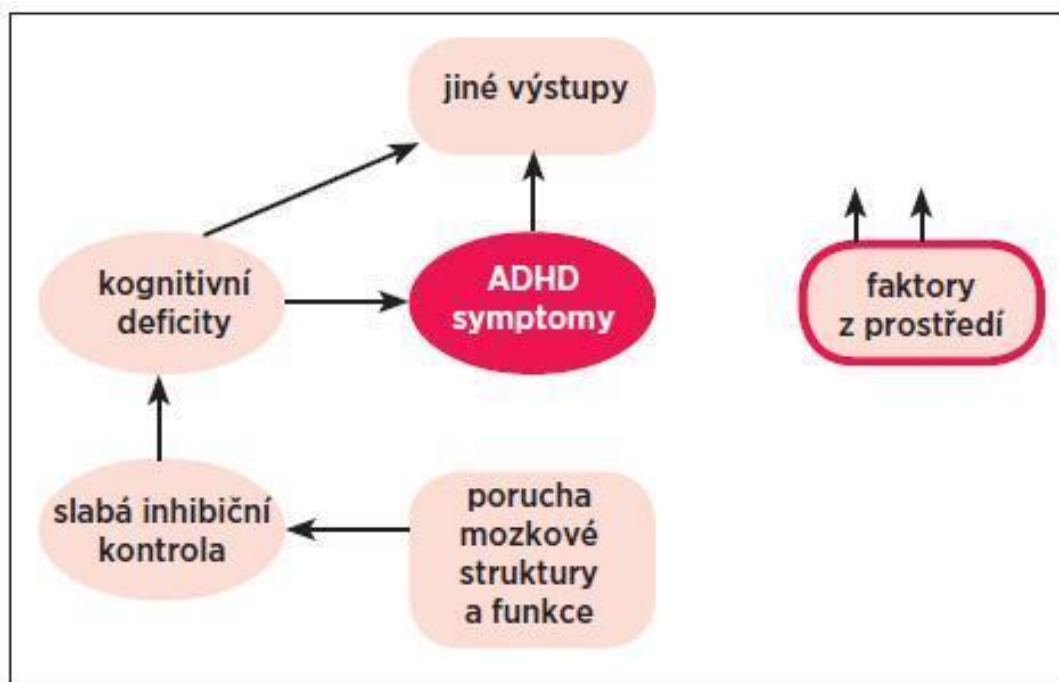
Příloha č.2: Příčina ADHD podle D. Daley, 2011 (www.zdravi.e15.cz[online].2012)

Příloha č.3: Vědecká hodnota alternativní léčby

Příloha č.1

- 1) *Jaká je délka Vaší pedagogické praxe?*
- 2) *Máte přehled o tom, zda jsou ve třídách, ve kterých působíte, žáci se specifickou poruchou učení/ADHD?*
- 3) *Jak nejčastěji získáte informace o specifické poruše učení/syndromu ADHD u dítěte?*
- 4) *Kolik žáků se specifickou poruchou učení/ADHD je ve Vaší třídě? Navštěvují logopedickou ambulanci?*
- 5) *Poskytuje Vaše škola účast na seminářích nebo kurzech zabývajících se problematikou specifických poruch učení/syndromu ADHD?*
- 6) *S jakými odborníky spolupracujete v rámci péče o žáky se specifickou poruchou učení/ADHD na Vaší škole?*
- 7) *Myslíte si, že žáci se specifickou poruchou učení/ADHD mají problémy při komunikaci s ostatními spolužáky?*
- 8) *Domníváte se, že komunikační problémy mohou negativně ovlivnit začlenění žáka se specifickou poruchou učení/ADHD do třídního kolektivu?*
- 9) *Které nápadnosti pozorujete u žáků se specifickou poruchou učení/ADHD v oblasti komunikace?*
- 10) *V jakých komunikačních oblastech podle Vás vykazují žáci se specifickou poruchou učení/ADHD největší obtíže?*
- 11) *Volíte při práci s dětmi s SPU/ADHD nějaké speciální pomůcky a způsoby práce?*

Příloha č.2



Příčina ADHD podle D. Daley, 2011

Příloha č.3

Účinnost nestandardních postupů léčby u dětí s hyperkinetickou poruchou (ADHD) / 203

Tab. 18.1. Vědecká hodnota (0–6) terapeutických postupů u ADHD – včetně alternativní léčby (upraveno podle Arnolda, 2002)

Terapie	Mechanismus (hypotéza)	Poznámka	Hodnota (0–6)	Rizika
Stimulancia, sympatomimetika	katecholaminy, zejm. dopamin	více než 100 KS u 1000 subj. (p = 0,01–0,001)	6	sporná neurotoxicita
Antidepresiva serotonin	katecholaminy,	mnohočetné KS (p = 0,05–0,005)	6	kardiotoxicita, další nežád. účinky
Behaviorální terapie	sociální teorie učení, tvarování	četné KS (p = 0,5–0,005)	5–6	nepříjemnost, čas
Omezující dieta (oligoantigenní)	senzitivita na potraviny, doplňky	ojedinelé KS (p = 0,05–0,001)	5 (jen u prokázané senzitivity)	nepříjemnost, nákladnost
Desenzitizace enzymoterapie	senzitivita na potraviny, doplňky	(injekce vs placebo) (p = 0,001)	4 (jen u prokázané senzitivity)	injekce
Eliminace cukru cukru	nesnášenlivost	ojedinelé KS	0	opoždění standardní léčby
Suplementace aminokyselin	prekuzory katecholaminu, serotoninu	ojedinelé KS	0	eozinofilie, neurotoxicita
Suplementace esenciálních mastných kyselin	prostaglandiny, membrány neuronů	ojedinelé KS, placebo (p > 0,05), sérové hladiny	3	narušení metabolické rovnováhy
Glykonutriční suplementace	potřebná pro glykokonjugaci	OS, 2 pozit., 1 negat.	0	narušení metabolické rovnováhy
L-carnitin metabolismu	promotor EFA	OS (p < 0,05)	2	narušení metabolické rovnováhy
Dimethylaminoethanol (DMAE)	prekuzor acetylcholinu	četné OS + KS (p > 0,05)	3	nevýrazný efekt, nákladnost
Vitaminy	deficience, potřeba vyšších dávek?	KS, megadávky neúčinné	0	hepatotoxicita, neuropatie
Suplementace železa	kofaktor biotransform. katecholaminů	OS (p < 0,05)	3 u deficitu	hemochromatosis při předávkování
Suplementace zinku	kofaktor řady enzymů	OS, hladiny Zn (p < 0,001)	2 u deficitu	WBC aplazie při předávkování
Suplementace magnezia	deficit proti kontrolám	OS + KS (p < 0,05)	3 u deficitu	agresivita při předávkování

Tab. 18.1. – pokračování

Terapie	Mechanismus (hypotéza)	Poznámka	Hodnota (0–6)	Rizika
Čínské byliny	praktické zkušenosti	OS (1 KS: efekt = MPH)	3	opoždění jiné terapie
Jiné byliny	praktické zkušenosti	nejsou údaje	1	opoždění jiné terapie
Homeopatická léčba	praktické zkušenosti	nejsou data	1	opoždění jiné terapie
Laserová akupunktura	stimulace bodů s klidným účinkem	OS	2	opoždění jiné terapie, pálení laseru
EEG biofeedback	suprese θ , zvýšení β	OS + KS ($p < 0,05$)	3	nákladnost, čas
EMG biofeedback (+ relaxační trénink)	snížení arousalu svalového tonu	random. KS ($p < 0,01$)	4	opoždění jiné terapie
Meditace	autonomní efekt cílený na pozornost	srovnání s relaxací ($p < 0,05$)	3 (u dospělých)	opoždění jiné terapie
Hypnóza	snížení arousalu	obtížná hypnabili	0	opoždění jiné terapie
Zrcadlový feedback (kanálový trénink)	zlepšení snížené sebekontroly	random. KS ($p < 0,05$)	3	opoždění jiné terapie
Vestibulární stimulace	vliv na chování, pozornost, percepce	OS + 1 KS, inkonz. výsledky	3	nauzea, úraz
Masáž	svalové uvolnění	1 KS ($p < 0,05$)	3	zhmoždění
Antimykotická léčba	GI toxin kvasinek, porušená sliznice	nejsou data u ADHD	1	medikace
Thyreoidální léčba	rezistence k hormonu štítné žlázy	KS + placebo, n.s. u normální T funkce	0 u normálních T 6 u abnormálních T	
Detoxikace olova	případy toxických hladin olova u ADHD	KS + pg ($p = 0,05-0,001$)	4 při Pb > 20, 2 při Pb < 20	

Legenda:
0 – nemá účinek