

**UNIVERZITA JANA AMOSE KOMENSKÉHO PRAHA**

**MAGISTERSKÉ KOMBINOVANÉ  
STUDIUM**

2011 – 2013

**DIPLOMOVÁ PRÁCE**

**Soňa Šumová**

**Specifické vývojové poruchy školních dovedností  
a lehká mentální retardace**

Praha 2013

Vedoucí diplomové práce: Mgr. Martina Búrgerová

**JAN AMOS KOMENSKY UNIVERSITY PRAGUE**

MASTER COMBINED (PART TIME)  
STUDIES

2011 - 2013

**DIPLOMA THESIS**

**Soňa Šumová**

Specific learning disabilities and mild mental retardation

Prague 2013

The diploma Thesis Work Supervisor: Mgr.Martina Bůrgerová

## **Prohlášení**

Prohlašuji, že předložená diplomová práce je mým původním autorským dílem, které jsem vypracovala samostatně. Veškerou literaturu a další zdroje, z nichž jsem při zpracování čerpala, v práci řádně cituji a jsou uvedeny v seznamu použitých zdrojů.

Souhlasím s prezenčním zpřístupněním své práce v univerzitní knihovně.

V Praze dne 28.3.2013

*Soňa Šumová*

## **Poděkování**

Chtěla bych poděkovat paní Mgr. Martině Búrgerové za odborné vedení, cenné rady a podněty, které mi poskytla jako vedoucí bakalářské práce, a panu Ing. Adamovi Čablovi za pomoc při statistickém vyhodnocení výzkumného šetření.

## **Anotace**

Diplomová práce se zabývá specifickými vývojovými poruchami školních dovedností ve vztahu k lehké mentální retardaci. Práce je rozdělena do tří kapitol, které tvoří část teoretickou a část praktickou. Teoretická část v první kapitole popisuje základní historii výskytu specifických vývojových poruch školních dovedností, jejich terminologické vymezení a definici, symptomatologii a druhy, etiologii, diagnostiku, reedukaci a systém vzdělávání žáků. Druhá kapitola zahrnuje terminologické vymezení, definici, etiologii a klasifikaci mentální retardace a systém vzdělávání žáků s lehkou mentální retardací. Praktickou část tvoří vlastní výzkumné dotazníkové šetření, jeho statistické a vztahové vyhodnocení a práci se zvolenými hypotézami.

## **Klíčové pojmy**

Analýza dokumentů, diagnostika, diplomové práce, etiologie, klasifikace, lehká mentální retardace, reedukace, specifické vývojové poruchy školních dovedností, symptomatologie, systém vzdělávání, terminologická vymezení, výzkumná dotazníková šetření.

## **Annotation**

Diploma thesis deals with specific learning disabilities in connection with mild mental retardation. The work is created from theoretical and empirical part which are divided into three parts. Theoretical part in the first chapter described basic history of specific learning disabilities, its terminology definition, etiology and diagnosis, reeducation and systém of education of students. The second chapter included terminology definition, etiology and classification mental retardation and systém of education of students with mental retardation. Empirical part consists of research survey, its statistical evaluation of the relationship and work with selected hypotheses.

## **Key words**

Analysis of documents, classification, diagnosis, diploma thesis, etiology, mild mental retardation, reeducation, research survey, specific learning disabilities, symptomatology, systém of education, terminology definition.

# OBSAH

ÚVOD .....	9
<b>1 SPECIFICKÉ VÝVOJOVÉ PORUCHY ŠKOLNÍCH DOVEDNOSTÍ.....</b>	<b>12</b>
1.1 Historie specifických vývojových poruch školních dovedností.....	12
1.2 Terminologické vymezení a definice specifických vývojových poruch školních dovedností .....	14
1.3 Symptomatologie a druhy specifických vývojových poruch školních dovedností...19	
1.3.1 Dyslexie.....	23
1.3.2 Dysgrafie .....	25
1.3.3 Dysortografie.....	25
1.3.4 Dyskalkulie .....	26
1.3.4.2 <i>Praktognostická dyskalkulie</i> .....	26
1.3.4.3 <i>Grafická dyskalkulie</i> .....	26
1.3.4.4 <i>Lexická dyskalkulie</i> .....	27
1.3.4.5 <i>Operační dyskalkulie</i> .....	27
1.3.4.6 <i>Ideognostická dyskalkulie</i> .....	27
1.3.5 Dyspinxie.....	28
1.3.6 Dismúzie .....	28
1.3.7 Dyspraxie .....	28
1.4 Etiologie specifických vývojových poruch školních dovedností .....	28
1.4.1 Biologicko–medicínská rovina .....	30
1.4.2 Kognitivní rovina.....	31
1.4.3 Behaviorální rovina.....	34
1.5 Diagnostika specifických vývojových poruch školních dovedností .....	34
1.5.1 Anamnestický rozhovor .....	36
1.5.2 Psychologické vyšetření .....	36
1.5.3 Speciálně pedagogické vyšetření .....	37
1.6 Reedukace specifických vývojových poruch školních dovedností .....	42
1.7 Systém vzdělávání žáků se specifickými vývojovými poruchami .....	47
školních dovedností.....	47
<b>2. LEHKÁ MENTÁLNÍ RETARDACE .....</b>	<b>50</b>
2.1 Terminologické vymezení pojmu a definice mentální retardace .....	50
2.2 Etiologie mentální retardace .....	52
2.3. Klasifikace mentální retardace dle stupně postižení .....	54
2.4 Systém vzdělávání žáků s lehkou mentální retardací .....	59
2.4.1 Základní vzdělávání žáků s lehkou mentální retardací.....	63

<b>PRAKTICKÁ část</b> .....	66
3.1 Vymezení výzkumného cíle .....	66
3.2 Hypotézy .....	67
3.3 Výzkumný vzorek .....	67
3.4 Výzkumná metodika .....	68
3.4.1 Struktura jednotlivých dotazníků .....	69
3.5 Časová dotace .....	69
3.6 Výsledky výzkumu .....	70
3.6.1 Dotazník rodiče žáka ZŠ a Váš školák/školačka .....	70
3.6.2 Dotazník učitele na ZŠ .....	81
<b>ZÁVĚR</b> .....	98
<b>SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ</b> .....	100
Seznam použitých českých zdrojů .....	100
Seznam použitých internetových zdrojů .....	102
<b>SEZNAM Obrázků, GRAFŮ a TABULEK</b> .....	103
Seznam obrázků .....	103
Seznam grafů .....	104
Seznam tabulek .....	104
<b>SEZNAM PŘÍLOH</b> .....	106
<b>PŘÍLOHY</b> .....	I
Příloha A – Dotazník rodiče žáka ZŠ – rodič .....	I
Příloha B – Dotazník rodiče žáka ZŠ – dítě .....	II
Příloha C – Dotazník učitele na ZŠ .....	III



## ÚVOD

Vzhledem k tomu, že se v současné škole stále častěji setkáváme s termínem žák se specifickou vývojovou poruchou školních dovedností jako příčinou nejčastějších vzdělávacích obtíží u žáků a se vzrůstající snahou o integraci žáků s lehkou mentální retardací, u kterých se symptomy těchto poruch školních dovedností mohou objevovat, bylo zvoleno téma této diplomové práce „Specifické vývojové poruchy školních dovedností a lehká mentální retardace“.

V době, kdy děti vstupují do první třídy, je pravděpodobné, že jedno z deseti z nich trpí některou ze specifických vývojových poruch školních dovedností, která je více či méně provází po celou dobu školní docházky a profesní přípravy. K nárůstu počtu žáků s diagnostikovanou specifickou vývojovou poruchou školních dovedností dochází zřejmě i proto, že vzdělání postoupilo na žebříčku hodnot o něco výše a je na něj kladen velký důraz. To vede k tomu, že rodiče žáků, kteří se při studiu nesetkávají s úspěchem, se častěji než dříve snaží najít příčinu a možná i omluvu nedostatků. Dle provedených výzkumů ministerstvo školství předpokládá, že ve školní třídě jsou průměrně 3 – 4 děti s určitou formou specifické vývojové poruchy školních dovedností. Pedagogové však uvádějí, že takových žáků může být až 20%, protože ne všechny děti mají při své poruše stejné projevy a potíže a svou poruchu učení mohou např. kompenzovat nadprůměrnou inteligencí.

Další specifickou skupinu tvoří děti s diagnózou lehké mentální retardace. Představy „normálních“ lidí (projevujících se dle aktuálně přijímaných norem) o mentálně postižených jsou často nejasné. Mentální retardace je závažné postižení vývoje rozumových schopností, které se projevuje ve vývoji dítěte zejména nedostatečným rozvojem myšlení a omezenou schopností učit se. Toto postižení ovlivňuje celou osobnost jedince a projevuje se ve všech jeho složkách. Mnoho lidí se stále ještě domnívá, že všichni postižení lidé by měli být ve specializovaných zařízeních, aby nebyli ostatním na očích. V těchto případech se projevuje zásadní nepochopení potřeb lidí, zejména dětí s mentální retardací. Vždyť lidé s lehkou mentální retardací často dokončí školu, vyučí se v učením oboru, dobře se uplatní v zaměstnání.

Běžná základní škola současnosti by se neměla „vyhýbat“ práci s určitou skupinou dětí jenom proto, že tyto jsou zdrojem jistých výchovných potíží. Měla by být místem, které spolu zcela přirozeně sdílejí žáci „normální“ a žáci s různým směrem se od normy odchyloující. Výchova a vzdělání osob s mentální retardací je tedy celoživotní proces s výraznou potřebou jejich permanentního rozvoje, stálého opakování a prohlubování jejich znalostí a dovedností. K tomu je vhodné využívat metod speciální pedagogiky a pedagogicky ovlivňovat volný čas.

Pro učitele zůstává nejdůležitější žákům pomoci obstát v době jejich školní docházky a pomoci jim s dosažením určité úrovně vzdělání obstát v praktickém životě. Je podstatné si uvědomit, že pro každého nebude v životě nejdůležitější psát diktáty na výbornou, vynikat v počtech apod. Žáci by měli být motivováni k tomu, aby se snažili s pomocí druhých najít cestu vedoucí k podání maximálního výkonu a vylepšení toho, co jim nečiní obtíže a toto své omezení tím kompenzují.

Pro žáka je jistě povzbuzující pocítit ze strany pedagoga lidský přístup a vědomí, že pro něj není horší než ostatní. Žák se specifickou vývojovou poruchou školních dovedností i lehkou mentální retardací bude mít jistě ve škole velké problémy se čtením, psaním, porozuměním textu, s omezením intelektových schopností v případě lehké mentální retardace, ale to nutně neznamena, že nemůže vyniknout v jiných oblastech. Rodiče, učitelé, pracovníci školských poradenských zařízení (pedagogicko-psychologických poraden či speciálně pedagogických center) a v neposlední řadě i samotný žák mohou sice dělat maximum pro nápravu žákova problému (v případě specifických vývojových poruch školních dovedností), ale to ještě neznamena, že jej odstraní úplně. Avšak za pomoci reedukace, vlídného přístupu, kompenzačních pomůcek a drobných ústupků mohou žákovi pomoci lépe uspět v praxi a to zejména díky tomu, že jej naučí řešit nastalé situace, zvládnout svou poruchu, vyrovnat se s ní, věřit si a žít spokojeně a úspěšně. Totéž platí o žácích s lehkou mentální retardací, kdy postižení je sice trvalé, ale přesto je možné dosáhnout určitého zlepšení. Horní hranice dosažitelného vývoje nezávisí jen na závažnosti a příčině defektu, ale také na výchovném přístupu a pomoci okolí. Je tedy velice důležité se při rozvoji těchto jedinců zaměřit na celou jejich osobnost.

Žáci se specifickou vývojovou poruchou nebo lehkou mentální retardací se zmítají mezi mnoha rozporuplnými pocity. Jejich život, tělo i duše prochází

celou řadou zásadních změn a zkušeností a to poslední, co potřebují je prostředí, které je nedoceňuje, přestože většina těchto žáků musí pracovat pilněji a svědomitěji, aby dosáhli stejného úspěchu jako jejich spolužáci. Na první pohled vypadají jako jejich vrstevníci, doma i ve škole však mohou mít závažné problémy. Žáci se specifickými vývojovými poruchami školních dovedností mají často průměrnou nebo dokonce nadprůměrnou inteligenci a žáci s lehkou mentální retardací mají naopak inteligenci sníženou, avšak obě skupiny dětí mohou s náležitou pomocí využít celý svůj potenciál, což je úkolem pro učitele i rodinu.

Tato diplomová práce se zabývá specifickými vývojovými poruchami školních dovedností ve vztahu k lehké mentální retardaci. Práce je rozdělena do tří kapitol, které tvoří část teoretickou a část praktickou. Teoretická část za pomoci odborné literatury popisuje v první kapitole základní historii výskytu specifických vývojových poruch školních dovedností, jejich terminologické vymezení a definici, symptomatologii a druhy, etiologii, diagnostiku, reedukaci a systém vzdělávání žáků. Druhá kapitola zahrnuje terminologické vymezení, definici, etiologii a klasifikaci mentální retardace a systém vzdělávání žáků s lehkou mentální retardací. Praktickou část tvoří vlastní výzkumné dotazníkové šetření, jeho statistické a vztahové vyhodnocení a práci se zvolenými hypotézami zabývajícími se souvislostmi mezi lehkou mentální retardací, specifickými vývojovými poruchami školních dovedností a socio-kulturně znevýhodněným prostředím.

# TEORETICKÁ ČÁST

## 1 SPECIFICKÉ VÝVOJOVÉ PORUCHY ŠKOLNÍCH DOVEDNOSTÍ

### 1.1 Historie specifických vývojových poruch školních dovedností

Kořeny specifických vývojových poruch školních dovedností spadají daleko do historie lidstva, kdy dovednost naučit se číst, psát a počítat byla považována za samozřejmou a nejdůležitější. Lze předpokládat, že tyto specifické poruchy existují již od počátku vzdělanosti lidstva, přičemž obtíže se čtením byly první formou specifických vývojových poruch školních dovedností, které byly popsány.

Dle Matějčkova (1995) zpracování je patrné, že zkoumání problému specifických vývojových poruch školních dovedností bylo zprvu pouze medicínskou záležitostí, až později převzali snahu pomoci žákům s obtížemi i psychologové a pedagogové. Zatímco v současné době je tomu právě naopak.

Cesta za poznáním specifických poruch čtení začala roku 1861 objevem francouzského neurologa Paula Pierra Broca, který našel určité místo, které řídí, artikulaci, v čelním laloku levé mozkové hemisféry. Druhým rozhodujícím objevem bylo v roce 1874 zjištění německého neurologa Carla Wernickeho, že v blízkosti Brockových center se nacházejí další centra, která jsou zodpovědná za porozumění mluvené řeči a za obsahovou stránku mluveného projevu.

Nejstarší zmínky o specifických poruchách čtení spadají až do druhé poloviny 19. století, přičemž zhruba od poloviny 20. století jsou vnímány jako závažný sociálně pedagogický problém.

Roku 1925 americký lékař – neurolog Samuel Torrey Orton navrhl první teorii příčiny vzniku specifických poruch čtení založenou na představě dominance jedné mozkové hemisféry nad druhou. Tato teorie příčiny dyslexie již dnes není platná, avšak jeho závěry pro pedagogickou praxi platí beze změny. Práce této nejvýznamnější osoby dyslektického bádání měla rozhodující význam pro výzkum, diagnostiku i nápravu specifických poruch čtení. Po jeho smrti byla roku 1949 založena Ortonova dyslektická společnost sídlící v USA, která je dodnes největší a nejvýznamnější organizací sdružující zájemce o problematiku dyslexií nesoucí název Mezinárodní dyslektická společnost.

Z českých osobností je potřeba zmínit lékaře nervových a duševních chorob Karlovy univerzity Antonína Heverocha, který definoval na počátku 20. století dyslexii jako jednostrannou poruchu, nápadně a překvapivě se odrážející na pozadí přiměřené inteligence. Diagnostická a terapeutická péče v oblasti specifických vývojových poruch školních dovedností u nás začala v roce 1952 zásluhou lékařů Dětského oddělení Psychiatrické léčebny v Havlíčkově Brodě Josefa Langmeiera a Otakara Kučery. Odtud se rozšířila do Dětské psychiatrické léčebny v Dolních Počernicích. V 60. letech 20. století začaly vznikat první specializované třídy pro dyslektiky. Roku 1966 vychází první kniha J. Jiráska, Z. Matějčka a Z. Žlaba „*Poruchy čtení a psaní*“. O pět let později vzniká v Karlových Varech první stupeň základní školy pro dyslektické děti. Specifické vývojové poruchy školních dovedností vstupují do zákonů a jiných ustanovení celospolečenského dosahu.

Další vývoj dle Bartoňové (2005) pokračoval plynule až do současnosti, kdy se tato problematika specifických vývojových poruch školních dovedností dostává do povědomí rodičů i učitelů a je obecně přijímána jak školským systémem, tak dětskou poradenskou a klinickou psychologií a psychiatrií. V současné době je hodně pozornosti věnováno různým terapiím, nápravě a přístupům k jedincům s těmito specifickými vývojovými obtížemi. Stále častěji narážíme na skutečnost, že zvládnutí trivlia činí žákům obtíže nejen na počátku školní docházky, ale i v průběhu dalších vyšších stupňů vzdělávání, kdy tyto obtíže mohou mít negativní vliv na dosažení sekundární gramotnosti a tím i na úspěšné zařazení do pracovního procesu.

## 1.2 Terminologické vymezení a definice specifických vývojových poruch školních dovedností

„*Specifické poruchy učení mohou být definovány jako neočekávaný a nevysvětlitelný stav, který může postihnout dítě s průměrnou nebo nadprůměrnou inteligencí, charakterizovaný významným opožděním v jedné nebo více oblastech učení.*“ (Selikowitz 2000, s. 11)

Výzkumy potvrzují, že počet dětí se specifickými vývojovými poruchami školních dovedností (dále SVPŠD) neustále roste. Pojem SVPŠD označuje skupinu obtíží, které se projevují při osvojování a užívání řeči, čtení, psaní, naslouchání a matematiky. Jde o endogenní dysfunkce centrálního nervového systému individuálního charakteru, které, ač založeny již dříve, se projevují až na určitém vývojovém stupni dítěte. Manifestují se pod určitým tlakem za přítomnosti aktuálních vnějších faktorů – vstup do školy a následný vzdělávací „nátlak“ na dítě. SVPŠD postihují nejen školní dovednosti, ale i psychiku žáka, u kterého se z důvodů školních neúspěchů mohou dostavit pocity úzkosti, méněcennosti, stresu apod.

Terminologie SVPŠD není v české odborné literatuře jasně definována a zcela sjednocena. Pokorná (2001) uvádí, že se používá těchto několik výrazů:

- *specifické poruchy učení* – zahrnují v sobě jak vývojové (dyslexie, dysgrafie, dyskalkulie, atd.), tak získané formy specifických poruch učení (alexie, agrafie, akalkulie, atd.),
- *specifické vývojové poruchy učení a chování* – zahrnují pouze vývojové formy specifických poruch učení (dyslexie, dysgrafie, atd.),
- *vývojové poruchy učení*,
- *poruchy učení* – nejširší termín zahrnující i nejrůznější potíže v učení, blíže nespecifikované,
- *specifické vývojové poruchy školních dovedností* nebo dokonce
- *narušení grafické stránky řeči*.

Všechny tyto pojmy jsou nadřazeny specializovanějším termínům, jako je dyslexie, dysgrafie, dyskalkulie, dysortografie, dyspinxie, dysmúzie a dyspraxie. Termín dyslexie v sobě skrývá nejen obtíže v oblasti čtení a psaní, ale bývá v literatuře i použit k vyjádření celé problematiky specifických vývojových poruch školních dovedností.

Dle Pokorné (2001) se i německy a anglicky psaná odborná literatura vyznačuje terminologickou nejednotností a dodnes se nesjednotila. V německé odborné literatuře se ujal nejvíce termín *Legasthenie*, který odpovídá našemu pojmu dyslexie a dále termín *spezifische Entwicklungsstörungen*, který lze přeložit naším pojmem specifické vývojové poruchy učení. V posledních letech se kromě výše uvedených termínů můžeme setkat ještě s pojmy *Spezielle Lernprobleme*, v překladu speciální problémy učení, jež se rozšířil o dva jemu podřízené pojmy, a to termín *Lese-Rechtschreibschwierigkeiten* (obtíže ve čtení a pravopisu) a *Rechen-schwierigkeiten* (obtíže v počtech). Od konce šedesátých let až do současnosti v německé odborné literatuře přetrvává termín *Teilleistungsschwächen*, přeloženo nejlépe jako deficity dílčích funkcí, což je pojem v české odborné literatuře dosud neužívaný. V odborné anglicky psané literatuře se setkáváme nejčastěji s termínem *Learning disabilities*, což odpovídá našemu termínu poruchy učení. Mimoto se užívá ještě pojem *Specific Learning Difficulties*, v překladu označující termín specifické obtíže učení, či pojem *Specific learning disability*. V zahraniční literatuře se neseťkáme s pojmem dyspinxie, dysmúzie ani dyspraxie, i když mají své nezpochybnitelné místo v diagnostice.

Zelinková (2003) ve své publikaci uvádí 10. revizi mezinárodní klasifikace nemocí *Světové zdravotnické organizace* z roku 2000, kde je zahrnuta kategorie F 81 Specifické vývojové poruchy školních dovedností a následující typy specifických vývojových poruch školních dovedností:

- F 81.0 Specifická porucha čtení – hlavním rysem je specifická a výrazná porucha ve vývoji schopnosti číst, která není způsobena pouze mentálním věkem, problémy ostrosti zraku nebo nedostačující výukou. Chápání čteného, pochopení čteného slova, znalosti hlasitého čtení a odpovídat na otázky vyžadující čtení, vše může být postiženo. Se specifickými poruchami čtení jsou často spojeny potíže s psaním, které často zůstávají až do dospívání, i když je dosaženo určitého pokroku ve čtení. V anamnéze zjišťujeme, že specifické vývojové poruchy čtení jsou předcházeny poruchou vývoje řeči nebo jazyka. V období školní docházky jsou často přidruženy poruchy chování a emocí.
- F 81.1 Specifická porucha psaní – hlavní vlastností této poruchy je specifické a výrazné poškození vývoje dovednosti psát, aniž by byla přítomna nějaká specifická porucha čtení, a které lze přičítat pouze

nízkému mentálnímu věku, špatnému vidění čteného textu nebo nepostačující výuce. Schopnosti orální výslovnosti a správně vypisovat slova, obojí je porušeno.

- F 81.2 Specifická porucha počítání – tato porucha se týká specifické poruchy schopnosti počítat, která není vysvětlitelná pouze mentální retardací nebo nepostačující výukou. Defekt je především v neschopnosti běžného počítání, sčítání, odčítání, násobení a dělení, spíše než v abstraktnějších početních úkonech, jako je algebra, trigonometrie, geometrie nebo vyšší matematika.
- F 81.3 Smíšená porucha školních dovedností – je to nepřesně určená zbytková položka poruch, kde je výrazně postiženo jak počítání, tak čtení nebo psaní, ale kde tato porucha není vysvětlitelná pouze celkovou mentální retardací nebo nepostačující výukou. Může být použita pro poruchy, které splňují kritéria pro F81.2, tak pro F81.0 nebo F81.1.
- F 81.8 Jiné vývojové poruchy školních dovedností – vývojová porucha expresivního psaní.
- F 81.9 Vývojová porucha školních dovedností nespecifikovaná – blíže nespecifikovaná neschopnost získávání znalostí.

Dle Zelinkové (2003) terminologické nesrovnalosti negativně ovlivňují i vznik definice, která by byla přijata bez námitek. Nejednotná terminologie i definice může mít za následek mylný závěr a chybné pojmenování daného problému laickou veřejností. Toto může vést k zaměňování jednotlivých pojmů či ke shrnutí charakteristických rysů jednotlivých druhů SVPŠD pod jeden pojem.

Matějček (1995, s. 24) uvádí první definici specifických poruch učení, která byla vydána Úřadem pro výchovu v USA roku 1980: *„Specifické poruchy učení jsou poruchami v jednom nebo více psychických procesech, které se účastní v porozumění řeči, a to mluvené i psané. Tyto poruchy se mohou projevat v nedokonalé schopnosti naslouchat, myslet, mluvit, číst, psát nebo počítat. Zahrnují stavy, jako je např. narušené vnímání, mozkové poškození, lehká mozková dysfunkce, dyslexie, vývojová dysfázie atd.“*

Bartoňová (2005) uvádí, že srovnáním moderních a dřívějších definic je možné pozorovat určitý posun. Současné definice zahrnují také oblast diagnostiky. Bartoňová (2005, s. 9) píše, že Matějček považoval za významnou definici z roku 1980: *„Poruchy učení jsou souhrnným označením skupiny poruch, které se projevují zřetelnými obtížemi při nabývání a užívání takových*



dovedností, jako je mluvení, porozumění mluvené řeči, čtení, psaní, matematické usuzování nebo počítání. Tyto poruchy jsou vlastní postiženému jedinci a předpokládají dysfunkci centrálního nervového systému. I když se porucha učení může vyskytnout souběžně s jinými formami postižení (jako např. smyslové vady, mentální retardace, sociální a emocionální poruchy) nebo souběžně s jinými vlivy prostředí (např. kulturní zvláštnosti, nedostatečná nebo nevhodná výuka, psychogenní činitelé), není přímým následkem takových postižení nebo nepříznivých vlivů.“ (Matějček 1995, s. 24) Bartoňová vytyčuje z této definice zejména to, že se mohou vyskytovat zároveň specifické poruchy s nespecifickými, a také podtrhuje význam toho, že se jedná o dysfunkci centrálního nervového systému. Tato definice podle Matějčka (1995) vystihuje jednu podstatnou věc a to, že zahrnuje potíže v oblasti čtení a psaní.

Nejčastěji zmiňovanou SVPŠD, je specifická porucha čtení, tedy dyslexie. Pokorná (1997) se domnívá, že dřívější definice zahrnovaly pouze dyslexii a teprve později začaly uvádět také poruchy čtení a psaní a až v poslední době se začaly uvádět také poruchy matematických schopností. Uvádí také, že první definice specifických poruch učení byly popisné. Ranschburg (1916, In Pokorná, 1997, s. 62) předkládá jako definici dyslexie tento text: *„Poruchou čtení nebo dyslexií nazývám takovou nedostatečnost duševního aparátu, která neumožňuje dětem školního věku, aby si přiměřeně osvojily čtení během prvního školního roku přesto, že mají normální smyslové orgány.“* Podle Langmeiera a Matějčka (1960, In Matějček, 1995) má definice dyslexie toto znění: *„Vývojová dyslexie je specifický defekt čtení, podmíněný nedostatkem některých primárních schopností, jež skládají komplexní schopnost pro učení za dané výukové metody. Objevuje se u dětí obvykle od samých počátků výuky a působí, že úroveň čtení je trvale v nápadném rozporu se zjištěnou úrovní intelektových schopností dítěte.“*

Existuje velké množství definic dyslexie. V této podkapitole je uvedeno jen pár z nich pro srovnání, jak se v průběhu času vyvíjely. Na rozdíl od popisných definic moderní definice zahrnují již také oblast diagnostickou.

Jucovičová a Žáčková (2004) definovaly specifické vývojové poruchy školních dovedností jednoduše, výstižně a srozumitelně: *„Specifické vývojové poruchy učení bývají definovány jako neschopnost naučit se číst, psát a počítat pomocí běžných metod za průměrné inteligence a přiměřené sociokulturní příležitosti. V současné době se děti s touto problematikou také označují jako*

*žáci se speciálními vzdělávacími potřebami, což jejich problematiku vystihuje svým způsobem nejlépe, protože kromě reedukace jejich poruch je často nutné i použití jiných výukových metod, speciálních pomůcek a způsobů hodnocení a klasifikace.“ (Jucovičová, Žáčková 2004, s. 11)*

Zelinková (2009) prezentuje, mimo jiné, také definici Ortonovy dyslektické společnosti z roku 1995, která se již zabývá možnou kombinací dyslexie s dyskalkulií: *„Dyslexie je neurologicky podmíněná, často dědičně ovlivněná porucha, která postihuje osvojování jazyka a jazykové procesy. Projevuje se v různých stupních závažnosti při osvojování receptivního a expresivního jazyka včetně fonologických procesů, při osvojování čtení a psaní, někdy též v aritmetice.“* Pro srovnání je uvedena ještě jedna zahraniční definice ze stejné publikace. Jedná se o definici Britské dyslektické asociace z roku 1997: *„Dyslexie je komplex neurologických podmínek konstitučního původu. Symptomy mohou postihovat mnoho oblastí učení a funkcí a mohou být popsány jako specifické obtíže ve čtení a psaní. Postižena může být jedna nebo více z těchto oblastí. Porucha zahrnuje též obtíže v numeraci, psaní not, motorické funkce a organizační dovednosti. Ačkoli se vztahuje především na ovládání psaného jazyka, může být do určité míry narušena též mluvená řeč.“*

Je nutné se vždy ohlížet na nejnovější poznatky, proto by zde neměla chybět také jedna z moderních definic. Jedná se o definici z roku 2003, kterou publikovala Mezinárodní dyslektická společnost v *Annals of Dyslexia*, kterou uvádí Bartoňová (2005): *„Dyslexie je specifická porucha učení, která je neurobiologického původu. Je charakterizována obtížemi se správným a/nebo plynulým rozpoznáním slova a špatným pravopisem a dekódovacími schopnostmi. Tyto obtíže jsou typickým následkem deficitu ve fonologické složce jazyka, který je často očekávaný ve vztahu k ostatním poznávacím schopnostem a k podmínkám efektivní výuky ve třídě. Mezi sekundární následky mohou patřit problémy s porozuměním čteného a omezené čtenářské zkušenosti, které brání růstu slovní zásoby a základních znalostí.“*

Z výše uvedených definic lze vyvodit, že specifické vývojové poruchy školních dovedností jsou jakési potíže, které žákovi znesnadňují práci ve škole, zpomalují jeho práci, omezují schopnost porozumět zadanému úkolu, či rychle a efektivně pracovat dle instrukcí učitele nebo na základě studijních materiálů. SVPŠD jsou v posledních letech předmětem zájmu mnoha oborů. Nově získané poznatky posouvají hranice poruch učení a tím i jejich definování. Jednotlivé

definice se v některých bodech shodují a v některých se naopak rozcházejí. Těžko lze tedy očekávat formulaci jedné definice.

### **1.3 Symptomatologie a druhy specifických vývojových poruch školních dovedností**

Specifické vývojové poruchy školních dovedností představují heterogenní skupinu poruch, jejichž vymezení se vztahuje k různým výukovým obtížím. Jednotlivé specifické obtíže se zároveň různě kombinují a vzájemně negativně ovlivňují. Ve větší či menší míře se projevují potíže v oblasti řeči, nedostatečně rozvinuté zrakové a sluchové vnímání, poruchy pravolevé a prostorové orientace, problémy se soustředěním, atd. Svými projevy zasahují do celého vzdělávacího procesu. Postihují psychiku dítěte, zejména vývoj, sebehodnocení a sebepojetí. Výrazně se promítají do sféry sociální i pedagogické. (Matějček, 1995)

Pojem *specifické* vysvětluje nutnost odlišit specifické poruchy učení od nespecifických (tzv. pseudo či nepravých poruch učení), které mohou být způsobeny např. nedostatečně podnětným prostředím. Přívlastek *vývojové* vystihuje povahu poruchy, k níž dítě vývojem teprve dospívá. Porucha, která je nepochybně založena již dávno předtím, se projeví na určitém stupni vývoje dítěte a promítá se do jeho výkonu v průběhu celého jeho vývoje a zpravidla přesahuje až do dospělosti. (Matějček, 1995)

Celá tato skupina specifických vývojových poruch školních dovedností má dle Zelinkové (2009) jeden společný znak, a to předponu *dys-*. Předpona *dys-* dle Zelinkové (2009, s. 9) „*znamená rozpor, deformaci*“. Bartoňová (2005) uvádí, že je třeba se důkladně věnovat včasné diagnostice a zajištění reedukační péče a podpory.

Zvláštnosti specifických vývojových poruch školních dovedností jsou jednak v jejich příčinách vzniku (etiologii) a v jejich projevech. Zvláštností je i to, že intelektové schopnosti dětí s poruchami učení jsou průměrné až nadprůměrné. Z toho vyplývá, že potíže v učení nejsou způsobeny sníženými intelektovými schopnostmi. U dětí se SVPŠD bývají porušeny funkce, které jsou potřebné pro učení se psaní, čtení a počítání. Jedná se o percepční funkce, kdy je porušeno či nedostatečně vyvinuto smyslové vnímání (zrakové, sluchové).

Dále kognitivní (poznávací) funkce, kdy je narušena např. schopnost koncentrace pozornosti, myšlení, paměť, řeč a matematické představy. Pak následují funkce motorické (pohybové), kdy potíže způsobuje porucha jemné i hrubé motoriky, což negativně ovlivňuje oční pohyby a motoriku mluvidel. Na vzniku SVPŠD se podílí i porucha motorické koordinace (souhry pohybů) a rytmicity. Ve výčtu nesmí chybět poškození senzomotorických funkcí, čímž chápeme propojení poznávacích a motorických funkcí. Z těchto důvodů nazýváme specifické vývojové poruchy školních dovedností poruchami funkčními.

Jucovičová a Žáčková (2001) deklarují, že SVPŠD se objevují v různých stádiích období vývoje dítěte. V některých případech je možné pozorovat jejich dílčí projevy už u dětí předškolního věku. V tomto období se nabízí největší možnost působit prevencí proti jejich rozvoji. Počet zachycených rozvíjejících se specifických vývojových poruch školních dovedností v tomto věku je však mizivý. Nejčastěji jsou zachyceny u dětí mladšího školního věku, většinou v průběhu prvních dvou let školní docházky. Problematika poruch učení se ovšem rozvíjí i v období staršího školního věku dítěte, tedy na druhém stupni základní školy. Potíže žáků ve výuce se v tomto věku komplikují tzv. sekundární problematikou, která již neplyne ze základních projevů dysfunkce, ale velice úzce s ní souvisí. Sekundární problematika se týká jak oblasti výukové, tak psychiky dítěte. Není to úplně obvyklé, ale v některých případech je dítě teprve v tomto věku diagnostikováno. Stává se tak u dětí se slabší formou SVPŠD nebo u dětí, které své obtíže dlouhodobě kompenzovaly vysokými intelektovými schopnostmi. Existují i výjimečné případy, kdy dochází k primární diagnostice až v období adolescence nebo dokonce dospělosti. Tyto případy se týkají převážně lidí, kteří používají natolik dobré kompenzační mechanismy, že jim specifická vývojová porucha školních dovedností nečinila obtíže až do doby, kdy se setkají se situací, která jim neumožňuje tyto mechanismy využít (např. nutnost rychle číst při písemných zkouškách, atd.). Obecně nelze říci, že by existovalo nějaké vývojové období, kdy se SVPŠD neprojevují. V každém případě záleží na typu a formě poruchy, na včasné a správné diagnostice, absolvování speciálně pedagogické reedukace a vhodném přístupu školy a rodiny, zda dojde k rychlé a plné kompenzaci poruchy tak, aby v dalších věkových obdobích nebyla natolik patrná, aby ovlivňovala výkon dítěte ve studiu i životě.

SVPŠD se mohou u dítěte vyskytovat samostatně, častější je však výskyt komplexu poruch (nejčastěji dyslexie, dysgrafie, dysortografie). Častá je dle Zelinkové (2003) také kombinace se syndromem lehké mozkové dysfunkce (LMD) ve své hyperaktivní nebo hypoaktivní formě. V současnosti označovaným jako porucha pozornosti neboli ADD či porucha pozornosti spojená s hyperaktivitou neboli ADHD. Vzhledem ke svým projevům má syndrom LMD úzkou souvislost s poruchami učení, které často vznikají na jeho bázi.

Jak uvádí Jucovičová, Žáčková (2001), podkladem tohoto syndromu je lehké, difúzní organické poškození mozku nepostihující intelektové schopnosti. Projevuje se širokou škálou poruch v několika oblastech:

- v oblasti motoriky (ve smyslu obtíží v oblasti procesu útlumu a vzruchu – hyperaktivita a hypoaktivita – a v oblasti hrubé a jemné motoriky a motorické koordinace),
- v oblasti emotivity (impulzivita, afektivita až agresivita),
- v oblasti percepčních schopností,
- v oblasti koncentrace pozornosti (nesoustředěnost),
- poruchami paměti (zejména krátkodobé),
- poruchami myšlení a řeči.

Syndrom lehké mozkové dysfunkce se vztahuje na děti téměř průměrné, průměrné či nadprůměrné inteligence se specifickými vývojovými poruchami školních dovedností či chování, od mírných až po těžké, které jsou spojeny s odchylkami funkce centrálního nervového systému. Tyto odchylky se mohou projevovat oslabením ve vnímání, tvoření pojmů, paměti a kontrole pozornosti, popudů, ale také motoriky.

*„Všechny SPU lze podřadit kategorii LMD, avšak ne všechny lehké mozkové dysfunkce se musí projevit jako poruchy učení. Pojem LMD je tedy širší. Kromě lehkých mozkových dysfunkcí, u nichž nelze potvrdit konkrétní organické poškození, je známa kategorie "drobných mozkových poškození" (MBD - minimal brain damage), kde se prokazuje nebo alespoň předpokládá lehké poškození mozkové tkáně, které pak narušuje její funkci. Diferenciálně diagnostická situace je dnes taková, že konkrétní formy specifických poruch učení zařazujeme pod lehké mozkové dysfunkce.“*  
(www.arcana.cz)

Vztah mezi SVPŠD a lehkými mozkovými dysfunkcemi vyplývá z výše uvedených definic. U dětí s LMD se dle Zelinkové (2009) poruchy učení mohou,

ale nemusí projevit. Podobně je tomu i naopak, SVPŠD mohou, ale nemusejí vznikat na podkladě LMD, příčiny jejich vzniku, mohou být i jiné.

Při osvojování dovedností číst, psát a počítat se SVPŠD projevují nejméně výrazněji, lze je však sledovat i v mnoha dalších dovednostech a schopnostech, kterými jsou například:

- poruchy soustředění, které se projevují krátkodobým soustředěním, horším soustředěním při klimatických změnách, při oslabení organismu či při zvýšeném psychickém vypětí,
- poruchy pravolevé a prostorové orientace způsobující záměny pravé i levé strany na sobě i v prostoru, potíže při orientaci v sešitě, knize, na lavici, v místnosti i budově,
- poruchy sluchového vnímání, vnímání a reprodukce rytmu (těmito poruchami nemyslíme sluchové vady ve smyslu nedoslýchavosti různého stupně, ale schopnost rozlišovat jemné přírodní zvuky i elementy lidské řeči),
- poruchy zrakového vnímání, kterými podobně jako u poruch sluchového vnímání nerozumíme poruchy zrakové ostrosti, ale schopnost rozlišovat jednotlivé detaily vnímaných tvarů, zvládat oční pohyby při čtení,
- poruchy řeči, které chápeme jako poruchy porozumění řeči, vyjadřování a výslovnosti,
- poruchy jemné a hrubé motoriky projevující se nejen hůře koordinovanými pohyby těla, rukou, prstů, ale i očními pohyby např. při čtení,
- poruchy chování, jež vznikají jako následek poruch učení, projevují se upozorňováním na sebe, „šáskováním“, časté jsou neurotické projevy, strach, napětí.

Uvedený výčet projevů není sice vyčerpávající, ale stačí k uvědomění si toho, že SVPŠD ovlivňují celou osobnost dítěte a často nepříznivě ovlivní i situaci v rodině. Porucha je pro dítě i rodinu břemenem a mnohdy se dostává do popředí natolik, že rodiče začínají vnímat dítě především jako nositele poruchy.

Zelinková (2009) se domnívá, že porucha se sice chová jako překážka na cestě k osvojování vědomostí, ale mnohem závažnější je celý řetěz nepříznivých následků. Obtíže při osvojování si čtení a psaní ovlivňují proces získávání dalších poznatků, což může mít za následek zaostávání ve vědomostech.

Základní typy poruch a stručný přehled jejich příznaků:

- a) dyslexie – specifická vývojová porucha čtení, která může postihovat rychlost čtení, správnost, porozumění čtenému textu,
- b) dysgrafie – porucha psaní a grafického projevu postihuje úpravu písemného projevu, osvojování jednotlivých písmen a spojení hláska – písmeno,
- c) dysortografie – specifická vývojová porucha pravopisu se projevuje tzv. specifickými dysortografickými chybami, negativně ovlivňuje i proces aplikování mluvnického učiva,
- d) dyskalkulie – porucha počítání, matematických schopností postihuje operace s čísly, matematické představy, prostorové představy při práci s čísly i při geometrii,
- e) dyspinxie – porucha výtvarných schopností,
- f) dysmúzie – porucha hudebních schopností,
- g) dyspraxie – porucha schopnosti vykonávat manuální a složité úkony.

### 1.3.1 Dyslexie

Dyslexie je specifická porucha projevující se neschopností naučit se číst, postihující základní znaky čtenářského výkonu: rychlost, správnost, techniku a porozumění čtenému textu, přestože se dítěti dostává běžného výukového vedení, má přiměřenou inteligenci a sociokulturní příležitost. Je podmíněna deficitem v základních poznávacích schopnostech, přičemž tyto jsou často konstitučního původu. (Matějček, 1995)

Dyslexie je komplex neurologických podmínek konstitučního původu. Symptomy mohou postihovat mnoho oblastí učení a funkcí a mohou být popsány jako specifické obtíže ve čtení a psaní. Postižena může být jedna nebo více z těchto oblastí. Porucha zahrnuje též obtíže v numeraci, psaní not, motorické funkce a organizační dovednosti. Ačkoli se vztahuje především na ovládnutí psaného jazyka, může být do určité míry narušena též mluvená řeč. (Zelinková 2003)

Současnou definici (2003) publikovala pracovní skupina Mezinárodní dyslektické společnosti Annals of Dyslexia (in Bartoňová 2007, s. 13): „*Dyslexie je specifická porucha učení, která je neurobiologického původu. Je*

*charakterizovaná obtížemi se správným a/nebo plynulým rozpoznáním slova a špatným pravopisem a dekódovacími schopnostmi. Tyto obtíže jsou typickým následkem deficitu ve fonologické složce jazyka, který je často neočekávaný ve vztahu k ostatním poznávacím schopnostem a k podmínkám efektivní výuky ve třídě. Mezi sekundární následky mohou patřit problémy s porozuměním čteného a omezené čtenářské zkušenosti, které brání růstu slovní zásoby a základních znalostí.“*

Podle převažující problematiky lze vydělit následující typy:

- dyslexie na podkladě percepčních deficitů – oslabení v oblasti sluchové percepce (špatná sluchová analýza a syntéza; neschopnost rozlišit slabiky, hlásky; chybné zachycení slova uchem – záměny typu: tředa – středa; nerozlišování tvrdých a měkkých slabik di/dy, ti/ty, ni/ny) a převaha těžkostí v oblasti percepce zrakové (špatná orientace v textu; záměna tvarově podobných písmen lišících se ve směrovosti b-d-p, m-n, a-o, k-h),
- dyslexie s převahou obtíží v oblasti motorické – pomalé psaní bez automatizace, špatná motorika očí (pomůcka – mřížka), oslabení v artikulační neobratnosti (jednoduchá slova čte správně: pára, plavba, ale složeniny čte s chybnou výslovností: paroplavba),
- dyslexie na podkladě obtíží v integraci jednotlivých (výše zmíněných) funkcí – správné čtení, ale bez porozumění; spojení a věty bez významu, proto váhavost, nejistota a přerušované čtení,
- dyslexie s poruchou dynamiky základních psychických procesů – dyslexie u hyperaktivního dítěte (čtení a psaní s úprkem) a hypoaktivního dítěte (pomalé, těžkopádné čtení; selhávání v úkolech náročných na čas – diktáty, písemky – potřeba vyšší časové dotace),
- dyslexie z hlediska vzájemného vztahu verbální a názorové složky intelektu – převaha buď složky verbální nebo názorové,
- dyslexie z hlediska lateralizace mozkových hemisfér – pravá hemisféra (rozlišování písmen jako tvaru) a levá hemisféra (práce se slabikami a slovy). (Říčan, Krejčířová 2006, s. 170 – 173)



### 1.3.2 Dysgrafie

Dysgrafie je specifická porucha grafického projevu, postihuje zejména celkovou úpravu písemného projevu, osvojování jednotlivých písmen, napodobení tvaru, spojení hlásky s písmenem a řazení písmen. Dítě opět zaměňuje tvarově podobná písmena, písmo je neuspořádané, těžkopádné, neobratné. Má tendence směšovat psací a tiskací písmo. Žáci s těmito obtížemi se dlouho nemohou naučit dodržení lineatury, výšky písma. Píší pomalu, namáhavě, obsah napsaného v časové tísní nekorresponduje se skutečnými žákovými jazykovými schopnostmi. Často u těchto dětí zjišťujeme vadné držení psacího náčiní. Samotný proces psaní vyžaduje velkou koncentraci žákovy pozornosti, žák není schopen se soustředit na obsahovou a gramatickou stránku projevu. Příčinou je porucha senzomotorické koordinace a manuální neobratnost, která bývá spojena i s poruchami zrakové percepce a paměti. Projevuje se jako porucha tvaru, tahu a vztahu.

### 1.3.3 Dysortografie

Dysortografie je specifická porucha pravopisu, vyskytuje se velice často ve spojení s dyslexií. Tato porucha nepostihuje celou oblast gramatiky jazyka, ale týká se tzv. specifických dysortografických jevů, vynechávek, záměn tvarově podobných písmen v písemné podobě, objevují se zkomoleniny, chyby z artikulační neobratnosti, nesprávně umístěné nebo vynechané vyznačení délek samohlásek, chyby v měkčení. Negativně ovlivňuje také proces aplikace gramatického učiva a zároveň také velmi úzce souvisí i s rozvojem jazykového citu. V závislosti na gramatice českého jazyka charakterizuje Matějček (1995) dysortografii jako poruchu převodu kódu sluchového do kódu grafomotorického a vizuálního. Při uplatnění reedukační péče dělá dítě těchto chyb méně, ale na správné napsání potřebuje více času než ostatní žáci. V časově limitovaných úkolech (diktáty, písemné prověrky v jakémkoliv předmětu) se dysortografické chyby mohou znovu objevovat, přibývají chyby pravopisné i v jevech, které si dítě osvojilo a umí je ústně bez obtíží a správně zdůvodnit.

### **1.3.4 Dyskalkulie**

Dyskalkulie je specifická porucha matematických schopností. Týká se zvládnutí základních početních úkonů. Podle charakteru potíží můžeme tuto dysfunkci členit na několik typů: verbální, praktognostická, grafická, lexická, operační a ideognostická dyskalkulie. Poruchy matematických schopností úzce souvisí i s dalšími poruchami, jako je dyslexie a dysgrafie.

#### *1.3.4.1 Verbální dyskalkulie*

Verbální dyskalkulie se projevuje problémy dítěte při označování množství a počtu předmětů, operačních znaků, matematických úkonů. Dítě nedokáže vyjmenovat řadu čísel od největšího k nejmenšímu, řadu sudých či lichých čísel. Má potíže s osvojením matematického slovníku (slovním označením počtu předmětů). V praxi to např. znamená, že číslo 12 čte jako 21, má problémy s chápáním významu „o tři více“ nebo „třikrát více“.

#### *1.3.4.2 Praktognostická dyskalkulie*

Praktognostická dyskalkulie znamená narušení matematické manipulace s předměty nebo nakreslenými symboly (přidávání, ubírání množství, rozkládání, porovnávání počtu). Žák není schopen dospět k pochopení pojmu číslo, v geometrii neumí seřadit různě dlouhé předměty podle velikosti, diferencovat geometrické tvary. Porucha prostorového faktoru matematických schopností způsobuje, že dítě selhává při rozmístění figur v prostoru, není schopné ukazovat na počítané předměty a správně je třídit.

#### *1.3.4.3 Grafická dyskalkulie*

Grafická dyskalkulie představuje neschopnost psát matematické znaky. Žák má potíže při zápisu čísel formou diktátu či přepisu, při psaní vícemístných čísel, píše v opačném pořadí, zapomíná psát nuly. Dělá mu potíže psát řády pod

sebe, jeho zápis je neúhledný, v geometrii má problémy při rýsování jednoduchých útvarů. Vzhledem k poruše pravolevé a prostorové orientace píše dítě číslice často zrcadlově.

#### *1.3.4.4 Lexická dyskalkulie*

Lexická dyskalkulie se projevuje neschopností číst číslice, čísla, operační symboly. V nejtěžších případech není dítě schopné přečíst, ani izolované číslice a operační znaky, při lehčí formě mu dělá potíže číst vícemístná čísla s nulami uprostřed nebo napsaná svisle. Žáci zaměňují tvarově podobné číslice, římské číslice. Problematickou skupinou jsou zlomky a desetinná čísla. Příčiny nacházíme hlavně v oblasti zrakového vnímání, orientace v prostoru, zvláště pravolevé orientace.

#### *1.3.4.5 Operační dyskalkulie*

Operační dyskalkulie se projevuje poruchou schopnosti provádět matematické operace, sčítat, odčítat, násobit, dělit, což se odráží zvláště při počítání delších řad čísel. Žák se dopouští záměn jednotek a desítek při sčítání, záměny čitatele a jmenovatele. V praxi se tato potíž projevuje i nedostatečným osvojením násobilky, kdy si žák pomáhá počítáním na prstech nebo sčítáním čísel. Žák má potíže s písemnými algoritmy, potíže mu činí počítání s přechodem přes desítku.

#### *1.3.4.6 Ideognostická dyskalkulie*

Ideognostická dyskalkulie se projevuje poruchou především v chápání matematických pojmů a vztahů mezi nimi. Dítě například umí přečíst a napsat číslo 6, ale neuvědomuje si, že 4 je totéž jako  $3+1$ ,  $2+2$ . Obvykle mají tito žáci potíže při řešení slovních úloh, protože neumí převést slovní zadání do systému čísel matematického zápisu.

### **1.3.5 Dyspinxie**

Dyspinxie je specifická porucha kreslení je charakteristická nízkou úrovní kresby. Dítě zachází s tužkou neobratně, tvrdě, nedokáže převést svou představu z trojrozměrného prostoru na dvojrozměrný papír, má potíže s pochopením perspektivy.

### **1.3.6 Dismúzie**

Dismúzie je specifická porucha postihující schopnost vnímání a reprodukce hudby, projevuje se obtížemi v rozlišování tónů, dítě si nepamatuje melodii, nerozlišuje a není schopno reprodukovat rytmus. Potíže se čtením a zápisem not spíše souvisí s problémy dyslektickými, respektive dysgrafickými.

### **1.3.7 Dyspraxie**

Dyspraxie je specifická porucha obratnosti, schopnosti vykonávat složité úkony se může projevit jak při běžných denních činnostech, tak ve vyučování. Podle 10. revize Mezinárodní klasifikace nemocí ji najdeme pod názvem *specifická vývojová porucha motorické funkce*. Tyto děti bývají pomalé, nešikovné, neupravené, jejich výrobky jsou nevhledné, to často u dítěte vytváří nechuť k motorickým činnostem. Jejich obtíže se mohou projevit při psaní, v rámci jednotlivých výchov, ale i v řeči.

## **1.4 Etiologie specifických vývojových poruch školních dovedností**

V současnosti existuje dle Zelinkové (2003) mnoho teorií, které se pokouší o vysvětlení původu specifických vývojových poruch školních dovedností. Jedná se totiž o otázku nabývající na stále větší důležitosti mezi poradenskými psychology a pedagogy. Závažnost těchto poruch spočívá v tom, že potíže dítěte se SVPŠD se neomezují pouze na školní vyučování, ale promítají se i do celého sociálního systému, ve kterém dítě žije. Problematika

specifických vývojových poruch školních dovedností se rozvíjí v těsné součinnosti teorie a praxe a postupně získává interdisciplinární podobu. Výzkumy se zaměřují na psychologické, speciálně pedagogické, neurofyzičné, sociologické a lingvistické aspekty SVPŠD.

Nejranější práce o dyslexii psali lékaři, kteří kladli důraz na neurologickou nebo neurologicko-psychologickou etiologii poruch učení. Nedostatečné výkony v některých školních činnostech se připisovaly poškození mozku, které se projevuje deficitem ve vnímání v nejširším smyslu. Předpokládalo se, že tato porucha je často vrozená. Medicínské pojetí se přenáší i do kruhů speciálně-pedagogických a psychologických. Zde se zdůrazňují i osobnostní faktory (např. motivace k výkonu, impulzivita, emocionální labilita, nervozita, nízké sebehodnocení, poruchy koncentrace apod.). Dále se sleduje rodinné klima, podnětnost rodinného prostředí (zejména podpora dítěte nebo naopak působení deprivčních faktorů).

V 60. letech 20. století se dyslexií v Dětské psychiatrické léčebně v Dolních Počernicích zabýval výzkumem dyslektiků Otakar Kučera. Na základě rozboru jednotlivých případů vyvodil Kučera tyto čtyři základní skupiny příčin dyslexie, které uvádí Zelinková (2003):

- encefalopatická skupina - lehké mozkové dysfunkce se objevily u 50 % dětí ze sledované skupiny, dochází k nim v pre-, peri- i postnatálním období,
- hereditální skupina - dědičnost byla prokázána přibližně ve 20 %, obtíže ve čtení lehčího rázu, náprava rychlejší a úspěšnější,
- hereditálně encefalopatická skupina - tvořilo ji 15 % dyslektiků, kombinace lehké mozkové dysfunkce a dědičnosti,
- neurotická skupina - nejasné příčiny byly stanoveny u 15 % dětí.

V současné době se odborníci zabývající se problematikou specifických vývojových poruch školních dovedností přiklánějí k následujícímu rozdělení etiologie vzniku těchto poruch do tří rovin: kognitivní, biologicko–medicínské a behaviorální roviny. Protože však doposud není příčina vzniku SVPŠD jednoznačně a jasně stanovená, probíhají i nadále další výzkumy, které hledají faktory ovlivňující vznik specifických vývojových poruch školních dovedností.

### 1.4.1 Biologicko–medicínská rovina

1. Genetické faktory – uvědomění si genetické závislosti má značný vliv. Mezi blízkými příbuznými (sourozenci, rodiče) jedince s dyslexií lze předpokládat ve 40 – 50 % projevy obtíží ve čtení. Uvědomění si genetické závislosti má obrovský význam nejen pro teorii, ale zejména pro praxi. Pozitivní je, že děti rodičů – dyslektiků, kteří své obtíže kompenzovali, mají větší šanci, že se jim podaří obtíže kompenzovat, než děti těch rodičů, kteří dyslexii kompenzovat nedovedli. (Zelinková 2003, s. 22)

2. Struktura a fungování mozku – již od 60. let 20. století se předpokládá, že SVPŠD jsou důsledkem drobného poškození mozku. Toto poškození vzniklo v prenatalním období (např. infekční nemoci matky, kouření matky, závislost na lécích, drogách nebo alkoholu, krvácení v těhotenství, nedostatečný přísun kyslíku), v perinatálním období (např. porod kleštěmi, protrahovaný porod, komplikace s pupeční šňůrou, nedostatečný přísun kyslíku, vdechnutí plodové vody, asfyxie) nebo postnatální poškození (např. nedostatky v příjmu potravy mohou vyvolat nedostatek kyslíku v krvi a druhotně poškození CNS, infekční onemocnění do 2. roku věku dítěte atd.). Dříve byla diagnóza lehké mozkové dysfunkce velmi často stanovována jako příčina specifických vývojových poruch školních dovedností, ale v poslední době dochází k obratu. V odborné literatuře čteme stále častěji o jiných etiologiích. (Pokorná 1997, s. 77 - 78)

3. Hormonální změny – jednou z příčin SVPŠD může být zvýšená hladina testosteronu. Testosteron je hormon, který ovlivňuje vývoj sekundárních pohlavních znaků, ale může omezovat vývoj některých znaků dalších. Proto jsou SVPŠD více postiženi chlapci. Objevuje se u nich snížená imunita, dyslexie, leváctví, deficity ve fungování levé hemisféry, které však mohou být kompenzovány zvýšenou zdatností pravé hemisféry.

4. Netypická dominance hemisfér – zkoumáním dětí se specifickými vývojovými poruchami školních dovedností prokázali mnozí autoři častější výskyt levorukosti, nevyhraněné laterality nebo zkřížené laterality (různostranné dominance ruky a oka). (Pokorná 1997, s. 82)

5. Odchylky v cerebrální aktivitě – jde o deficit ve struktuře a fungování mozečku. Mozeček se podílí na osvojování a automatizaci motorických dovedností a na aktivitách čelní kůry mozku, včetně Brocovy řečové oblasti.

Poruchy v různých jeho částech mohou vést k rozmanitým symptomům, od poruch rovnováhy a postojů ke ztuhlosti končetin, poruše koordinace, ztrátě napětí, poruše automatizace pohybů. Psaní vyžaduje plynulost pohybů, automatizaci, koordinaci, atd. Ke čtení je nutné vnímat přesně zvuky řeči, hláskovou stavbu slov apod. Tyto věci se při postižení mozečku nerozvíjí plynule, dochází k jejich opožďování a to je jedna z příčin dyslexie. Tato cerebrální hypotéza je formulována na biologické úrovni, mohli bychom ji však také vysvětlit i v rovině kognitivních procesů jako hypotézu deficitu automatizace. Tvoří proto tedy jakýsi přechod mezi biologicko–medicínskou a kognitivní rovinou. (Zelinková 2003, s. 24)

#### **1.4.2 Kognitivní rovina**

1. Vizuální deficit – porucha zrakového vnímání byla prvním kognitivním deficitem, který byl dáván do přímé souvislosti s dyslexií, a to již v roce 1896 Pringlem Morganem, který tento jev označil jako „slovní slepotu“. Obtíže při identifikaci hlásek ve slově jsou dodnes problémem mnoha čtenářů. Mají nestabilní vnímání tisku, které je vysvětlováno tím, že jejich oči se nekontrolovatelně pohybují po stránce, když se snaží fixovat na slovo. Tyto potíže mají neurologické vysvětlení.

U dyslektických dětí se deficity ve zrakové složce projevují v rozlišování tvarů písmen buď tvarově podobných (m – n) nebo různě rotovaných (b – d – p). Dítě obtížně rozkládá slovo na slabiky a hlásky a naopak skládá z jednotlivých slabik celé slovo. Čtení je tak výrazně pomalé. (Pipeková 2006, Matějček 1998, Pokorná 2001, Šturma 1997) Nedostatky v koordinaci očních pohybů se projevují nesystematickou fixací a následnou útržkovitou percepcí. (Vágnerová, Klégrová 2008) Porucha vizuální sekvenční analýzy se projevuje neschopností vnímat uspořádání písmen či slov v textu. Dítě se špatně orientuje v řádku čteného textu, písmena ve slově vynechává nebo přesmykuje. Může vynechat celé slovo nebo přeskočit i řádek. (Svoboda a kol. 2001)

2. Fonologický deficit – bylo zjištěno, že děti s dyslexií jsou znatelně horší v rýmování než mladší děti se stejnou čtenářskou úrovní. Další výzkumy došly k závěru, že děti s dyslexií trpí časným poškozením fonologického uvědomění, což má za následek obtíže v dekodování a osvojení dalších dovedností

podmiňujících nácviků čtení. Deficit ve fonologickém zpracování je považován za významný důvod narušení rozvoje čtenářských dovedností (Matějček, Vágnerová 2006) a vykazuje ho většina osob trpících dyslexií.

Bartoňová (2005) se zaměřuje v přístupu k jedincům se SVPŠD na pozornost, paměť a prostorovou orientaci. Dále se zmiňuje, že děti s poruchami čtení a psaní nemají potíže ve vnímání a zpracování obrázkového materiálu, ale problémy začnou vznikat v momentě, kdy je ve většině množství materiál složen z tvarově podobných písmen.

Poruchy fonologických schopností se projevují v nedostatečné sluchové diferenciaci jednotlivých fonémů i v jejich výslovnosti. Dítě od sebe nedokáže sluchově rozlišit měkké a tvrdé hlásky. Vážné diferenciací znělých a neznělých hlásek (s – z). Tato porucha se více projevuje v procesu psaní. Ve čtení pak zejména ve špatné výslovnosti některých problematických slov. U dyslektických dětí lze pozorovat sníženou úroveň sekvenční analýzy a syntézy. Dítě nechápe mluvený projev jako celek složený z určitých jednotek v závazném pořadí. problémy manifestují v rozkladu slova na jednotlivé hlásky, přehazuje jejich pořadí (velryba – verlyba), z jednotlivých hlásek prezentovaných za sebou nedokáže složit slovo. (Matějček 1998, Zelinková 2009, Pokorná 2001)

3. Deficit ve vnímání časového sledu – někteří autoři vydělují z oblasti vizuální a akustické specifický deficit ve vnímání časové posloupnosti. Ten se může projevovat například i v řetězci chování a projevy tohoto deficitu není možné přisoudit zhoršenému zrakovému či sluchovému vnímání. Snížená schopnost seriality se prokazuje obtížným učením jakékoliv řady (např. abecedy), děti těžko určují postavení prvku v řadě, předcházející i následující prvek, což se promítá do identifikace postavení písmen ve slově a slov ve větě. Dítě nedokáže opakovat sekvence dlouhých a krátkých slabik. (Selikowitz 2000)

4. Deficit v procesu automatizace – automatizace hraje velice důležitou roli ve vývoji čtenářských dovedností, jedná se o limitovanou schopnost lidské pozornosti. Z toho vyplývá, že má-li čtenář pochopit obsah čteného textu, nemůže zároveň věnovat pozornost identifikaci jednotlivých písmen a slov. Základem automatizace jsou dle výzkumů nepodmíněné reflexy, k jejichž vytvoření je u dyslektiků třeba mnohokrát vyššího počtu opakování.

Teorie deficitu v oblasti automatizace je založena na předpokladu, že proces učení je zpočátku bezproblémový, snad jen s jedinou odlišností - dovednosti nejsou automatizovány tak rychle jako u běžné populace. Obtíže



nastávají ve chvíli, kdy se v průběhu učení objevují úkoly, které by měly probíhat automaticky, neboť jsou předpokladem zvládnání složitějších úkolů. Reedukace v těchto případech vyžaduje strukturovaný přístup zaměřený na automatizaci dílčích aktivit, ve kterém se postupuje po malých krocích a kde každý následující krok nastupuje až po zvládnutí předcházejícího. Chování dětí se specifickou vývojovou poruchou školních dovedností nijak výrazně nevybočuje z normy, ale často se u nich projevují výpadky pozornosti a snazší unavitelnost než u dětí bez SVPŠD. Je to způsobeno chybějící automatizací, díky které jsou běžné dovednosti uhlazené, hbitě prováděné, bez zvýšeného úsilí, a tato skutečnost dítě vyčerpává.

5. Deficit v oblasti paměti – podle části autorů je jednou z příčin dyslexie omezení pracovní paměti, která je nutná v úkolech vyžadujících vybavení si více poznatků najednou (např. diktáty). (Zelinková 2009) Děti mohou trpět poruchou v kódování zrakových a sluchových podnětů v krátkodobé paměti. Uvádí se, že zrakově prezentovaná písmena jsou kódovaná podle jejich zvuku, což se může projevovat záměnami viděného a vysloveného písmene (p – b). Nedostatky v krátkodobé paměti se např. projevují při slabikování delších slov. Než dítě slovo přeslabikuje, zapomene první slabiky. Sekundárně mohou mít tyto děti i sníženou dlouhodobou paměť, přičemž porušena může být oblast zapamatování a vštípení informace. Děti s dyslexií nejsou schopné si přes opakované procvičování vtisknout do paměti obrazy slabik a slov, dále mají obtíže s jejich znovupoznáním a následnou reprodukcí. (Pokorná 2001)

6. Deficit v oblasti jazykových schopností – dyslexie bývá často považována za poruchu postihující mluvenou a psanou řeč a systém osvojování jazyka či jazykových kompetencí. Bývá často spojována s menší slovní zásobou, obtížemi ve vyjadřování, sníženou schopností chápat význam jednotlivých vět a slov, nižším jazykovým citem a artikulační neobratností. (Lechta 2005, Zelinková 2009) J. Mladá (1996, in Vágnerová, Klégrová 2008) uvádí, že nějaké problémy i v oblasti řeči nebo jazyka má 50% dětí se SVPŠD.

7. Kombinace deficitů – většina autorů vidí příčiny specifických vývojových poruch školních dovedností v kombinaci více výše uvedených deficitů.

### **1.4.3 Behaviorální rovina**

Do této roviny řadíme rozbor procesu čtení, psaní, chování při čtení a při běžných denních činnostech.

Za další možnou příčinu vzniku SVPŠD můžeme považovat i nepříznivý vliv prostředí. Někteří autoři sledovali vliv sociálního postavení rodiny a školního vzdělání rodičů na úroveň výkonů jejich dětí. Prokazují, že většina dětí, u kterých se projevují poruchy čtení a psaní, pochází ze sociálně nižších vrstev s nižším vzděláním rodičů. V prostředí těchto dětí se vyskytují některé faktory, které se u rodin ze střední a vyšší vrstvy neobjevují. Např. rodiče mají pouze základní vzdělání, dítě má 3 a více sourozenců, stísněné bytové podmínky, rodiče sami nečtou, dítě nevlastní žádné knihy, opožděný vývoj řeči, poruchy řeči atd. (Pokorná 1997)

Výkon dítěte ovlivňuje, zda rodiče s ním prožívají úspěchy a neúspěchy, pomáhají jim v přípravě do školy, zajímají se o práci dětí, jaké výkony od svých dětí očekávají apod. Do školy přicházejí lépe připraveny a poté lépe prospívají děti, u kterých se očekává určitý vyšší výkon, rodiče se o ně zajímají a pomáhají jim řešit jejich problémy. Velmi důležitý je i přístup rodičů ke škole, k učitelům a ke vzdělávání jako celku.

Pro děti se specifickými vývojovými poruchami školních dovedností je také důležité školní prostředí. Úroveň jednotlivých škol je různá. Někde se zaměřují více na nadané a úspěšné žáky a dětem se SVPŠD se dostává méně příležitostí ke čtení a dalšímu procvičování učiva. Jinde jim vycházejí vstříc a ředitelé zřizují speciální třídy nebo jiná podpůrná zařízení pro takto handicapované děti. Též hodně záleží na zvoleném způsobu práce v hodinách jednotlivých učitelů. (Pokorná 1997)

## **1.5 Diagnostika specifických vývojových poruch školních dovedností**

Předpokládá se, že asi mezi šestým a sedmým rokem, kdy u nás nastupují děti školní docházku, jsou všechny potřebné složky dobře vyvinuty a že jejich spolupráce probíhá harmonicky. Pak je možné usuzovat, že se dítě naučí číst, psát a počítat bez obtíží. Pokud tomu tak není, nastávají problémy, které můžeme považovat za první příznaky některé specifické vývojové poruchy

školních dovedností. Samy o sobě však ještě neprozrazují, zda jde o porušení základního vzorce vloh či jen o jejich zdržení, nerovnoměrný vývoj. Proto je třeba ověřit si možnosti pomocí diagnostických zkoumání, jejichž cílem je poznat úroveň vývoje dítěte a získané poznatky dát do souvislosti s dalšími informacemi a skutečnostmi týkajícími se případného podezření, že dítě je z hlediska možných specifických vývojových poruch školních dovedností rizikové. (Zelinková 2008, s. 75)

Diagnostika je východiskem celého výchovně–vzdělávacího procesu a zejména reedukace jako speciálně pedagogické metody nápravy handicapu. Hlavním diagnostickým cílem je stanovení úrovní jednotlivých faktorů, které se vzájemně podílejí na úspěchu či neúspěchu dítěte. (Přinosilová 2007)

Diagnostika se provádí:

- v běžných podmínkách třídy = učitelská diagnostika - je důležitým východiskem pro další odborné vyšetření, žádá si dlouhodobé sledování dítěte, musí brát v úvahu atmosféru třídy, školy, osobnosti učitele i možnosti srovnání zvládnutí požadavků daných osnovami ostatními žáky téže třídy nebo školy,
- na specializovaných pracovištích = pedagogicko – psychologické poradny a speciálně – pedagogická centra – umožňují po navázání individuálního kontaktu utvořit takové podmínky, v nichž vyšetřované dítě podá optimální výkon. Poté lze výsledky speciálních testů (speciálně – pedagogických a psychologických) porovnat s výsledky populace daného věku.

Pro potvrzení diagnózy konkrétní specifické vývojové poruchy školních dovedností je nezbytné komplexní posouzení struktury všech schopností a dovedností dítěte. Významným diagnostickým kritériem je určitá nerovnováha mezi úrovní inteligence a školní výkonností dítěte. Nezbytnou složkou diagnostického programu je tedy nejen anamnestický rozhovor, psychologické vyšetření a stanovení intelektových schopností dítěte, ale i vyšetření speciálně – pedagogické. A protože se jedná o záležitost interdisciplinární, mohou se na něm podílet i další specialisté, např. neurolog, foniatr, oftalmolog nebo pediatr.

Cílem diagnostiky je připravit podmínky pro kvalifikovanou péči a nápravnou pomoc. Diagnostika na specializovaném pracovišti se opírá o nepřímé a přímé zdroje diagnostických informací. Prvním diagnostickým

vodítkem je zpravidla zpráva učitele. Obsahuje informace o školním prospěchu, výukových či výchovných obtížích.

### **1.5.1 Anamnestický rozhovor**

Důležitou součástí diagnostiky je získání anamnestických dat. Tyto informace čerpáme z rozhovoru s rodiči nebo jinými zákonnými zástupci dítěte. Anamnestický rozhovor by měl předcházet vyšetření dítěte. Umožňuje vhléd do mnohých oblastí rodinného života. Má nejen zásadní význam pro etiologickou úvahu, ale poskytuje i cenné informace o klinickém obraze poruchy a individuální charakteristice osobnosti dítěte. Jednotlivé části anamnestického rozhovoru rozvádíme podle individuální povahy případu. Zaměřujeme se na možné rizikové faktory působící v období prenatalním, perinatálním a postnatálním. Zjišťujeme dispenzarizaci dítěte na odborném pracovišti. Raný vývoj sledujeme zejména z hlediska vývoje psychomotorického a řečového. Významným ukazatelem je poznání zájmů a aktivit dítěte jak v předškolním, tak i ve školním období. Scholarita posuzuje sociální adaptaci, vztah ke školní práci a domácí přípravě, včetně délky přípravy. Zjišťujeme školní úspěšnost, výukové, případně kázeňské problémy z pohledu rodičů i dítěte. (Matějček, 1995; Svoboda, Krejčířová, Vágnerová, 2001)

### **1.5.2 Psychologické vyšetření**

Psychologické vyšetření provádí výhradně psycholog. Zaměřuje se především na zjištění úrovně rozumových schopností. Vyšetření inteligence je nedílnou součástí tohoto diagnostického vyšetření, podává nám významnou informaci o úrovni rozumových schopností a může odhalit řadu případů tzv. nepravých dyslexií. Nejčastěji používanými metodami, a to díky jejich snadnému vyhodnocování a časové nenáročnosti, jsou Ravenovy Progresivní matice, které jsou upraveny našimi odborníky a odpovídají normami naší populaci, Pražský dětský Wechslerův test, který je určen pro děti od 5 do 16 let, a Wechslerova inteligenční škola pro děti, určená pro děti od 6 do 17 let. (Přinosilová 2007) V těchto zmiňovaných testech najdeme úkoly zaměřené na verbální a neverbální

(názorovou) oblast. Část, která se zabývá verbální složkou, je zaměřena na všeobecnou informovanost dítěte. Dítě má za úkol doplňovat obrázky, hledat podobnosti, čímž se zjišťuje jeho schopnost srovnávat pojmy (hledat společné znaky). V subtestu zaměřeném na matematiku dítě na základě zrakového vnímání počítá různé předměty nebo řeší slovní úlohy. V jiných subtestech vysvětluje, zda rozumí významu slov, upřesňuje, co by dělalo, kdyby ... (např. Co bys dělal, kdyby ses řízl do prstu?). U části, která se týká názorové složky, nemusí dítě mluvit. Psycholog mu předkládá různé příběhy na kartičkách, které má následně seřadit podle děje, dítě skládá obrázky (panáčka, jablko...), skládá z kostek podle obrázku, dokresluje do dominových kostek podle vzoru (pro děti starší 8 let), dokresluje do tvarů podle vzoru (pro děti do 8 let věku).

### 1.5.3 Speciálně pedagogické vyšetření

Vlastní speciálně pedagogické vyšetření dítěte začíná krátkým rozhovorem, který umožní navázat osobní kontakt s dítětem a zároveň uvolní jeho psychické napětí. Speciálně pedagogická diagnostika posuzuje výkon dítěte ve čtení, psaní a pravopisu. V případě potřeby se zaměřuje i na vyšetření matematických dovedností. Další speciálně zaměřené zkoušky zjišťují míru postižení jednotlivých dílčích složek a schopnost koordinace a integrace jednotlivých dílčích funkcí.

Hodnocení **výkonu ve čtení** posuzujeme ve vztahu k inteligenci dítěte. Na odborných pracovištích se používají k posouzení výkonu ve čtení normované texty vypracované v roce 1987 Z. Matějčkem a kol., jejichž výběr závisí na obtížnosti textu. Normy umožňují zjistit úroveň čtení vzhledem k požadovanému výkonu v určitém postupném ročníku. Při vyšetření výkonu ve čtení sledujeme:

- rychlost čtení s přihlédnutím k úrovni intelektového vývoje dítěte je vyjádřena čtenářským kvocientem (ČQ), kdy se rychlost čtení stanovuje během třímínutového čtení podle počtu správně přečtených slov za první minutu čtení. Z tohoto počtu odečítáme chybně přečtená slova. V dalších minutách sledujeme, zda výkon zůstává stejný či klesá nebo naopak stoupá. Za sociálně únosné čtení se považuje hranice 60–70 slov za minutu. Je-li rozdíl mezi IQ a ČQ vyšší než 20 bodů, je to jedno z prvních kritérií přiznání

diagnózy dyslexie. Zkouška čtení patří mezi základní diagnostické zkoušky. (Bartoňová, 2004)

- porozumění čtenému textu se ověřuje pomocí volného vyprávění přečteného textu a správnosti odpovědí na kladené otázky vztahující se k přečtenému textu doplňující vyšetřením je zkouška tichého čtení.
- chyby ve čtení – z hlediska počtu chyb považujeme za defektní čtení, když dítě čte 6–10% slov chybně. Jednotlivé chyby se hodnotí podle lokalizace, kvality a smyslu chyby.
- technika čtení a chování dítěte při čtení neboli stupeň vývoje čtenářských návyků ovlivňuje nejenom rychlost čtení, ale i porozumění textu. Sledujeme přetrvávající dvojité čtení, hláskování či slabikování.

V souvislosti s poskytováním zvýšeného normativu na integrované žáky stoupá zároveň potřeba sjednocení kritérií pro diagnostiku. Současná poradenská praxe vychází při stanovení diagnózy z nerovnoměrnosti intelektové a čtenářské výkonnosti. Analýza Kucharské poukazuje na značnou nejednotnost kritérií, jak ve stanovení výše inteligenčního kvocientu (IQ), tak i výše kvocientu čtenářského (ČQ). Jednotlivá poradenská pracoviště nejsou jednotná ani při stanovení velikosti požadovaného rozdílu mezi IQ a ČQ.

K vyšetření **písemného projevu** využívají poradenští pracovníci specificky zaměřené věty. (Matějček, 1995) Úroveň psaní hodnotíme z hlediska grafické, pravopisné a obsahové stránky, přičemž všechny oblasti se vzájemně ovlivňují. Základními diagnostickými nástroji jsou přepis, opis, diktát a volný písemný projev, při nichž jsou hodnoceny kvalitativní a kvantitativní znaky písemného projevu - chování dítěte při psaní, dodržování liniatury, tvarů písmen a analýza specifických chyb. (Bartoňová, 2005) *Opis* ukazuje grafomotorické zvládnutí tvarů písmen a jejich uspořádání ve slova, popř. věty. Opisuje-li dítě nesmyslný text, nemá možnost pomáhat si kontextem, a tím zjišťujeme osvojení si uvedené dovednosti v čisté podobě. *Přepis* sleduje tytéž cíle, ale navíc musí dítě zvládnout vztah mezi tiskacími a psacími písmeny. *Diktát* je komplexní dovednost, která předpokládá dostatečně rozvinutou sluchovou i zrakovou percepci, grafomotoriku, znalost spojení hláska – písmeno, a nejen znalost, ale též aktivní aplikaci gramatických pravidel. V poradenské praxi jsou nejčastěji používány diktáty obsahující ve zvýšené míře specifické jevy, které převažují nad jevy pravopisnými. Volné téma ukazuje dovednost samostatného písemného vyjadřování a zároveň zvládnutí grafické a pravopisné stránky. Výraznější

chybování v opisu a přepisu naznačuje obtíže zejména v oblasti zrakového vnímání, chybování v diktátu se vztahuje spíše k problematice sluchového vnímání. Významným zdrojem informací je analýza školních i domácích sešitů. Úroveň psaní hodnotíme z hlediska grafomotorické a pravopisné stránky. U starších dětí můžeme posuzovat i obsahovou stránku volného písemného projevu. (Zelinková, 2003)

Při posouzení *grafomotorické stránky* písemného projevu hodnotíme velikost a tvar písmen, rychlost vybavování si písmen, dodržování jednotného směru písma, sklon k přetahování nebo nedotahování linek, jistotu tahů, tlak na podložku, držení psacího náčiní a způsob sezení při psaní. Všímáme si znaků organicity v písmu, rytmu psaní a pracovního tempa. Matějček (1995) uvádí, že grafická složka písemného projevu může významně ovlivňovat i pravopis dítěte. Zvládnutí *pravopisu* posuzujeme na základě diktátu a volného tématu, porovnáváme výkon v poradně se školními sešity. Při rozboru chyb odlišujeme tzv. specifické chyby a chyby pravopisné. Cílem není odlišení typů chyb a jejich součet, ale především odhalování příčin chyb a jejich následné odstraňování. Dopouští-li se dítě mnoha pravopisných chyb, je obtížné zjistit, zda je příčinou specifická porucha psaní nebo něco jiného. Zde je velmi důležitá diferenciální diagnostika. Vždy ústně ověřujeme znalost gramatických pravidel. Další charakteristiky, které negativně ovlivňují výkon dítěte a mohou být jednou z příčin poruchy, jsou poruchy vývoje řeči, nebo dokonce diagnostikovaná vývojová dysfázie, obtíže v soustředění, oslabení paměti, zvláště pak pracovní paměti, nebo pomalé pracovní tempo.

Dle Zelinkové (2003) při vyšetření **matematických schopností** musí diagnostika postihovat úroveň zúčastněných psychických funkcí a dílčích dovedností, tj. rozumových schopností, řeči, percepce, pravolevé a prostorové orientace, motoriky. Na tuto součást diagnostiky navazují zkoušky matematických vědomostí a dovedností, jejichž cílem je zachytit aktuální úroveň vývoje.

K vyšetření *matematických schopností* se v poradenské praxi používá nejčastěji soubor zkoušek zpracovaný J. Novákem, který pro diagnostiku dyskalkulie vydala Psychodiagnostika Brno. (Zelinková, 2003)

- Barevná dyskalkulie (Novák, 2002) - pro děti ve věku od 7 do 10 až 11 let, test obsahuje 39 úloh a jeho administrace trvá přibližně 15 minut.

- Kalkulie IV (Novák, 2002) – pro děti staršího školního věku, test jhe barevný (na rozdíl od předešlé verze Kalkulie III.) a jeho administrace trvá přibližně 25 minut.
- Číselný trojúhelník (Novák, 1997) – poskytuje doplňující informace (numerický, grafický a prostorový faktor).

K dalšímu doplnění výše uvedených testů se používá diagnostická metoda nazvaná Rey–Osterriethova komplexní figura, která pomáhá diagnostikovat úroveň senzomotorických, vizuoprostorových a konstrukčních schopností a dovedností, vizuoprostorové paměti, vizuální percepce a pozornosti a organicity. Dítě obkreslí figuru na čistý nelinkovaný papír, potom se kresba odstraní a dítě má nakreslit figuru znovu z paměti. po vysvětlení vztahu a významu jednotlivých čar dítě kreslí figuru potřetí a potom se hodnotí rozdíly mezi první a třetí kresbou.

K posouzení *matematických dovedností* nejsou k dispozici standardizované zkoušky. Na základě symptomatiky dyskalkulie byl v Pedagogicko–psychologické poradně hlavního města Prahy v letech 1990–1992 sestaven a ověřován soubor úkolů, který není standardizován, ale je používán k této diagnostice. Úkoly jsou zaměřeny na předčíselné představy, číselné představy, strukturu čísel, poziční hodnotu číslic v čísle, psaní čísel podle diktátu, matematické operace, slovní matematické operace, pokračování číselných řad, paměť a orientaci v čase.

Zkoušky *speciálních schopností* se zaměřují na poruchy percepce zrakové a sluchové, pozornosti a paměti, narušení motorické koordinace a pohybové souhry v různých oblastech. Sledují poruchy integrace a koordinace jednotlivých dílčích funkcí. Matějček (1995) poukazuje na nutnost komplexního posouzení výsledků, získaných pomocí jednotlivých testů. Výběr testů se vztahuje k povaze konkrétního případu s ohledem i na časovou náročnost a úspornost celého vyšetření. Na některé dysfunkce poukazuje i předchozí psychologické vyšetření.

Pro zvládnutí psaní je důležitá *sluchová analýza a syntéza* řeči. U školních dětí se používá Matějčkova Zkouška sluchové analýzy a syntézy. (Matějček, 1993) Zkouška hodnotí úroveň dítěte v oblasti rozkladu slova na hlásky a naopak schopnost z jednotlivých hlásek vytvořit celé slovo. Při zkoušce sluchové analýzy má dítě poznat, z jakých hlásek je slovo složeno, při zkoušce sluchové syntézy má dítě z jednotlivých hlásek slovo vytvořit. Při vyšetření



vnímání tvrdých a měkkých slabik předřikáváme dítěti postupně slova (např. tudy, hrady, hadi) a dítě má odpovědět, zda slyšelo tvrdé y nebo měkké i. Tato metoda je součástí Moseleyovy testové baterie. Pro vyšetření schopnosti sluchového rozlišování, užíváme Zkoušku sluchové diferenciacce (WM) nesmyslných slov autorů Wepman (1960), Matějček (1993). Tato metoda obsahuje 25 párů slov, které se liší jednou hláskou nebo jsou totožné. Dítě má určit, zda je dvojice stejná či nikoli. Test je vhodný pro děti od 5 let. Neúspěšnost po 6. roce věku vzbuzuje podezření na poruchu fonemického sluchu. Po 7. roce věku má neúspěšnost v této zkoušce diferenciacce diagnostický význam.

Pro diagnostiku **zrakové percepce** se využívá Edfeldtův Reverzní test (Pokorná, 1997), který poukazuje na závažnost narušení zrakové diferenciacce a upozorňuje na nepřekonané reverzní tendence. Test obsahuje figury, které se od sebe odlišují především v horizontální a vertikální rovině. Dítě má určovat odlišnost či shodnost jednotlivých obrazců. Test je určen pro děti od 5 do 8 let, u starších dětí můžeme využít zkoušku vizuální diferenciacce. Další užívanou zkouškou k zjištění vizuo–motorické koordinace je Vývojový test zrakového vnímání M. Frostigové.

K vyšetření **laterality** (Matějček, 1993) se u dětí i dospělých používá Žlabova a Matějčkova Zkouška laterality. Zajímá nás vztah mezi lateralitou ruky a oka. Testový materiál tvoří záznamový arch a krabice s pomůckami. Test obsahuje jednotlivé zkouškové situace (tleskání, jakou máš sílu, zasouvání kolíčků, klíč do zámku...), které se zaznamenávají do záznamového archu a následně se vypočítává kvocient pravorukosti. (Bartoňová, 2005)

Vnímání **časové posloupnosti** se vyšetřuje v oblasti vizuální percepce. V oblasti sluchového vnímání se používá Žlabova zkouška reprodukce rytmu, kdy dítě vytleskává nebo opakuje na bzučáku předložený rytmus sestávající z krátkých a dlouhých intervalů. Zpočátku zadáváme jednodušší úkoly, postupně složitější. Děti, které v této zkoušce selhávají, mají potíže v rozlišování délky samohlásky. (Bartoňová, 2004) Schopnost percepce a reprodukce rytmické sestavy poukazuje nejen na úroveň sluchové diferenciacce, paměti a pozornosti, ale i na vnímání časové posloupnosti.

Ke zjištění **pravolevé a prostorové orientace** se obvykle používá postup uvedený v Souboru specifických zkoušek, který vypracoval Z. Žlab. Zkoušky

obsahují orientaci ve čtverci, orientaci na vlastním těle a orientaci na osobě sedící čelem.

Vyšetření **představy prostoru** se provádí pomocí Žlabovy zkoušky vpravo – vlevo. U dětí starších osmi let je možno použít Reyovy komplexní figury.

Žlabův test jazykových schopností využíváme k diagnostice artikulační neobratnosti, specifických asimilací sykavek (sušené švestky, cvičenci cvičí, nalakované lavice, nejnebezpečnější zvíře...) a k posouzení jazykového citu. **Vyšetření řeči** se zaměřuje především na hodnocení morfologicko–syntaktické stránky jazykových schopností. Specifický logopedický nálezn signalizuje obtíže v chápání gramatických pravidel a nesprávný způsob jejich aplikace. Pro podrobnější diagnózu lze na odborném pracovišti použít Heidelberský test řečového vývoje. (Zelinková, 2001)

Z hlediska celkového vývoje dítěte hraje důležitou roli motorika, která významně ovlivňuje rozvoj percepce, řeči a tím též rozumových schopností. Při **vyšetření motoriky a rovnováhy** bývá používán screeningový Orientační test dynamické praxe (OTDP), který je určen k posouzení přesnosti unilaterálních a bilaterálních pohybů horních a dolních končetin i pohybů jazyka. Z hlediska diagnostiky a další práce s dítětem sledujeme motoriku hrubou (chůze, skoky, lezení) a jemnou. Pozornost věnujeme rychlosti, přesnosti, plynulosti prováděných pohybů. (Zelinková, 2001)

## 1.6 Reeducace specifických vývojových poruch školních dovedností

Reeducace, spolu s rehabilitací a kompenzací, je jednou ze základních metod speciální pedagogiky. Reeducací dle Zelinkové (2003) rozumíme utváření, výchovu psychických funkcí, případně dovedností nutných ke zvládnutí dovedností složitějších. Nejedná se tedy o nápravu, ale utváření nových návyků a dílčích dovedností. Občas se stává, že reeducace bývá zaměňována za doučování. Mezi reeducací a doučováním je však značný rozdíl. V doučování pomáhá učitel doplnit mezery ve vědomostech, ať už vznikly z důvodu absence nebo žákovy potřeby prodlouženého výkladu. Zatímco při reeducaci učitel postupuje od nedostatečně rozvinutých funkcí k utváření dovedností bez ohledu na výuku, která zrovna probíhá. Reeducace nevyklučuje využití či připomínání

některých dílčích poznatků z výuky reedukačních cvičení, ale nelze při ní s žákem dopisovat to, co nestihl při vyučování.

Jak uvádí Pokorná (2000), důvodem nápravy SVPŠD jsou specifické chyby, které svůj přívlastek získaly díky tomu, že se vymykají běžným obtížím, které naši učitelé znají. Na rozdíl od nespecifických obtíží se nedají odstranit tím, že dítě více čte, trénuje psaní nebo si procvičuje počty. K překonání specifických obtíží nedojde pouhým opakováním. Tato nevědomost, ať už ze strany pedagoga či rodiče, bývá často příčinou nedorozumění, neboť přetrvávající špatný výkon vede mnohdy k mylné interpretaci (např. nedostatečná domácí příprava, nedbalost, nepozornost). Je nutné si uvědomit, že specifické vývojové poruchy školních dovedností vyžadují specifický způsob nápravy.

Dle Žlaba a Škodové (2007) je důležité vytvořit dítěti vhodnou atmosféru. Na terapii by se, stejně jako na diagnostice, měl podílet tým odborníků – učitelé, poradenští pracovníci, psychologové, logopedi atd. Terapii je nutné začít od funkcí, které jsou nejlépe rozvinuty, a pomocí těchto funkcí dále pak dále rozvíjet funkce postižené. Pokorná (2001) dále také uvádí, že velice důležitý je pro nápravu první kontakt terapeuta s dítětem. Pollock a Wallerová (1994, In Pokorná, 2001, s. 239) uvádí několik bodů, které by měl terapeut dítěti na začátku práce sdělit. Jsou to: „každý z nás umí něco dobře a něco mu dělá potíže; dítě se specifickými poruchami učení se v tomto smyslu od druhých lidí neliší; je důležité umět číst, psát a počítat, protože to je nezbytné pro náš život; dítě potřebuje pomoc, aby se těmito dovednostem naučilo, tato pomoc se mu neposkytuje proto, že by bylo hloupé nebo líné; na dítěti nevidíme nic špatného; nápravná cvičení mají dítěti pomoci, aby se mohlo všemu naučit, a tak své obtíže překonalo; bude však muset hodně pracovat“. Toto sdělení může pomoci k vytvoření pozitivního vztahu mezi terapeutem a dítětem.

V souvislosti s terapií specifických vývojových poruch školních dovedností hovoříme o dlouhodobém procesu. Bartoňová (2007) uvádí, že jde o dlouhodobý diagnosticko-terapeutický proces. Jeho cílem je odstranit nebo alespoň zmírnit projevy dané poruchy, a tím také zlepšit psychický stav dítěte. Axelrood, Mikulajová a Zelinková (2005) se domnívají, že úspěšnost terapie je ovlivněna jistými faktory. Mezi tyto faktory řadí osobnostní charakteristiky dítěte, rodinné prostředí, osobnost učitele a osobnost terapeuta. Je zřejmé, že všichni – dítě, rodina, učitel i terapeut, se podílejí na terapii. Dítě, jako jedinec

s poruchou, rodina, která by dítě měla podporovat a motivovat k práci, pomáhat mu s procvičováním potřebného, učitel, který přichází s dítětem do styku ve vyučování a který by měl vědět, jak s dítětem pracovat, a v neposlední řadě terapeut, který s dítětem pracuje na nápravě dané poruchy a objasní rodině i učitelům, jak s dítětem pracovat.

Dle Bartoňové (2007) by ve škole měly být dodržena určitá podpůrná pravidla, která napomáhají žákovi ve vzdělávání. K těmto pravidlům patří např. to, že dítě s těmito problémy by mělo být posazeno před učitele a to buď samotné, nebo vedle klidného dítěte. Dále by mělo sedět raději uprostřed než na kraji. Nová látka by měla být přednášena krátkými větami a jednoduchými slovy. Dítě by mělo být ujištěno, že látku správně pochopilo. Učitel by se měl s dítětem domluvit na úkolech, které dítě do určitého termínu splní, dále by měli být domluveni na známkování, na počtu možných chyb a na počtu úkolů. Učitel by měl respektovat unavitelnost dítěte a snažit se únavě vyhnout. Měl by také pomoci žákovi najít čas na splnění zadaných úkolů. Měl by ho nechat odpovídat na otázky, když nebudou zodpovězeny ve správném pořadí. Dále by se žák měl vyhnout učení nové látky např. po diktátě nebo nějaké činnosti, která dítěti vzala moc energie. Dále by měl učitel žákovi pomoci při počátku plnění zadaného úkolu. Pedagog by měl být, při práci se žákem, trpělivý. Dítě by mělo mít možnost objevovat nové schopnosti a mělo by mu být umožněno je využít před třídou. Pedagog by si měl rozvíjet poznatky o specifických vývojových poruchách školních dovedností, měl by hledat možnosti přizpůsobení docházky v závislosti na druhu závažnosti jednotlivých případů. V neposlední řadě by si měl pedagog také vytvářet nejrůznější vizuální a fonologické pomůcky.

Při provádění reedukace SVPŠD je třeba respektovat určité zásady a vytvořit si koncepci nápravy. Není-li tomu tak, jedná se o doučování nebo nahodile prováděná cvičení, která nevedou ke zlepšení a která mají navíc často za následek ztrátu motivace, snížení sebedůvěry a další negativní průvodní jevy. Níže uvedené reedukační zásady, které definoval Matějček (1995) a které později na základě svých vlastních zkušeností rozpracovalo a doplnilo i několik dalších autorů (např. Zelinková, 2003, Pokorná, 2000), nám pomáhají zefektivnit nápravu specifických vývojových poruch školních dovedností.

- Reedukační postupy vycházejí z diagnostického rozboru celého případu.
- Nápravný postup musíme přizpůsobit individuální povaze případu. Individuální program respektuje dosaženou úroveň rozvoje dílčích funkcí a odpovídá klinickému obrazu poruchy.
- K vytvoření vhodné atmosféry pro nápravu je nezbytná kvalitní spolupráce: jednotné působení rodičů i pedagogů s cílem podpořit dítě v jeho snažení.
- Komplexnost nápravné péče poukazuje na systémový přístup. Ten předpokládá týmovou spolupráci a zaměření intervence do všech oblastí života dítěte.
- Vzbudit zájem dítěte a získat ho pro spolupráci je předpokladem úspěchu. Reálná naděje, že náprava je možná a je v silách dítěte, představuje psychickou oporu nejenom pro dítě, ale i pro rodiče.
- Reedukace vyžaduje dlouhodobé úsilí dítěte i rodičů. Efektivita našeho působení není možná bez soustavné motivace, která pomáhá udržet zájem o spolupráci a vytrvalost odhodlání. Pocit úspěšnosti a vnitřní zážitek úspěchu je tím nejsilnějším motivačním činitelem pro dítě i rodiče.
- Nápravné metody musíme volit a modifikovat s ohledem na stupeň postižení, klinický obraz poruchy a fázi reedukace, v níž se dítě nachází. Významným faktorem při výběru metod je i užívaný způsob výuky čtení a psaní.
- Reedukace je neustálým diagnosticko-terapeutickým procesem. Vyžaduje pružnost a tvořivost terapeuta jak v přístupu k dítěti, tak i v hledání vhodných terapeutických postupů.
- Realistická prognóza pomáhá volit i odpovídající cíle a je významným prostředkem udržení důvěry dítěte a rodičů v terapeuta.
- Zajistit další životní dráhu dítěte předpokládá rozvíjet jeho samostatnost, schopnost organizace vlastní práce i odpovídajícího sebehodnocení. Pro další vzdělávání je nutné připravit podmínky vzájemného pochopení spolupráce. Odpovídající volba budoucí profese může přerušit tzv. bludný kruh selhávání a vést k celkové harmonizaci osobnosti.

Za nejčastější chyby při reedukaci jsou Zelinkovou (2003) označovány tyto:

- hubování, vyčítání, vymáhání slibů, že se dítě zlepší, zdůrazňování úspěchů staršího sourozence atd.;
- každodenní nezáživné až úmorné psaní diktátů stále stejným způsobem;

- každodenní opakované čtení příliš náročných textů;
- nesprávné postupy učení se naukovým předmětům (např. z paměti bez pochopení);
- stálé podivování se a povzdechy nad tím, že něco neumí;
- nerespektování specifických obtíží, které souvisejí s poruchou;
- odpírání chvály.

**Reedukace dyslexie** začíná rozvíjením percepčně-motorických funkcí, řeči a dalších dovedností, které souvisejí se čtením. Vlastní práci v nápravě čtení provádíme v oblasti techniky čtení a v oblasti porozumění. Reedukační cvičení zaměřujeme na procvičování zrakové a sluchové percepce, obkreslování obrázků, čtveřici písmen, orientaci v textu, sluchovou analýzu a syntézu, na správné dýchání a čtení se záložkou nebo čtecím okénkem.

**Reedukace dysgrafie** zahrnuje rozvíjení hrubé a jemné motoriky, správné provádění uvolňovacích cviků, předcházení nesprávným návykům v držení psacího náčiní i nesprávným tvarům písmen.

Při **reedukaci dysortografie** se individuálně zaměřujeme na nedostatečně rozvinuté funkce, které jsou příčinou poruchy, na odstraňování specifických chyb, v menší míře na zvládnutí mluvnického učiva. Součástí reedukace je i rozvíjení těch psychických kvalit, které provázejí písemný projev (soustředění, dovednost aplikovat gramatická pravidla, návyk kontroly vlastní práce). Cvičení jsou zaměřena na rozlišování krátkých a dlouhých samohlásek; rozlišování měkkých a tvrdých slabik (di-dy, ti-ty, ni-ny); rozlišování sykavek (s, c, z, š, č, ž); vynechávání, přidávání či přesmykování písmen, popř. slabik a hranic slov v písmu.

**Reedukace dyskalkulie** vychází od manipulace s předměty doprovázené slovním komentářem, kdy dítě nahlas popisuje činnosti, které provádí. Složitější postupy se snažíme rozdělit na co nejmenší kroky. Postupně pak dochází k automatizaci jednotlivých kroků. Volba cvičení a metod se řídí podle oblasti, ve které dítě selhává, a to:

- předčíselné představy;
- číselné představy;
- struktura čísla, hodnota číslic v čísle;
- matematické operace;
- slovní matematické operace;
- chápání číselných řad a cvičení paměti;

- orientace v čase – hodiny, dny v týdnu, měsíce, roční období.

Obohacím a zpestřením práce mohou být počítačové programy. Práce s počítačem dítě motivuje, povzbuzuje jeho sebedůvěru a sebehodnocení. Jak upozorňují Smutný a Šafrová (1997), mělo by dítě pracovat na počítači relativně krátkou dobu a vždy za asistence pedagoga nebo rodiče. Další náměty pro doplnění reedukace specifických vývojových poruch školních dovedností především u dětí s citovými či neurotickými obtížemi lze najít i v různých formách psychoterapie. Provádí se terapie prostředí, skupinová terapie, terapie pomocí hry a arteterapie. U nás je úspěšně používána metoda Dobrého startu, Orfova metoda a různé formy relaxačních cvičení. Součástí reedukace by měly být i rozhovory zaměřené na sebehodnocení dítěte.

### **1.7 Systém vzdělávání žáků se specifickými vývojovými poruchami školních dovedností**

Za žáky se speciálními vzdělávacími potřebami jsou považováni žáci:

- se zdravotním postižením – tělesným, zrakovým, sluchovým, mentálním, autismem, vadami řeči, souběžným postižením více vadami a specifickými vývojovými poruchami školních dovedností,
- se zdravotním znevýhodněním – zdravotně oslabení, dlouhodobě nemocní nebo s lehčími zdravotními dysfunkcemi vedoucími k poruchám učení a chování,
- se sociálním znevýhodněním – žáci z rodinného prostředí s nízkým sociálně-kulturním postavením, ohrožení sociálně patologickými jevy, s nařízenou ústavní výchovou nebo uloženou ochrannou výchovou a žáci v postavení azylantů a účastníků řízení o udělení azylu,
- nadaní a mimořádně nadaní (Bartoňová, Vítková, 2007)

Vzdělávání žáků se speciálními vzdělávacími potřebami je zakotveno v těchto právních předpisech:

- Zákon č. 561/2004 Sb., o předškolním, základním, středním, vyšším odborném a jiném vzdělávání (Školský zákon).
- Zákon č. 563/2004 Sb., o pedagogických pracovnících a o změně některých zákonů.
- Vyhláška MŠMT č. 14/2004 Sb., o předškolním vzdělávání.

- Vyhláška MŠMT č. 48/2005 Sb., o základním vzdělávání a některých náležitostech plnění povinné školní docházky.
- Vyhláška MŠMT č. 72/2005 Sb., o poskytování poradenských služeb ve školách a školských poradenských zařízeních.
- Vyhláška MŠMT č. 73/2005 Sb., o vzdělávání dětí, žáků a studentů se speciálními vzdělávacími potřebami a dětí, žáků a studentů mimořádně nadaných. (www.msmt.cz)

Na webovém informačním portále Ministerstva školství a mládeže lze samozřejmě vyhledat i všechny vyhlášky, jež výše uvedené novelizují a upravují.

Žáci se specifickými vývojovými poruchami školních dovedností jsou zařazováni do příslušného typu školského zařízení na základě doporučení a výsledků odborného vyšetření v Pedagogicko-psychologické poradně (PPP) nebo ve Speciálně-pedagogickém centru (SPC) za souhlasu ředitele školy a zákonného zástupce. Obsahem se vzdělávací proces zásadně neodlišuje od vzdělávání ostatních žáků. Reedukační péče je zajišťována kvalifikovaným personálním zabezpečením, vytvořením vhodných podmínek pro výuku, specifickými postupy a metodami výuky. Vzájemně musí spolupracovat rodina – škola – poradenské zařízení. (Bartoňová In Vítková, 2003)

Organizace vzdělávacího procesu vyžaduje uplatňování speciálně pedagogických postupů a způsobů práce v průběhu celého vyučování, snížený počet žáků ve třídě, individuální přístup k žákům, vzájemnou komunikaci školy a rodiny, volbu doplňovacích cvičení a poskytnutí více času na vypracování cvičení a následnou kontrolu, omezení psaní diktátů, případně zkrácenou podobu cvičení, upřednostňování ústního osvojování učiva daného předmětu před projevem písemným.

Speciálně pedagogickou péči vede speciální pedagog nebo učitel, který absolvoval program akreditovaný MŠMT v rámci Dalšího vzdělávání pedagogických pracovníků. Škola umožňuje žákům používat dostupné kompenzační pomůcky, přistupuje k žákům se specifickými vývojovými poruchami školních dovedností individuálně a umožňuje jim vhodně kompenzovat zkrácenou pozornost a impulzivnost.

V současné době existují následující možnosti péče o žáka se SVPŠD:

- *Individuální péče prováděná v rámci vyučování učitelem kmenové třídy* – tato forma se uplatňuje u mírnějších forem SVPŠD. Učitel by měl mít základní vědomosti a dovednosti o příslušné problematice a měl by



samostatně vytvořit co nejlepší podmínky pro reedukační postupy. Dítě je třídy základní školy integrováno.

- *Individuální péče prováděná učitelem* – pedagog by měl mít absolvován speciální kurz, péči může provádět i speciální pedagog. Působí ve třídě základní školy, vede dyslektické kroužky, spolupracuje s ostatními učiteli ve škole, reedukační péči a postupy konzultuje s poradenskými pracovišti.
- *Třídy individuální péče* – jsou zřizovány na základních školách. Do těchto tříd dochází dítě v průběhu dne. Jde většinou o hodiny českého jazyka se zaměřením na reedukační péči, po hodině se žák vrací do své kmenové třídy. Reedukaci zajišťuje obvykle speciální pedagog.
- *„Cestující učitel“* - je jím většinou pracovník PPP nebo SPC. Dochází na základní školy, kde před, po i v průběhu vyučování provádí reedukační péči.
- *Specializované třídy pro děti s poruchami učení a chování* – v těchto třídách zřizovaných na základních školách je snížený počet žáků. Výuku realizuje speciální pedagog. U žáků s diagnostikovanou poruchou se preferuje individuální přístup, reedukační péče probíhá v průběhu celého edukačního procesu.
- *Speciální školy pro děti s poruchami učení* – speciální péče je zde zajištěna týmem odborníků po celou dobu vyučovacího procesu.
- *Třídy při dětských psychiatrických léčebnách* – v těchto třídách jsou léčeny a vzdělávány děti s těžkým stupněm postižení, probíhá zde nejen reedukační, ale i terapeutická péče (kombinovaná postižení).
- *Individuální a skupinová péče* – v PPP, SPC nebo DYS-centru. Tato péče je prováděna formou edukativních a stimulačních skupin či individuálně vedené reedukace. Jsou vtaženi i rodiče, kteří se zúčastňují společných sezení, což má velký motivační efekt pro dítě. Tyto skupinky jsou organizovány pro předškolní děti i žáky základní školy.

## 2. LEHKÁ MENTÁLNÍ RETARDACE

### 2.1 Terminologické vymezení pojmu a definice mentální retardace

Specifickou skupinu mezi zdravotně postiženými občany tvoří děti, mládež i dospělí s mentální retardací. Představují mezi postiženými jednu z nejpočetnějších skupin, a přesto se toho o nich ví poměrně málo. Představy „normálních“ lidí o mentálně postižených bývají opředeny mnoha nejasnostmi, záhadami, předsudky a často i neopodstatněnými obavami. Z toho vyplývá rozpačitý, někdy dokonce i nepřátelský postoj společnosti k lidem s mentálním postižením.

Řešením problémů výchovy a vzdělávání osob s mentální retardací, či jiným duševním postižením, a zkoumáním výchovných a vzdělávacích vlivů na tyto osoby se zabývá speciálně-pedagogická disciplína – psychopedie. Jako obor se zabývá edukací, reedukací, diagnostikou, poradenstvím, kompenzací, rehabilitací, integrací a socializací jedinců s mentální retardací, ale také prevencí a prognostikou mentální retardace. „Cílem psychopedie je dosažení maximálního stupně osobnosti jedince s mentálním či jiným duševním postižením a jeho integrace do společnosti.“ (Bazalová In Pipeková, 2006, s. 269)

V současné době se pro označení snížení rozumových schopností nejčastěji užívá termín mentální retardace, který navozuje představu určité dočasnosti opožďování ve vývoji a který je interpretován různými autory a vymezován značným množstvím definic, jež mají víceméně společné zaměření na celkové snížení intelektových schopností jedince, popř. jeho schopnosti adaptace na prostředí.

Termín mentální retardace byl zaveden Americkou společností pro mentální definici asi ve třicátých letech minulého století. (Koluchová, 1989, In Pipeková, 2006) Tímto termínem byly postupně nahrazovány dříve v literatuře i praxi používané pojmy jako: duševně postižení, duševně opoždění, duševně abnormální, duševně úchylní, duševně defektní, rozumově postižení, rozumově zaostalí, slabomyslní, děti se sníženou rozumovou schopností, intelektově úchylní, slabomyslní, oligofrenní, mentálně abnormální, mentálně opoždění atd.

Na používání tohoto termínu se dohodli zástupci jednotlivých vědních oborů zabývajících se problematikou jedinců s poruchami intelektu, kteří se sešli v roce 1959 v Miláně na konferenci Světové zdravotnické organizace (WHO). Tento termín má interdisciplinární charakter a zasahuje do všech oblastí života postiženého jedince. (Pipeková, 2006)

Valenta a Müller (2004, s. 14) definují mentální retardaci jako *„vývojovou duševní poruchu se sníženou inteligencí demonstrující se především snížením kognitivních, řečových, pohybových a sociálních schopností s prenatální, perinatální i postnatální etiologií.“*

Z výše uvedeného vymezení defektu vyplývá, že k diagnostikování mentální retardace a její hloubky nestačí pouze stanovení inteligenčního kvocientu, ale zhodnocení celé řady dalších aspektů osobnosti, především, to, zda klient selhává ve většině sociálních očekávání svého užšího i širšího prostředí. Dolejší (1973, s. 38) nabízí tuto definici: *„Mentální retardace je vývojová porucha integrace psychických funkcí různé hierarchie s variabilní ohraničeností a celkovou subnormální inteligencí, závislá na některých z těchto činitelů: na nedostatečích genetických vloh, na porušeném stavu anatomicko-fyziologické struktury a funkce mozku a jeho zrání, na nedostatečném nasycování základních psychických potřeb dítěte vlivem deprivace sensorické, emoční a kulturní, na deficitním učení, na zvláštnostech vývoje motivace, zejména na negativních zkušenostech jedince po opakovaných stavech frustrace a stresu, na typologických zvláštnostech vývoje osobnosti.“*

V roce 1983 vydává UNESCO upravenou definici: *„Pojem mentální retardace se vztahuje k podprůměrnému obecně intelektuálnímu fungování osoby, které se stává zřejmým v průběhu vývoje a je spojeno s poruchami adaptačního chování.“* Poruchy adaptace jsou zřejmé z pomalého tempa dospívání, ze snížené schopnosti učit se a z nedostatečné sociální přizpůsobivosti. (Černá, 1995)

Vágnerová (2004) definuje mentální retardaci jako neschopnost dosáhnout odpovídajícího stupně intelektového vývoje, i když byl jedinec přijatelným způsobem výchovně stimulován. Nízká úroveň inteligence bývá spojena s postižením nebo změnou dalších schopností a odlišnostmi ve struktuře osobnosti.

Změny v terminologii zaznamenáváme i při užívání termínu mentálně postižený, který se mění v termín osoba, člověk s mentální retardací. Upřednostňováním označení člověk, osoba s mentální retardací se vyjadřuje skutečnost, že mentálně postižení jsou především lidské bytosti, osobnosti, individuality, na druhém místě postižení. (Černá, 1995)

## 2.2 Etiologie mentální retardace

Příčiny vzniku mentální retardace bývají různé, nejednotné. Mentální retardace vzniká součinností více faktorů (vrozených, environmentálních, přičemž je obtížné určit, zda se jedná o primární nebo sekundární jevy), a proto je klasifikace dle etiologie značně problematická. Nabízí se proto kategorizace podle různých klíčů, a to:

- příčiny vnitřní (endogenní) X vnější (exogenní),
- mentální retardace vrozená X získaná,
- vlivy prenatální X perinatální X postnatální.

Říčan a Krejčířová (1995, s. 143) uvádí, že *„etiologie mentální retardace je nejednotná. Především v případě lehké mentální retardace může jít i o extrémní variaci normálního rozložení intelektových schopností v populaci, častěji je však příčinou organické poškození centrální nervové soustavy v prenatálním či perinatálním období nebo genetická vada či projev metabolické poruchy. V případě lehké mentální retardace však dosud u více než 50% dětí zůstává etiologie nejasná, ale ani u těžších stupňů postižení mnohdy není příčina jednoznačně určena.“*

Podle Švarcové může být mentální retardace způsobena endogenními a exogenními vlivy. Vlivy endogenní (vnitřní) jsou zakódovány již v systémech pohlavních buněk, jejichž spojením vzniká nový jedinec. Tyto příčiny jsou genetické. Vlivy exogenní (vnější) působí na lidského jedince od doby početí až do období raného dětství. Mohou, ale nemusí, být bezprostřední příčinou poškození mozku plodu nebo dítěte a mohou hrát roli činitele, neboli spouštěče, projevů zakódované patologie dědičnosti. (Švarcová, 2006)

Jiné hledisko etiologie říká, že mentální retardace vzniká *„poškozením mozku, genetickými vadami, nemocemi a poškozením v období prenatálním, perinatálním a postnatálním.“* Může také vzniknout *„nedostatečnou*

*a zanedbávající výchovou v rodině nebo nedostatečně podnětným sociálním prostředím.“ (Klenková, 2006)*

V současnosti nejpoužívanějším dělením faktorů vzniku mentální retardace je dělení dle Valenty a Müllera (2004) do tří kategorií podle doby vzniku:

- období **prenatální**;
- období **perinatální**;
- období **postnatální**.

V **prenatálním** období působí na plod celá řada vlivů, mezi nimiž hrají důležitou roli vlivy dědičné – hereditární, genetické a environmentální.

Do hereditárních vlivů řadíme nejen po předcích zděděné nemoci (hlavně metabolické poruchy), které postupně vedou k mentální retardaci, ale také to, že dítě dědí po rodičích nedostatek vloh k určité činnosti.

Mezi genetické faktory řadíme recesivně podmíněné poruchy zahrnující většinu dědičných metabolických onemocnění (fenyلكetonurie, galaktosemie), syndromy způsobené změnou počtu chromozomů, zvláště pak trizomie (existence tří chromozomů namísto běžného páru dizomie, kdy jeden chromozom je získán od otce a jeden od matky) se svým nejznámějším reprezentantem – Downovým syndromem způsobeným trizomií chromozomu 21 a změny v počtu pohlavních chromozomů (trizomie v případě Klinefelterova syndromu, Lesch-Nyhanova syndromu atd.)

Poslední skupinu prenatálních vlivů tvoří environmentální a onemocnění matky v době těhotenství, kdy platí zákonitost, že čím dříve k patologii dojde, tím fatálnější to má následky pro zdraví dítěte. Řadíme sem onemocnění matky zarděnkami, kongenitální syfilis, toxoplazmózu, otravy olovem a přímou intoxikaci embrya či plodu, ozáření dělohy, alkoholismus matky nebo její nedostatečnou výživu. (Valenta, Müller, 2004)

Na vznik mentální retardace může mít vliv i nedostatek plodové vody, dále vrozené vady lebky a mozku.

K **perinatálním** vlivům patří mechanické poškození mozku při porodu, hypoxie nebo asfixie (nedostatek kyslíku), předčasný porod, nízká porodní hmotnost novorozence, vysoký věk matky a hyperbilirubinémie – nefyziologická těžká novorozenecká žloutenky, při které bilirubin neodchází z těla ven a působí toxicky na nervovou soustavu (při nesouladu Rh faktorů). (Valenta, Müller, 2004)

Též perinatální encefalopatie (organické poškození mozku) bývá udávána jako příčina potíží, které se označovaly termínem lehká mozková dysfunkce (v případě drobného poškození mozku, kdy nedošlo k rozsáhlejší lézi jako naoř. DMO – cerebrální infantilní parézy).

Do doby **postnatální** řadíme mnoho vlivů, které mohou jedinci způsobit mentální retardaci. Například zánět mozku způsobený mikroorganismy (např. klíšťová encefalitida), mechanické vlivy jako traumata, mozkové léze při nádorovém onemocnění, krvácení do mozku a v pozdějším období onemocnění vedoucí k deterioracím inteligence typu Parkinsonovy choroby, Alzheimerovy choroby, alkoholové demence, epileptické demence apod.

Snížení intelektových schopností může zapříčinit také sensorická, citová a sociokulturní deprivace dětí, které vyrůstají v nepřátelském, odcizeném, nepodnětném rodinném prostředí nebo v institucionální péči. (Valenta, Müller, 2004)

Výzkum příčin mentální retardace zdaleka není ukončen, spíše se nachází na počátku než v závěrečných fázích svého vývoje. Uvádí se, že všechny dosud známé i předpokládané příčiny mentální retardace vyvolávají necelou čtvrtinu této poruchy. Až 80% případů mentální retardace, převážně v pásmu lehkého poškození má neznámý, resp. neurčený původ. *„Nutno podotknout, že i když věda při objasnění příčin mentální retardace vykonala velký díl práce, stále ještě nejsme schopni dopátrat se příčiny poruchy přibližně u třetiny osob s mentální retardací.“* (Valenta, Müller, 2004, s. 51)

### **2.3. Klasifikace mentální retardace dle stupně postižení**

Mentální retardace je stav charakterizovaný celkovým snížením intelektových schopností, které v sobě zahrnují schopnost myslet, učit se a přizpůsobovat se svému okolí. Jde o stav trvalý, vrozený nebo časně získaný, který je třeba odlišovat od defektů získaných po druhém roce života, označovaných jako demence.

Hloubku mentální retardace je možno určit pomocí inteligenčního kvocientu, který vyjadřuje úroveň rozumových schopností. Krejčířová (In Říčan, Krejčířová a kol., 2006) uvádí, že ke stanovení diagnózy nestačí pouze selhávání v testech inteligence, ale dítě či dospělý musí současně selhávat

i v plnění věku přiměřených očekávání ve svém sociálním prostředí. „Rozhodující pro určení pásma mentální retardace musí být vždy především kvalita zvládnutí životních nároků dítěte (dospělého) v jeho prostředí.“ (Krejčířová In Říčan, Krejčířová a kol., 2006, s. 143)

V současné době se používá členění podle desáté revize mezinárodní klasifikace nemocí (MKN – 10, ICD – 10) vydané Světovou zdravotnickou organizací (SZO, WHO) v Ženevě roku 1992, s platností od 1. 1. 1993. „*Stupeň mentální retardace se obvykle měří standardizovanými testy inteligence. Může to být ovšem nahrazeno škálami, které určují stupeň sociální adaptace v určitém prostředí. Taková měření škálami určují jen přibližně stupeň mentální retardace. Diagnóza bude též záviset na všeobecných intelektových funkcích, jak je určí školený diagnostik. Intelektuální schopnosti a sociální přizpůsobivost se mohou měnit v průběhu času a i snížené hodnoty se mohou zlepšovat cvičením a rehabilitací. Diagnóza má odpovídat současnému stavu duševních funkcí.*“ (Mezinárodní klasifikace nemocí: 10. revize, 1992) Dle této revize je mentální retardace rozdělena do šesti následujících kategorií:

- F 70 Lehká mentální retardace (IQ 50-69) – u dospělých odpovídá věku 9-12 let. Opožděný řečový vývoj, hlavní problémy se objevují až s nástupem do školy. Většina dětí je plně nezávislá v sebeobsluze, je schopna vykonávat jednoduchá zaměstnání a v sociálně nenáročném prostředí se pohybovat bez omezení a problémů. Nejvýraznější problémy se projevují v období školní docházky, kdy mnozí mají problémy s logickým myšlením, pamětí, vážne analýza a syntéza, jemná a hrubá motorika a pohybová koordinace. (Klenková, 2006)
- F 71 Středně těžká mentální retardace (IQ 35-49) – v šesti až sedmi letech dosahují úrovně maximálně tříletého dítěte. Rozvoj myšlení a řeči je výrazně opožděn. Toto opoždění přetrvává až do dospělosti. Řeč je velmi jednoduchá, slovník obsahově chudý. Jedinec tvoří jednoduché věty nebo slovní spojení s častými agramatismy. Myšlení je stereotypní, nepřesné a ulpívající na nepodstatných, ale nápadných detailech. Také vývoj jemné a hrubé motoriky je zpomalen. Trvale zůstává celková neobratnost, nekoordinovanost pohybů a neschopnost jemných úkonů. Samostatnost v sebeobsluze je pouze částečná a někteří jedinci potřebují pomoc a dohled po celý život. Emocionálně jsou tito lidé labilní,

nevyrovnaní, výbušní. Charakteristická je pro ně dráždivost, infantilnost a negativismus. (Klenková, 2006)

- F 72 Těžká mentální retardace (IQ 20-34) – psychomotorický vývoj je u těchto osob výrazně opožděn, a to již v předškolním věku. Většina jedinců trpí značným stupněm poruchy motoriky. Jedinec si může osvojit základní hygienické návyky a částečně i jiné činnosti týkající se sebeobsluhy. Někteří však nejsou schopni udržet tělesnou čistotu ani v dospělosti. Jsou omezeny psychické procesy a vyskytují se poruchy pozornosti, minimální rozvoj komunikativních dovedností. Řeč je velmi jednoduchá, omezena na jednoduchá slova nebo skřeky. V některých případech nemusí být dokonce vytvořena. (Klenková, 2006)
- F 73 Hluboká mentální retardace (IQ 19 a méně) – Většina osob s tímto postižením má těžké omezení motoriky, je imobilní. Tyto osoby jsou inkontinentní a nejsou schopny ani základní sebeobsluhy. Řeč se vůbec nevytvoří, v lepším případě je na úrovni neverbální komunikace. Tito jedinci vyžadují trvalou pomoc při všech základních životních úkonech a stálou péči a dohled. (Klenková, 2006)
- F 78 Jiná mentální retardace – tato kategorie by měla být použita jen tehdy, když stanovení stupně intelektové retardace pomocí obvyklých metod je nesnadné nebo nemožné pro přidružené senzorní nebo somatické poškození, například u nevidomých, neslyšících, u osob s autismem nebo u osob s těžkým tělesným postižením. (Švarcová, 2006)
- F 79 Nespecifikovaná mentální retardace – se užívá v případech, kdy je u jedince mentální retardace prokázána, ale není dostatek informací, aby bylo možné ho zařadit do jedné ze shora uvedených kategorií. (Švarcová, 2006)

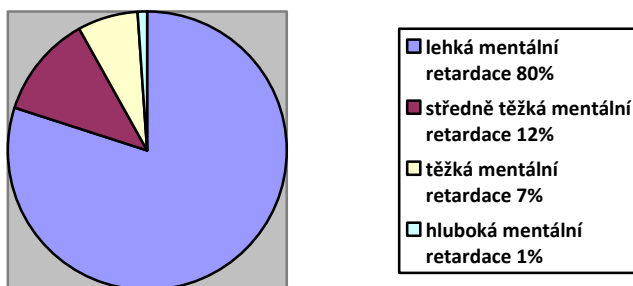
Švarcová (2006) uvádí, že přesný počet mentálně retardovaných v naší zemi není přesně znám. Bazalová (In Pipeková, 2006) uvádí následující procentuální výskyt jednotlivých mentálních retardací:

- lehká mentální retardace – 80% v populaci s mentální retardací,
  - 2,6% v celkové populaci,
- středně těžká mentální retardace – 12% v populaci s mentální retardací,
  - 0,4% v celkové populaci,
- těžká mentální retardace – 7% v populaci s mentální retardací,
  - 0,3% v celkové populaci,



- hluboká mentální retardace – 1% v populaci s mentální retardací,  
- 0,2% v celkové populaci.

Graf 1: Výskyt osob s mentální retardací v celkové populaci ČR



Zdroj: autor práce (vlastní šetření)

V desáté revizi MKN není obsaženo tzv. hraniční pásmo, které je ohraničeno hodnotami IQ 70-80 (případně do 85). Toto pásmo představuje stupeň inteligence na úrovni mírného až hlubokého podprůměru, rozhodující však je, že se v něm nachází početná skupina žáků základních škol praktických (Müller, 2002) Toto pásmo je naposledy zmíněno v osmé revizi MKN (1966-1975).

Spadá sem početná skupina osob, které nemůžeme zařadit do kategorie mentální retardace, ale které ani v nejlepším případě nedosahují průměrnou mentální úroveň. Většinou jde o osoby z výchovně a sociálně nepodnětného prostředí, osoby duševně infantilní, s poruchami vědomí, s DMO, s LMD, osoby neurotické, nemocné, fyzicky oslabené, osoby s poruchami percepce (toto vše může negativně ovlivnit rozumový vývoj).

Děti z hraničního pásma mohou za vhodných vnějších podmínek absolvovat i základní školu, a to je pochopitelně nejvhodnější skupina z populace osob s mentálním postižením pro současné integrační trendy. (Müller, 2002)

Málokdy se problémy těchto dětí soustřeďují kolem něčeho jiného než kolem školy. Zpravidla začínají během 1. ročníku. Za určitých příznivých okolností dítě tzv. normálním školním nárokům dostačuje, stojí ho to však příliš námahy a jeho nervový systém je soustavně přetěžován. Není proto vzácností,

že se u těchto dětí častěji setkáváme s nejrůznějšími neurotickými projevy, „únikem do nemoci“ (předstíráním nemoci, přeháněním příznaků nemoci atd.) i s poruchami chování. (Müller, 2002)

Zdánlivá mentální retardace (též pseudooligofrenie, sociální debilita, nepravá oligofrenie, sociální oligofrenie, sociální slabomyslnost) je vznikající mentální retardace v důsledku působení vnějšího prostředí. Za osoby s mentální retardací nepovažujeme ty jedince, u nichž k zaostávání vývoje rozumových schopností došlo z jiných důvodů, než je poškození mozku, a jejichž psychické procesy probíhají normálním způsobem. Patří sem děti výchovně zanedbané, děti i dospělí se závažnými emočními poruchami či smyslovým postižením, které, není-li včas rozpoznáno, může způsobit zpoždění psychického vývoje. (Valenta, Müller, 2004)

Stejný názor sdílí i Svoboda, Krejčířová, Vágnerová (2001, s. 400), podle kterých *„z tohoto hlediska nelze označit za mentálně retardované např. mnohé z romských dětí s IQ nižším než 70, které však současně nejsou ve své rodině nijak nápadné a dobře plní všechna očekávání, a které jsou někdy i samostatnější a sociálně obratnější než některé děti s nadprůměrnými intelektovými schopnostmi.“*

Za určitých okolností vznikají příznaky, které budí zdání mentální retardace, aniž by šlo o skutečné snížení rozumových schopností. Příčiny, kdy se rozumové schopnosti nemohou rozvinout nebo projevit, mohou být různé. Zanedbávané dítě má nedostatečné znalosti a dovednosti a následně zaostává ve vědomostech, dovednostech a návycích. (Sovák, 1986)

Zdánlivá mentální retardace vzniká výchovnou zanedbaností, sociokulturním znevýhodněním jedince, psychickou deprivací. Sociální faktory se mohou podílet na variaci inteligenčního kvocientu v rozmezí 10-20 bodů. Tyto faktory bývají většinou příčinou lehké mentální retardace. Je-li dítě výrazně zanedbáváno a nedochází u něj k rozvoji rozumových schopností odpovídajících jeho věku, jeví se nám jako mentálně retardované. Sociálně podmíněná mentální retardace se projevuje výrazným opožděním vývoje řeči, myšlení, schopnosti sociální adaptace. U dětí se zdánlivou mentální retardací můžeme pozorovat i poruchy v oblasti chování, např. negativismus, odmítání kontaktu s další osobou, apatii. Zdánlivá mentální retardace není stav trvalý, neměnný, při změně nepodnětného prostředí a vlivem vhodného působení může dojít ke zlepšení stavu. (Pipeková, 2006)

## 2.4 Systém vzdělávání žáků s lehkou mentální retardací

Obecný právní rámec pro vývoj legislativy vzdělávacího systému poskytuje Ústava České republiky přijatá 16. prosince 1992. Práva občanů a povinnosti státu vzhledem ke vzdělávání jsou dány článkem 33 Listiny základních práv a svobod. Legislativní zakotvení změn vedoucí k rovnému přístupu ke vzdělání všech osob bez rozdílu a bez ohledu na stupeň jejich zdravotního postižení či sociálního znevýhodnění přinesl v současnosti od 1. ledna 2005 platný Zákon č. 561/2004 Sb., o předškolním, základním, středním, vyšším odborném a jiném vzdělávání (Školský zákon).

Zákon nově definuje osoby se speciálními vzdělávacími potřebami a dává přednost jejich integraci do škol hlavního vzdělávacího proudu. Za pomoci vyhlášek MŠMT ČR (72/2005 Sb., 73/2005 Sb.) zabezpečuje právní podmínky integrovaného procesu. (Bartoňová, Vítková, 2007)

O integrovaném vzdělávání dětí, žáků a studentů se speciálními vzdělávacími potřebami pojednává školský zákon především v §16 a §18.

**Paragraf 16** upravuje vzdělávání dětí, žáků a studentů se speciálními vzdělávacími potřebami. Zabývá se právem dětí s handicapem na vzdělání, jehož obsah, formy a metody odpovídají jejich vzdělávacím potřebám a možnostem. Při hodnocení žáků přihlíží k povaze postižení nebo znevýhodnění. Hovoří o tom, že děti mají právo bezplatně využívat při vzdělávání speciální učebnice a speciální didaktické a kompenzační pomůcky poskytované školou.

Ředitel školy se souhlasem krajského úřadu může ve třídě, kde se vzdělává žák se speciálními vzdělávacími potřebami zřídit funkci asistenta pedagoga. Ke zřízení této funkce je nezbytné vyjádření školského poradenského zařízení.

**Paragraf 18** se zabývá individuálním vzdělávacím plánem. Umožňuje řediteli školy s písemným doporučením školského poradenského zařízení povolit vzdělávání žáků se speciálními vzdělávacími potřebami podle individuálního vzdělávacího plánu. Žádost o možnost vzdělávání podle tohoto plánu podávají škole zákonní zástupci dítěte, žáka či studenta. V případě zletilosti podává žádost řediteli školy sám student.

Nový školský zákon upravuje a zabezpečuje v současné době legislativní podmínky integrace žáků se speciálními vzdělávacími podmínkami do běžných základních škol společně s Vyhláškou č.72/2005 O poskytování poradenských

služeb ve školách a školských poradenských zařízeních a Vyhláškou č. 73/2005 O vzdělávání dětí, žáků a studentů se speciálními vzdělávacími potřebami a dětí, žáků a studentů mimořádně nadaných. Obě vyhlášky nabyly účinnosti 9.2.2005 a jsou průběžně novelizovány a upravovány.

**Vyhláška č. 72/2005** hovoří o poskytování poradenských služeb ve školách a školských poradenských zařízeních a jejich funkce v procesu integrace žáka a handicapem do běžné školy.

**Vyhláška č. 73/2005** se zabývá vzděláváním dětí, žáků a studentů se speciálními vzdělávacími potřebami. Pojednává o speciálních podpurných opatřeních, s jejichž pomocí se uskutečňuje vzdělávání těchto žáků. Jde o využití speciálních metod, postupů, forem a prostředků vzdělávání, kompenzačních, rehabilitačních a učebních pomůcek, speciálních učebnic a didaktických materiálů, zařazení předmětů speciálně pedagogické péče, atd. Řeší integraci žáka se speciálními vzdělávacími potřebami do základní školy. Může se jednat o integraci individuální nebo skupinovou.

Žák může být vzděláván ve škole samostatně zřízené pro žáky se zdravotním postižením (speciální školy). Vyhláška umožňuje i kombinovat i všechny uvedené formy.

Dále zabývá individuálním vzdělávacím plánem podle nějž se může uskutečňovat edukace žáka s individuální integrací. Individuální vzdělávací plán je součástí dokumentace žáka. Plán se vypracovává před nástupem žáka do školy, nejpozději však 1 měsíc po nástupu nebo zjištění speciálně vzdělávacích potřeb žáka.

Za zpracování plánu odpovídá ředitel školy, který s plánem seznamuje zákonné zástupce žáka nebo v případě zletilosti žáka samotného. Po vypracování plánu spolupracuje škola se školským poradenským zařízením.

Integrací žáků se zdravotním postižením se zabývá také §10 vyhlášky, který specifikuje počty žáků ve třídách. Ve třídě běžné základní školy lze s přihlédnutím k rozsahu speciálně vzdělávacích potřeb žáků individuálně integrovat nejvýše pět žáků se zdravotním postižením. (zdroj – Zákon č. 561/2004, Vyhláška č. 72/2005, Vyhláška č. 73/2005)

V současné době se do naší vzdělávací soustavy zavádí nový systém kurikulárních dokumentů, které mají nahradit stávající vzdělávací programy. Tyto dokumenty jsou vytvářeny na dvou úrovních – státní a školní. Státní úroveň v systému kurikulárních dokumentů představují Národní program vzdělávání

a Rámcové vzdělávací programy. Národní program vzdělávání formuluje požadavky na vzdělávání, které jsou platné v počátečním vzdělávání pro jeho jednotlivé etapy – předškolní, základní a střední vzdělávání. Školní vzdělávací programy, podle nichž se bude uskutečňovat vzdělávání na jednotlivých školách, představují školní úroveň. Školní vzdělávací program si vytváří každá škola v souladu s příslušným rámcovým vzdělávacím programem. Rámcové a školní vzdělávací programy jsou veřejné dokumenty.

Obsah, rozsah a podmínky základního vzdělávání vymezuje Rámcový vzdělávací program pro základní vzdělávání. Samostatnou přílohou Rámcového vzdělávacího programu pro základní vzdělávání je Rámcový vzdělávací program pro základní vzdělávání upravený pro žáky s mentálním postižením, určený žákům, kteří nezvládají požadavky obsažené v Rámcovém vzdělávacím programu pro základní vzdělávání z důvodů snížení úrovně rozumových schopností.

Rámcový vzdělávací program pro základní vzdělávání upravený pro žáky s mentálním postižením podporuje přípravu na společenské a profesní uplatnění žáka. S ohledem na tuto skutečnost stanovuje cíle vzdělávání žáků s mentální retardací, specifikuje úroveň klíčových kompetencí, jíž by měli tito žáci dosáhnout na konci základního vzdělávání, zařazuje jako součást základního vzdělávání průřezová témata a vymezuje vzdělávací obsah a podmínky pro speciální vzdělávání žáků s různým stupněm mentální retardace. Zároveň umožňuje uplatňování speciálně pedagogických metod, postupů, forem a prostředků vzdělávání, s jejichž pomocí mohou žáci dosahovat výsledků, které odpovídají jejich maximálním možnostem. (Pipeková, 2006)

*„Současná legislativa zajišťuje povinnost vzdělávání všem osobám bez rozdílů. Školský systém upřednostňuje u žáků s mentálním postižením integrované vzdělávání v hlavním vzdělávacím proudu, umožňuje i skupinové a segregované vzdělávání ve speciálních školách. Zákonní zástupci dítěte odpovídají za zvolení vzdělávací instituce pro své dítě, pro své rozhodnutí mohou využít systému školských poradenských zařízení. Oblast profesního a celoživotního vzdělávání je důležitá pro možnost pracovního uplatnění osob s mentálním postižením na trhu práce.“* (Pipeková, 2006, s. 101)

Období vstupu dítěte do základní školy můžeme považovat za jedno z nejdůležitějších pro celé vzdělávací období a profesní přípravu. Rodiče stojí před rozhodnutím, jakou vzdělávací cestu zvolí pro své postižené dítě. Je-li

rodič ve styku s odborníky již od raného věku dítěte, vyvíjí se pohled na vzdělávací aktivity dítěte s pomocí odborníků, kteří posoudí možnosti dítěte a rodiny a podle toho doporučí rodičům nejvhodnější typ školského zařízení.

Rodiče přijímají odpovědnost za volbu vzdělávací cesty svého dítěte. Je to těžké rozhodnutí, protože alternativy jsou jen dvě: integrace, tj. integrované vzdělávání v základním proudu, nebo segregace do speciální školy. Obě tyto možnosti mají výhody a nevýhody.

Pro úspěšný průběh integračních snah je nezbytné bezproblémové přijetí postiženého dítěte spolužáky. Je nutné, aby se postižený žák, integrující do sociální skupiny (třídy), nestal terčem verbálních a agresivních útoků ze strany spolužáků, aby nezůstal sociálně izolován v dané societě, aby s ním nebylo zacházeno soucitně a aby nebyl pojímán jako kuriozita třídy. Nepřípustný je i druhý extrém, kdy se učitel věnuje zdravotně postiženému žákovi natolik plně, že má na zbytek třídy minimum času. (Mühlpachr In Vítková, 2004)

Problémy, které přinese žákovi a jeho rodině integrované vzdělávání na škole běžného typu, mohou v pozdějším životě přinést mnoho užitečného pro samotný život postiženého. Velkou roli zde sehrávají osobní vlastnosti jedince, podpora rodiny, pedagogická zkušenost a takt učitele, přístup školy, vytvořené materiální a pracovní podmínky pro vzdělávání žáka se speciálními vzdělávacími potřebami.

Druhá možnost vzdělávání zdravotně postižených dětí je zařazení do speciálních škol podle druhu a stupně postižení. Děti jsou vzdělávány ve speciálních školách, speciálními učiteli a metodami. Jsou však vyřazeny ze společnosti zdravých dětí a jejich plná integrace, neboli včlenění, je po pobytu ve speciálních školách velmi obtížná, v mnoha případech i nemožná.

Proces vzdělávání žáků s mentálním postižením probíhá v závislosti na míře a hloubce postižení odlišně od procesu vzdělávání ostatních žáků. Vyžaduje proto speciální vyučovací metody, vhodný výběr učiva, individuální přístup učitele – speciálního pedagoga a výrazně snížený počet žáků ve třídě. Tyto požadavky je v rámci početné třídy běžné školy velmi obtížné splnit. Děti s mentální retardací zpravidla trpí poruchou adaptačních schopností, a to jejich výuku v běžných třídách značně ztěžuje.

Školní integrace žáků s mentální retardací přináší řadu problémů, vyplývajících ze skutečnosti, že tito žáci mají v závislosti na míře postižení vzdělávací potřeby odlišné od svých nepostižených spolužáků. Vzdělávací

obsahy v běžné škole zpravidla nechápou, takže musí být vyučováni podle vzdělávacích programů zvláštní (nyní praktické) či pomocné (nyní speciální) školy. Většina žáků s mentální retardací trpí poruchami koncentrace pozornosti a trvale vyžaduje zvýšenou pozornost učitele. Pokud těmto žákům není soustavná pozornost věnována, často svými projevy vyvolávají nežádoucí pozornost spolužáků a narušují nejen koncentraci jejich pozornosti, ale i kvalitu vyučování. Žáci s mentálním postižením jsou jen zřídka schopni samostatné práce a učitel, který se musí věnovat i ostatním žákům, jim nemůže poskytovat dostatečnou individuální péči. Za úspěch je, bohužel často, považováno zklidnění a nevyrušování žáka s mentální retardací, který vydrží tiše sedět v lavici při vyučování.

Má-li být vzdělávání žáků s mentální retardací efektivní a vést k jejich přípravě pro život, měli by být vyučováni v klidném prostředí malých tříd se sníženým počtem žáků učitelem s psychopedickou kvalifikací. (Švarcová, 2006)

Je nutné zamyslet se nad tím, jaké úkoly s integrovaným žákem plnit a procvičovat. Proto je třeba vypracovat pro takové dítě individuální vzdělávací program, který má cíle speciálně sestavené. Někdy je potřeba více opakovat, postupně pomaleji nebo zadat dítěti úkol jinak a názorněji. Dobré je také nechat žáka chvíli pozorovat, jak řeší úkol ostatní děti. Velmi důležité je integrované dítě chválit a povzbuzovat i tím, že mu ostatní děti zatleskají, zazpívají. Charakter speciálních potřeb integrovaného žáka může vyžadovat natolik individuální přístup, že neumožňuje vyučujícímu věnovat se v potřebné míře žákovi i ostatním dětem ve třídě. V těchto situacích je ve třídě nutná přítomnost další osoby – asistenta pedagoga (Vyhláška č. 73/2005 Sb. §7).

#### **2.4.1 Základní vzdělávání žáků s lehkou mentální retardací**

Běžná základní škola by se neměla bránit práci s určitou skupinou dětí jenom proto, že tyto děti jsou zdrojem jistých výchovně vzdělávacích problémů. Velmi záleží na profesionálním a odborném provedení pedagogicko-psychologické diagnózy, která posoudí, nakolik dítěti bude zmíněné prostředí přínosem.

Děti se sníženou úrovní inteligence tvoří velmi různorodou skupinu – skupinu s někdy více, s někdy méně potencionálními žáky běžných základních

škol. Je nejvíce pravděpodobné, že se pedagog, vyučující na běžné základní škole, ve své školní praxi setká s dítětem s lehkou mentální retardací. (Müller a kol., 2001)

Pedagog musí především počítat se skutečností, že chování a prožívání těchto dětí je primárně ovlivněno poškozením v oblasti kognitivních funkcí, sekundárně pak osobnostními vlastnostmi a faktory vnějšího prostředí. Pro pedagoga z toho vyplývá, že tyto příčiny sice způsobují celkové snížení schopností jeho žáků, avšak současně nezamezují jejich možnému výraznému zlepšení. Hlavně musí počítat s patologií rodinného prostředí (především při výchovné a sociální zanedbanosti) a následně pak s obsahovým opožděním řeči, s malým rozsahem znalostí, s nedostatky v oblasti návyků, s neobvyklým chováním a řešením sociálních situací, s nedostatečnou motivací ke školní práci i domácí přípravě. (Müller a kol., 2001)

Vzhledem k tomu, že dítě s lehkou mentální retardací dosahuje školní zralosti v pozdějším věku, než je tomu u zdravé populace, je dané skutečnosti přizpůsobeno i vzdělávání na **prvním stupni**, především v 1. období (1. - 3. ročník). Většina dětí s lehkou mentální retardací je opožděná z hlediska sociálního, psychického a fyzického vývoje. Přechod z rodinné péče nebo předškolního vzdělávání musí být pozvolný a postupný. S ohledem na rozdílnost rozumových schopností žáků, schopnosti učení a pracovních výsledků, je třeba přistupovat ke každému žákovi individuálně, respektovat jeho možnosti a pozitivně hodnotit každý pokrok v rozvoji jeho osobnosti. V tomto období je tedy hlavním úkolem adaptace žáků na nové prostředí, nový styl práce, upevňování základních hygienických návyků a vytváření návyků sociálních.

**Druhý stupeň** základního vzdělávání je zaměřen na získávání vědomostí, rozvíjení dovedností a návyků, které žáci mohou využít ke zvýšení kvality osobního života včetně profesního uplatnění. Z tohoto důvodu je ve vzdělávacím procesu žáků s lehkou mentální retardací, na rozdíl od vzdělávání žáků bez postižení, kladen větší důraz na vytváření sociálních a praktických dovedností. Program je sestaven tak, aby žáci s mentálním postižením za podpory speciálních vzdělávacích metod mohli dosáhnout co nejvyšší možné úrovně osobnostních kvalit.



Pro úspěch ve vzdělávacím procesu celého školního období je třeba vytvořit optimální podmínky, které vyžadují především přátelskou atmosféru a takové pracovní klima, aby žáci školu navštěvovali rádi, nebáli se případných neúspěchů a v rámci svých možností dosáhli základního vzdělání nebo základů vzdělání. (RVP ZV – LMP, 2005)

## PRAKTICKÁ ČÁST

### 3. VÝZKUMNÉ DOTAZNÍKOVÉ ŠETŘENÍ

Na počátku výzkumného šetření byly stanoveny hypotézy, které na základě dotazníkového průzkumu mezi žáky základních škol, rodiči žáků základních škol a učiteli na základních školách v České republice byly statisticky vyhodnoceny. Dotazníky souhrnně byly postaveny na zjištění základních dat o žákovi samotném, rodiči a jeho dítěti či dětech ve školním věku a učiteli na základní škole, kteří aktuálně dotazník vyplňovali. Šetření proběhlo pomocí e-mailové komunikace s řediteli základních škol napříč celou Českou republikou, dotazníky byly též uveřejněny na webovém informačně vzdělávacím portále Základní školy a Mateřské školy Klobuky, okres Kladno se svolením paní ředitelky Daniely Doskočilové ([www.zsklobuky.cz/aktuality-1](http://www.zsklobuky.cz/aktuality-1)).

#### 3.1 Vymezení výzkumného cíle

Problematika jedinců se specifickými vývojovými poruchami školních dovedností nebo s diagnózou lehké mentální retardace je velmi rozsáhlá a pro výzkumné šetření nabízí mnoho možností šetření. Z teoretické části je zřejmé, jak rozmanitá je etiologie a jak velký počet faktorů ovlivňuje život jedinců se SVPŠD nebo LMR. Cílem šetření tedy bylo zmapování názorů rodičů žáků se SVPŠD nebo LMR a názorů jednotlivých pedagogických pracovníků základních škol všech typů v České republice. Lze tedy říci, že cíl výzkumu je nejen orientační (doplnění poznatků), ale i deskriptivní (popsání stavu).

V teoretické části lze najít soubor jednotlivých etiologických faktorů působících na lidského jedince s diagnózou SVPŠD nebo LMR, dále je dle odborné literatury poukázáno na možnost prolínání se specifických vývojových poruch školních dovedností do života jedince s lehkou mentální retardací. Je zřejmé, že častou příčinou diagnostikované lehké mentální retardace může být i absence rodinného zázemí a nenaplněná funkce rodiny. Cílem tedy bylo zjistit, jaké je povědomí pedagogů o možnostech výskytu rysů SVPŠD u žáků s lehkou mentální retardací, jejich názor na možný pozitivní vliv využívání některých metod reedukací SVPŠD na schopnost učit se u žáků s LMR, vliv vzdělání

a pohlaví pedagoga na práci se žáky se SVPŠD nebo LMR. Dále bylo šetření zaměřeno na vliv rodinného a socio-kulturního prostředí, v němž dítě žije, na rozvoj schopnosti učit se u žáků s LMR nebo SVPŠD a následné porovnávání odpovědí všech respondentů, kteří odpovídali na otázky týkající se lehké mentální retardace a specifických poruch školních dovedností.

### 3.2 Hypotézy

Z důvodu přehlednosti šetření byly ustanoveny tři hypotézy, které budou ověřovány pomocí dotazníků, jež byly e-mailem rozeslány na základní školy všech typů (běžná, speciální, praktická). První a druhá hypotéza bude ověřována pomocí z výsledků dotazníků určených pro rodiče žáků základních škol a třetí hypotéza z dotazníků vyplňovaných pedagogy na základních školách.

**Hypotéza č. 1:** Věk, vzdělání a zaměstnanost rodiče má vliv na absolvování vyšetření dítěte ve speciálně pedagogickém centru (SPC) nebo pedagogicko-psychologické poradně (PPP).

**Hypotéza č. 2:** Vzdělání, zaměstnanost a pohlaví rodiče má vliv na závěrečnou diagnózu vyšetření v SPC nebo PPP.

**Hypotéza č. 3:** Vzdělání, délka praxe a zkušenosti pedagogů s prací se žáky s lehkou mentální retardací (LMR) a se žáky ze socio-kulturně znevýhodněného prostředí (SKZP) mohou být nápomocny v odhalení možnosti výskytu rysů specifických poruch školních dovedností u žáků s lehkou mentální retardací.

### 3.3 Výzkumný vzorek

Výzkumný vzorek je reprezentativní. Pro šetření bylo náhodným výběrem použito 580 respondentů, kteří odpověděli na otázky v dotaznících uveřejněných na internetové adrese [www.zsklobuky.cz/aktuality-1](http://www.zsklobuky.cz/aktuality-1). Ředitelé základních škol všech typů (běžná, speciální, praktická) v České republice byli e-mailem požádáni o distribuci internetové adresy mezi zákonné zástupce svých žáků a následné vyplnění dotazníků uveřejněných na již zmíněné webové adrese [www.zsklobuky.cz/aktuality-1](http://www.zsklobuky.cz/aktuality-1) doma nebo ve škole za využití multimediálního

kabinetu školy nebo počítačové učebny. Dotazníky byly postupně ukládány na internetovém portále Google a poté vyhodnoceny. Část výzkumného šetření probíhala za pomoci dětské zdravotní sestry Venuše Veselé, toho času pracující u dětského obvodního lékaře MUDr. Stanislava Bureše ve Zlonicích, která jeden pracovní týden (5 dní) rozdávala dotazníky v papírové podobě ve formátu A4 mezi příchozí klienty a jejich rodiče či doprovázející osoby a zabývala se jejich poučením o způsobu vyplnění, zpětným odběrem vyplněných dotazníků a přepisem dat do internetové podoby dotazníků.

Všechny respondenty je možno rozdělit do dvou skupin. První, kteří odpovídali na dotazník určený rodičům – Dotazník rodiče žáka ZŠ a Váš školák/školačka, jež budou zdrojem informací pro hypotézu č. 1 a hypotézu č. 2, a druzí, kteří zodpověděli otázky v šetření určeném pro pedagogy – Dotazník učitele na ZŠ (hypotéza č. 3). V první skupině je zahrnuto 279 respondentů, ve druhé 301.

### **3.4 Výzkumná metodika**

Pro získání informací byla zvolena kvantitativní technika, a to v podobě dotazníku, neboť se autorce práce zdál nejpřijatelnější vzhledem ke skutečnostem, které byly cílem šetření, a zároveň plnil požadavek anonymity respondenta. Kritérium anonymity respondenta bylo velkou prioritou, jelikož některé otázky v dotazníku byly osobního rázu. Dalším kritériem pro volbu dotazníku byl dostatek času a prostoru pro jeho vyplnění, nízké náklady, jeho rychlá příprava a zpracování a možnost získání informací od vzdálených respondentů. Bylo zde splněno kritérium reliability a validity. Šetření je tedy efektivní a empiricky ověřitelné. Pro zabránění možnosti přeskočení otázky bylo u všech otázek ve vytvořeném on-line dotazníku použito symbolu *\*povinné pole*, jež toto vynechání a přeskočení odpovědi respondentovi nedovolí. Další negace dotazníku – malá návratnost a možnost zodpovězení otázek jiným člověkem nebo rodinným týmem nebylo možné eliminovat.

Otázky byly stylizovány ke zjištění potřebných údajů o rodičích žáků základních škol, žácích ZŠ a pedagogických pracovníků na ZŠ všech typů.

### **3.4.1 Struktura jednotlivých dotazníků**

Dotazník rodiče žáka ZŠ obsahoval 6 uzavřených otázek a 2 otázky otevřené. Dotazník Váš školák/školačka obsahoval 8 uzavřených otázek a 2 otázky otevřené. Dotazník učitele na ZŠ obsahoval 18 uzavřených otázek. Odpovědi byly formulovány stylem výběru z možností. Počet odpovědí se lišil podle dané otázky tak, aby odpověď byla jasná a jednoznačná. Otázky byly formulovány jako věty tázací nebo jako jednoduchý výrok, kde respondenti zakroužkovali nejvíce správnou odpověď. Takto položené otázky mohou přispět k lepšímu porozumění dotazu a následné odpovědi.

V každé otázce je různý počet odpovědí, záleží na podstatě dané otázky, na kterou respondenti odpovídají. U všech otázek, kromě otázky pohlaví a hodnotové orientace, je respektováno pravidlo neutrální odpovědi. To znamená, že mezi položkami odpovědí se vždy objevuje neutrální odpověď.

### **3.5 Časová dotace**

V prosinci 2012 byly sestaveny on-line dotazníky pomocí portálu Google (<http://docs.google.com>) a umístěny na internetový vzdělávací portál Základní školy a Mateřské školy Klobuky, okres Kladno, [www.zsklobuky.cz/aktuality-1](http://www.zsklobuky.cz/aktuality-1) se svolením paní ředitelky Daniely Doskočilové.

V měsíci prosinci 2012 a lednu 2013 byly odkazy na výše zmíněnou internetovou adresu rozeslány do e-mailových schránek ředitelů základních škol všech typů po celé České republice se žádostí o jejich rozeslání mezi pedagogy dané školy a distribuci webového odkazu do řad žáků a jejich rodičů. e-mailové adresy ředitelů základních škol byly získány z webového informačního portálu [www.zakladniskoly.cz/seznam-skol/](http://www.zakladniskoly.cz/seznam-skol/).

Počátkem měsíce února 2013 byl sběr dat ukončen a dotazníky vyhodnoceny na základě vztahových vlastností daných hypotézami.

### **3.6 Výsledky výzkumu**

Všechny dotazníky byly rozděleny do dvou částí na dotazníky vztahující se k žákům ZŠ a jejich rodičům a dotazníky určené učitelům základních škol. Pro vyhodnocení byly sestaveny tabulky jednotlivých odpovědí, kde je uvedena otázka, odpověď, počet odpovědí a jejich procentuální podíl. Poté byly jednotlivé vztahové závislosti vyhodnoceny pomocí metody rozhodovacího stromu CHAID – rychlý statistický algoritmus, který je schopen vytvářet nebinární stromy a je poměrně vhodný pro analýzy velkých datových souborů. CHAID rychle a efektivně zkoumá data a tvoří segmenty a profily v sekvenci optimálních kroků, štěpí skupiny vždy na vhodný počet statisticky homogenních podskupin a je založen na testování hypotéz na každém kroku.

#### **3.6.1 Dotazník rodiče žáka ZŠ a Váš školák/školačka**

V této kapitole bude vyhodnocena hypotéza zaměřená na rodiče žáka základní školy, a to vliv věku, vzdělání a zaměstnanosti zákonného zástupce na absolvování vyšetření dítěte v SPC nebo PPP a jako druhá hypotéza vliv vzdělání, zaměstnanosti a pohlaví zákonného zástupce na diagnózu vyšetření v SPC nebo PPP.

Jedna část výzkumného šetření probíhala za pomoci dětské zdravotní sestry Venuše Veselé, toho času pracující u dětského obvodního lékaře MUDr. Stanislava Bureše ve Zlonicích, která rozdávala dotazníky mezi rodiče a zabývala se poučením rodičů o způsobu jejich vyplnění, jejich zpětným odběrem a přepisem dat do internetové podoby dotazníků, které byly uveřejněny na internetové adrese Základní školy a Mateřské školy Klobuky, okres Kladno ([www.zsklobuky.cz/aktuality-1](http://www.zsklobuky.cz/aktuality-1)). Dále byli ředitelé základních škol všech typů (běžná, speciální, praktická) v České republice e-mailem požádáni o distribuci internetové adresy mezi zákonné zástupce svých žáků a následné vyplnění dotazníků na výše zmíněné webové adrese [www.zsklobuky.cz/aktuality-1](http://www.zsklobuky.cz/aktuality-1) doma nebo ve škole za využití multimediálního kabinetu školy. Dotazníky byly postupně ukládány na internetovém portále Google a poté vyhodnoceny. Níže jsou uvedeny základní a nejdůležitější tabulky se sesbíranými hodnotami, které

byly důležitým zdrojem informací pro zpracování stanovených hypotéz. Závislosti byly zjišťovány a graficky znázorněny pomocí metody CHAID.

Tabulka 1: Pohlaví – rodič

<b>Pohlaví</b>	<b>počet</b>	<b>%</b>
muž	46	16,49
žena	233	83,51
celkem	279	100,00

Zdroj: autor práce (vlastní šetření)

Tabulka 2: Věk

<b>Věk</b>	<b>počet</b>	<b>%</b>
18 – 25 let	2	0,72
26 – 30 let	7	2,51
31 – 40 let	177	63,44
nad 40 let	93	33,33
celkem	279	100,00

Zdroj: autor práce (vlastní šetření)

Tabulka 3: Nejvyšší ukončené vzdělání

<b>Vzdělání</b>	<b>počet</b>	<b>%</b>
bez vzdělání	18	6,45
základní vzdělání	14	5,02
střední odborné – výuční list	35	12,54
střední s maturitou	98	35,13
vyšší odborné	16	5,73
vysokoškolské - bakalářské	27	9,68
vysokoškolské	71	25,45
celkem	279	100,00

Zdroj: autor práce (vlastní šetření)

Tabulka 4: Zaměstnanecký vztah

<b>Zaměstnanecký vztah</b>	<b>počet</b>	<b>%</b>
bez zaměstnání – invalidní důchod jako hlavní zdroj financí	2	0,72
nezaměstnaný	55	19,71
OSVČ, podnikatel	20	7,17
zaměstnaný	202	72,40
celkem	279	100,00

Zdroj: autor práce (vlastní šetření)



Tabulka 5: Absolvoval jste s dítětem vyšetření v PPP nebo SPC?

<b>Vyšetření</b>	<b>počet</b>	<b>%</b>
ano	113	40,50
ne	166	59,50
celkem	279	100,00

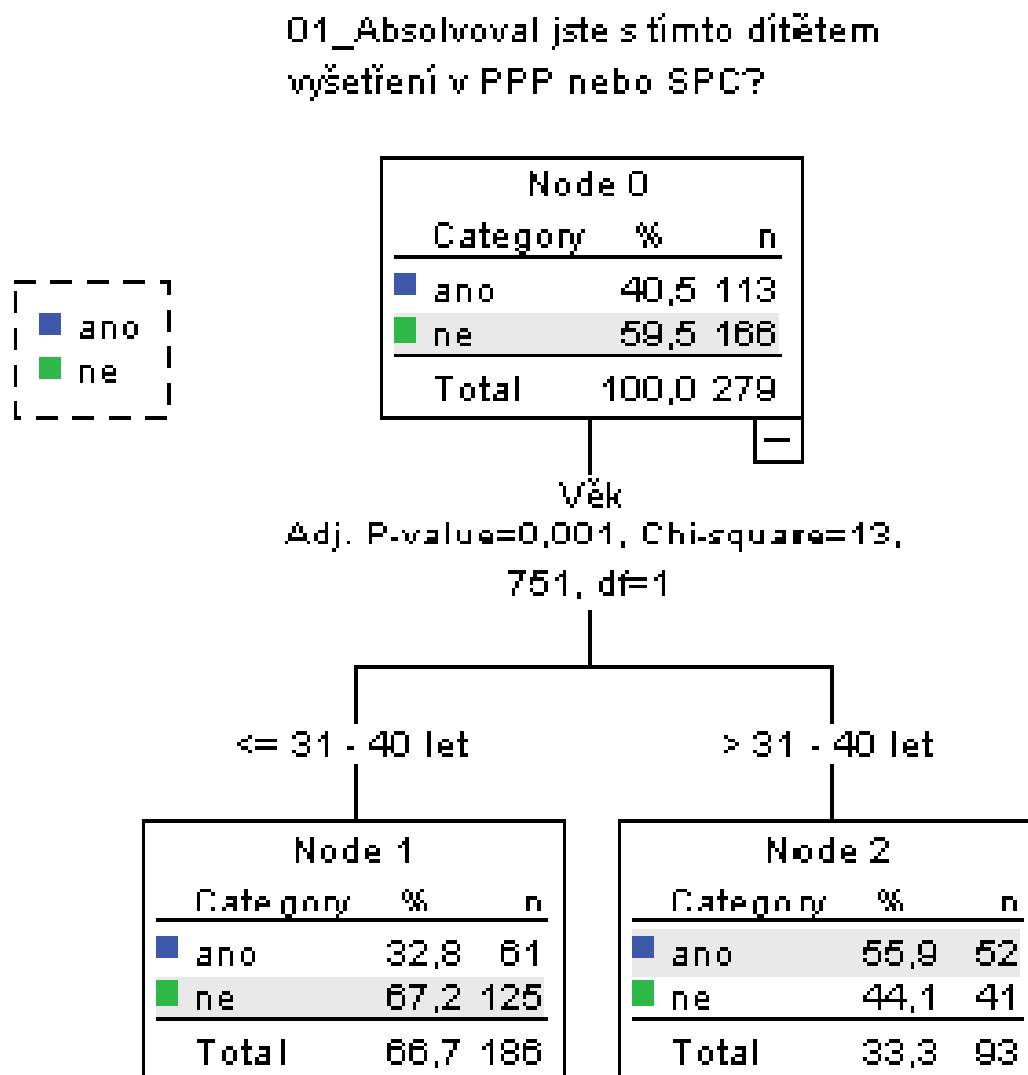
Zdroj: autor práce (vlastní šetření)

Tabulka 6: Jaká byla diagnóza – závěr vyšetření?

<b>Diagnóza</b>	<b>počet</b>	<b>%</b>
LMR – lehká mentální retardace	20	7,17
SVPŠD – dyslexie, dygrafie, dyortografie, dyskalkulie, dyspraxie, dysmúzie, dyspinxie)	34	12,18
jiná	59	21,15
celkem vyšetřených	113	40,50
bez vyšetření celkem	166	59,50
celkem	279	100,00

Zdroj: autor práce (vlastní šetření)

Obrázek 1: Vliv věku rodiče na absolvování vyšetření dítěte v SPC nebo PPP



Zdroj: autor práce

Z výše uvedeného grafu vyplývá, že starší rodiče (kategorie nad 40 let) významně častěji absolvují se svým dítětem školního věku vyšetření v SPC nebo PPP než mladší rodiče (40 a méně let).

Tabulka 7: Modal Summary

Step	-2 Log likelihood	Cox & Snell R Square	Nagelkerke R Square
1	371,626 <sup>a</sup>	0,018	0,024

a. Estimation terminated at iteration number 3 because parameter estimates changed by less than ,001.

Zdroj: autor práce (vlastní šetření)

Tabulka 8: Variables in the Equation

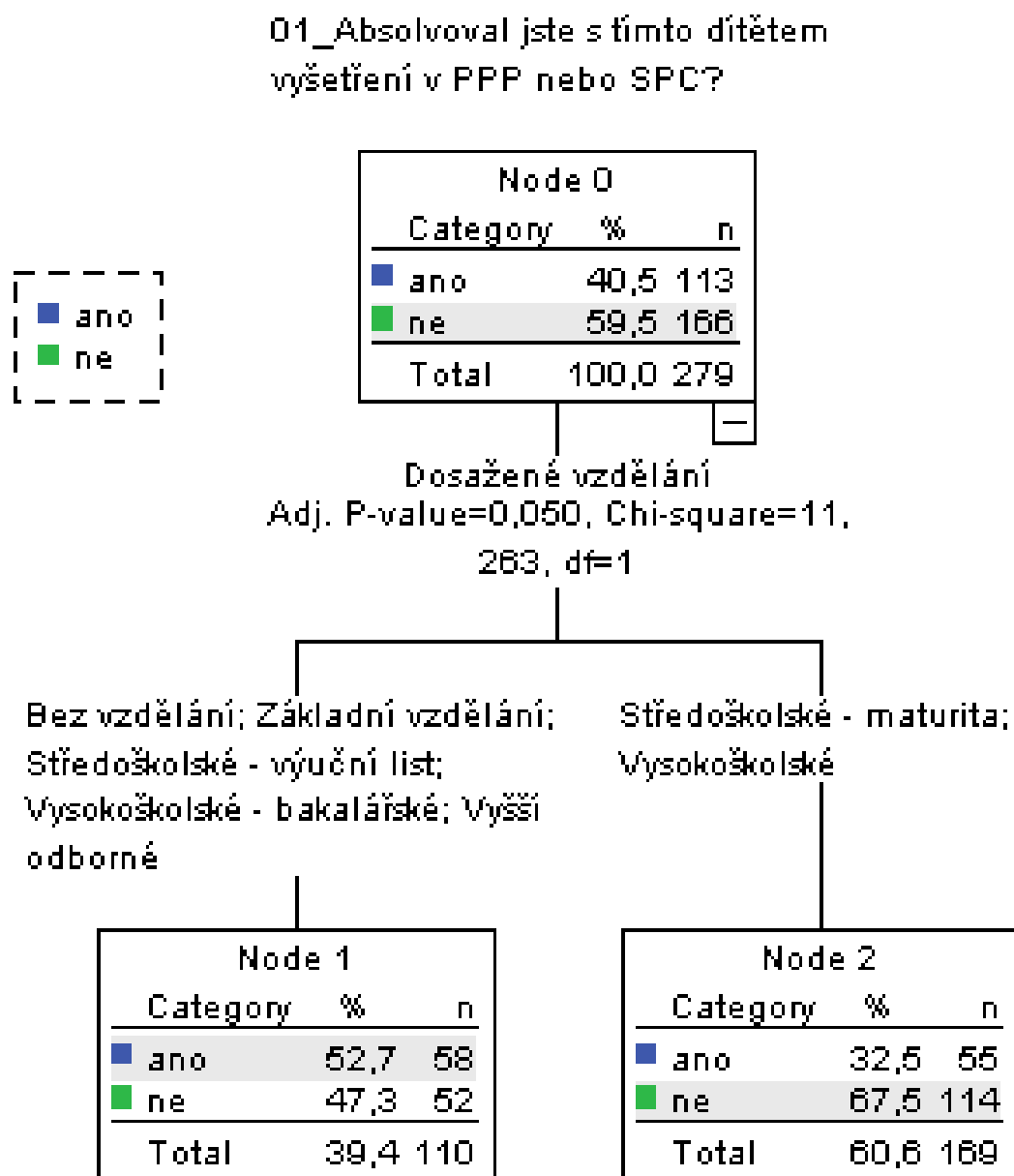
Step	B	S.E.	Wald	df	Sig.	Exp(B)	
	1 <sup>a</sup>	Dosažené vzdělání	0,152	0,068	4,929	1,000	0,026
	Constant	0,307	0,332	0,853	1,000	0,356	0,736

a. Variable(s) entered on step 1: Dosažené vzdělání.

Zdroj: autor práce (vlastní šetření)

Z tabulky 14 a 15 vyplývá, že nejvyšší dosažené (ukončené) vzdělání ovlivňuje pravděpodobnost vyšetření negativně. Každý stupeň vzdělání zvyšuje šanci na NEvyšetření 1,164násobně.

Obrázek 2: Vliv dosaženého vzdělání rodiče na absolvování vyšetření dítěte v SPC nebo PPP

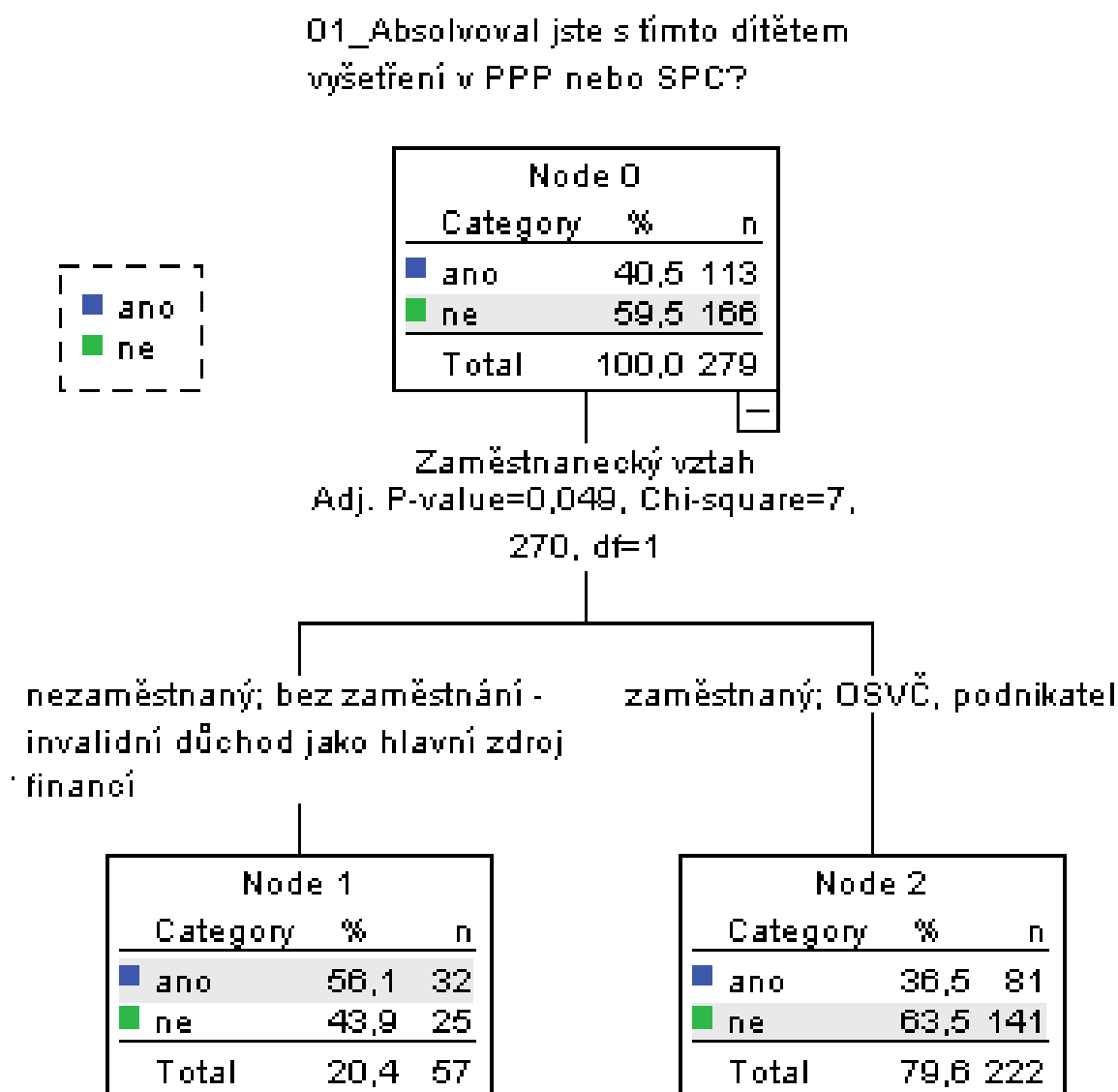


Zdroj: autor práce

Jiný pohled na závislost mezi dosaženým vzděláním rodiče a absolvováním vyšetření dítěte v SPC nebo PPP říká, že skupina maturantů a vysokoškolsky vzdělaných má významně vyšší podíl dětí bez vyšetření než skupina ostatních vzdělání. Zvláštností je, že do skupiny s menším podílem nevyšetřených dětí spadají i děti bakalářů a rodičů s vyšším odborným

vzděláním. Je nutné ale upozornit, že pravděpodobnost omylu (tj. že ta závislost ve skutečnosti neexistuje) je při tomto druhém rozdělení 0,05.

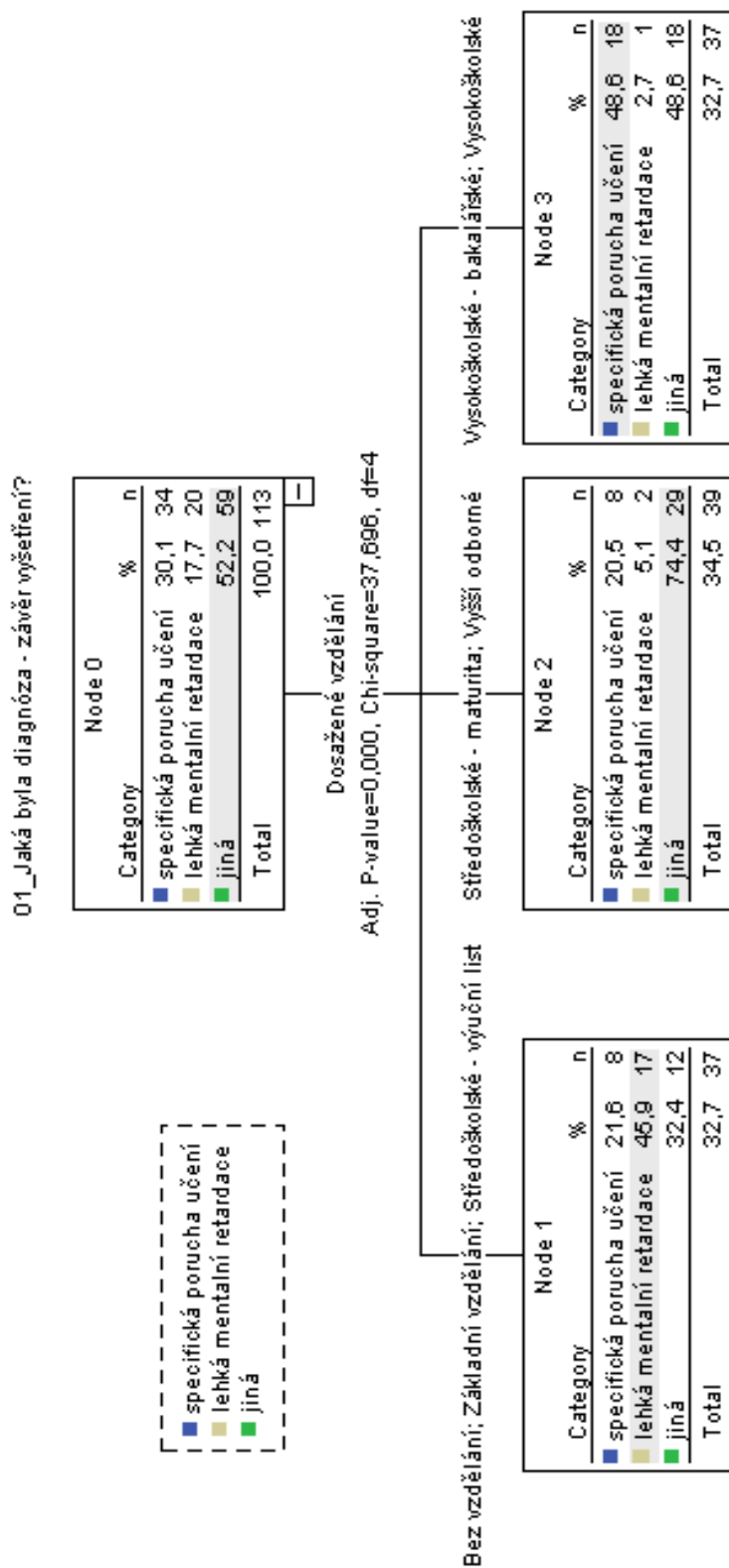
Obrázek 3: Vliv zaměstnaneckého vztahu na absolvování vyšetření dítěte v SPC nebo PPP



Zdroj: autor práce

U zaměstnaných (zaměstnaný, OSVČ, podnikatel – souhrnně) je významně vyšší podíl nevyšetřených oproti nezaměstnaným (v součtu s invalidními důchodci).

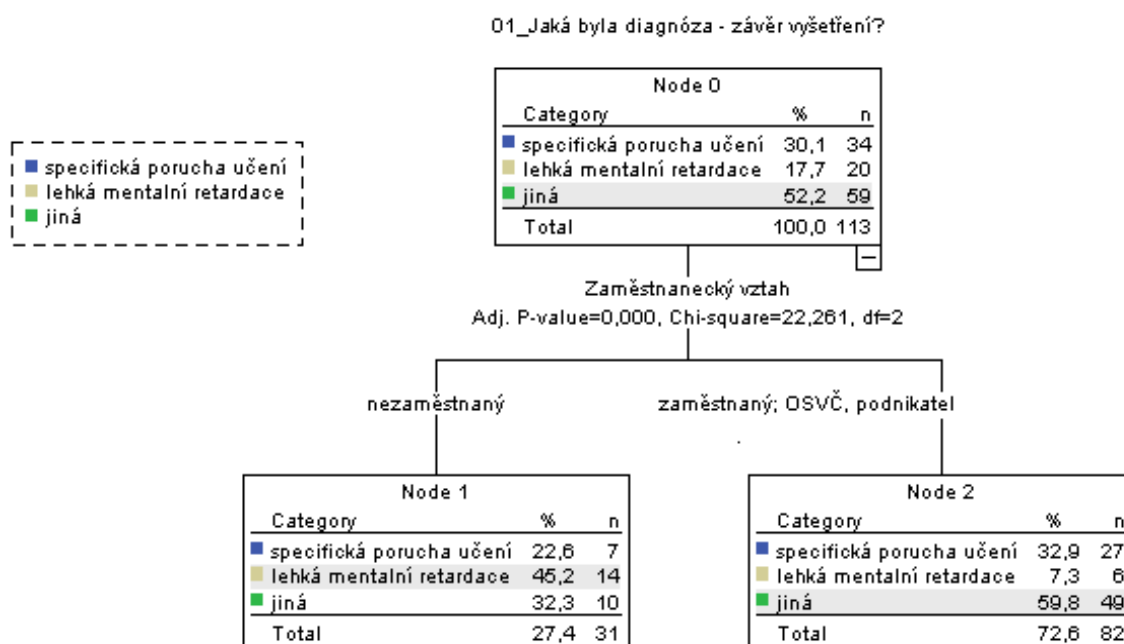
Obrázek 4: Výsledek vyšetření (diagnóza) v SPC nebo PPP v závislosti na dosaženém vzdělání rodiče



Zdroj: autor práce

U málo vzdělaných rodičů (maximálně výuční list) je nejčastěji diagnózou LMR – lehká mentální retardace (45,9% případů), u středně vzdělaných rodičů (maturita, VOŠ) je nejčastější diagnózou jiná diagnóza (74,4% případů, LMR jen 5,1%). U vysokoškolsky vzdělaných je to pak SVPŠD (48,6% případů). Rozdíly jsou statisticky významné, přestože jsou k dispozici relativně malé počty respondentů, kteří se zúčastnili výzkumného dotazníkového šetření.

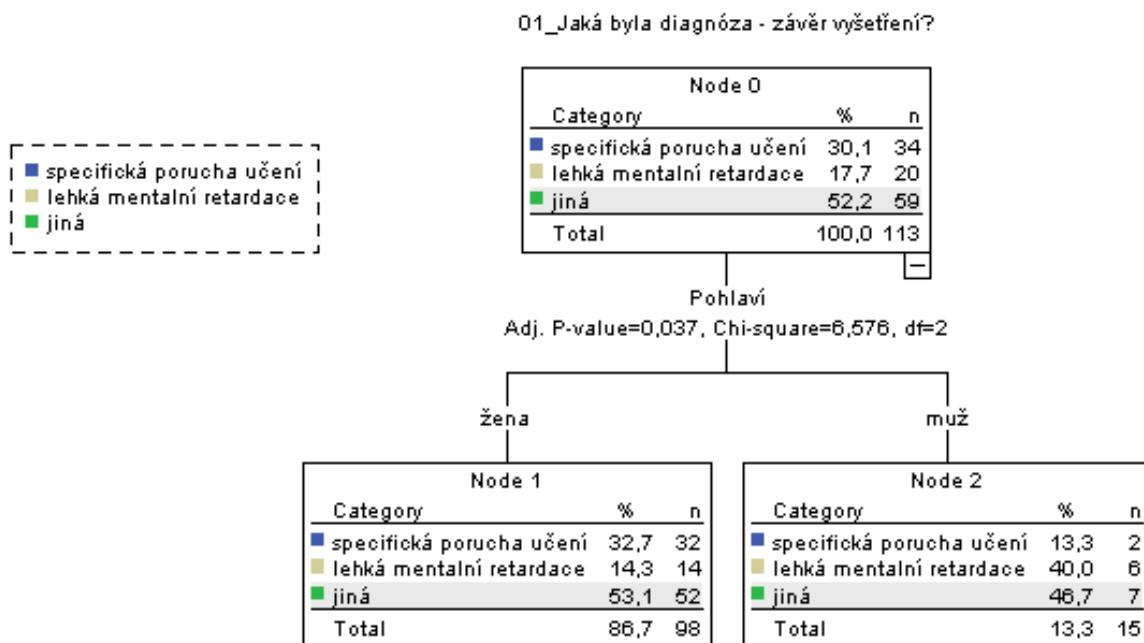
Obrázek 5: Výsledek vyšetření (diagnóza) v SPC nebo PPP v závislosti na zaměstnaneckém vztahu rodiče



Zdroj: autor práce

Pomineme-li vzdělání rodičů a zaměříme se na jejich zaměstnanecký vztah, je u rodičů bez pravidelného měsíčního příjmu (nezaměstnaný, bez zaměstnání – invalidní důchod jako zdroj hlavního příjmu) vyšší podíl diagnostikované lehké mentální retardace než u ostatních zaměstnaných rodičů (zaměstnaný, OSVČ, podnikatel). Nicméně vezmeme-li v úvahu, že zaměstnanost zřejmě závisí na stupni dosaženého vzdělání, mohlo by se jednat o falešnou korelaci.

Obrázek 6: Výsledek vyšetření (diagnóza) v SPC nebo PPP v závislosti na pohlaví rodiče



Zdroj: autor práce

Pokud odpovídali muži, měli častěji diagnostikovanou LMR – lehkou mentální retardaci a méně často SVPŠD – specifickou vývojovou poruchu školních dovedností. Nicméně pravděpodobnost omylu je 0,037. Bohužel není známo, nakolik odpovídající rodič je tím hlavním, kdo rozhoduje o výchově dítěte.

V případě první hypotézy této kategorie výzkumného dotazníkového šetření - vliv věku, vzdělání a zaměstnanosti rodiče na absolvování vyšetření dítěte v SPC nebo PPP byla hypotéza ve všech směrech potvrzena. Ze závislostního vztahu vlivu věku rodiče je patrné, že rodiče starší 40ti let významně častěji absolvují vyšetření dítěte v SPC nebo PPP; v případě vlivu dosaženého vzdělání rodiče vyplývá, že vyšší dosažené vzdělání přináší nižší podíl vyšetřovaných dětí; a v závislosti na zaměstnanosti rodiče je významně nižší podíl vyšetřovaných dětí u rodičů zaměstnaných s pravidelným měsíčním příjmem.

Druhá hypotéza vliv vzdělání, zaměstnanosti a pohlaví rodiče na diagnózu vyšetření v SPC nebo PPP byla potvrzena v oblasti závislosti na vzdělání a zaměstnanosti rodiče. Nezaměstnanost a nepodnětné nebo málo podnětné rodinné prostředí (vzdělání maximálně výuční list) významně zvyšují



podíl diagnostikované LMR – lehké mentální retardace. Vysokoškolsky vzdělaní rodiče se podílejí zvýšeným procentem na diagnózách SVPŠD, zatímco středoškolsky vzdělaní a rodiče s vyšším odborným vzděláním uvádějí zvýšené procento výsledku jiná diagnóza. Můžeme se pouze domnívat, že by se mohlo jednat o školní nezralost s doporučením odkladu školní docházky, syndrom ADHD či ADD, poruchy autistického spektra a jiné. Bohužel závislostní vztah mezi pohlavím rodiče a diagnózou vyšetřené dítěte v SPC nebo PPP nemohl být potvrzen z důvodu neznalosti faktu, zda na otázku v dotazníku odpovídající rodič je tím hlavním, kdo rozhoduje o výchově dítěte v rodině.

### **3.6.2 Dotazník učitele na ZŠ**

V této kapitole bude vyhodnocena hypotéza zaměřená na učitele základních škol, která bude zkoumat závislostní vztahy mezi vlivem vzdělání učitele, délky jeho praxe a zkušeností s prací se žáky s lehkou mentální retardací a se žáky ze socio-kulturně znevýhodněného prostředí a odhalení možnosti výskytu rysů specifických vývojových poruch školních dovedností při diagnóze lehké mentální retardace.

Ředitelé základních škol všech typů (běžná, speciální, praktická) v České republice byli e-mailem požádáni o distribuci internetové adresy mezi své podřízené pedagogy a jejich pozdější vyplnění dotazníků uveřejněných na internetové adrese Základní školy a Mateřské školy Klobuky, okres Kladno ([www.zsklobuky.cz/aktuality-1](http://www.zsklobuky.cz/aktuality-1)). Dotazníky byly postupně ukládány na internetovém portále Google a následně vyhodnoceny. Níže jsou uvedeny základní a nejdůležitější tabulky se shromážděnými hodnotami, které byly důležitým zdrojem informací pro zpracování stanovených hypotéz. V dotaznících byla uvedena zkratka SPU (specifické poruchy učení) nahrazující současnou SVPŠD (specifické vývojové poruchy školních dovedností) z důvodů jejího většího povědomí mezi učiteli a nemožnosti osobně vysvětlit nyní užívanou zkratku SVPŠD. Závislosti byly zjišťovány a graficky znázorněny pomocí metody CHAID.

Tabulka 9: Délka praxe

<b>Délka praxe</b>	<b>počet</b>	<b>%</b>
1 – 5 let	50	16,61
6 – 10 let	41	13,62
11 – 15 let	51	16,94
více než 15 let	159	52,83
celkem	301	100,00

Zdroj: autor práce (vlastní šetření)

Tabulka 10: Máte zkušenosti s prací se žáky s LMR?

<b>Zkušenost</b>	<b>počet</b>	<b>%</b>
ano	154	51,16
ne	147	48,84
celkem	301	100,00

Zdroj: autor práce (vlastní šetření)

Tabulka 11: Myslíte si, že při diagnóze LMR lze rozpoznat rysy SPU?

<b>Při dg LMR rysy SPU</b>	<b>počet</b>	<b>%</b>
ano	102	33,89
ne	32	10,63
nikdy jsem nad tím neuvažoval/a	167	55,48
celkem	301	100,00

Zdroj: autor práce (vlastní šetření)

Tabulka 12: Máte zkušenosti se spoluprací s asistentem pedagoga?

<b>Asistent pedagoga</b>	<b>počet</b>	<b>%</b>
ano	167	55,48
ne	134	44,52
celkem	301	100,00

Zdroj: autor práce (vlastní šetření)

Tabulka 13: Absolvoval/a jste nějaký kurz pro práci se žáky s SPU?

<b>Kurz pro SPU</b>	<b>počet</b>	<b>%</b>
ano	208	69,10
ne	93	30,90
celkem	301	100,00

Zdroj: autor práce (vlastní šetření)

Tabulka 14: Provádíte vy sám/sama nápravu SPU?

<b>Náprava SPU</b>	<b>počet</b>	<b>%</b>
ano	126	41,86
ne	175	58,14
celkem	301	100,00

Zdroj: autor práce (vlastní šetření)

Tabulka 15: Absolvoval/a jste nějaký kurz pro práci se žáky s LMR?

<b>Kurz pro LMR</b>	<b>počet</b>	<b>%</b>
ano	91	30,23
ne	210	69,77
celkem	301	100,00

Zdroj: autor práce (vlastní šetření)

Tabulka 16: Pracujete v současné době se žáky s LMR?

<b>Žáci s LMR</b>	<b>počet</b>	<b>%</b>
ano	89	29,57
ne	212	70,43
celkem	301	100,00

Zdroj: autor práce (vlastní šetření)

Tabulka 17: Myslíte si, že by měla probíhat i náprava SPU u žáků s LMR?

<b>Náprava SPU u žáků s LMR</b>	<b>počet</b>	<b>%</b>
ano	83	27,58
ne	6	1,99
nikdy jsem nad tím neuvvažoval/a	13	4,32
celkem odpovědělo	102	33,89
bez odpovědi	199	66,11
celkem	301	100,00

Zdroj: autor práce (vlastní šetření)

Tabulka 18: Myslíte si, že náprava SPU by mohla zlepšit/zlepšuje schopnost učit se u žáků s LMR?

<b>Vliv nápravy SPU na schopnost učit se</b>	<b>počet</b>	<b>%</b>
ano, vím, že zlepšuje	24	7,97
ano, mohla by	55	18,28
ne, myslím si, že nebude mít vliv	1	0,33
ne, vím, že nemá vliv	2	0,66
celkem odpovědělo	82	27,24
bez odpovědi	219	72,76
celkem	301	100,00

Zdroj: autor práce (vlastní šetření)

Tabulka 19: Máte zkušenosti s prací se žáky ze socio-kulturně znevýhodněného prostředí?

<b>Zkušenost se žáky ze SKZP</b>	<b>počet</b>	<b>%</b>
ano	238	79,07
ne	63	20,93
celkem	301	100,00

Zdroj: autor práce (vlastní šetření)

Tabulka 20: Pracujete v současné době se žáky ze socio-kulturně znevýhodněného prostředí?

<b>Žáci ze SKZP</b>	<b>počet</b>	<b>%</b>
ano	175	58,14
ne	126	41,86
celkem	301	100,00

Zdroj: autor práce (vlastní šetření)

Tabulka 21: Jaká je vaše zkušenost s vlivem socio-kulturně znevýhodněného prostředí na úroveň vzdělání žáka?

<b>Vliv SKZP na vzdělání</b>	<b>počet</b>	<b>%</b>
má velký vliv	168	55,82
má vliv	131	43,52
nemá vliv	2	0,66
celkem	301	100,00

Zdroj: autor práce (vlastní šetření)

Tabulka 22: Myslíte si, že zájem rodiče o vzdělání dítěte je ovlivněn socio-kulturním prostředím, v němž žije?

<b>Vliv SKZP na zájem rodiče o vzdělání žáka</b>	<b>počet</b>	<b>%</b>
ano	276	91,69
ne	25	8,31
celkem	301	100,00

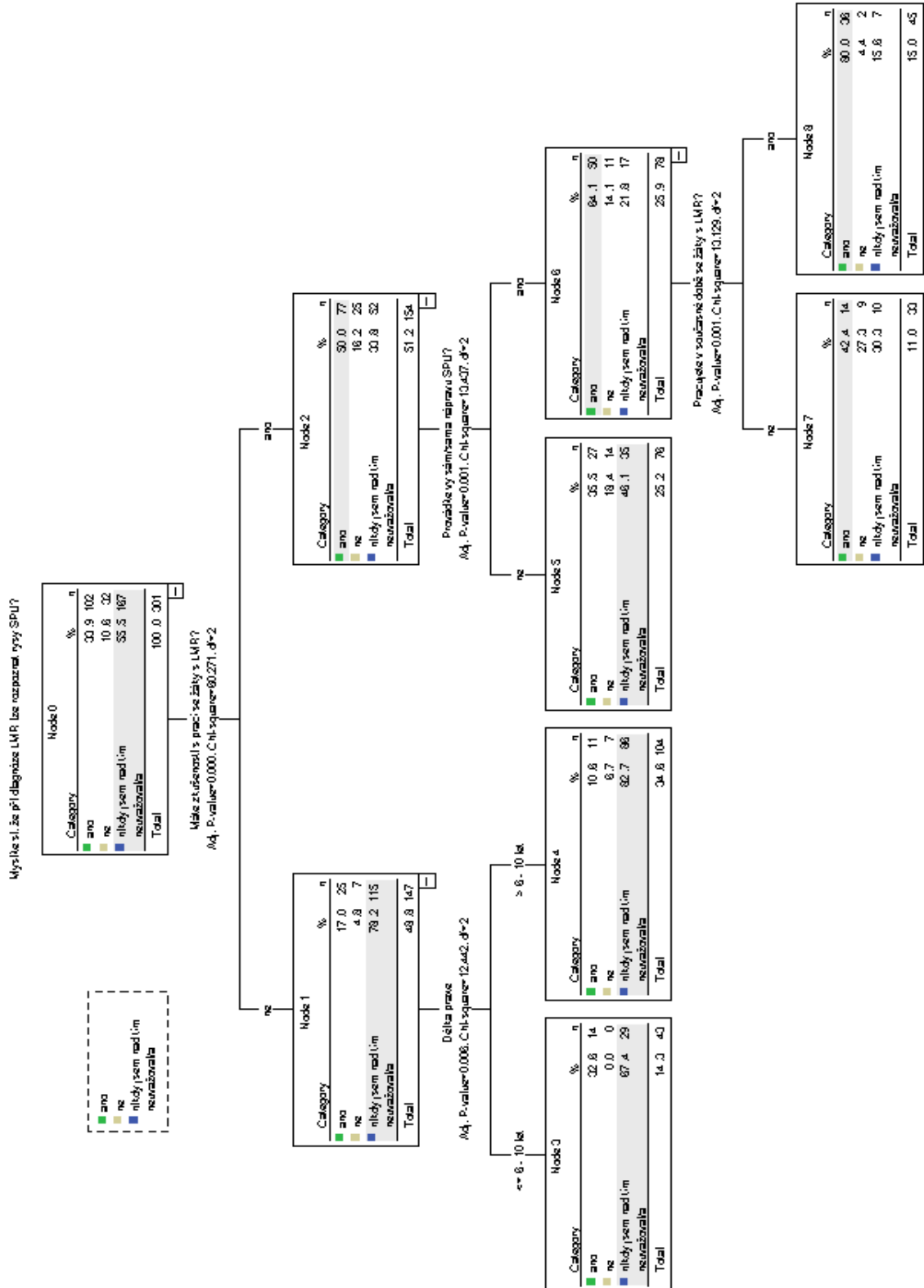
Zdroj: autor práce (vlastní šetření)

Tabulka 23: Určete, do jaké míry si myslíte, že socio-kulturně znevýhodněné prostředí ovlivňuje zájem rodiče o vzdělání dítěte.

<b>Procento vlivu SKZP</b>	<b>počet</b>	<b>%</b>
0 – 25 %	8	2,66
26 – 50 %	77	25,58
51 – 75 %	109	36,21
76 – 100 %	82	27,24
celkem odpovědělo	276	91,69
bez odpovědi	25	8,31
celkem	301	100,00

Zdroj: autor práce (vlastní šetření)

Obrázek 7: Vliv délky praxe, zkušeností s prací se žáky s LMR, provádění náprav SPU a současné práce s žáky s LMR na hypotézu, zda při diagnóze LMR lze rozpoznat rysy SPU



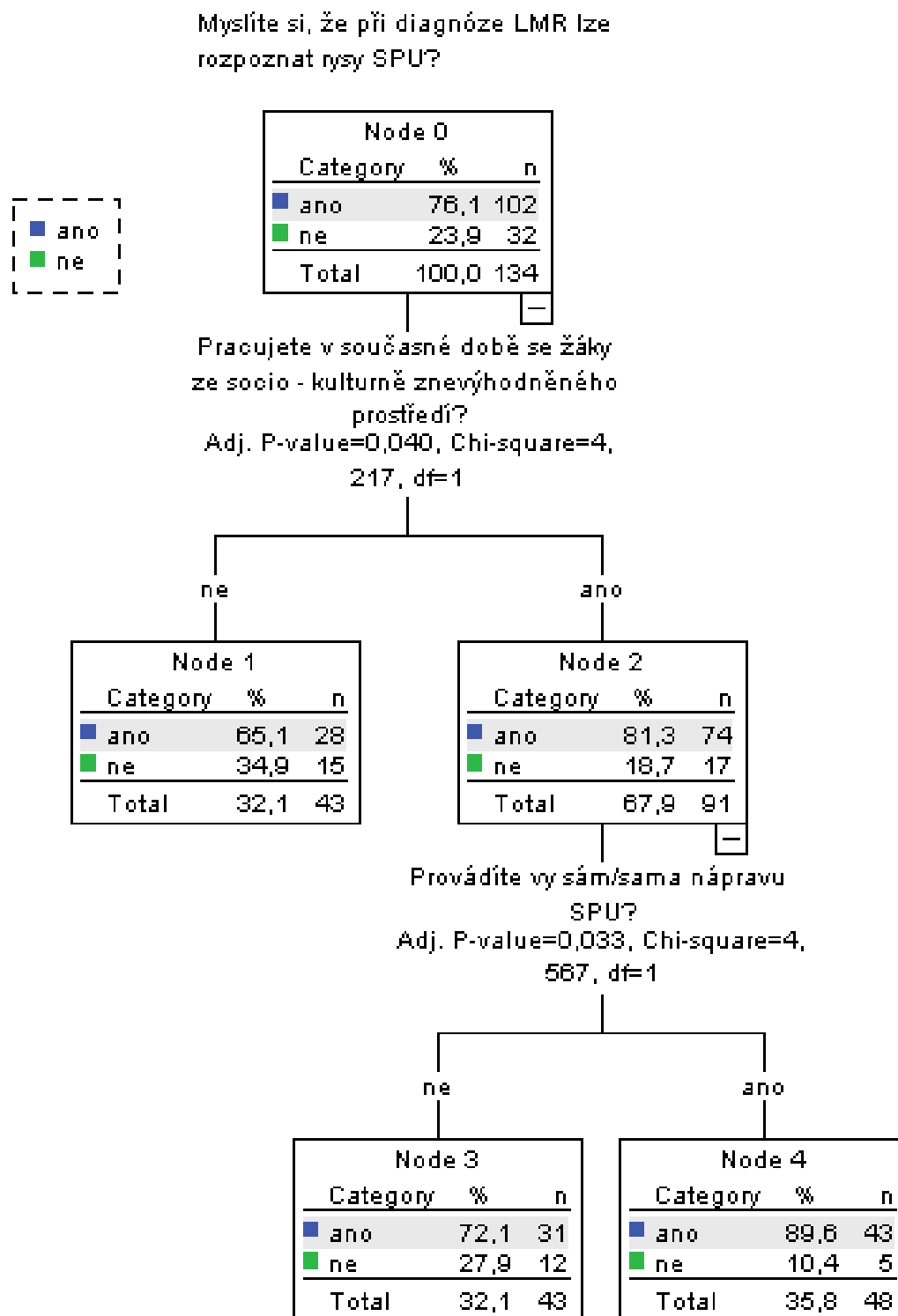
Zdroj: autor práce



Učitelé, kteří nemají zkušenost se žáky s lehkou mentální retardací nad otázkou, zda při diagnóze LMR lze rozpoznat rysy SPU, uvažovali výrazně méně často než ti, kteří zkušenost mají. U těch bez zkušeností pak hraje důležitou roli délka praxe, kdy učitelé s kratší praxí (10 a méně let) si častěji myslí, že rysy SPU při diagnóze lehké mentální retardace rozpoznat lze. Ti s delší praxí častěji odpovídají, že nad daným problémem nikdy neuvažovali.

U pedagogů, co zkušenosti s prací se žáky s LMR mají, pak rozhoduje to, zda sami provádí nápravu specifických vývojových poruch školních dovedností. Ti, kteří ji provádějí, si častěji myslí, že rysy SPU při diagnostikované LMR je možné rozpoznat. Učitelé, kteří nápravu sami neprovádějí, jsou pak rozděleni na dvě skupiny podle toho, zda aktuálně pracují se žáky s LMR. Ti, co ano, častěji kladně odpovídají na danou otázku možnosti rozpoznání rysů SPU při diagnóze LMR. Pokud nezahrneme vliv těch, kteří se zdráhají odpovídat, pak následující graf nabízí jinou možnost vyhodnocení.

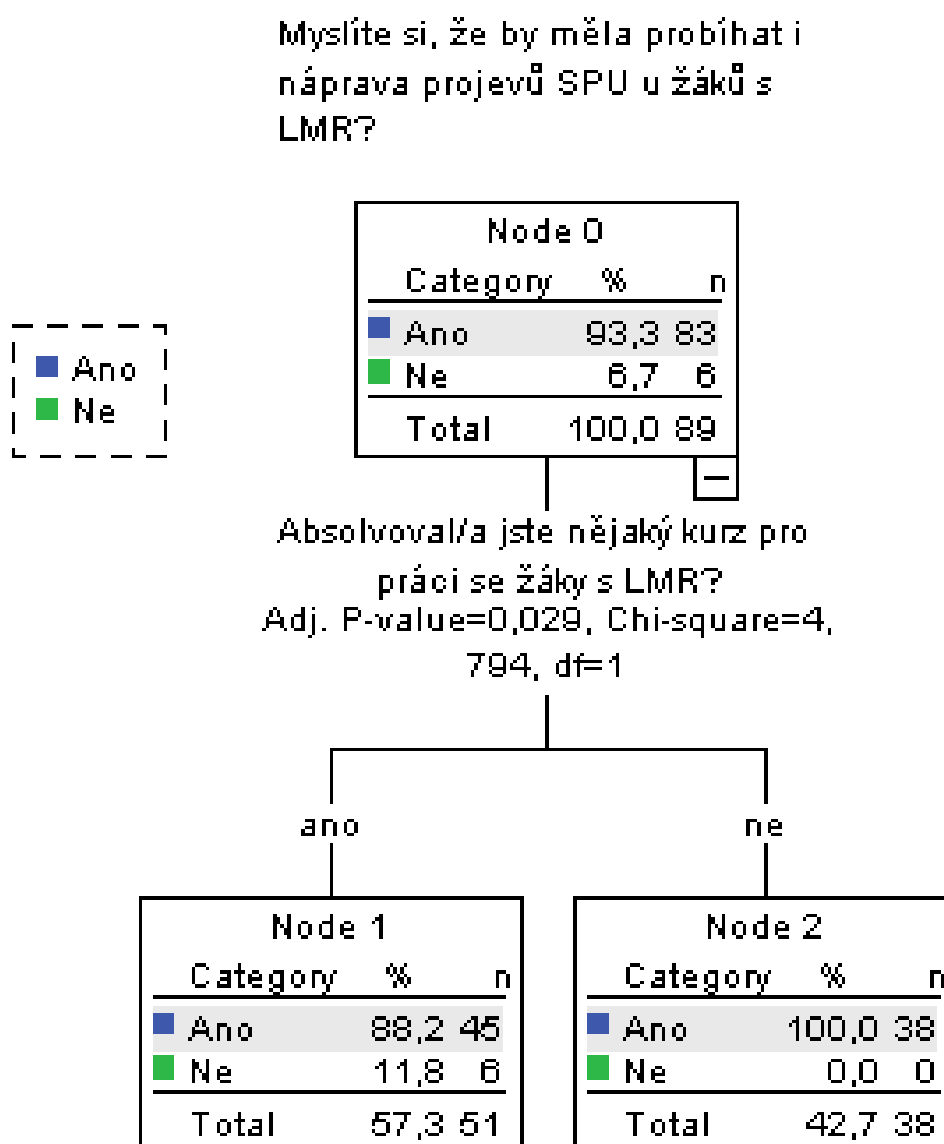
Obrázek 8: Vliv práce sed žáky ze socio-kulturně znevýhodněného prostředí a provádění náprav SPU na hypotézu možnosti rozpoznání rysů SPU při diagnóze LMR



Zdroj: autor práce

Ti učitelé, kteří v současné době pracují se žáky ze socio-kulturně znevýhodněného prostředí (SKZP), si častěji myslí, že při diagnóze LMR lze rozpoznat rysy specifických vývojových poruch školních dovedností. Podskupina těchto pedagogů, která sama provádí nápravu SPU, častěji na danou otázku odpovídá kladně než podskupina, která nápravu sama neprovádí.

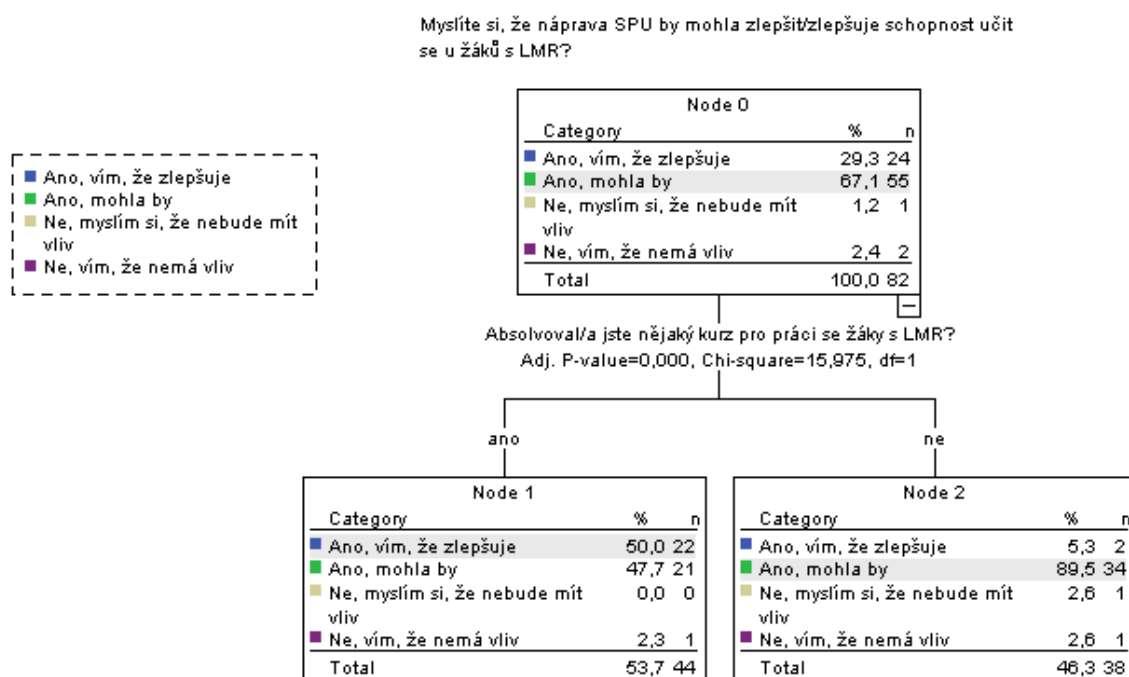
Obrázek 9: Vliv psychopedického vzdělání na hypotézu nutnosti náprav projevů SPU u žáků s LMR



Zdroj: autor práce

Ti, kteří absolvovali nějaký kurz pro práci se žáky s lehkou mentální retardací (zahrnuje i psychopedické vzdělání) si občas myslí, že by náprava SPU u žáků s LMR probíhat nemusela. Ti, kteří nemají vzdělání v psychopedii, ani neabsolvovali žádný kurz, si jednomyslně myslí, že náprava by probíhat měla.

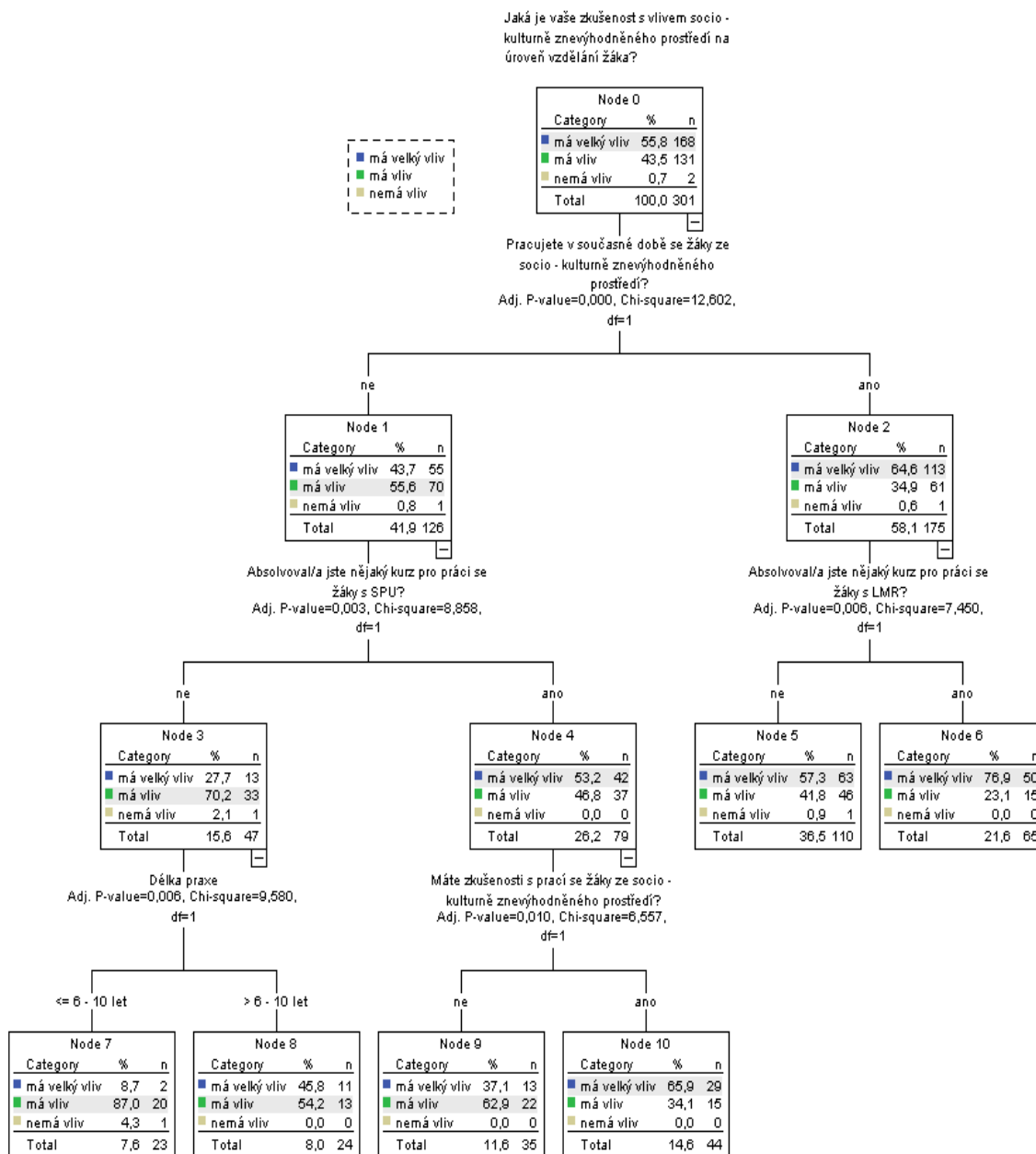
Obrázek 10: Vliv psychopedického vzdělání na otázku, zda náprava SPU u žáků s LMR by mohla zlepšit/zlepšuje schopnost učit se



Zdroj: autor práce

Učitelé, kteří absolvovali nějaký kurz pro práci se žáky s LMR, si jsou více jisti pozitivním vlivem provádění náprav specifických poruch školních dovedností u žáků s lehkou mentální retardací (50% odpovědí „Ano, vím“ oproti pouhým 5,3% u těch pedagogů, kteří vzdělání ani kurz se zaměřením na psychopedii neabsolvovali).

Obrázek 11: Závislostní vztahy mezi zkušenostmi s vlivem SKZP na úroveň vzdělání žáka, délkou praxe, absolvováním kurzu pro práci se žáky s SPU nebo LMR a stávající prací se žáky ze socio-kulturně znevýhodněného prostředí



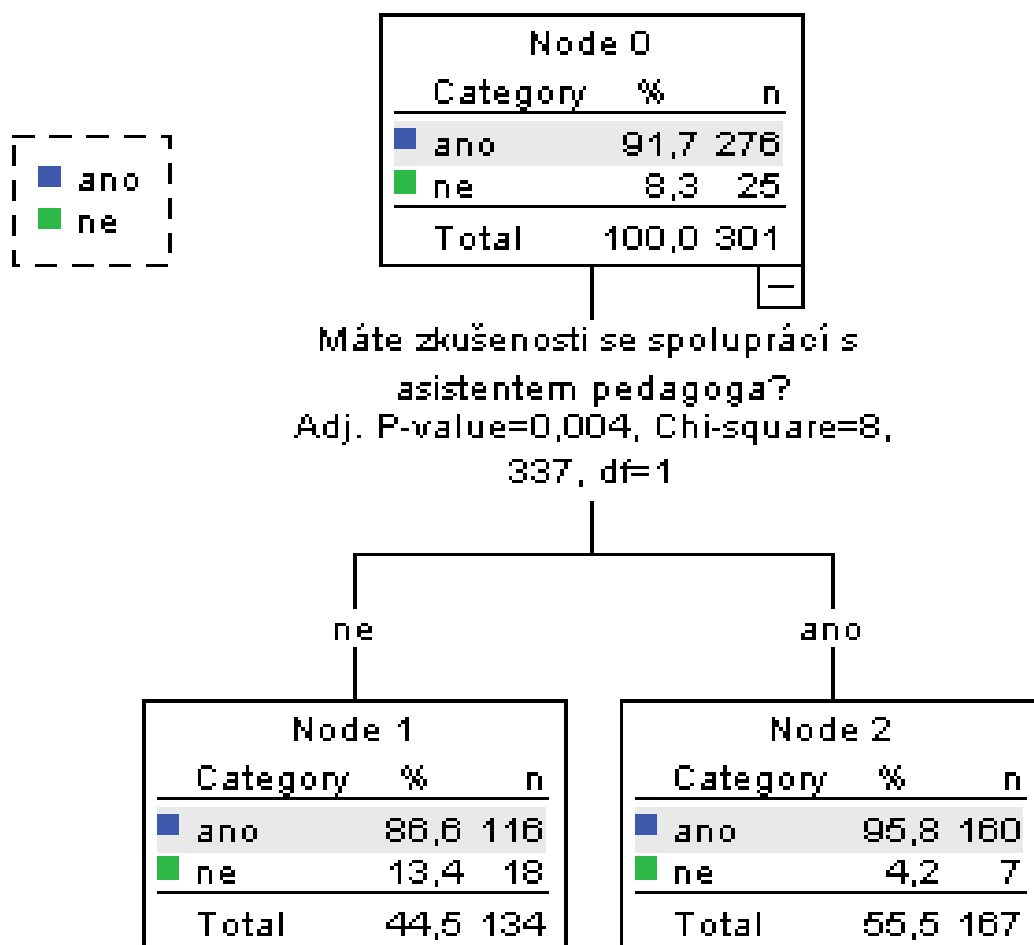
Zdroj: autor práce

Ti, kteří v současnosti pracují se žáky ze socio-kulturně znevýhodněného prostředí, si častěji myslí, že toto prostředí má velký vliv na úroveň vzdělání žáka. U této skupiny ti učitelé, kteří absolvovali kurz pro práci se žáky s LMR, si

častěji myslí, že SKZP má velký vliv, oproti těm, kteří nemají psychopedické vzdělání ani kurz. U druhé velké skupiny učitelů, kteří v současnosti nepracují se žáky s lehkou mentální retardací má větší vliv absolvování kurzu pro práci se žáky s SPU. Ti, kteří jej absolvovali, si častěji myslí, že socio-kulturně znevýhodněné prostředí má velký vliv. U nich pak ještě hraje roli obecná zkušenost se žáky ze SKZP, kdy opět zkušenost nahrává vyššímu podílu odpovědí „má velký vliv“. U těch, kteří kurz pro práci se žáky s SPU nemají, je pak důležitá délka praxe. Ti s delší praxí (6 a více let) častěji odpovídají kladně („má velký vliv“) na danou otázku, zda SKZP má vliv na úroveň vzdělání žáka.

Obrázek 12: Vztah mezi zkušeností se spoluprací s asistentem pedagoga a otázkou, zda zájem rodiče o vzdělání dítěte je ovlivněn socio-kulturním prostředím, v němž žije

Myslíte si, že zájem rodiče o vzdělání dítěte je ovlivněn socio-kulturním prostředím, v němž žije?

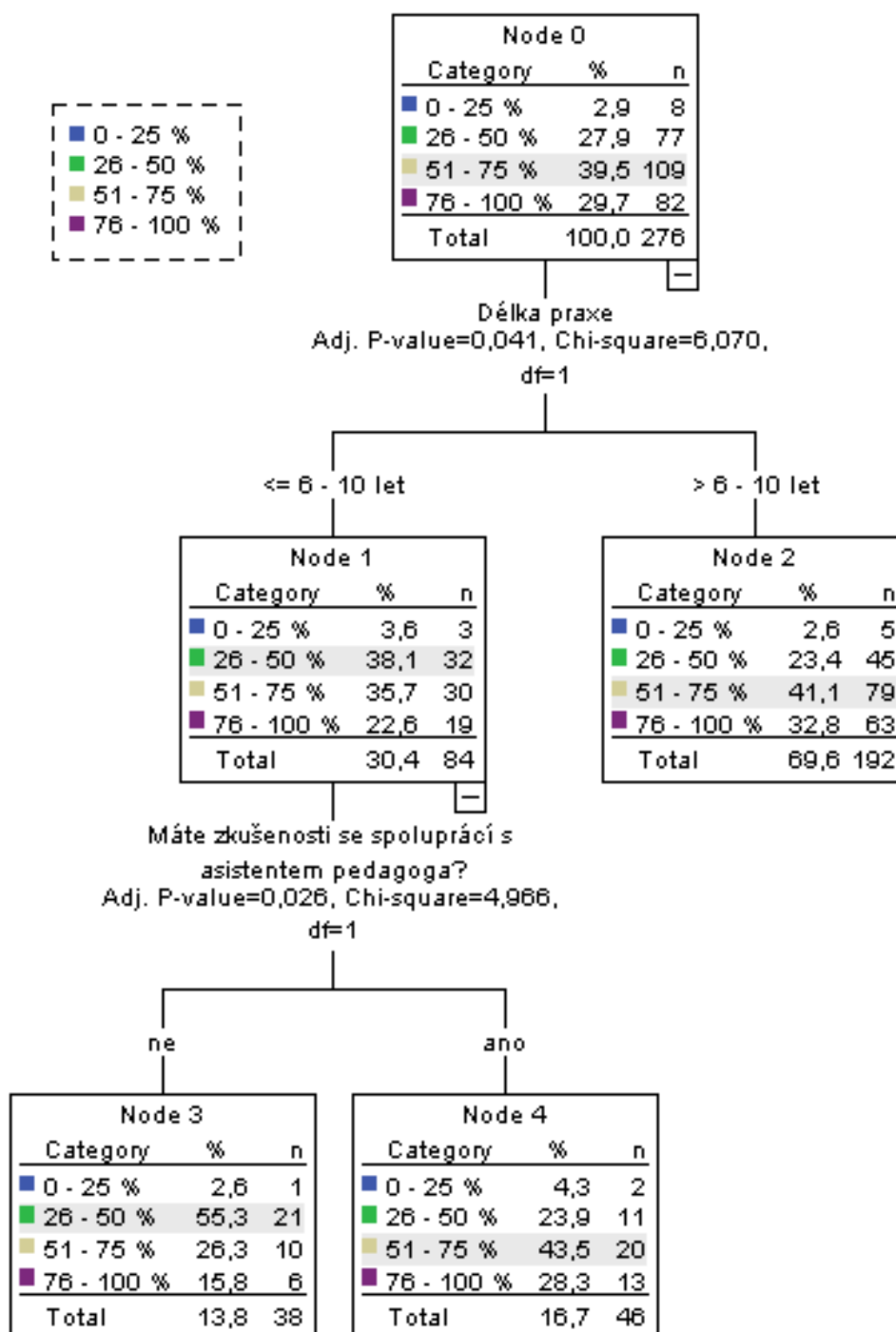


Zdroj: autor práce

Zde je jedinou významnou závislostí závislost na zkušenostech se spoluprací s asistentem pedagoga. Ti, kteří tuto zkušenost mají, významně častěji odpovídají „ano“ (95,8% oproti 86,6%) na danou otázku vlivu socio-kulturního prostředí, v němž rodina žije, na zájem rodiče o vzdělání dítěte.

Obrázek 13: Závislost délky praxe a zkušenosti se spoluprací s asistentem pedagoga na určení míry vlivu SKZP na zájem rodiče o vzdělání dítěte

Určete, do jaké míry si myslíte, že socio - kulturně znevýhodněné prostředí ovlivňuje zájem rodiče o vzdělání dítěte.



Zdroj: autor práce



V tomto ohledu hraje nejvýznamnější roli délka praxe, kdy učitelé s delší praxí přisuzují socio-kulturně znevýhodněnému prostředí vyšší vliv na zájem rodiče o vzdělání dítěte. U těch s kratší praxí je pak důležitá zkušenost se spoluprací s asistentem pedagoga. Ti, kteří tuto zkušenost mají, určují vlivu SKZP vyšší váhu.

V této kapitole byla hypotéza potvrzena ve všech oblastech. Nejvýznamněji byl potvrzen vliv délky praxe a vzdělání učitele (absolvování kurzů, speciálně-pedagogické nebo psychopedické vzdělání), kdy v dotazníkovém šetření hrály obě volby velkou roli v potvrzení vztahu mezi lehkou mentální retardací a socio-kulturním prostředím a jeho vlivem na úroveň vzdělání dítěte. Jako další důležitý faktor vyvstal ze vztahového vyhodnocení dotazníků vliv zkušeností s prací se žáky s lehkou mentální retardací nebo se žáky ze socio-kulturně znevýhodněného prostředí.

## ZÁVĚR

Hlavním cílem diplomové práce bylo ukázat na možnost speciálně pedagogického přístupu k žákům s lehkou mentální retardací. Práce se zabývá úvahou možnosti výskytu rysů specifických poruch školních dovedností u dětí s diagnózou lehké mentální retardace, případného pozitivního vlivu náprav těchto specifických poruch u žáků s LMR a speciálně pedagogického přístupu učitele k mentálně postiženým žákům, kdy začlenění těchto dětí do běžné třídy základní školy je náročné z hlediska profesionálního chování a jednání učitele – úrovně jeho komunikačních dovedností, schopností vytvářet pozitivní atmosféru ve třídě, vedení výuky a metodiky vyučování. Pro vývoj mentálně postižených má mimořádný význam cílevědomá, promyšlená výchova odpovídající schopnostem a možnostem žáka.

Pozitivní je, že dnes mohou být děti s lehkou mentální retardací (a nejen ti) právě díky integraci zapojeny do běžného života ve školách a školských zařízeních. Tam, kde jsou ochotní a laskaví pedagogové, kteří se nebojí bojovat s různými překážkami a mohou věnovat úsilí, snahu, trpělivost a znalosti, je to přínos nejen pro integrované, ale i pro ostatní spolužáky a vrstevníky.

Obě kapitoly první části diplomové práce zpracovávají teoretické poznatky týkající se specifických vývojových poruch školních dovedností a lehké mentální retardace, jejich terminologickým vymezením, klasifikací, etiologií, symptomatologií, reedukací (v případě SVPŠD) a systémem vzdělávání žáků s těmito diagnózami.

Praktická část diplomové práce zahrnující různá výzkumná dotazníková šetření významným způsobem potvrdila vztahové závislosti mezi lehkou mentální retardací a specifickými vývojovými poruchami školních dovedností, kdy doporučením pro další praxi by mohla být úvaha o využití některých metod náprav specifických poruch u dětí s diagnózou lehké mentální retardace, které by mohly významně ovlivnit schopnost těchto žáků učit se, dosáhnout lepších školních i osobních výsledků a hladkého průběhu integrace, a tím i větší sebedůvěry, pomoci jim s plynulým zařazením do majoritní společnosti „normálních“ lidí bez zbytečných překážek kladených jim po celý život. Nutností je samozřejmě vzít v úvahu socio-kulturní prostředí, z něhož žák pochází, v němž žije a které ho výrazně ovlivňuje. Pedagog ve spolupráci se školským

poradenským zařízením, rodiči i žákem (= komplexní péče) může docílit těch nejlepších výsledků jen v případě, že celý řetězec spolupráce funguje ve všech jeho člancích. Pokud selhává jeden ze zmíněných účastníků (např. rodina), může se náprava a minimalizace dopadu poruchy, ať již specifické vývojové poruchy školních dovedností nebo lehké mentální retardace, značně zkomplikovat. Jedná se o proces dlouhodobý, celoživotní, kdy je potřeba zaměřit se na všechny oblasti žákovy osobnosti.

## SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ

### Seznam použitých českých zdrojů

AXELROOD, P., MIKULAJOVÁ, M., ZELINKOVÁ, O. *Terapie specifických poruch učení*. In LECHTA, V. a kol. *Terapie narušené komunikační schopnosti*. Praha: Portál, 2005. ISBN 80-7178-961-5.

BARTOŇOVÁ, M. *Edukace žáků se speciálními vzdělávacími potřebami. Zaměření na edukaci žáků se specifickými poruchami učení*. Brno: MSD, 2005. ISBN 80-86633-38-1.

BARTOŇOVÁ, M. *Kapitoly ze specifických poruch učení I*. Brno: Masarykova univerzita v Brně, 2005. ISBN 80-210-3613-3

BARTOŇOVÁ, M. *Kapitoly ze specifických poruch učení II*. Brno: Masarykova univerzita v Brně, 2005. ISBN 80-210-3822-5.

BARTOŇOVÁ, M., VÍTKOVÁ, M. *Strategie ve vzdělávání dětí a žáků se speciálními potřebami*. Brno: Paido, 2007. ISBN 978-80-7315-158-4.

BAZALOVÁ, B. *Psychopedie*. In PIPEKOVÁ, J. a kol. *Kapitoly ze speciální pedagogiky*. Brno: Paido, 2006. ISBN 80-7315-120-0.

ČERNÁ, M. *Kapitoly z psychopedie*. Praha: Karlova univerzita, 1995. ISBN 80-7066-899-7.

DOLEJŠÍ, M. *K otázkám psychologie mentální retardace*. Praha: Avicenum, 1973

JUCOVIČOVÁ, D., ŽÁČKOVÁ, H., SOVOVÁ, H. *Specifické poruchy učení na 2. stupni základních škol (použitelné i pro střední školství)*. Praha: D+H, 2001. ISBN 978-80-903579-7-6.

KLENKOVÁ, J. *Logopedie*. Praha: Grada Publishing, a. s., 2006. ISBN 80-247-1110-9.

KOLUCHOVÁ, J. *Přehled patopsychologie dítěte*. Praha: SPN, 1988, 1989.

KUCHARSKÁ, A. *Specifické poruchy učení a chování*. Praha: Nakladatelství „DYS“, 1995. ISBN 80-902065-0-6.

LECHTA, V. a kol. *Terapie narušené komunikační schopnosti*. Praha: Portál, 2005. ISBN 80-7178-961-5.

MATĚJČEK, Z. *Dyslexie – specifické poruchy čtení*. Jinočany: H&H, 1995. ISBN 80-85787-27-X.

MATĚJČEK, Z., VÁGNEROVÁ, M. a kol. *Sociální aspekty dyslexie*. Praha: Karolinum, 2006. ISBN 80-246-1173-2.

*Mezinárodní klasifikace nemocí: 10. revize. Duševní poruchy a poruchy chování. Popisy klinických příznaků a diagnostická vodítka.* Praha: Psychiatrické centrum, 1992. ISBN 80-85121-37-9.

MÜLLER, O. a kol. *Dítě se speciálními vzdělávacími potřebami v běžné škole.* Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2001. ISBN 80-244-0231-9.

MÜLLER, O. *Lehká mentální retardace v pedagogickopsychologickém kontextu.* Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2002. ISBN 80-244-0207-6.

PIPEKOVÁ, J. a kol. *Kapitoly ze speciální pedagogiky.* Brno: Paido, 2006. ISBN 80-7315-120-0.

PIPEKOVÁ, J. *Osoby s mentálním postižením ve světle současných edukativních trendů.* Brno: MSD, 2006. ISBN 80-86633-40-3.

POKORNÁ, V. *Teorie, diagnostika a náprava specifických poruch učení.* Praha: Portál, 2001. ISBN 80-7178-135-5.

POKORNÁ, V. *Teorie a náprava vývojových poruch učení a chování.* Praha: Portál, 2001. ISBN 80-7178-570-9.

PŘINOSILOVÁ, D. *Diagnostika ve speciální pedagogice.* Brno: Paido, 2007. ISBN 978-80-7315-157-7.

PŘINOSILOVÁ, D. *Vybrané okruhy speciálně pedagogické diagnostiky a využití v praxi.* Brno: Masarykova univerzita v Brně, 1999. ISBN 80-210-1595-0.

*Rámcový vzdělávací program pro základní vzdělávání upravený pro žáky s lehkým mentálním postižením.* Praha: ÚIV, 2005.

ŘÍČAN, P., KREJČÍŘOVÁ, D. a kol. *Dětská klinická psychologie, 4. přepracované a doplněné vydání.* Praha: Grada Publishing, a. s., 2006. ISBN 978-80-247-1049-5.

SELIKOWITZ, M. *Dyslexie a jiné poruchy učení.* Praha: Grada Publishing, a. s., 2000. ISBN 80-7169-773-7.

SMUTNÝ, R., ŠAFROVÁ, A. *Využití výpočetní techniky při reedukaci specifických poruch učení.* Brno: Paido, 1997. ISBN 80-85931-36-2.

SOVÁK, M. *Nárys speciální pedagogiky.* Praha: SPN, 1986.

SVOBODA, M., KREJČÍŘOVÁ, D., VÁGNEROVÁ, M. *Psychodiagnostika dětí a dospívajících.* Praha: Portál, 2001. ISBN 978-80-7367-566-0.

ŠKODOVÁ, E., ŽLAB, Z. *Narušení grafické stránky řeči.* In ŠKODOVÁ, E., JEDLIČKA, I. *Klinická logopedie.* Praha: Portál, 2007. ISBN 978-80-7367-340-6.

ŠTURMA, J. *Specifické poruchy učení a chování.* In ŘÍČAN, P., KREJČÍŘOVÁ, D. a kol. *Dětská klinická psychologie, 4. přepracované a doplněné vydání.* Praha: Grada Publishing, a. s., 2006. ISBN 978-80-247-1049-5.

- ŠVARCOVÁ, I. *Mentální retardace*. Portál, 2006. ISBN 80-7367-060-7.
- VÁGNEROVÁ, M. *Psychopatologie pro pomáhající profese*. Praha: Portál, 2004. ISBN 80-7178-802-3.
- VÁGNEROVÁ, M., KLÉGROVÁ, J. *Poradenská psychologická diagnostika dětí a dospívajících*. Praha: Karolinum, 2008. ISBN 987-80-246-1538-7.
- VALENTA, M., MÜLLER, O. *Psychopedie. Teoretické základy a metodika*. Praha: Parta, 2004. ISBN 80-7320-063-5.
- VITÁSKOVÁ, K. *Specifické poruchy učení pro výchovné pracovníky (Texty k distančnímu vzdělávání v rámci kombinovaného studia)*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2006. ISBN 80-244-1216-0.
- VITÁSKOVÁ, K. *Specifické vývojové poruchy školních dovedností*. In MÜLLER, O. a kol. *Dítě se speciálními vzdělávacími potřebami v běžné škole*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2001. ISBN 80-244-0231-9.
- VÍTKOVÁ, M. *Integrativní speciální pedagogika. Integrace školní a sociální*. Brno: Paido, 2004. ISBN 80-7315-071-9.
- VÍTKOVÁ, M. *Integrativní školní (speciální) pedagogika: Základy, teorie, praxe*. Brno: MSD, 2003. ISBN 80-866633-07-1.
- ZELINKOVÁ, O. *Dyslexie v předškolním věku?* Praha: Portál, 2008. ISBN 978-80-7367-321-5.
- ZELINKOVÁ, O. *Pedagogická diagnostika a individuální vzdělávací program*. Praha: Portál, 2001. ISBN 80-7178-544-X.
- ZELINKOVÁ, O. *Poruchy učení*. Praha: Portál, 2009. ISBN 978-80-7367-514-1.
- ZELINKOVÁ, O. *Poruchy učení: specifické vývojové poruchy čtení, psaní a dalších školních dovedností*. Praha: Portál, 2003. ISBN 80-7178-800-7.

### **Seznam použitých internetových zdrojů**

<http://www.msmt.cz>

<http://www.arcana.cz>

<http://www.zakladniskoly.cz>

<http://docs.google.com>

## SEZNAM OBRÁZKŮ, GRAFŮ A TABULEK

### Seznam obrázků

Obrázek 1: Vliv věku rodiče na absolvování vyšetření dítěte v SPC nebo PPP .....	74
Obrázek 2: Vliv dosaženého vzdělání rodiče na absolvování vyšetření dítěte v SPC nebo PPP.....	76
Obrázek 3: Vliv zaměstnaneckého vztahu na absolvování vyšetření dítěte v SPC nebo PPP .....	77
Obrázek 4: Výsledek vyšetření (diagnóza) v SPC nebo PPP v závislosti na dosaženém vzdělání rodiče .....	78
Obrázek 5: Výsledek vyšetření (diagnóza) v SPC nebo PPP v závislosti na zaměstnaneckém vztahu rodiče .....	79
Obrázek 6: Výsledek vyšetření (diagnóza) v SPC nebo PPP v závislosti na pohlaví rodiče .....	80
Obrázek 7: Vliv délky praxe, zkušeností s prací se žáky s LMR, provádění náprav SPU a současné práce s žáky s LMR na hypotézu, zda při diagnóze LMR lze rozpoznat rysy SPU .....	88
Obrázek 8: Vliv práce se žáky ze socio-kulturně znevýhodněného prostředí a provádění náprav SPU na hypotézu možnosti rozpoznání rysů SPU při diagnóze LMR .....	90
Obrázek 9: Vliv psychopedického vzdělání na hypotézu nutnosti náprav projevů SPU u žáků s LMR .....	91
Obrázek 10: Vliv psychopedického vzdělání na otázku, zda náprava SPU u žáků s LMR by mohla zlepšit/zlepšuje schopnost učit se .....	92
Obrázek 11: Závislostní vztahy mezi zkušenostmi s vlivem SKZP na úroveň vzdělání žáka, délkou praxe, absolvováním kurzu pro práci se žáky s SPU nebo LMR a stávající prací se žáky ze socio-kulturně znevýhodněného prostředí.....	93
Obrázek 12: Vztah mezi zkušeností se spoluprací s asistentem pedagoga a otázkou, zda zájem rodiče o vzdělání dítěte je ovlivněn socio-kulturním prostředím, v němž žije .....	95

Obrázek 13: Závislost délky praxe a zkušenosti se spoluprací s asistentem pedagoga na určení míry vlivu SKZP na zájem rodiče o vzdělání dítěte .....96

## **Seznam grafů**

Graf 1: Výskyt osob s mentální retardací v celkové populaci ČR .....57

## **Seznam tabulek**

Tabulka 1: Pohlaví – rodič .....71

Tabulka 2: Věk .....71

Tabulka 3: Nejvyšší ukončené vzdělání.....72

Tabulka 4: Zaměstnanecký vztah .....72

Tabulka 5: Absolvoval jste s dítětem vyšetření v PPP nebo SPC? .....73

Tabulka 6: Jaká byla diagnóza – závěr vyšetření? .....73

Tabulka 7: Modal Summary.....75

Tabulka 8: Variables in the Equation .....75

Tabulka 9: Délka praxe .....82

Tabulka 10: Máte zkušenosti s prací se žáky s LMR? .....82

Tabulka 11: Myslíte si, že při diagnóze LMR lze rozpoznat rysy SPU? .....82

Tabulka 12: Máte zkušenosti se spoluprací s asistentem pedagoga?.....83

Tabulka 13: Absolvoval/a jste nějaký kurz pro práci se žáky s SPU? .....83

Tabulka 14: Provádíte vy sám/sama nápravu SPU?.....83

Tabulka 15: Absolvoval/a jste nějaký kurz pro práci se žáky s LMR? .....84

Tabulka 16: Pracujete v současné době se žáky s LMR?.....84

Tabulka 17: Myslíte si, že by měla probíhat i náprava SPU u žáků s LMR? .....84

Tabulka 18: Myslíte si, že náprava SPU by mohla zlepšit/zlepšuje schopnost učit se u žáků s LMR? .....85

Tabulka 19: Máte zkušenosti s prací se žáky ze socio-kulturně znevýhodněného prostředí? .....85



Tabulka 20: Pracujete v současné době se žáky ze socio-kulturně znevýhodněného prostředí? .....	86
Tabulka 21: Jaká je vaše zkušenost s vlivem socio-kulturně znevýhodněného prostředí na úroveň vzdělání žáka? .....	86
Tabulka 22: Myslíte si, že zájem rodiče o vzdělání dítěte je ovlivněn socio-kulturním prostředím, v němž žije? .....	86
Tabulka 23: Určete, do jaké míry si myslíte, že socio-kulturně znevýhodněné prostředí ovlivňuje zájem rodiče o vzdělání dítěte. ....	87

## SEZNAM PŘÍLOH

Příloha A – Dotazník rodiče žáka ZŠ - rodič .....	I
Příloha B – Dotazník rodiče žáka ZŠ - dítě .....	II
Příloha C – Dotazník učitele na ZŠ .....	III

## PŘÍLOHY

### Příloha A – Dotazník rodiče žáka ZŠ – rodič

Dobrý den,

jsem studentkou VŠ - pedagogické fakulty a vyplnění tohoto dotazníku bude cenným zdrojem informací pro moji diplomovou práci.

Děkuji za Vaši ochotu.  
Soňa Šumová

Svoji odpověď, prosím, **zakroužkujte nebo doplňte.**

#### 1. Pohlaví

muž

žena

#### 2. Věk

18 – 25 let

26 – 30 let

31 – 40 let

nad 40 let

#### 3. Nejvyšší dosažené vzdělání

bez vzdělání

základní vzdělání

střední – výuční list

střední – maturita

vyšší odborné

vysokoškolské – bakalářské

vysokoškolské

#### 4. Zaměstnanecký vztah

nezaměstnaný

zaměstnaný

OSVČ, podnikatel

bez zaměstnání – invalidní důchod jako hlavní zdroj příjmu

#### 5. Počet dětí .....

#### 6. Počet dětí docházejících v současné době na základní školu .....

7. Prosím o vyplnění druhého formuláře VÁŠ ŠKOLÁK/ŠKOLAČKA, který se vztahuje ke každému Vašemu dítěti, které navštěvuje ZŠ. Vezměte si tolik formulářů, kolik máte dětí na základní škole (otázka č. 6).

#### 8. Vy sám/sama jste navštěvoval/a

a) běžnou základní školu

b) základní školu speciální pro žáky s vadou řeči

c) základní školu speciální pro žáky se sluchovou vadou

d) základní školu speciální pro žáky s vadou zraku

e) základní školu speciální pro žáky s vadou řeči

f) základní školu speciální pro žáky s kombinovanými vadami

g) základní školu speciální pro žáky s kombinovanými vadami

h) zvláštní školu (nyní ZŠ praktická)

## **Příloha B – Dotazník rodiče žáka ZŠ – dítě**

### **VÁŠ ŠKOLÁK/ŠKOLAČKA**

**1. Rok narození dítěte .....**

**2. Pohlaví dítěte**

dívka

chlapec

**3. Odklad školní docházky**

ano

ne

**4. Do jaké třídy nyní chodí? .....**

**5. Absolvoval jste s tímto dítětem vyšetření v PPP nebo SPC?**

(PPP - pedagogicko psychologická poradna, SPC - speciálně pedagogické centrum)

ano

ne

**6. Jaká byla diagnóza - závěr vyšetření?**

a) specifická porucha učení (dyslexie, dysgrafie, dysortografie, dyskalkulie, dyspinxie, dysmúzie, dyspraxie)

b) LMR - lehká mentální retardace

c) jiná

**7. Byl pro vaše dítě vypracován individuální vzdělávací plán?**

ano

ne

**8. Dochází vaše dítě na nápravu specifických poruch učení?**

ano

ne

**9. Náprava probíhá**

ve škole

v PPP nebo SPC

**10. Vaše dítě navštěvuje**

běžnou ZŠ

ZŠ praktickou (dříve zvláštní škola)

ZŠ speciální

## Příloha C – Dotazník učitele na ZŠ

### Dotazník učitele ZŠ

Dobrý den,

jsem studentkou VŠ - pedagogické fakulty a vyplnění tohoto dotazníku bude cenným zdrojem informací pro moji diplomovou práci.

Děkuji za Vaši ochotu.  
Soňa Šumová

Svoji odpověď, prosím, **zakroužkujte**.

#### 1. Pohlaví

muž      žena

#### 2. Délka praxe

1-5 let      6-10 let      10-15 let      více než 15 let

#### 3. Máte zkušenosti s integrací žáků?

ano      ne

#### 4. Máte zkušenosti se spoluprací s asistentem pedagoga?

ano      ne

#### 5. Máte zkušenosti s prací se žáky s SPU? (SPU - specifické poruchy učení – dyslexie, dysgrafie...)

ano      ne

#### 6. Absolvoval/a jste nějaký kurz pro práci se žáky s SPU?

ano      ne

#### 7. Provádíte vy sám/sama nápravu SPU?

ano      ne

#### 8. Máte zkušenosti s prací se žáky s LMR? (LMR - lehká mentální retardace)

ano      ne

#### 9. Absolvoval/a jste nějaký kurz pro práci se žáky s LMR?

ano      ne

**10. Pracujete v současné době se žáky s LMR?**

ano      ne

**11. Myslíte si, že při diagnóze LMR lze rozpoznat rysy SPU?**

ano      ne      nikdy jsem nad tím neuvažoval/a

**12. Myslíte si, že by měla probíhat i náprava projevů SPU u žáků s LMR?**

ano      ne      nikdy jsem nad tím neuvažoval/a

**13. Myslíte si, že náprava SPU by mohla zlepšit/zlepšuje schopnost učit se u žáků s LMR?**

ano, vím, že zlepšuje  
ano, mohla by  
ne, vím, že nemá vliv  
ne, myslím si, že nebude mít vliv  
nevím, neuvažoval/a jsem nad tím

**14. Máte zkušenosti s prací se žáky ze socio-kulturně znevýhodněného prostředí?**

ano      ne

**15. Pracujete v současné době se žáky ze socio-kulturně znevýhodněného prostředí?**

ano      ne

**16. Myslíte si, že zájem rodiče o vzdělání dítěte je ovlivněn socio-kulturním prostředím, v němž žije?**

ano      ne

**17. Určete, do jaké míry si myslíte, že socio-kulturně znevýhodněné prostředí ovlivňuje zájem rodiče o vzdělání dítěte.**

0 - 25%                      26 - 50%                      51 - 75%                      76 - 100%

**18. Jaká je vaše zkušenost s vlivem soci-kulturně znevýhodněného prostředí na úroveň vzdělání žáka?**

má velký vliv                      má vliv                      nemá vliv

## **BIBLIOGRAFICKÉ ÚDAJE**

**Jméno autora: Bc. Soňa Šumová**

**Obor: speciální pedagogika - učitelství**

**Forma studia: kombinovaná**

**Název práce: Specifické vývojové poruchy školních dovedností a lehká  
mentální retardace**

**Rok: 2013**

**Počet stran textu bez příloh: 92**

**Celkový počet stran příloh: 4**

**Počet titulů českých použitých zdrojů: 44**

**Počet titulů zahraničních použitých zdrojů: 0**

**Počet internetových zdrojů: 4**

**Počet ostatních zdrojů: 0**

**Vedoucí práce: Mgr. Martina Búrgerová**