

UNIVERZITA JANA AMOSE KOMENSKÉHO PRAHA

BAKALÁŘSKÉ KOMBINOVANÉ STUDIUM

2011 – 2014

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

Petra Kostecká

**Speciální vzdělávací potřeby integrovaného dítěte
s poruchami chování a učení**

Praha 2014

Vedoucí bakalářské práce: Doc. Paed Dr. Eva Šotolová Ph.D.

JAN AMOS KOMENSKY UNIVERSITY PRAGUE

BACHELOR COMBINED STUDIES

2011 - 2014

BACHELOR THESIS

Petra Kostelecká

**The Special educational Needs of Integrated Child with
Behavioral and Learning disabilities**

Prague 2014

The Bachelor Thesis Work Supervisor:

Doc. Pead Dr. Eva Šotolová Ph.D.

Prohlášení

Prohlašuji, že předložená bakalářská 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 14.ledna 2014

Jméno autorky

Poděkování

Ráda bych poděkovat své vedoucí bakalářské práce Doc. Paed Dr. Evě Šotolové PH.D za odborné vedení a pomoc při zhotovení mé bakalářské práce.

Anotace

Bakalářská práce na téma speciální vzdělávací potřeby integrovaného dítěte s poruchami chování a učení se zaměřuje na vzdělávání a výchovu dětí se specifickými poruchami chování, s nimiž se velmi pojí specifické poruchy učení. V první části teoretické se v rámci terminologie pojednává o LMD, ADHD, ADD. V druhé části teoretické se seznamujeme s terminologií poruch učení, které úzce souvisejí s poruchami chování o dyslexii, o dyskalkulii, o dysgrafii, o dysortografii. Seznámíme se s tvorbou IVP. V praktické části je prezentován průzkum integrace dětí s poruchami chování a učení na základní škole a postojem kantorů k integraci dětí s poruchami chování a učení.

Klíčové pojmy

ADD, ADHD, diagnostika, dysgrafie, dyslexie, dyskalkulie, dysortografie, individuální vzdělávací plány (IVP), reedukace.

Annotation

Bachelor thesis on the topic of Special educational needs of integrated child with behavioral and learning disabilities focuses on the education and training of children with specific behavioral problems with which are associated learning disabilities. The first theoretical part of the thesis discusses LMD, ADHD and ADD terminology. In the second theoretical part we come across the theoretical terminology of learning disabilities which are closely linked to behavioral problems of dyslexia, mathematics disabilities, dysgraphia and dysortographia. We deal with the IVP creation. In a practical part of the thesis is presented survey of integrating children with behavioral and learning disabilities at primary school and attitude of a teacher to the integration of children with behavioral and learning disabilities.

Key words

ADD, ADHD, diagnosis, dyscalculia, dysgraphia, dyslexia, dysortographia, individual education plans (IEPs), re-education.

OBSAH

ÚVOD.....	10
TEORETICKÁ ČÁST	
1 SPECIFICKÉ PORUCHY CHOVÁNÍ.....	12
1.1 TERMINOLOGIE	12
1.2 LEHKÁ MOZKOVÁ DYSFUNKCE – LMD	13
1.3 PROSTÁ PORUCHA KONCENTRACE POZORNOSTI – ADD, PORUCHA POZORNOSTI SPOJENÁ S HYPERAKTIVITOU A IMPULSIVITOU – ADHD	14
1.4 PŘÍZNAKY ADHD	15
1.5 PROJEVY ADHD U DĚTÍ	17
1.6 DIAGNOSTICKÁ KRITÉRIA PRO DIAGNÓZU ADHD PODLE DSM-IV	18
1.7 KRITÉRIA ZÁVAŽNOSTI ADHD	19
1.7.1 Mírný typ ADHD	20
1.7.2 Střední typ ADHD	20
1.7.3 Vážný typ ADHD	20
1.7.4 Příčiny	20
1.7.5 Výskyt	21
1.7.6 Diagnostika	21
1.7.7 Léčba	21
1.8 REEDUKACE ADHD	23
1.9 PORUCHY CHOVÁNÍ	24
1.9.1 Mezinárodní klasifikace nemocí	25
1.9.2 Porucha chování ve vztahu k rodině	26
1.9.3 Porucha opozičního vzdoru	26
1.9.4 Porucha sourozenecké rivality	26
1.9.5 Socializovaná porucha chování	27
1.9.6 Nesocializovaná porucha chování	27
2 SPECIFICKÉ PORUCHY UČENÍ.....	28
2.1 TERMINOLOGIE	28
2.2 DEFINICE SPECIFICKÝCH PORUCH UČENÍ	29

2.3	PŘÍČINY SPECIFICKÝCH PORUCH UČENÍ	29
2.4	DIAGNOSTIKA SPECIFICKÝCH PORUCH UČENÍ	31
2.5	KRITÉRIA PRO PŘIDĚLENÍ DIAGNÓZY SPU	31
2.5.1	Vyšetření čtení	32
2.5.2	Vyšetření psaní	32
2.5.3	Vyšetření matematických schopností	32
2.5.4	Vyšetření řeči	33
2.6	PROJEVY SPECIFICKÝCH PORUCH UČENÍ	33
2.6.1	Dyslexie	33
2.6.2	Dysgrafie	33
2.6.3	Dysortografie	34
2.6.4	Dyskalkulie	34
2.7	REEDUKACE SPECIFICKÝCH PORUCH UČENÍ	35
2.7.1	Podpůrná opatření ve škole	36
2.7.2	Reedukace dyslexie	37
2.7.3	Reedukace dysortografie	38
2.7.4	Reedukace dysgrafie	38
2.7.5	Reedukace dyskalkulie	39
3	VZDĚLÁVÁNÍ ŽÁKŮ SE SPECIFICKÝMI PORUCHAMI UČENÍ	40
3.1	DEFINICE ŠKOLNÍ INTEGRACE	40
3.2	ORGANIZAČNÍ FORMY SPOLEČNÉHO VYUČOVÁNÍ	40
3.3	VZDĚLÁVÁNÍ ŽÁKŮ SE SPECIFICKÝMI PORUCHAMI UČENÍ	41
3.4	INDIVIDUÁLNÍ VZDĚLÁVACÍ PLÁN (IVP)	41
3.5	VÝZNAM IVP	42
3.6	STRATEGIE TVORBY IVP V ČESKÉ REPUBLICE	43
3.7	TVORBA IVP	43
3.8	POSTUP PŘI KONSTRUKCI IVP	44
PRAKTICKÁ ČÁST		
4	DOTAZOVANÉ ŠETŘENÍ	48
4.1	FORMULACE PROBLÉMU	48
4.2	CÍLE PRŮZKUMU	48

4.3 CHARAKTERISTIKA SOUBORU	48
4.4 METODA SBĚRU DAT	48
4.5 ORGANIZACE PRŮZKUMU	48
4.6 VÝSLEDKY PRŮZKUMU	50
ZÁVĚR ŠETŘENÍ.....	62
ZÁVĚR	64
LITERATURA A JINÉ ZDROJE.....	66
SEZNAM ZKRATEK.....	69
SEZNAM TABULEK A GRAFŮ.....	70
SEZNAM PŘÍLOH.....	71

ÚVOD

Problematika speciálně vzdělávacích potřeb integrovaného dítěte s poruchami chování a učení je v dnešní době stále více aktuálním pojmem. Téměř v každé třídě najdeme žáky nadané, průměrné, ale i ty podprůměrné, u nichž je vzdělávání problematické. Takzvaně žáci se slabými výkony, žáci s problémovým chováním, špatnými sociálními kontakty, kteří se ocitají tzv. „mimo normu“. Samozřejmě, že příčiny mohou být různé, ale jako jedna z hlavních příčin se jeví být právě specifická porucha učení, která je většinou doprovázena i poruchou chování. Tyto děti se specifickou poruchou chování a specifickou poruchou učení mohou být integrovány v tzv. běžných třídách, v případě, že se jedná o lehčí formu poruchy. Pokud se zjistí, že je problém vážnější, mohou tyto děti navštěvovat specializovanou třídu, ve které je 6 – 12 dětí. Není výjimkou, že v některých městech jsou pro děti se specifickými vývojovými poruchami školních dovedností zřízeny speciální základní školy, nebo speciální třídy.

Sama pracuji na jedné z takových škol, kde je převaha chlapců, kteří mají poruchu chování spojenou s poruchou učení. Proto se ve své Bakalářské práci budu věnovat specifickým poruchám chování (SPCH) a specifickým poruchám učení (SPU). Ve třídách máme 6 – 10 dětí, ojediněle i 12 dětí. Na škole se využívá alternativní program „CESTY“.

CESTY je program pro učitele, školní speciální pedagogy a školní psychology, s jehož pomocí lze v rámci předmětu sociální dovednosti systematicky u dětí rozvíjet sebekontrolu, pozitivní sebeúctu, emocionální uvolnění a schopnost řešit mezilidské problémy. Děti tráví svůj život v rodině, ve škole, se svými vrstevníky a kamarády v rámci volnočasových aktivit mimo školu a rodinu. Tato prostředí jsou vzájemně protkána nesčetnými interakčními vazbami. Cílem programu CESTY je zlepšit u dětí společenské a emoční dovednosti včetně posílení empatie a postupně tak vytvořit prosociální klima třídy, které usnadní i samotný proces vzdělání. Rodiče dětí jsou s alternativním programem CESTY seznámeni a jsou tímto programem nadšeni.

Rodiče, kteří mají dítě s SPCH nebo SPU, bývají často touto diagnózou zaskočení, nevěří jí a mají tendenci tento fakt zlehčovat či úplně popírat. Potřebují tedy získat důvěru k učiteli, odborným speciálním pracovníkům. Tato důvěra je velice důležitá a je nezbytná k tomu, aby rodiče byli schopni svému dítěti pomoci a přestali popírat, že jejich dítě má specifickou poruchu chování nebo učení.

Předkládaná bakalářská práce se zabývá potřebami integrovaného dítěte se specifickými poruchami chování a učení. Práce má charakter teoreticko – empirický a je rozdělena do čtyř kapitol. V první kapitole se zabývám specifickými poruchami chování (ADD, ADHD). Je zde uvedena terminologie a popsány jednotlivé poruchy, jejich příčiny, příznaky, diagnostika a léčba a reedukace ADHD.

Druhá kapitola je zaměřená na specifické poruchy učení. Jsou zde popsány poruchy jako dyslexie, dysgrafie, dysortografie, dyskalkulie a další. Uvedeny jsou jejich příčiny, projevy a část práce je zaměřena na jejich reedukaci.

Třetí kapitola se zabývá vzděláváním dětí se specifickými poruchami chování a učení, jejich integrací. Popsán je také individuálně vzdělávací plán, který je pro děti s poruchami chování a učení nezbytný.

Čtvrtá kapitola bakalářské práce je věnována průzkumnému šetření, kde je použita technika dotazníkového šetření. Dotazník je určen pro učitele.

Cílem bakalářské práce je průzkum, zaměřený na postoj pedagogů k integraci dětí s poruchami chování a učení na základní škole.

TEORETICKÁ ČÁST

1 Specifické poruchy chování

1.1 Terminologie

Terminologie užívaná k označování hyperaktivních dětí se měnila podle pojetí jejich problematiky a získávání nových poznatků o ní. První poznatky o hyperaktivních dětech se objevily nejen u nás, ale i ve světě koncem první poloviny a v průběhu druhé poloviny dvacátého století. V roce 1930 byl poprvé použit, později ve světě běžně používaný termín malá mozková dysfunkce (MMD). Od padesátých let dvacátého století byl u nás používán termín lehká dětská encefalopatie (LMD).

Nová terminologie se u nás začala velmi pomalu prosazovat od druhé poloviny devadesátých let dvacátého století a víceméně se prosadila až po roce 2000.

V současné době se pro hyperaktivní děti používají nejčastěji dva termíny, které vycházejí z desáté revize Mezinárodní klasifikace nemocí (MKN-10, ICD-10) Světové zdravotnické organizace a z pojetí Americké psychiatrické asociace (podle DSM-IV).

V souladu s Mezinárodní klasifikací nemocí Světové zdravotnické organizace je užíván termín hyperkinetická porucha a její subtypy – porucha pozornosti a aktivity a hyperkinetická porucha chování.

V české terminologii se používají i označení hyperkinetický nebo hyperaktivní syndrom, hypokinetický nebo hypoaktivní syndrom. Častěji se však lze setkat se zkratkou ADHD, která vychází z terminologie Americké psychiatrické asociace. Jedná se o označení pro syndrom deficitu pozornosti spojený s hyperaktivitou (ADHD) nebo syndrom deficitu pozornosti bez přítomnosti hyperaktivity (ADD). (Jucovičová, Žáčková, 2010, s. 9-10)

V současné době se tedy pro specifické poruchy chování používají diagnostické termíny:

LMD – lehká mozková dysfunkce

ADD – porucha koncentrace pozornosti s problémy v percepčně motorických oblastech

ADHD – porucha koncentrace pozornosti spojená s hyperaktivitou a impulzivitou

1.2 Lehká mozková dysfunkce – LMD

Lehká mozková dysfunkce – je pojem v naší zemi vžitý pro poruchu pozornosti. Označení LMD je stále velmi časté, i když neodpovídá MKN-10 – systému mezinárodní klasifikace nemocí. Pojem LMD (lehká mozková dysfunkce) nerozlišuje, zda se jedná o poruchu pozornosti provázenou hyperaktivitou či poruchu pozornosti bez hyperaktivity.

Příčiny LMD (Lehké mozkové dysfunkce):

genetické příčiny – lehká mozková dysfunkce se často vyskytuje v rodinách, kde i jiní rodinní příslušníci měli problémy s chováním a pozorností

poškození mozku při problémovém těhotenství nebo porodu způsobené nejčastěji hypoxií (chvilkovým nedostatkem kyslíku) - děti s touto příčinou se mohou vyskytnout v kterékoliv rodině

užívání alkoholu a drog během těhotenství - tyto látky poškozují plod

nedostatek dopaminu v těle - (Dopamin je látka uplatňující se při přenosu nervových signálů.)

K nejčastěji se vyskytujícím příznakům patří: hyperaktivita, percepčně motorické oslabení, emoční labilita, nedostatky v celkové koordinaci, poruchy pozornosti (nesoustředěnost, ulpívání), impulzivita, poruchy paměti a myšlení, specifické poruchy učení - dyslexie, dysgrafie, dysortografie, dyskalkulie, poruchy mluvené a slyšené řeči, neurčité známky neurologické a nepravidelnosti na EEG (http://www.pppnachod.cz/poruchy_chovani.php)

Projevy LDL (lehké mozkové dysfunkce)

Odchylky se mohou projevit různými kombinacemi oslabení v oblasti vnímání, tvoření pojmů, řeči, paměti a kontroly pozornosti, dále v oblasti popudů a motoriky. Objevují se u dětí s průměrným i nadprůměrným intelektem, často jsou sekundárně doprovázeny specifickými vývojovými poruchami učení.

Příznaky LMD jsou velmi rozmanité, s největší intenzitou se projevují v mladším školním věku, mnohé z nich však mohou přetrvávat až do dospělosti.

Dítě postižené LMD se projevuje jako neklidné, nepozorné, zlobivé. Nedokáže se delší dobu soustředit ani na hru ani na učení. Chce být za každou cenu středem pozornosti.

Tyto děti jsou velice impulsivní (dříve konají, než myslí) Některé nejsou schopné

zvládat základní pravidla společenského chování. Vzhledem k výše uvedenému, mají tyto děti velký problém s rodinou, ve škole i s jejich vrstevníky. Z těchto konfliktů pro ně pramení samé zklamání a bludný kruh se uzavírá, děti se stahují do sebe či naopak se snaží na sebe strhnout pozornost negativním chováním.

(http://www.pppnachod.cz/poruchy_chovani.php)

1.3 Prostá porucha koncentrace pozornosti – ADD, porucha pozornosti spojená s hyperaktivitou a impulzivitou – ADHD

ADHD je anglickou zkratkou neurovývojové poruchy s názvem Attention Deficit Hyperactivity Disorder. Přeloženo do češtiny jde o hyperaktivitu s poruchou pozornosti. V českém odborném tisku se lze setkat s názvem hyperkinetická porucha.

„ADHD je vývojová porucha charakteristická vývojově nepřiměřeným stupněm pozornosti, hyperaktivity a impulzivity. Často se projevuje v raném dětství. Potíže jsou chronické a nelze je vysvětlit na základě neurologických, sensorických nebo motorických postižení, mentální retardace nebo závažných emočních problémů. Tyto obtíže jsou často spojené s neschopností dodržovat pravidla chování a provádět opakovaně po delší dobu určité pracovní výkony“. (Barkley, 1990, In: Michalová, 2003, s. 46)

Dnes je i v Česku běžně používaná zkratka ADHD, pocházející z americké klasifikace nemocí (DSM IV). Evropa se řídí Mezinárodní klasifikací nemocí (MKN-10). Ta definuje dvě poruchy, které se ve svém výskytu často doplňují.

porucha aktivity a pozornosti (označena kódem F 90.0)

hyperkinetická porucha chování (F 90.1) (<http://www.adehade.cz/o-adhd/>)

Ve školském zákoně (zákon č. 561/2004 Sb., § 16) jsou tyto poruchy označeny jako **vývojové poruchy chování** a spolu s vývojovými poruchami učení (VPU), mentálním, tělesným a smyslovým postižením, vadami řeči a autismem jsou zahrnuty do kategorie zdravotního postižení. Ze zákona vyplývá dětem s touto poruchou právo na vzdělávání, jehož obsah, formy a metody odpovídají jejich vzdělávacím potřebám a možnostem. Tyto speciální vzdělávací potřeby zjišťuje školské poradenské zařízení. (<http://www.pppnj.adslink.cz/data/odborneclanky/adhd.html>)

Porucha se projevuje v průběhu vývoje dítěte v podobě nedostatků v oblasti kognitivních a percepčně - motorických funkcí, v oblasti regulace afektů a emotivity a také v sociálním přizpůsobení. Základními třemi znaky v projevu dítěte s ADHD syndromem jsou vývojově nepřiměřený stupeň pozornosti (poruchy pozornosti), hyperaktivity a impulzivity.

1.4 Příznaky ADHD

ADHD patří k poruchám, u kterých se příznaky a jejich intenzita mění během vývoje jedince. Rozdíly jsou také mezi chlapci a dívkami a vždy je potřeba přihlížet k tomu, kolik je dítěti let.

Kojenecký věk

Některé z příznaků ADHD jsou ve vývojově přiměřené podobě patrné již v kojeneckém a batolecím období. A ačkoli nelze u kojenců ADHD diagnostikovat, dají se u nich vyzorovat určité projevy hyperaktivity. Zatímco si novorozenec bez příznaků hyperaktivity obvykle vytvoří určitý rytmus střídání bdělosti, pláče, krmení a spánku, hyperaktivní dítě mívá nápadně nepravidelný režim. Někdy prospí celý den, ale v noci je aktivní, projevuje se u něj zvýšená dráždivost, více křičí nebo pláče častěji a jakoby bez důvodu. Chování dítěte matku vyčerpává a vyvolává u ní otázku, zda svému dítěti správně rozumí. Dobrou zprávou však je, že se u většiny takto se projevujících novorozenců stav postupně upraví a ADHD se u nich plně nerozvine.

(<http://www.adehade.cz/diagnostika/priznaky-podle-veku-ditete/>)

Batolecí věk

Příznaky ADHD v batolecím období už mají mnohem konkrétnější obrysy. U dětí je možné pozorovat větší neklid, živost, nebo nevyrovnaný vývoj, kdy dítě například začíná lézt, aniž by umělo sedět, nebo dříve mluví a později chodí. Neklidné dítě vyžaduje od členů rodiny a zejména od matky více pozornosti kvůli svým nepředvídatelným reakcím, nebezpečí pádů a úrazů.

Předškolní věk

Předškolní hyperaktivní děti jsou velmi živé, jako by byly stále „na pochodu“. Neustále po něčem šplhají, někam se dobývají. Působí jako natažené na klíček, neustále vyžadují pozornost okolí, kterou však není nikdo schopný naplnit. Některé děti mívají problémy při začlenění do předškolních zařízení, protože i zde je již po dítěti požadována schopnost podřídit se a odložit na chvíli bezprostřední uspokojení svých potřeb. Pro rodiče pak největší zátěží bývá zvýšená náladovost dětí a sklon k podrážděnosti, hněvu a neposlušnosti. Jakkoliv je však toto období pro rodiče těžké, většinou považují dítě stále ještě za zvladatelné. (<http://www.adehade.cz/diagnostika/priznaky-podle-veku-ditete/>)

Školní věk

Nejnápadněji se ADHD projevuje při nástupu do školy, o čemž svědčí také fakt, že nejvíce dětí je diagnostikováno mezi šestým a devátým rokem. Ve školním prostředí a při rostoucích nárocích na dítě se výrazněji projeví poruchy soustředění a neshody v kolektivu. Po dítěti se žádá ukázněnost, schopnost ovládat se, podat výkon, soustředit se. Tyto požadavky není schopno vzhledem ke svým problémům splnit. Ve školním věku se výrazněji projeví poruchy soustředění a neshody v kolektivu. Děti jsou pro různé přestupky velmi často napomínány. Za špatné školní výsledky a napomínání za různé přestupky je dítě v podstatě trestáno dvakrát, jednou ve škole, jednou doma. Vyrůstají problémy s vrstevníky. Rodiče prožívají pocity výchovné bezradnosti a neúspěšnosti, často jeden druhému vytýkají buď velkou přísnost, nebo benevolenci.

Adolescence

S příchodem adolescence se hyperaktivita zmírňuje. Stále však přetrvává nesoustředěnost, nedostatečná vytrvalost, nespolehlivost a další přidružené komplikace jako jsou deprese, úzkosti, poruchy chování a zneužívání návykových látek. Právě klesající hyperaktivita v tomto věku rozšířila mýtus o ústupu ADHD spolu s dospíváním. Současné průzkumy však jasně ukazují, že až u 80 % adolescentů, kteří v dětství ADHD trpěli, projevy přetrvávají a až 60 % pacientů může vykazovat některé příznaky ADHD i v dospělosti.

Dospělost

Dospělým trpícím ADHD dělá problémy soustředit se na konverzaci, ztrácejí a hledají běžné předměty, zapomínají na schůzky a termíny. Často selhávají při organizaci práce, postupují chaoticky, nedokončují úlohy. Jsou impulzivní, což se projevuje netrpělivostí, ukvapenými rozhodnutími a nákupy, kterých později litují. Častěji riskují při jízdě, jsou původci četných dopravních nehod. Mají sklony ke zneužívání drog a alkoholu. Na druhou stranu bývají kreativní. (<http://www.adehade.cz/diagnostika/priznaky-podle-veku-ditete/>)

1.5 Projevy ADHD u dětí

Hyperaktivita: Školní děti bývají nápadně pohyblivé, živé a neklidné. Jejich zvýšená aktivita je však samoúčelná, tj. neslouží k zvládnutí většího množství úkolů a práce. Obtížně a jen přechodně se dají usměrnit, nedokáží delší dobu klidně sedět, vrtí se na židli, vstávají, pobíhají od jedné věci ke druhé, u ničeho déle nevydrží, ve vyučování někdy mají nutkání vstát z místa a pocházet po třídě. Bývají hlučné, upovídané, ruší ostatní spolužáky, střídají rychle zájmy, obvykle je nebaví aktivity, při kterých je nutný klid a ticho. Pod různými záminkami odbíhají např. od jídla nebo od domácích úkolů.

Porucha pozornosti: Pravidelně mají problém se soustředěním, jejich pozornost je přelétavá, snadno se odpoutá, všechno je rozptýlí, dělá jim problém dokončit úkoly, které vyžadují dlouhodobé soustředění a trpělivost. Pracují povrchně, dělají mnoho chyb z nepozornosti, prospěch bývá nevyrovnaný, celkově však známky bývají horší, než odpovídá jejich inteligenci. Delší dobu jim trvá, než se soustředí na nějaký úkol a jejich pozornost se také rychleji vyčerpá. Ve svých věcech obvykle nemají pořádek, stále něco hledají a zapomínají, ztrácejí hračky a školní pomůcky. Špatně se soustředí při rozhovoru s dospělými.

Impulzivita: Mnoho věcí dělají nahodile „když je to právě napadne“, postupují spíše impulzivně a chaoticky než plánovaně a systematicky. Mají problémy se sebeovládáním, všechno chtějí a dělají „hned – teď“, nedokáží pozdržet nebo utlumit svou reakci. Nesnášejí čekat, až na ně přijde řada. Pouštějí se zbrkle, bez rozmýšlení do nebezpečných aktivit a hrozí jim proto větší riziko úrazů a nehod (například vběhnou do vozovky bez rozhlédnutí nebo lezou do nebezpečných výšek, atd.). Mají-li potřebu něco sdělit, „skáčou“ do hovoru, přerušují ostatní, ve škole vykřikují bez přihlášení.

Děti s hyperkinetickou poruchou mají inteligenci srovnatelnou s ostatními vrstevníky, bývají vnímavé a citlivé a přitom zažívají méně často pocit úspěchu než ostatní. Bývají také více trestány a zahrnovány výčitkami. Problémy v chování pravidelně vystoupí do popředí, když dítě nastoupí do první třídy a najednou se musí podřídit školnímu režimu, dodržovat určitá pravidla v chování, sledovat výuku a soustředit se při ní na vlastní práci. (Drtílková, 2007, s. 1-2, www.fnbrno.cz/data/files/PK/Nemoci/ADHD.doc)

1.6 Diagnostická kritéria pro diagnózu ADHD podle DSM-IV

Aby byly symptomy ADHD klinicky významné a aby splňovaly diagnostická kritéria, musí se vyskytovat ve významném počtu a v dostatečném stupni vážně postihovat schopnosti daného jedince. Musí se také vyskytovat v rozsahu, který překračuje meze normální pro jedince daného věku a vývojového stádia. (Mundes, Arcelus, 2002, s. 21)

- A. Porucha, trvající nejméně 6 měsíců, při níž se objevuje 8 z následujících 14 symptomů, a to v takové míře, že projevy dítěte neodpovídají věku:
1. Často si neklidně pohrává s rukama, bezúčelně pohybuje nohama anebo se vrtí na židli. V době dospívání můžeme omezit kladnou odpověď na tuto položku pouze na takové případy, kdy adolescent hovoří o tom, že prožívá subjektivní pocity vnitřního neklidu.
 2. Dítě má potíže s tím, aby vydrželo klidně sedět, i když je o to požádáno.
 3. Lehko je vyruší (případně odvedou od práce) vnější stimuly.
 4. Ve hrách s pevně stanovenými pravidly či ve společenských (resp. skupinových) stimulacích mu dělá potíže vyčkat, dokud na ně nepříjde řada.
 5. Často vyhrkne odpověď na otázku ještě před tím, než ji ten, kdo se ptá, vůbec stačil vyslovit (což vede k častým chybám).
 6. Dělá mu potíže řídit se instrukcemi jiných osob (a není to kvůli opozičnímu, negativistickému chování ani kvůli nepochopení), např. mu dělá potíže dokončit nějakou práci.
 7. Dělá mu potíže soustředit se, ať už na úkoly, nebo při hrách.
 8. Často „přebíhá“ od jedné nedokončené činnosti ke druhé.
 9. Dělá mu potíže hrát si tiše.
 10. Často je nadměrně povídavé, překotně hovoří.
 11. Často přerušuje jiné nebo jim skáče do řeči, např. se plete do her jiných dětí.

12. Často to vypadá, jako že neposlouchá, co se mu říká.
 13. Často ztrácí věci, které jsou nezbytné pro školní práci či celkově pro různé důležité činnosti, ať už doma nebo ve škole (např. hračky, tužky, knihy, domácí úkoly).
 14. Často se zapojuje do fyzicky nebezpečných činností, aniž by bralo v úvahu možné následky, (přitom to nedělá kvůli tomu, že by vyhledávalo nebezpečí pro nebezpečí), např. vbíhá do vozovky, aniž by se předtím rozhlédlo.
- B. Nemoc se začíná výrazněji projevovat obvykle před sedmým rokem věku.
- C. Nemoc nespĺňuje kritéria vře zachvacující vřvojov9 poruchy (pervasive development disorder). (Jucovičová, Źáčková, 2010, s. 15-16)

Pro diagnostiku syndromu ADHD je podstatné, zda se uvedené příznaky vyskytovaly:

- a) již před vstupem do školy
- b) soustavn9 po dobu delří než 6 m9řiců
- c) vřrazně 9ast9ji než u jin9ch d9třĩ stejného v9ku

Tyto základní příznaky dít9 predisponujĩ k mnoha dalřĩm obtřĩm. Obtřĩ se 9asto projevujĩ již v ran9m d9třtvĩ, jsou dlouhodob9 a s vřvojem dít9te se mohou m9nit. Jsou 9asto spojen9 s neschopností dodrřovat pravidla chování a provád9t opakovan9 po delřĩ dobu určité pracovní vřkony. 9asto se proto také rozvřjĩ obtřĩ v u9ení, klinické zkušenosti potvrzujĩ i 9ast9řĩ vřskyt příznaků deprese, úzkosti, emo9ních problémů nebo problémů v oblasti sociálních dovedností. Jde také o rizikovou skupinu ve vztahu k poruchám chování (v přĩpad9 dalřĩch rizikových faktorů jako je nepřim9řené vřchovné vedenĩ nebo dysfunk9ní rodina). Uvedené obtřĩ mohou přetrvávat i v období dospívání a dosp9losti.

U dít9te s ADD nedominuje impulzivita a hyperaktivita, vřce problémů je v oblasti pozornosti a v percep9ně - motorických schopnostech, typická je porucha efektivní distribuce pozornosti přĩ mentální 9inností, celkov9 pak pomal9 osobní pracovní tempo. Pro okolí jsou tyto d9třĩ m9n9 n9padné, v9třinou ve vřuce nevyruřujĩ a „nezlobĩ“. (<http://www.pppnj.adslink.cz/data/odborneclanky/adhd.html>)

1.7 Kritéria závažnosti ADHD

Podle Janků je možné využít klasifikace moderní speciálně pedagogické, která využívá stupeň či míru postižení – „*lehké poruchy chování, středně těžké poruchy chování a těžké poruchy chování. Toto dělení lze také doplnit možnostmi schopností a míry socializace a resocializace dítěte, což ve společenském komplexu vytváří reálný obraz postavení konkrétního jedince*“ (Janků, 2009, s. 15)

1.7.1 Mírný typ ADHD

Jen málo symptomů, pokud nějaké z těch, které jsou potřebné ke stanovení této diagnózy, se projevuje v nadměrné míře. Školní a společenská angažovanost dítěte trpí v tomto stupni poruchy jen minimálně anebo vůbec ne.

U dítěte kolísá schopnost koncentrace pozornosti, celkově jsou patrné výkyvy, dominují symptomy, jsou zvládnutelné bez speciální péče, v rámci individuálního přístupu.

1.7.2 Střední typ ADHD

Symptomy či míra (společenské) funkční újmy kolísají mezi „mírnou“ a „vážnou“.

U dítěte je patrný neklid, nesoustředění, překotné reakce, emoční nestabilita, snížená sebekontrola aj. Dítě většinou potřebuje kromě individuálního přístupu i další speciální péči.

1.7.3 Vážný typ ADHD

Ze symptomů potřebných ke stanovení diagnózy, se mnoho projevuje v nadměrné míře. Újma, ať už se týká činností doma, ve škole nebo v přátelství s vrstevníky, je (téměř) vše zachvacující. U dítěte je často zjevný výrazný neklid, zjevný sklon k rizikovému chování, nápadné obtíže v soužití s ostatními, nízká nebo nulová schopnost sebekontroly a sebeovládání. Častá je i kombinace se specifickými poruchami učení. Další speciální péče je nezbytná. (Jucovičová, Žáčková, 2010, s. 16)

1.7.4 Příčiny

Příčiny ADHD/ADD nejsou v současnosti zcela známé a nelze proto vždy určit jednoznačnou příčinu. Největší vliv se přisuzuje dědičnosti nebo biologickým faktorům.

Mezi možné příčiny se řadí:

genetické dispozice – u rodičů s ADHD je 50% pravděpodobnost, že jejich děti budou trpět obdobnými obtížemi

biologické/fyziologické příčiny – neurologická porucha zpracování nervových impulsů; zdravotní komplikace v těhotenství nebo při porodu; znečištěné životní prostředí a strava; užívání alkoholu a drog v těhotenství.

1.7.5 Výskyt

Výskyt ADD/ADHD v dětské populaci se odhaduje v rozmezí 3-10 % dětí školního věku, u chlapců je výskyt poruchy častější než u děvčat (nejčastěji udávaný poměr 6 : 2), u děvčat bývají zpravidla projevy poruchy méně nápadné.

(<http://www.pppnj.adslink.cz/data/odborneclanky/adhd.html>)

1.7.6 Diagnostika

ADHD patří mezi tzv. spektrální poruchy proto, že se pravděpodobně u různých lidí vyskytuje v různých stupních závažnosti. Není jednoduché rozlišit lidi s mírnou poruchou ADHD od krajně hyperaktivních „normálních“ lidí.

Mozek lidí s ADHD funguje charakteristickým způsobem a oni pak jednájí a žijí jinak, než lidé bez ADHD. Tato porucha je léčitelná, a pokud se k ní přistoupí správným způsobem, dá se velmi dobře zvládnout.

ADHD má vždy stejné složky: impulsivitu, nepozornost a hyperaktivitu. U každého dítěte se ale v různých situacích může projevovat jinak. Symptomy se mění podle toho, co se právě děje, jak se dítě cítí. (Mundes, Arcelus, 2002, s. 59)

Těžké diagnostiky spočívá v klinickém sledování projevů dítěte a jeho anamnézy a psychologickém vyšetření dítěte (kognitivní a percepčně-motorické funkce, pracovní-volní a emočně-sociální úroveň dítěte), ve vážnějších případech bývají také využívány neurologické vyšetřovací metody, jako je elektroencefalografické vyšetření (EEG) a další zobrazovací metody vyšetření mozku. Rozbor záznamu z EEG vyšetření umožňuje odhalit i závažnější funkční abnormality. U části dětí s ADHD syndromem se vyskytují některé znaky epileptické aktivity, i když nikdy záchvat neměly a s největší pravděpodobností také mít nikdy nebudou. Jejich včasné rozpoznání je důležité pro prevenci a odstranění rizika.

(<http://www.pppnj.adslink.cz/data/odborneclanky/adhd.html>)

1.7.7 Léčba

Léčba vyplývá z pestrosti příznaků a je dána také mezioborovým přístupem. Některé používané postupy mají charakter léčby, jako takové, jiné rehabilitace, jiné učení a cvičení, nelze mluvit o jednotném způsobu nápravy. V lékařsky odůvodněných případech je využívána *farmakoterapie* (podpora lepší aktivace nervových buněk), *EEG-biofeedback* (trénink funkcí nervové soustavy přímo na úrovni aktivace pozornosti a soustředění, posílení vůle, sebeovládání aj.) nebo *pohybová rehabilitace* (aktivace ochablého svalstva a zlepšení motorické koordinace). Mezi nápravné postupy patří také *logopedická náprava* a v neposlední řadě *metody poradenské psychologie* (řešení výchovných nesnází, adaptačních obtíží dítěte, nácvik relaxace aj.) a speciální pedagogiky (rozvoj percepčně-motorických funkcí, nápravné postupy u specifických poruch učení – dyslexie apod.). Možnosti nápravných postupů lze konzultovat přímo s odborníky v pedagogicko-psychologické poradně.

Stěžejní pro zdárný vývoj dítěte je však především *odpovídající výchovný přístup v rodině* a v době plnění školní docházky nabývá silně na významu také *pedagogický přístup ve škole*.

Výchova může další vývoj dítěte velmi významně ovlivnit – a to jak v pozitivním, tak v negativním směru. (<http://www.pppnj.adslink.cz/data/odborneclanky/adhd.html>)

Komplexní léčba ADHD patří do rukou dětského psychiatra a psychologa.

Po stanovení diagnózy ADHD vypracuje pedopsychiatr léčebný plán, na kterém se domluví s rodiči, a který se skládá z několika přístupů:

Léčba farmakologická

Existují účinné léky, které vyrovnávají odchylné reakce mozkové činnosti u ADHD. Tyto léky předepisuje pedopsychiatr. Jejich cílem není dítě „utlumit“, ale ovlivnit činnost mozku tak, aby se dítě zbavilo vnitřního neklidu. Léky zaberou přibližně u více než tří čtvrtin dětí a často již po měsíci léčby je patrný pozitivní účinek doma, ve škole i mezi vrstevníky.

Léčba psychoterapeutická

Sestává z pohovorů psychoterapeuta (psychiatra nebo psychologa) jak s dítětem, tak s rodinou. Při setkáních se používají různé přístupy, včetně kreslení, relaxačních cvičení, her apod. Cílem je povzbudit vzájemnou spolupráci při zvládnutí příznaků ADHD, posilovat sebevědomí dítěte a zlepšit komunikaci s okolím. Psycholog nebo speciální

pedagog může také pomoci s léčbou a specifickým nácvikem u poruch učení (dysgrafie, dyslexie apod.) nebo poruch chování.

Léčba režimová

Spočívá v systémové změně režimu v rodině a ve škole tak, aby více vyhovoval potřebám dítěte s ADHD. Psychoterapeut pomáhá lépe zorganizovat čas, rozdělit a utřídit domácí i školní práci. Společně s rodiči se snaží dítě motivovat a odměňovat. Na úpravě režimu by

měla spolupracovat celá rodina, ale také škola. (http://www.atos-os.cz/files/01_zakladni_info/brozura_ADHD.pdf)

1.8 Reedukace ADHD

Východiskem cílené reedukace je rozbor všech dostupných informací vyplývajících z diagnostiky dítěte, sledování rodičů, učitelů i dalších dospělých i dětí, s nimiž jedinec s ADHD přichází do styku.

Nelze provádět reedukaci zaměřenou pouze na dítě, neboť jeho chování je výsledkem nejen osobnostních charakteristik a získaných vzorců chování, ale také odpovědí na podněty z prostředí, odpovědí na způsoby chování rodičů a vrstevníků. (Zelinková, 2009, s. 200-202)

Základní postupy

- *pozitivní posilování spolu s mírnými tresty* – je základní prvek v intervenci zaměřené na poruchy chování. Musí následovat ihned po splnění úkolu, protože vede k uspokojení dítěte a snaze znovu získat pochvalu. Ukazuje také, že právě provedený postup byl žádoucí. Pochvaly se vztahují i na úkoly, které by měly být zvládnuty dětmi v mnohem nižším věku.
- *Častá zpětná vazba* – vede k optimalizaci chování. Podává informace o kvalitě výkonu. Pochvala a pozitivní hodnocení působí jako zpevnění žádoucího chování. Zpětné vazby nesmějí rušit dítě v právě prováděných úkonech. Je-li zpětnou vazbou upozornění na chybu, musí následovat doporučení, jak se chyb vyvarovat. Je-li to možné, mělo by dítě být ve třídě umístěno co nejbližší učiteli, aby jeho chování mohl sledovat a zpětnou vazbu ihned poskytovat.

- *Instrukce a pokyny* – musí obsahovat pouze několik kroků, při kterých by měl dospělý udržovat oční kontakt. Dítě instrukce zopakuje, aby bylo zřejmé, že ví, co má dělat. Náročnost a rozsah úkolů stoupá v závislosti na výsledcích.
- *Úkoly* – které dítě dostává, musí být jednoduché, splnitelné a krátké. Po zadání úkolu musí mít dítě takové podmínky, aby dítě bylo co nejméně rušeno.
- *Nediskutujeme o vhodnosti chování* – dospělý musí jednoznačně stanovit mantinely, které je třeba dodržovat. Jednoznačně vytyčená pravidla přispívají k pocitu bezpečí, který je velmi nutný pro další vývoj dítěte. Dítě musí mít pocit, že mu dospělí chtějí pomoci, že mu rozumí.
- *Spolužáci a kamarádi* – těm je třeba přiměřenou formou sdělit podstatu potíží. Nelze dopustit, aby dítě bylo pro své obtíže izolováno od ostatních. Dítě by se mělo cítit součástí kolektivu, mělo by být zapojováno do aktivit ve třídě. Pozitivní vzor kamaráda (spolužáka v lavici) poskytuje model chování vhodný k napodobení.
- *Respektování stylu učení* – styl učení zahrnuje charakteristické kognitivní, afektivní a fyziologické způsoby chování, které jsou relativně stálým ukazatelem, jak učící jedinec pracuje. Pro dítě s ADHD je většinou charakteristický globální styl učení. Dítě vnímá především celek.
- *Nácvik metakognitivních strategií* – tento nácvik je učení se o vlastním stylu učení. Impulsivní dítě neuvažuje o nejvhodnějších postupech při řešení úkolů, pracuje rychleji, než myslí, nekontroluje svou práci, přeskakuje od jednoho úkolu k druhému. Metakognitivní strategie jsou zaměřené na: řízení sebe samého, pozorování svých pracovních postupů, sebehodnocení.
- *Sebekontrola a sebehodnocení* - jsou obtížné u běžné populace, tím spíše u jedinců s ADHD. Dítě tak musí být soustavně vedeno k tomu, aby si uvědomovalo své chování, hodnotilo je, snažilo se dříve přemýšlet a potom jednat.
- *Optimismus a pevné nervy dospělých* – při výchově dítěte s ADHD jsou nezbytné. Sociální kontakty jsou charakteristické vyžadováním pravidel, dodržováním vhodných forem kontaktu se spolužáky a dospělými, účastí ve společenských aktivitách. Tyto požadavky jsou neslučitelné s charakteristikami dětí s ADHD. Jejich základní projevy narušují proces učení ve škole a vedou k sociálně obtížně přijatelnému chování mimo školu. (Zelinková, 2009, s. 200-202)

1.9 Poruchy chování

Vágnerová uvádí, že „*poruchy chování lze charakterizovat jako odchylku v oblasti socializace, kdy jedinec není schopen respektovat normy chování na úrovni odpovídající jeho věku, eventuálně na úrovni rozumových schopností*“.(Vágnerová 2004, s. 779)

Pojem porucha chování zahrnuje širokou škálu nekontrolovatelného chování. Diagnostický a statistický manuál duševních poruch, 4. revize, tj. americká normativní klasifikace psychických onemocnění se zaměřuje na takové chování, které porušuje základní práva ostatních a většinu sociálních norem. Nejčastějšími symptomy jsou krutost k lidem a zvířatům, ničení majetku, lhaní a krádeže. „*Děti s poruchami chování mají tendenci cítit se nešťastně, podhodnocovat své možnosti, mají problémy s navazováním vztahů, jejich vztah k sobě i k druhým má negativní charakter*“.(Janků, 2009, s. 22)

Relativně méně známá je kategorie opozičního chování. Charakteristickým rysem dětí s opozičním chováním je fyzická agresivita, dominuje ztráta přizpůsobivosti, opakované odmítání plnění požadavků dospělých. Často provádějí činnosti, které obtěžují ostatní, jsou zlomyslné, nedůtklivé, mstivé. V případě konfliktů tyto jedinci (většinou chlapci) nepovažují sami sebe za zdroj obtíží a chybu vidí v jednání druhých.

Častým průvodním jevem opozičního chování je ADHD, poruchy učení a poruchy komunikace. Opoziční chování se liší od ADHD tím, že narušené chování nepramení z poruch soustředění ani impulsivity. Děti s opozičním chováním jsou bezohlednější, hlučnější, agresivnější než děti s ADHD, chybějí výčitky svědomí.

Více než jiné poruchy v dětství jsou poruchy chování definovány jako konflikt mezi dítětem, dospělým a okolím. (Zelinková, 2007, s. 169)

1.9.1 Mezinárodní klasifikace nemocí

Poruchy chování podle Michalové lze dále rozdělit na specifické a nespecifické:

Specifické poruchy chování vzniklé vlivem působení různých exogenních a endogenních faktorů na podkladě existujícího a prokázaného oslabení nebo změn CNS ve smyslu neurologického postižení.

Nespecifické poruchy chování jsou veškeré poruchy chování vzniklé z jiných příčin, než poruchy chování charakteru specifického. Tvoří symptomatologicky podobnou skupinu, organický podklad však u těchto jedinců chybí.

„Specifická porucha chování může být i podkladem vzniku poruchy nespecifické při nesprávném sociálním působení a vedení jedince s poruchou specifickou“.

(Michalová, 2007, s. 21)

Mezinárodní klasifikace nemocí - v desáté revizi Mezinárodní klasifikace nemocí jsou uvedeny tyto Poruchy chování (MKN-10) :

F91 Poruchy chování

F91.0 Porucha chování ve vztahu k rodině

F91.1 Nesocializovaná porucha chování

F91.2 Socializovaná porucha chování

F91.3 Porucha opozičního vzdoru

F91.8 Jiné poruchy chování

F91.9 Porucha chování nespecifikovaná

„Poruchy chování jsou v MKN-10 děleny na socializované, kdy dítě má přiměřené vazby v rodině i mimo ni, a na nesocializované, kdy v podstatě jakékoliv hlubší vztahy a zejména vztahy k vrstevníkům chybí“. (Říčan, Krejčířová, 2006, s. 178)

1.9.2 Porucha chování ve vztahu k rodině

V případě poruch chování ve vztahu k rodině je nevhodné asociální chování zaměřeno na rodinu a její členy. Při této poruše bývají narušeny vztahy mezi dítětem a jedním členem rodiny eventuelně více členy. Jde například o kradení věcí a peněz v rámci rodiny, úmyslné ničení věcí, úmyslné založení požáru. (Nývtová, 2010, s. 146)

1.9.3 Porucha opozičního vzdoru

Tato porucha se vyskytuje u dětí do deseti let, kdy dítě je nepřiměřeně svému věku extrémně vzdorovité, neposlušné a záměrně provokuje. Nevyskytují se agresivní a závažnější činy. Chování může být zaměřeno jak na vrstevníky, tak dospělé.

Nerespektují autoritu. Pro děti s touto poruchou bývá typická emoční rozladěnost.

(Nývtová, 2010, s. 150).

1.9.4 Porucha sourozenecké rivality

Tato porucha v mezinárodní klasifikaci není řazena do poruch chování, ale do emočních poruch v dětství. Při této poruše je však kromě emocí silně ovlivněno i chování. Proto se tato porucha řadí mezi poruchy chování, i když k nim nepatří. Tato porucha se objevuje velice brzo po narození mladšího sourozence, kdy starší sourozenec začíná žárlit na mladšího sourozence. Starší sourozenec se cítí být odstrčen, což doprovází emoce strachu, úzkosti, vzteku, poruchou spánku. Porucha sourozenecké rivality a žárlivost může přetrvávat až do dospělosti, třeba po celý život. (Nývltová, 2010, s. 150)

1.9.5 Socializovaná porucha chování

Při socializované poruše si dítě nežádoucí chování osvojuje v průběhu socializace od svého nejbližšího sociálního prostředí, ale i od sledování filmů v televizi, ale i v počítači na internetu. Někteří rodiče záměrně učí svoje děti krást, učí ho konflikty řešit formou rvaček. Toto dítě přichází do jiného prostředí (např. školy), které se řídí jinými normami, dítě se obtížně začleňuje, neboť má nežádoucí vzorce chování hluboce osvojeny. (Nývltová. 2010, s. 146 – 147)

1.9.6 Nesocializovaná porucha chování

V případě této poruchy se dítě nežádoucí chování neučí ve svém prostředí, ani k němu není vedeno okolím. Nežádoucí chování je v tomto případě obranou a náhradním způsobem uspokojování základních psychických i fyzických potřeb. (např. potřebu odpočinku a uvolnění, potřeby kontaktu s vrstevníky, potřebu lásky, sebeúcty, aj.). O této poruše by bylo možné uvažovat například v těchto situacích:

- dítě je ve škole šikanováno
- dítě se pohybuje v problémové skupině vrstevníků
- dítě je silně frustrováno nedostatkem lásky a pozornosti ze strany rodičů
- dítě má pocit, že mu bylo ze strany učitele nebo rodičů nespravedlivě ublíženo
- dítě se dopouští záškoláctví, protože ve škole prožívá stres, kterému se snaží vyhnout právě záškoláctvím. (Nývltová, 2010, s. 148) Někdy je lze charakterizovat jako „*komplex obranného jednání, jehož cílem je vyhnout se nepříjemnosti, která je dána buď konfrontací neúspěšného*

dítěte s lépe prosperujícími spolužáky, nebo požadavky učitele na práci dítěte“. (Vágnerová, 2004, s. 794)

2 Specifické poruchy učení

2.1 Terminologie

Žáci se specifickými poruchami učení tvoří velkou skupinu žáků integrovaných či žáků zohledňovaných ve vzdělávání na základní škole.

V odborné literatuře pedagogické, psychologické se lze setkat s termíny specifické vývojové poruchy učení a chování, specifické poruchy učení, vývojové poruchy učení (nejnovější literatura slovo „vývojové“ již neuvádí). *„Poruchy učení jsou souhrnným označením různorodé 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.*(Matějčík 1993, s. 25) Tyto pojmy jsou nadřazeny pojům dyslexie, dysgrafie, dysortografie, dyskalkulie, dysmúzie, dyspinxie a dyspraxie. Tři posledně jmenované pojmy jsou českým specifikem, v zahraniční literatuře se s nimi neseznamujeme. Specifické poruchy učení (SPU), název užívaný současnou odbornou veřejností, jsou stále jedním z aktuálních problémů současného školství. (Bartoňová, 2007, s. 6)

Poruchy učení je termín označující heterogenní skupinu obtíží, které se projevují při osvojování a užívání řeči, čtení, psaní, naslouchání a matematiky. Tyto obtíže mají individuální charakter a vznikají na podkladě dysfunkcí centrální nervové soustavy.

Přestože se poruchy učení mohou objevovat souběžně s jinými handicapujícími podmínkami (např. sensorická postižení, mentální retardace, poruchy chování) nebo vnějšími vlivy (např. kulturní odlišnosti, nedostatečné popř. neúměrné vedení) nejsou poruchy učení přímým důsledkem těchto podmínek nebo vlivů.

Uvedené poruchy se neprojevují pouze v oblasti, kde je defekt nejvýraznější. Mají naopak řadu společných projevů. Objevují se ve větší či menší míře poruchy řeči, obtíže

v soustředění, poruchy pravolevé a prostorové orientace, často je nedostatečná úroveň zrakového a sluchového vnímání i další obtíže. (Zelinková, 2009, s. 10)

2.2 Definice specifických poruch učení

Definice specifických poruch učení a především definice dyslexie prošly od pokusu o první definování této poruchy do současnosti změnami, které odrážejí vývoj vědních oborů i přístup k problematice autorů, kteří tyto definice formulují.

Klasická definice dyslexie byla přijata v roce 1968, na konferenci Světové neurologické federace: „*Specifická vývojová dyslexie je porucha projevující se neschopností naučiti se čísti, přestože se dítěti dostává běžného výukového vedení, má průměrnou inteligenci a sociokulturní příležitost*“. (Zelinková, 2009, s. 16)

Mezi poslední definice dyslexie se řadí definice dyslexie výboru Ortonovy dyslektické společnosti z roku 1994: „*Dyslexie je jednou z více výrazných poruch učení. Jde o specifickou řečovou poruchu konstitučního původu, která se vyznačuje problémy s dekódováním jednotlivých slov, odrážejícími obvykle nedostatečnou schopnost fonologického zpracování. Tyto potíže se často objevují neočekávaně vzhledem k věku a dalším kognitivním a akademickým schopnostem. Nejsou výsledkem generalizované vývojové poruchy nebo smyslového postižení. Dyslexie se projevuje obtížemi různého druhu při práci s různými formami jazyka a vedle potíží se čtením často zahrnuje i nápadné problémy při osvojování dovedností psát a dodržovat pravopisnou normu*“. (Bartoňová, 2012, s. 25)

Termín dyslexie, který označuje poruchu čtení, ale bývá také užíván pro označení poruchy čtení a psaní nebo bývá označován termínem pro specifické poruchy učení jako celek (zahraniční pohled). (Bartoňová, 2012, s. 25)

2.3 Příčiny specifických poruch učení

O dyslexii a následně specifických poruchách učení se říká, že existují tak dlouho jako lidská vzdělanost sama. Počátky lze sledovat již ve starověku. (Bartoňová, 2004, s. 19)

Existuje celá řada teorií, které se snaží odhalit příčiny vzniku SPU. Tyto teorie se liší svým charakterem, podle toho z jakých pozic vycházejí. Existuje mnoho hledisek a každé vychází z jiné stránky. Pokud se vychází z jevové stránky, pak se budou nejčastěji nacházet příčiny v poruchách vnímání, řeči a motoriky. Z hlediska

neuroanatomie a neurofyziologie jsou příčinou SPU poruchy určitých částí mozku. Někteří psychiatři hledají příčiny v narušené komunikaci mezi dítětem a okolním světem. Z hlediska pedagogiky je třeba ke zvládnutí základních školských dovedností dosažení určité úrovně funkcí, které se na čtení, psaní a počítání podílejí. Je-li porucha ve vývoji některé z těchto funkcí, může se projevit jako porucha učení. Existuje mnoho aspektů, kterým jak který výzkumník přikládá důležitost. Jednou z cest hledání příčin dyslexie byl rozbor psychických funkcí, které se podílejí na nácviku čtení a psaní, na základě sledování průběhu a úspěšnosti reedukace. (http://www.ukolczu.jecool.net/?page_id=2)

Odborníci mnoha profesí a specializací na celém světě zjišťují, že děti s dyslexií vykazují (kromě obtíží ve čtení a psaní) ve svém chování mnoho abnormalit v následujících oblastech:

- úroveň motoriky
- vizuální a auditivní procesy
- rychlé zpracování podnětů
- paměť
- stavba a funkce centrální nervové soustavy atd.

Nejčastěji uváděnými příčinami je fonologický deficit, deficit v časovém uspořádání procesů, rychlost v provádění procesů.

Tyto abnormality se projevují v mnoha kombinacích a v různé závažnosti. To je jeden z důvodů, proč neexistují dva stejní jedinci s poruchou čtení a proč nelze vytvořit optimální metody společné pro všechny. (Zelinková, 2009, s. 21)

Podle Bartoňové (2012) je domněnka, že příčiny dyslexie a dyskalkulie (SPU) spočívají výlučně v nedostatku nadání, ve faktorech školního prostředí, jako je učební látka nebo rodinné prostředí, dnes už překonaná. Je zřejmé, že u dyslexie a dyskalkulie se nejedná o jednotný, ale naopak o heterogenní narušený obraz symptomatiky, který má modulární vliv na mnoho různých faktorů.

V současné době je známé, že dispozice pro dyslexii a dyskalkulii (SPU) jsou dědičné. To znamená, že když rodiče jsou postižení, potom také jejich děti mají zvýšené riziko pro tyto poruchy. Určité znaky, jejichž genová lokalizace byla identifikována na různých chromozomech, ovlivňují v různé intenzitě nástup poruchy vývoje. Podpurné a brzdící faktory ovlivňují ve vývoji před a po narození neurobiologické a psychické

předpoklady jedince pro osvojení si čtení, psaní a počítání a částečně také určují stupeň poruchy. (Bartoňová, 2012, s. 43)

2.4 Diagnostika specifických poruch učení

Pedagogická diagnostika

Učitel se podílí na vypracování tzv. školního dotazníku. Ten je vypracován na požádání pedagogicko – psychologické poradny a se souhlasem rodičů je také podkladem k celkovému vyšetření jedince. Sleduje základní oblasti, jako jsou obtíže:

- *ve čtení*: znalost písmen, úroveň čtení a popis obtíží – čte s tichým skladem po písmenech, slabikuje vše nebo jen obtížná slova, nezvládá skupiny souhlásek, které souhlásky zaměňuje, přehazuje písmena, čte či nečte s porozuměním, přeříkává se, ukazuje si.
- *V psaní*: kterou rukou píše, úchop psacího náčiní, jak zvládá tvary písmen a velikost, sklon písma, úhlednost a dodržení lineatury, tempo psaní přiměřené, pomalé, překotné, jakých chyb se dopouští – záměny, vynechávky, délka samohlásek, měkčení, inverze, zda jsou obtíže nápadnější v diktátu nebo přepisu.
- *V počítání*: potřebuje oporu o názor, má potíže s přechodem přes desítku, jak zvládá probrané matematické operace (dobře, pomalu, nejistě, nezvládá), totéž o slovních úlohách, základy v geometrii (porucha prostorové orientace).
- *V ostatních předmětech*: popis potíží.

Pozornost je také třeba zaměřit na úroveň řečového projevu, schopnosti soustředit se a na projevy chování dítěte. (Bartoňová, 2012, s. 122-123)

Diagnostika zůstává podstatnou součástí rozhodovacího procesu. Probíhá v pedagogicko – psychologické poradně (PPP). Úvodní vyšetření v sobě zahrnuje rozhovor s rodiči, rozhovor s učitelem nebo jeho písemné sdělení, rozhovor s dítětem, na jejichž základech dochází ke zpracování osobní anamnézy, rodinné anamnézy a anamnézy prostředí. (Bartoňová, 2012, s. 123)

2.5 Kritéria pro přidělení diagnózy SPU

Východiskem stanovení diagnózy SPU je vyšetření v PPP. Předpokladem pro stanovení diagnózy jsou přetrvávající výrazné výukové obtíže a doložená pedagogická intervence v rámci základní a střední školy. Kritéria pro stanovení diagnózy:

1. doba diagnostiky, residence obtíží
2. kognitivní oblast
3. školní výkonnost
4. percepčně motorické a řečové schopnosti
5. diferenciální diagnostika
6. faktory, které mohou přispět k přidělení diagnózy
7. typologie specifických poruch učení (Bartoňová, 2012, s. 123)

Diagnostika na odborném pracovišti

Ke komplexní diagnostice je nutná spolupráce psychologa, speciálního pedagoga nebo odborně připraveného pedagoga, sociální pracovnice, popř. dalších specialistů. Při stanovení diagnózy se bere v úvahu zpráva školy, kterou dítě navštěvuje.

Psycholog zjišťuje úroveň verbální a neverbální inteligence se zaměřením na rozbor nerovnoměrných výkonů žáka. Ze struktury inteligence lze odvodit některá doporučení pro reedukaci či lepší přístup k žákovi a pochopení jeho obtíží.

Součástí vyšetření je anamnéza zaměřena na dítě, sourozence i rodiče. K nejdůležitějším údajům patří zjištění o výskytu podobných obtíží v rodině, údaje o průběhu těhotenství a porodu, onemocněních, která prodělalo (zvláště horečnatá onemocnění), dále údaje o vývoji řeči, motoriky, zájmech dítěte, atd. Diagnóza je výsledkem úvahy a syntézou různých vyšetření. (Zelinková, 2009, s. 62)

2.5.1 Vyšetření čtení

Sledovány jsou základní charakteristiky čtenářského výkonu: rychlost, správnost, technika čtení a porozumění. Kromě počtu chyb se také zaznamenává kvalita chyb a způsob čtení, z kterých se pak vyvozují postupy při reedukaci.

2.5.2 Vyšetření psaní

Diagnostickými nástroji jsou: opis, přepis, diktát, volný písemný projev. Úroveň psaní se hodnotí z hlediska grafické, pravopisné a obsahové stránky, přičemž všechny oblasti se vzájemně ovlivňují.

2.5.3 Vyšetření matematických schopností

Matematická schopnost je tvořena souhrnem a souhrou dílčích schopností. Na základě symptomaticky, vývojové dyskalkulie byl v Pedagogicko – psychologické poradně hl.

m. Prahy sestaven a ověřován soubor úkolů, který je používán k diagnostice. Je vhodný pro účely školy, přípravu individuálního vzdělávacího programu a přípravu reedukačních lekcí. Není však provedena jeho standardizace.

2.5.4 Vyšetření řeči

Výslovnost, vyjadřovací schopnosti, slovní zásobu a další charakteristiky, se hodnotí v průběhu rozhovoru s dítětem. Případný výskyt specifických poruch řeči lze zjistit opakováním slovních spojení či vět (např. sušené švestky, cvičenci cvičí, atd.) (Zelinková, 2009, s. 62-70)

2.6 Projevy specifických poruch učení

Na základě obecné definice specifických poruch učení lze definovat specifické poruchy čtení (dyslexie), psaní (dysgrafie), pravopisu (dysortografie), počítání (dyskalkulie), kreslení (dyspinxie), hudebnosti (dysmúzie), schopnost vykonávat složité úkony (dyspraxie).

2.6.1 Dyslexie

Dyslexie je specifická porucha čtení, která se projevuje neschopností naučit se číst běžnými výukovými metodami. V doslovném překladu znamená potíž se slovy nebo poruchou v práci se slovy, přesně pak poruchu ve vyjadřování řeči psanou (v psaní) a ve zpracování psané řeči (ve čtení). Dítě má problémy s rozpoznáním a zapamatováním si jednotlivých písmen, zvláště pak s rozlišováním písmen tvarově podobných (b-d, s-z, t-j). Problémem může být i rozlišení zvukově podobných hlásek (a-e-o, p-b). Pro dítě je náročné spojování hlásek v slabiku a souvislé čtení slov, související s oslabením v oblasti spolupráce mozkových hemisfér i s očními pohyby. Porucha může postihnout rychlost čtení, správnost čtení, porozumění čtenému textu. (Bartoňová, 2004, s. 10)

2.6.2 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 zaměřuje tvarově podobná písmena, písmo je neuspořádané, těžkopádné, neobratné. Má tendence směšovat psací a tiskací písmo. Žáci postižení touto poruchou se dlouho nemohou naučit dodržení lineatury, výšky písma. Píší pomalu, namáhavě, obsah napsaného v časové tísni nekoresponduje se

skutečnými žákovými jazykovými schopnostmi. Často u těchto dětí lze zjistit vadné držení psacího náčiní. Samotný proces psaní vyžaduje velkou koncentraci žákovy pozornosti, žák není schopen se soustředit na obsahovou a gramatickou stránku projevu. (Bartoňová, 2004, s. 10)

2.6.3 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. Porucha negativně ovlivňuje také proces aplikace gramatického učiva. 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 pravopisné chyby i v jevech, které si dítě osvojilo a umí je ústně bez obtíží a správně zdůvodnit. (Bartoňová, 2004, s. 10)

2.6.4 Dyskalkulie

Dyskalkulie je specifická porucha matematických schopností. Porucha se týká zvládnutí základních početních výkonů. Podle charakteru potíží lze tuto poruchu členit na několik typů:

- *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.
- *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“.

- *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 lze najít hlavně v oblasti zrakového vnímání, orientace v prostoru, zvláště pravolevé orientace.
- *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 řady 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.
- *Operační dyskalkulie* – se projevuje poruchou schopnosti provádět matematické operace, sčítat, odečítat, 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.
- *Ideognostická dyskalkulie* – se projevuje poruchou v chápání matematických pojmů a vztahů mezi nimi. Dítě např. 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. (Bartoňová, 2004, s. 10-11)

2.7 Reedukace specifických poruch učení

Proces reedukace specifických poruch učení lze charakterizovat jako dlouhodobý diagnosticko-terapeutický proces, jehož cílem je odstranění nebo zmírnění obtíží dítěte a zlepšení celkového stavu psychiky dítěte. Při výběru metody je nutno respektovat stupeň a fázi nápravy, v níž se dítě nachází.

Efektivní reedukace specifických poruch učení je týmovou spoluprací vyučujících, kteří se podílejí na výchově a vzdělávání žáka. Náprava specifických poruch učení je náročná, dlouhodobá a vyžaduje značné úsilí ze strany dítěte, učitele, rodiny a dalších odborníků. Reedukace znamená i kvalifikovanou připravenost terapeuta (učitele).

Správné reedukační péči předchází depistáž a diagnostika. Depistáž není záležitostí pouze školy. Je zapotřebí, aby rodiče, okolí, pediatr, pedagog byli stále v kontaktu. Specifické poruchy učení mohou být jednou z hlavních příčin školního neúspěchu a později i neúspěchu profesionálního a sociálního. V mnoha případech dítě postrádá schopnost adaptovat se a objevuje se u něj nechuť, nezájem o vše, co souvisí s edukačním procesem. (Bartoňová, 2007, s. 11-12)

Náprava každého žáka vyžaduje mimořádnou intervenci a dlouhodobou práci. Při zahájení reedukace je žádoucí začít oblastí, kde lze očekávat úspěch. Reedukaci předchází navázání pozitivního kontaktu s dítětem, motivací pro jeho budoucí spolupráci. (Bartoňová, 2012, s. 126)

2.7.1 Podpůrná opatření ve škole

Odborníci se shodují a preferují přístupy, které jsou důležité v podpoře jedinců, se specifickými poruchami učení. Obecně platí:

- posadit dítě ve třídě před sebe, samotné nebo vedle klidného dítěte, ne vedle upovídaného
- posadit jej lépe doprostřed než na kraj
- vysvětlovat novou látku krátkými větami a jednoduchými slovy
- ujišťovat ho, že to dobře pochopilo, a vštěpovat mu poslušnosti
- domluvit se na úkolech - krátké termíny, na známkování, na počet možných chyb, na počtu zadaných úkolů
- vyhnout se únavě, rychlému rytmu
- pomoci dítěti najít si svůj čas na daný počet cvičení
- nechat ho odpovídat na otázky, i když nebude odpovídat dle pořadí a dodávat mu odvalu přeskakovat otázky, které neumí vyřešit
- vyhnout se učení těžké látky po diktátě nebo aktivitě, která dítěti vzala mnoho energie
- pomoci mu v počátku plnění svého úkolu
- být trpělivý nad jeho pomalostí (to je základ úspěchu a dítě se nestresuje)

- nechat dítě objevovat své schopnosti a využívat to před třídou
- je třeba rozvíjet poznatky o poruchách učení, informovaný pedagog ví, co dělat, způsobilý učitel by měl rozlišit, kdy jsou poruchy vážné, kdy ne, rozlišit druh dyslexie
- hledat možnosti přizpůsobení školní docházky v závislosti na druhu závažnosti případů, např. učinit opatření pro úspěch – aby dítě zažilo úspěch a ne jen utrpení před ostatními dětmi
- vytvořit si vizuální a fonologické pomůcky – „kufřík pomůcek“, soustavně se připravovat (Bartoňová, 2007, s. 15)

2.7.2 Reedukace dyslexie

Metoda Fernaldové

Metoda Fernaldové je vhodná pro děti, jejichž čtení je pomalé i pro dospělé dyslektiky. Určíme text – asi 10 řádků, který si má dítě prohlédnout očima a tužkou si podtrhnout slova, která mu připadají složitá. Pak se seznámí s těžkými slovy. Teprve poté dítě nahlas přečte těchto deset řádků textu. Z letmého čtení již dítě trochu text zná, nemusí se obávat obtížných slov, a proto čte s větší sebedůvěrou.

Čtení s okénkem

Tato metoda je pojmenována podle pomůcky, která se používá při reedukaci dyslexie. Jde o přiměřeně velké okénko v záložce papíru, které dítě používá při čtení. Záložkou pohybuje ten, kdo s dítětem pracuje a rychlost pohybu záložky přizpůsobuje čtenářským možnostem žáka. Dítě je vedeno k tomu, aby hlásky protahovalo a nevznikalo tak dvojí čtení. Snahou je, aby dítěti postupně zrychlovalo tempo čtení tím, že se mu okénko posunuje o slabiku dopředu. Je důležité dítěti vše předem řádně vysvětlit. Během čtení je vhodné dělat krátké pauzy.

Metoda dublovaného čtení

Metoda se používá u žáků, kteří čtou nepřesně a domýšlejí si koncovky slov nebo často chybují. Žák čte hlasitě daný text o slovo zpět za hlasitým čtením pedagoga (rodiče). Učitel v průběhu čtení dělá záměrné chyby (nahrazuje například slova výrazy stejného významu). To pro něj představují kontrolu.

Metoda globálního čtení

Tato metoda se používá u dětí, které setrvávají na sledování jednotlivých písmen a nejsou schopny postřehovat jejich shluky. Žák čte určitou část textu třikrát, nesmí se ho

však učit nazpaměť. Metoda je účinná, pokud se používá nejlépe denně alespoň dva měsíce. (Bartoňová, 2007, s. 33-35)

2.7.3 Reedukace dysortografie

Při reedukaci dysortografie lze použít bzučák pro uvědomění si krátké a dlouhé samohlásky. Dítěti se říkají slova, která se ono samo snaží přehrát pomocí bzučáku. Vhodný je i bzučák se světelným signálem, protože dítě zapojí více smyslů. Učitel přehraje na bzučáku rytmiku slova a žáci mají zjistit, o které slovo by se mohlo jednat. Žák může používat na určení délek i různé druhy stavebnice nebo grafické znázornění. Do textu doplňuje krátké a dlouhé samohlásky nebo je může podtrhovat. Při rozlišování měkkých a tvrdých slabik se používá měkká a tvrdá kostka. Žák při vyslovení tvrdé slabiky ve slově zmáčkne tvrdou kostku a při vyslovení měkké slabiky zmáčkne v ruce měkkou kostku. Problém také může činit rozlišování sykavek. Žáci mají sykavky (c, s, z, č, š, ž) napsané na kartách. Učitel řekne slovo a děti se mají rozhodnout, jaká sykavka se v tomto slově nachází. Rozlišují se také slova, kde sykavky mění význam (např. ves – vez). Postupně začne dítě rozlišovat více sykavek v jednom slově. Žák ukazuje učiteli na jednotlivých kartách, která sykavka se v daném slově nachází (např. ježeček – Ž, Č). Pro reedukaci dysortografie se také používají i písmenka, ze kterých děti skládají slova (p, e, s – PES). Ze zpřeházených písmen musí poskládat slovo (k, č, o, k, a – KOČKA). Další možností je podtrhávání správně napsaných pojmů (ovoce – ceovo – ocevo). Děti si tak uvědomí hranici slova v psaném textu. Až po pravidelném opakování cvičení dochází k automatizaci. (Bartoňová, 2007, s. 46-58)

2.7.4 Reedukace dysgrafie

Cílem reedukace dysgrafie je přiměřeně rychlé, čitelné a pokud možno úhledné písmo. Při nácviku psaní je důležité nejdříve to, aby dítě mělo uvolněnou celou paži. Proto nejdříve obtahuje prstem předlohu většího formátu, kterou má položenou na lavici, a u které stojí. Pohyb musí být klidný a plynulý. Na začátku je vhodné používat tužku a až pak pero. S uvolněnou paží může pak postoupit k předlohám menších formátů. (Bartoňová, 2007, s. 68-75)

2.7.5 Reedukace dyskalkulie

Reedukace dyskalkulie se řídí obecnými principy reedukace. Dítě trpící dyskalkulií, specifickou poruchou učení, není schopné naučit se matematickým dovednostem běžnými metodami používanými ve škole.

Mezi používané metody patří např. třídění předmětů do skupin podle tvaru či barvy, vyhledávání ze skupiny geometrických tvarů, např. čtverec. Používání číselné řady - žák tak lépe určí čísla např. mezi 1 a 5. Skládání předmětů podle velikosti od nejmenšího po největší a naopak. Porovnávání skupiny předmětů, kde je více, kde je méně a kde je stejně. Při složitějších matematických operacích mohou žáci používat kalkulačku. (Bartoňová, 2007, s. 88-105)

3 Vzdělávání žáků se specifickými poruchami učení

3.1 Definice školní integrace

Na základě různých existujících mezinárodních pojetí se dá školní integrace definovat jako snaha pokud možno o společnou výchovu a vzdělávání postižených a nepostižených žáků. V podrobnější verzi lze školní integraci definovat jako snahu poskytnout v různých formách výchovu a vzdělání jedinci se speciálními vzdělávacími potřebami v co možná nejméně restriktivním prostředí, které optimálně odpovídá jeho skutečným potřebám. (Bartoňová, 2007 s. 22)

3.2 Organizační formy společného vyučování

Speciálně pedagogické diagnostické podpůrné třídy shromažďují žáky se speciálními vzdělávacími potřebami do jedné výukové skupiny. Žáci se učí podle vzdělávacího programu pro základní školu. Podle potřeby se učivo prvních dvou let rozkládá na tři roky. Po prvních třech letech někteří žáci přechází do běžných tříd. Třídy mají redukovaný počet žáků, dobré personální obsazení a věcné vybavení. Intenzivní diagnostika podporuje proces reintegrace.

Kooperativní třídy jsou podpůrné třídy umístěné v běžné škole. Navštěvují je žáci se speciálními vzdělávacími potřebami a vyučuje zde speciální pedagog. Vzhledem k umístění třídy na základní škole zde mají žáci možnost četných sociálních kontaktů s intaktními spolužáky většinou v partnerské třídě. Některé předměty se učí společně, např. hudební, výtvarnou a tělesná výchova.

Integrační třídy – jsou postupné ročníky v běžné škole, kam je přijato více žáků se speciálními vzdělávacími potřebami. Počet žáků je většinou snižen na dvacet, vyučují zde dva učitelé, z toho jeden speciální pedagog. Koncept vyučování v integrační třídě je diferencovaný a individualizovaný. Sociální setkávání je zde spontánní a záleží na iniciativě žáků.

Integrativní běžné třídy – vznikly jako další vývoj integračních tříd. Zůstávají nezměněny jako postupné ročníky běžné základní školy a berou jednotlivé žáky se speciálními vzdělávacími potřebami.

Běžné třídy se speciální pedagogickou podporou – se odlišují od integrativních běžných tříd tím, že počet žáků ve třídě je nezměněn a speciální pedagogická podpora

se vztahuje na žáky se speciálními vzdělávacími potřebami jen v určitých hodinách. Až polovina podporovaných žáků po jednom až dvou letech už žádnou podporu nepotřebuje.

Běžné třídy bez speciální pedagogické podpory (tzv. šedá integrace) – jsou třídy postupného ročníku běžné školy, které přijímají žáky se speciálními vzdělávacími potřebami, aniž by následovala nějaká speciální pedagogická podpora. (Bartoňová, 2007 s. 23-24)

3.3 Vzdělávání žáků se specifickými poruchami učení

Vzdělávání žáků s SPU je realizováno v několika úrovních. Nejčastěji probíhá formou podpory prováděné v rámci vyučování učitelem kmenové třídy, tato forma podpory je realizována u mírnějších projevů poruchy v rámci třídy základní školy. Učitel, který má základní vědomosti a dovednosti k dané problematice, by měl vytvořit co nejlepší podmínky pro reedukační postupy a uplatňuje u žáků individuální přístup, stanovit základní podpůrná opatření.

Dále může být žák ve třídě základní školy integrován, přičemž se jedná o těžší stupeň poruchy a musí být zachovány a splněny podmínky integrace/inkluze. Integrace/inkluze je doporučována žákům a studentům s průměrným i nadprůměrným intelektem, žákům, kteří jsou zvědaví, snadno adaptibilní.

Dalším příkladem je individuální podpora učitelem, který je proškolený v dané problematice. Podporu zajišťuje speciální pedagog či školní psycholog působící na základní škole, reedukace probíhá formou dyslektických kroužků, reedukační postupy konzultuje s poradenskými pracovišti.

Jako nejvíce efektivní se jeví skupiny individuální podpory při základních školách. Nejčastěji se jedná o integrovaného žáka kmenové třídy, který v průběhu dne, dle sestaveného rozvrhu, dochází do třídy speciálního pedagoga. (Bartoňová, 2012, s. 58-59)

3.4 Individuální vzdělávací plán (IVP)

Individuální vzdělávací plán je závazný pracovní materiál sloužící všem, kteří se podílejí na výchově a vzdělávání integrovaného žáka. Vzniká na základě spolupráce mezi učitelem, pracovníkem provádějícím reedukaci, vedením školy, žákem a jeho

rodiči (zákonnými zástupci), pracovníkem pedagogicko – psychologické poradny nebo speciálně pedagogického centra. (Zelinková, 2007, s. 172)

Individuální vzdělávací plán vychází z učebních dokumentů školy, obsahuje všechny významné skutečnosti důležité pro úspěšnou integraci žáka (školský zákon č. 561/2004 Sb., novela vyhlášky č. 73/2005 Sb. Vyhláška č. 147/2011 Sb.).

Individuální vzdělávací plán musí být vypracován nejlépe před nástupem žáka do školy, nejpozději však 1 měsíc po nástupu do školy nebo zjištění vzdělávacích potřeb žáka. V průběhu celého školního roku může být upravován podle potřeb žáka. Za jeho vypracování odpovídá ředitel školy. Příslušné školské poradenské zařízení poskytuje všem zúčastněným poradenskou podporu a vyhodnocuje dodržování stanovených postupů a opatření.

Individuální vzdělávací plán obsahuje:

- údaje o cíli vzdělávání
- časové a obsahové rozvržení učiva
- způsob zadávání a plnění úkolů
- způsob hodnocení
- úpravu konání závěrečných zkoušek
- vyjádření potřeby dalšího pedagogického pracovníka nebo další osoby podílející se na práci se žákem a vymezení rozsahu práce
- seznam kompenzačních, rehabilitačních a učebních pomůcek, speciálních učebnic a didaktických materiálů nezbytných pro výuku nebo konání závěrečných zkoušek
- jmenovité určení pedagogického pracovníka školského poradenského zařízení, se kterým bude škola spolupracovat
- návrh pro případné snížení počtu žáků ve třídě
- předpokládanou potřebu navýšení finančních prostředků
- závěry speciálně pedagogických, popřípadě psychologických vyšetření (vyhláška č. 116/2011 Sb.) (Bartoňová, 2012, s. 65-66)

3.5 Význam IVP

Přínos individuálního studijního plánu spočívá v těchto oblastech:

- A. Umožňuje žákovi pracovat podle jeho schopností, individuálním tempem, bez ohledu na učební osnovy, bez stresujícího porovnávání se spolužáky. Není překážkou k dalšímu vzdělávání, ale pomůckou k lepšímu využití předpokladů. Má také motivační hodnotu. Časté jsou i případy, kdy dítě pracující bez stresu a porovnávání s vrstevníky dosahovalo mnohem lepších výsledků. Pozitivně působí také pocit, že mu učitel chce pomoci, dává šanci být lepší. Cílem není hledat úlevy, ale najít optimální úroveň, na níž může integrovaný žák pracovat.
- B. Umožňuje učiteli pracovat s dítětem na úrovni, kterou ono dosahuje, bez obavy z neplnění požadavků učebních osnov. Je východiskem plánované aktivity ve vztahu ke konkrétnímu integrovanému žákovi. Je vodítkem pro individuální vyučování a hodnocení. Nové údaje získávané v průběhu vyučování slouží jako zpětná vazba a vedou k úpravě plánu podle dosažených výsledků.
- C. Do přípravy se zapojují i rodiče, kteří se tak stávají spoluodpovědnými za výsledky práce svého dítěte. Využívají tak svého práva ve vztahu k dítěti, ale také na sebe přebírají odpovědnost.
- D. Aktivní účast žáka mění jeho roli. Není pasivním objektem působení učitele a rodičů, ale přebírá odpovědnost za výsledky reedukace. (Zelinková, 2007, s. 172)

3.6 Strategie tvorby IVP v České republice

Ze zahraničních zkušeností vyplynulo, že neexistuje optimální struktura IVP. Základní struktura IVP umožňuje reagovat na případné změny, je otevřená námětům a informacím dalších odborníků. Poznámky k jednotlivým bodům jsou vodítkem pro rozhodování učitele, zda ten který bod zařadí a v jakém rozsahu.

Individuální vzdělávací plán musí sledovat dvě základní roviny. První rovinou je obsah vzdělávání, určení metod a postupů. Ve druhé rovině sledujeme specifické obtíže, snažíme se omezit příznaky, eliminovat problémy a vyzdvihnout pozitivní oblasti vývoje dítěte. IVP je výsledkem spolupráce všech zúčastněných, je platformou pro spolupráci. (Zelinková, 2007, s. 173-174)

3.7 Tvorba IVP

Návrh na IVP byl poprvé vytvořen na základě pedagogických zkušeností a zahraniční literatury v roce 1994 a otištěn jako jedna z příloh v knize V. Mertina (1995). S různými

úpravami se používá na mnoha místech republiky a byl uveden v práci Z. Kaprové (1999). Obsahuje také podněty, které vzešly z řad posluchačů na kurzech, a respektují více než pětiletí zkušenosti pedagogické praxe.

Pro učitele jsou závazné učební osnovy. V rámci osnov však může provádět nezbytné úpravy. Za výsledky práce odpovídá ředitel školy. Integrovaný žák se závažným postižením si nemůže v odůvodněných případech osvojit učivo v plném rozsahu nebo je zvládá s použitím speciálních pomůcek. IVP může obsahovat také učivo, které je náplní osnov v nižších postupových ročnících. (Zelinková, 2007, s. 177)

3.8 Postup při konstrukci IVP

Práce na IVP by vždy měla být společným dílem všech zúčastněných – svůj podíl by měl mít třídní učitel, učitelé jednotlivých předmětů, výchovný poradce, školní psycholog a speciální pedagog. Je-li to nezbytné, mohou spolupracovat i přízvání odborníci z poradenských pracovišť nebo angažovaní rodiče, ale tvorba IVP je věcí a odpovědností školy. Odpovědnost jejích zaměstnanců za tvorbu IVP by proto měla být jejím vedením jednoznačně stanovena

1. Základem IVP je audit, jehož součástí jsou i odborná vyšetření.
2. Na základě provedeného auditu se analyzují vzdělávací cíle zvoleného vzdělávacího programu a rozhodne se, zda žák může tento vzdělávací program plnit. Není-li to možné, je třeba jej modifikovat, popřípadě zvolit jiný. Toto strategické rozhodnutí vytváří základní rámec IVP pro celou nebo podstatnou část školní docházky žáka, a teprve po jeho formulování lze přistoupit k plánování konkrétního ročníku a jednotlivých předmětů.
3. V návaznosti na vybraný vzdělávací program je vytvořen individuální učební plán žáka. Ten může kopírovat běžně používaný učební plán, ale v této fázi může také dojít k rozhodnutí o osvobození dítěte z výuky některého předmětu (podle § 50 školského zákona). Nutné je také zvážit nabídku volitelných a nepovinných předmětů a případně i zájmových kroužků, které by mohly přispět k naplnění cílů IVP.
4. Protože každý program realizují lidé, měla by se v této fázi věnovat pozornost možnostem personálního zajištění výuky. Entuziasmus a intuice mohou mnohému prospět, ale předpokladem kvalitní péče je kvalifikace. Ve škole, kde nejsou kvalifikovaní speciální pedagogové, bude nezbytné pověřit výukou žáků se zvláštními

vzdělávacími potřebami učitele, kteří prošli alespoň krátkodobými kurzy vztahujícími se k příslušné problematice (podle výsledků auditu). Měl by být vytipován alespoň jeden, který bude pověřen podle potřeb konkrétní školy koordinací, dohledem, supervizí, kontrolou apod. Pokud učitel žáky se zvláštními vzdělávacími potřebami vyučuje, je i v jeho zájmu, aby třeba i dodatečně prošel příslušným kvalifikačním kurzem. Nezbytné je také vyřešit účast případného pedagogického asistenta.

5. Po zvážení personální otázky je rozhodnuto o organizaci výuky. Jde zpravidla o volbu mezi zařazením žáka do běžné třídy nebo o vytvoření trvalých či dočasných skupin žáků s obdobnými problémy. Velmi významné je řešení celkového počtu žáků ve třídě (skupině). V možnostech školy většinou není radikální snížení tohoto počtu, ale zcela nevhodné je přibírání nových žáků se zvláštními vzdělávacími potřebami do početných tříd. Součástí IVP je rovněž organizace speciální pedagogické nebo psychologické péče, ať už zajišťované školou, nebo poradenskými pracovišti.

6. Specifické cíle jednotlivých předmětů musí být zformulovány. Učitelé zváží možnosti žáka vyplývající z auditu a rozhodnou o případné modifikaci cílů. Té přizpůsobí obsah a strukturu výuky. V této oblasti má IVP podobu běžného tematického plánu. Při jeho koncipování je vhodné zaměřit se nejen na předpokládaný průběh výuky podle struktury učebnice, ale i na další aspekty, které bývají běžně opomíjeny – na regionální zaměření učiva, na doprovodné akce (vycházky, cvičení v terénu apod.), na hledání mezipředmětových souvislostí, na výběr materiálu vhodného pro splnění konkrétních cílů (např. při volbě knihy pro společnou četbu je pro dyslektika poměrně zásadní i přiměřená velikost písma), na důsledné rozlišování učiva základního a rozšiřujícího (zvláště v souvislosti s učebnicemi, které jsou často přetížené pojmy a rozsáhlou faktografií).

7. Je nutné zamyslet se nad formami a metodami výuky. Obecně lze říci, že žáci se zvláštními vzdělávacími potřebami mají zvýšenou potřebu názornosti. Ani ostatním dětem neuškodí, bude -li výuka méně teoretická a více podložená materiálně, manipulačními a demonstračními pomůckami.

Významné je také vědomí, že osvojované znalosti a dovednosti mají mít praktické uplatnění. Lze též konstatovat, že nevhodnou metodou prostřednictvím žáka s poruchami učení poznáme rychleji než prostřednictvím běžné třídy – efekty nevhodného postupu se kumulují a vyniknou. Některé metody bývají zvláště pro žáky s poruchami učení přímo

kontraproduktivní a měly by být nahrazeny jinými (např. oblíbené pětiminutovky, pravopisné nebo početní diktáty, nadělají zpravidla více škody než užitku).

8. Vhodnou součástí konstrukce IVP je rovněž zvážení potřeby kompenzačních pomůcek, speciálních učebních pomůcek, učebnic a učebních textů a jejich včasné zajištění. Materiální podpora by se přitom měla týkat veškeré výuky, nikoli např. pouze práce v dyslektickém kroužku. Kromě běžného vybavení (čtecím okénkem, bzučákem apod.) hledáme také cesty k rozšíření přístupu žáků k pomůckám, ke kterým se běžně nedostanou, např. k počítačům, do jazykové laboratoře, do odborné pracovny.

(Pomůcky pro potřeby vzdělávání integrovaných žáků lze pořídit i zapůjčením v příslušném speciálně pedagogickém centru. Tato možnost se týká zejména žáků se smyslovým postižením.)

9. Hodnocení žáka v režimu IVP bývá ve školské praxi vnímáno jako zásadní problém.

10. Nalezení efektivních forem komunikace s rodiči je základním předpokladem koordinovaného postupu školy a rodiny. Mnozí učitelé si stěžují, že s některými rodinami nelze spolupráce dosáhnout vůbec, ale pokud je tato oblast v IVP zmíněna, je zpravidla odbyta větou typu „spolupráce s rodinou není“ nebo „spolupráce s rodinou je dobrá“. O hodnocení úrovně této spolupráce přitom vůbec nejde. Nejde ani o časté přenášení práce školy na rodiče, o jejich úkolování ve stylu „denně číst nahlas“ apod. Formální přístup některých škol k této součásti IVP je většinou spíše dokladem jejich bezradnosti. Hodnotící až odsuzující postoj školy vůči rodičům nikdy k nalezení společné komunikační roviny nevede. Má-li jít o skutečnou komunikaci s obousměrným tokem informací, nikoli o jejich jednosměrné předávání, je nutné hledat partnerský vztah, jehož jednotlivým prvkem je zájem dítěte. Pokud má být zajištěna kvalitní výměna informací, musí být zajištěna dostatečná kapacita přenosových cest a k tomu využít všechny dostupné prostředky (kromě třídní schůzky a žákovské knížky např. pravidelné konzultační hodiny, výměnu telefonních čísel, využití e-mailu, SMS).

11. Předposlední součástí konstrukce IVP je určení podílu žáka na jeho realizaci. Charakter tohoto vlivu musí odpovídat věku žáka a jeho individuálním možnostem. Je absurdní požadovat např. závazky typu „budu se více učit“. Obsahem spolupráce žáka mohou být spíše záležitosti spojené s organizací (žák ví, že v úterý třetí hodinu má jít o patro výš do skupinky k počítačům), péče o svěřené pomůcky (kompenzační pomůcky žák přinese tehdy a tehdy) apod.

12. Posledním krokem je plán finančního zajištění zvýšených nákladů spojených s výukou žáka a zabezpečením jeho vzdělávacích potřeb. Plán by měl obsahovat část zdrojů (většinou půjde o navýšení příspěvku ze státního rozpočtu, ale možné jsou i subvence a dary rodičů, charitativních organizací, granty apod.) a část výdajů (určení prostředků na platy a pomůcky).

Takto sestavený IVP může mít různou formální podobu, která může být v průběhu vzdělávání žáka upravována a přizpůsobována proměnlivým podmínkám. Proces péče o žáka se zvláštními vzdělávacími potřebami je samozřejmě otevřený a IVP nelze brát jako dogma. Naproti tomu je nutné vnímat riziko, že zůstane pouze na papíře – proto je nutné podrobit jej vyhodnocení. (<http://clanky.rvp.cz/clanek/o/z/16427/JAK-NAPSAT-A-POUZIVAT-INDIVIDUALNI-VZDELAVACI-PROGRAM-KONSTRUKCE-IVP-A-NEJCASTEJSI-OMYLY.html/>)

PRAKTICKÁ ČÁST

4 Dotazníkové šetření

4.1 Formulace problému

V bakalářské práci se věnuji průzkumu integrace dětí s poruchami chování a učení na základní škole. Dotazníkovým šetřením se snažíme zjistit postoje pedagogů k integraci dětí s poruchami chování a učení na základní škole.

4.2 Cíle průzkumu

Hlavní cíl průzkumu

Cílem praktické části bakalářské práce je pomocí dotazníkového šetření zjistit, jaké jsou postoje pedagogů k integraci dětí s poruchami chování a učení na základní škole.

Dílčí cíle průzkumu

1. Zjistit, zda pedagogové souhlasí s integrací dětí s poruchami chování a učení na základní škole.
2. Zjistit, zda se pedagogové podílí na přípravě individuálně vzdělávacího plánu pro děti s poruchami chování a učení.
3. Zjistit, zda se na přípravě individuálně vzdělávacího plánu pro děti s poruchami chování a učení, podílí i rodiče těchto žáků.
4. Zjistit, co pedagogové považují za nejdůležitější při vzdělávání dětí s poruchami chování a učení.

4.3 Charakteristika souboru

Pro zpracování praktické části bakalářské práce jsme rozdali celkem 60 dotazníků. Vyplněno bylo 54 dotazníků.

4.4 Metoda sběru dat

K získání informací, které jsou podstatné pro zjištění postojů pedagogů k integraci dětí s poruchami chování a učení na základní škole, jsme si vybrali metodu anonymního dotazníkového šetření. Pro svůj průzkum jsme zvolili nestandardizovaný dotazník,

sestavený z 15 otázek, z toho 5 bylo uzavřených, 4 polouzavřených otázek a 6 otevřených.

4.5 Organizace průzkumu

Předem připravený dotazník jsme distribuovali v základních školách ve středních Čechách.

Před zahájením dotazníkového průzkumu jsme získali souhlas s provedením dotazníkového šetření od vedení škol. Dotazníkové šetření probíhalo od 14. 10. 2013 do 29. 11. 2013. Všichni respondenti byli řádně seznámeni o účelu dotazníku, včetně toho, jakým způsobem ho mají vyplňovat.

4.6 Výsledky průzkumu

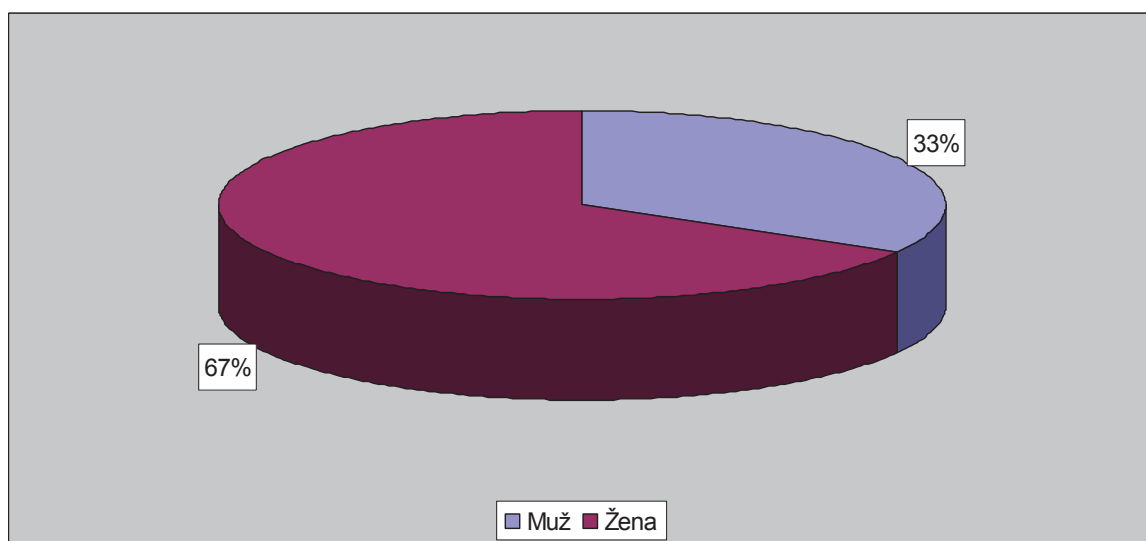
Otázka č. 1

Jaké je vaše pohlaví?

Tab. č.1 Pohlaví respondentů

Možnosti	Počet respondentů (n)	Odpověď respondentů v %
Muž	18	33,33
Žena	36	66,67
Celkem	54	100

Graf č.1 Pohlaví respondentů



Graf 1: Grafické znázornění Tab. 1

Mužské pohlaví uvedlo 18 (33 %) respondentů a ženské pohlaví uvedlo 36 (67 %) respondentů.

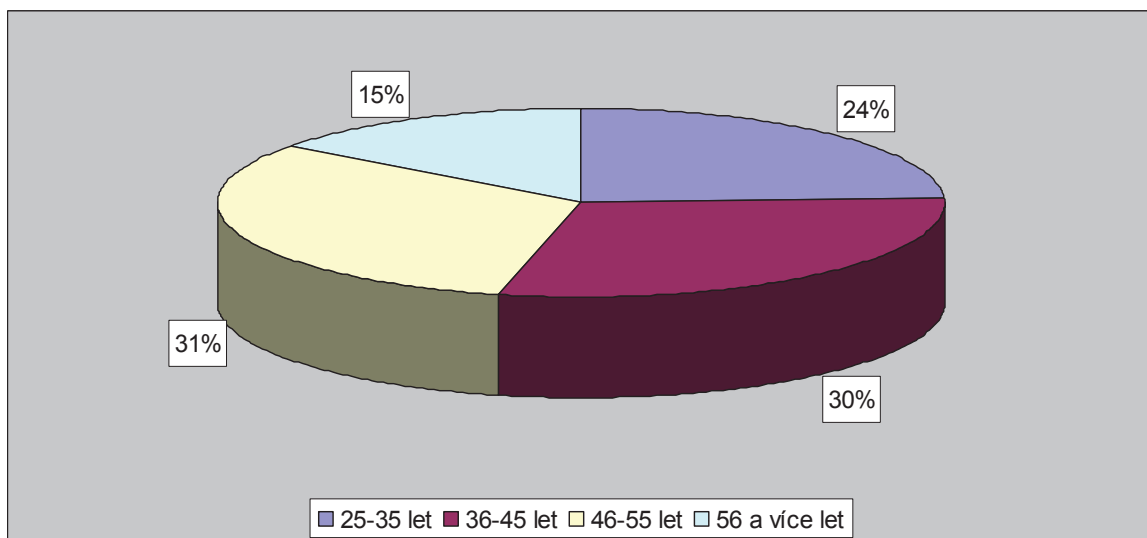
Otázka č. 2

Kolik je vám let?

Tab.č. 2 Věk respondentů

Možnosti	Počet respondentů (n)	Odpověď respondentů v %
25-35 let	13	24,07
36-45 let	16	29,63
46-55 let	17	31,48
56 a více let	8	14,81
Celkem	54	100

Graf č.2 Věk respondentů



Graf 2 Grafické znázornění Tab. 2

Do věkové kategorie 25-35 let se zařadilo 13 (24 %) respondentů, ve věkové kategorii 36-45 let je 16 (30 %) z dotázaných, věku 46-55 let dosahuje 17 (31 %) respondentů a zbývajícím 8 (15 %) je 56 a více let.

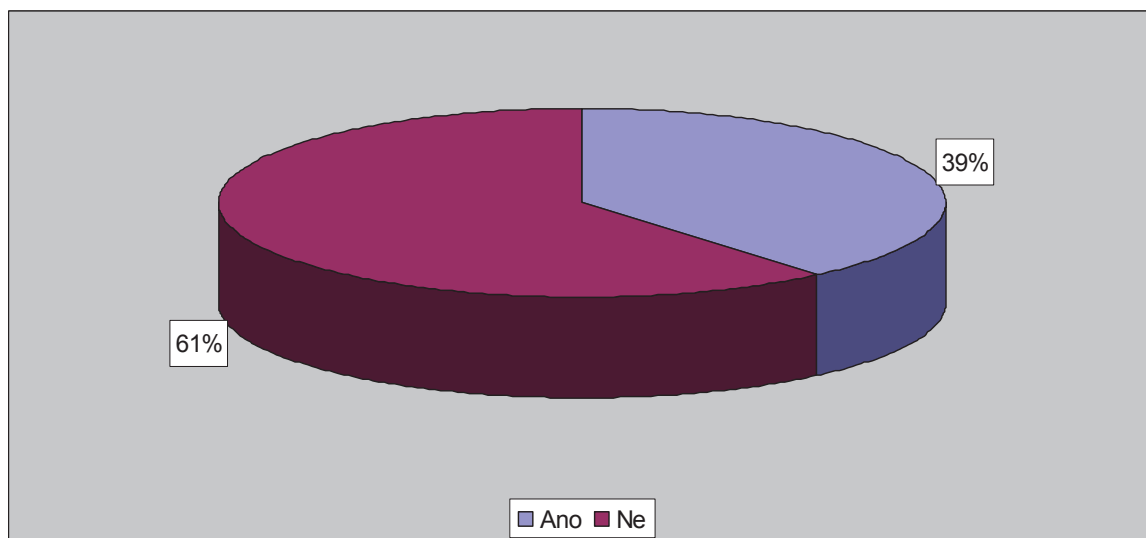
Otázka č. 3

Vystudoval/a jste obor speciální pedagogika?

Tab.č. 3 Speciální pedagogika

Možnosti	Počet respondentů (n)	Odpověď respondentů v %
Ano	21	38,89
Ne	33	61,11
Celkem	54	100

Graf č.3 Speciální pedagogika



Graf 3 Grafické znázornění Tab. 3

Speciální pedagogiku vystudovalo 21 (39 %) respondentů a 33 (61 %) respondentů, odpovědělo na tuto otázku záporně.

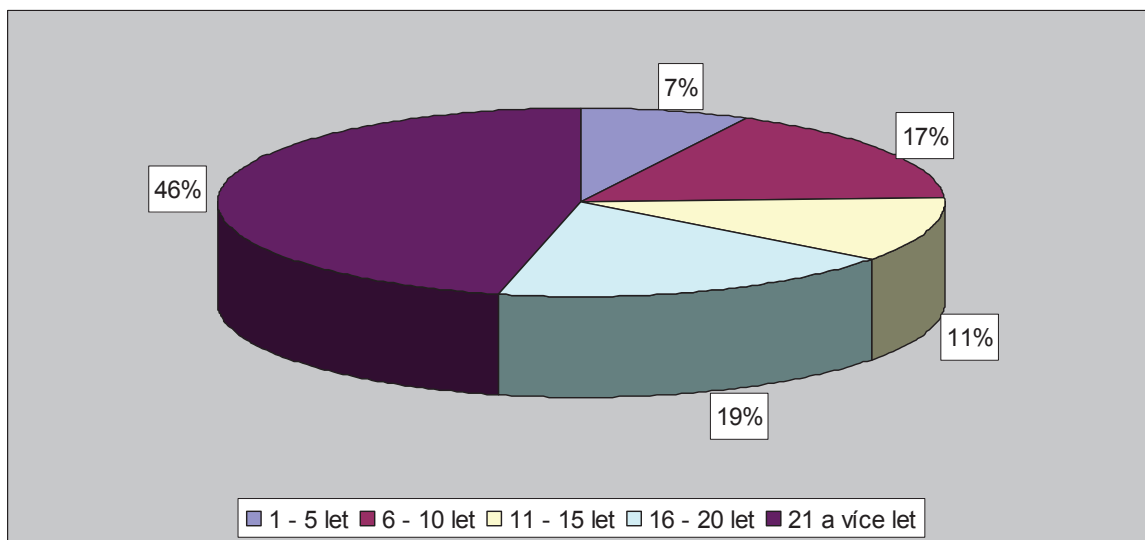
Otázka č. 4

Délka Vaší praxe?

Tab.č. 4 Délka praxe

Možnosti	Počet respondentů (n)	Odpověď respondentů v %
1-5 let	4	7,41
6-10 let	9	16,67
11-15 let	6	11,11
16-20 let	10	18,52
21 a více let	25	46,30
Celkem	54	100

Graf č.4 Délka praxe



Graf 4 Grafické znázornění Tab. 4

V první kategorii 1-5 let jsou 4 (7 %) respondenti, 9 (17 %) respondentů je v kategorii 6-11. Délku praxe 11-15 uvedlo 6 (11 %) respondentů. V kategorii 16-20 let je 10 (19 %) respondentů. Nejvíce respondentů 25 (46 %) uvedlo délku praxe 21 a více let.

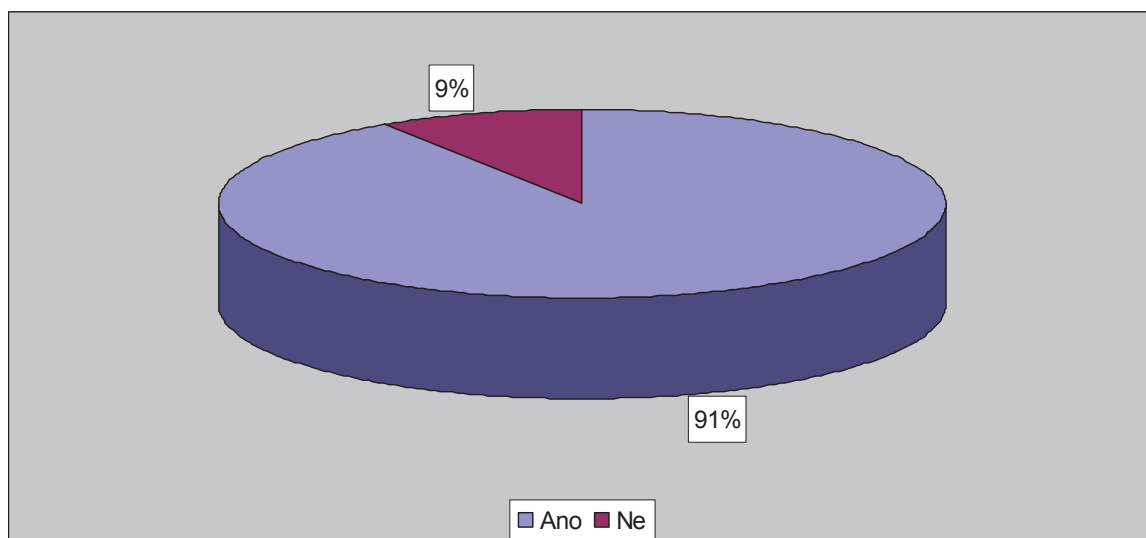
Otázka č. 5

Souhlasíte s integrací dětí s poruchami chování a učení na základní škole?

Tab.č. 5 Souhlas s integrací

Možnosti	Počet respondentů (n)	Odpověď respondentů v %
Ano	49	90,74
Ne	5	9,26
Celkem	54	100

Graf č.5 Souhlas s integrací



Graf 5 Grafické znázornění Tab. 5

S integrací žáků s poruchou chování souhlasí 49 (91 %) respondentů, záporně se vyjádřilo 5 (9 %) respondentů.

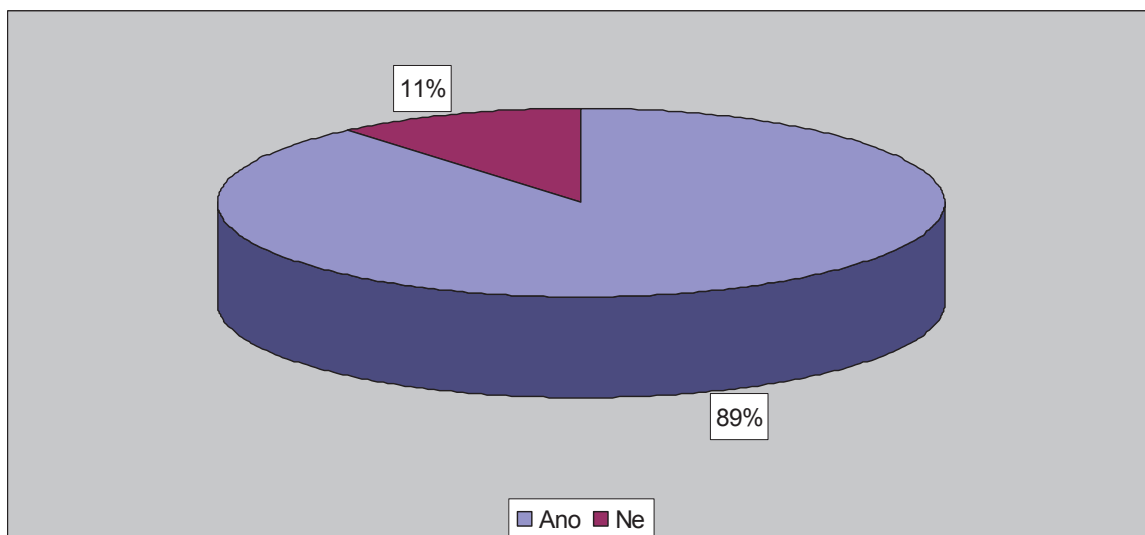
Otázka č. 6

Máte ve třídě žáka, který je integrovaný?

Tab. 6 Integrovaný žák ve třídě

Možnosti	Počet respondentů (n)	Odpověď respondentů v %
Ano	48	88,89
Ne	6	11,11
Celkem	54	100

Graf č. 6 Integrovaný žák ve třídě



Graf 6 Grafické znázornění Tab. 6

Integrovaného žáka má ve třídě 48 (89 %) respondentů, dalších 6 (11 %) respondentů, integrovaného žáka ve třídě nemají pro tento školní rok. Respondenti, uvedli v průměru dva integrované žáky na třídu, nikdo neuvedl více než tři žáky na třídu.

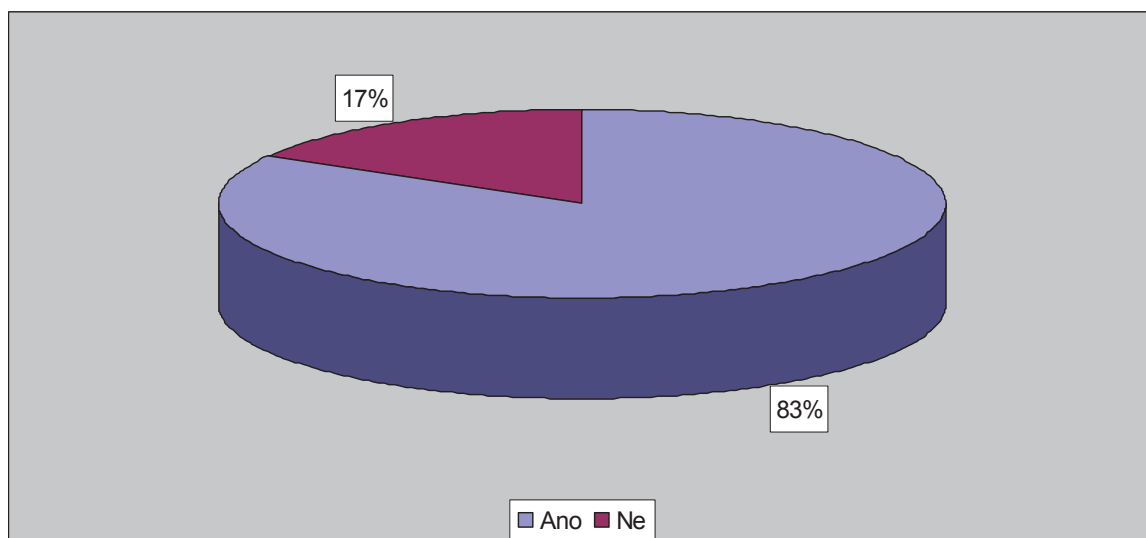
Otázka č. 7

Podílíte se na přípravě individuálního vzdělávacího plánu, pro takového žáka?

Tab. 7 Příprava vzdělávacích plánu

Možnosti	Počet respondentů (n)	Odpověď respondentů v %
Ano	45	83,33
Ne	9	16,67
Celkem	54	100

Graf č. 7 Příprava vzdělávacího plánu



Graf 7 Grafické znázornění Tab. 7

Na přípravě individuálního vzdělávacího plánu se podílí 45 (83 %) respondentů, devět (17 %) respondentů se nepodílí. Výsledek této otázky byl ovlivněn těmi pedagogy, kteří u otázky 6 odpověděli, že nemají integrovaného žáka ve třídě.

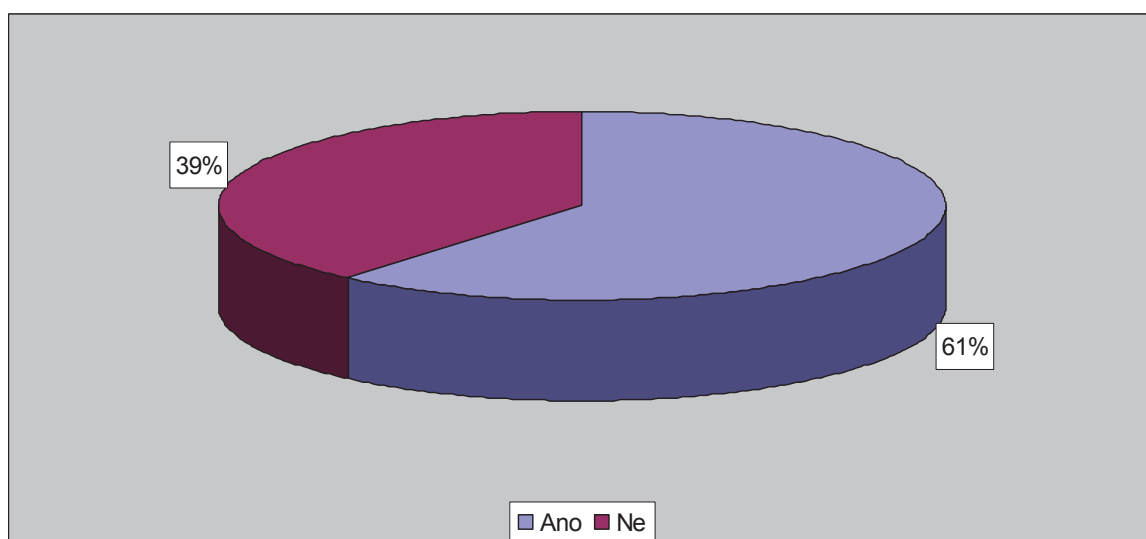
Otázka č. 8

Spolupracují s Vámi při přípravě IVP i další pedagogové?

Tab. 8 Spolupráce pedagogů

Možnosti	Počet respondentů (n)	Odpověď respondentů v %
Ano	33	61,11
Ne	21	38,89
Celkem	54	100

Graf č. 8 Spolupráce pedagogů



Graf 8 Grafické znázornění Tab. 8

Spolupráci s jiným pedagogem uvedlo 33 (61 %) respondentů a 21 (39 %) uvedlo, že s jiným pedagogem nespolupracuje.

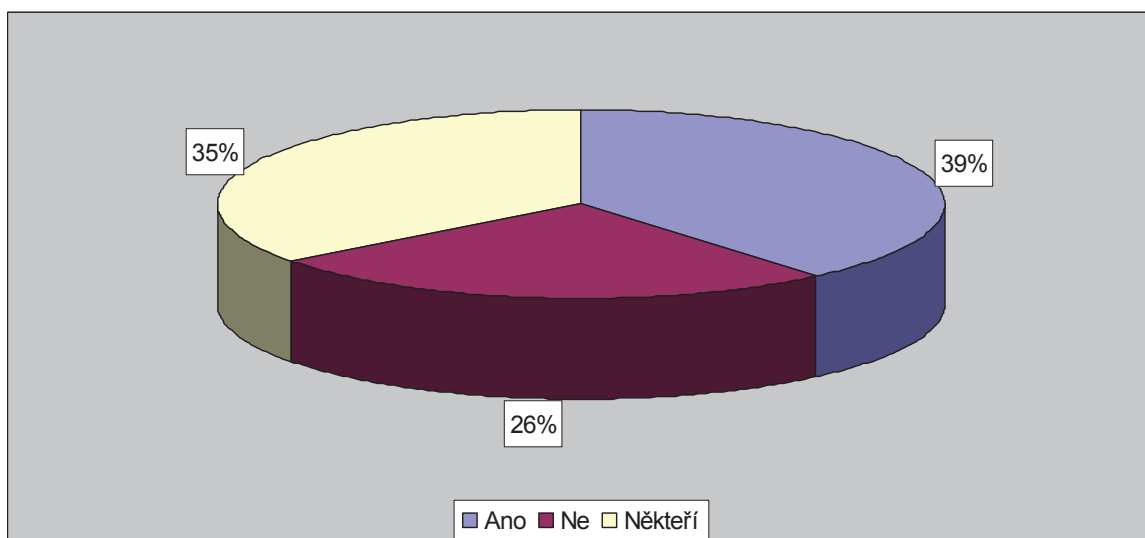
Otázka č. 9

Spolupracují s Vámi při přípravě IVP rodiče žáka?

Tab. 9 Spolupráce s rodiči

Možnosti	Počet respondentů (n)	Odpověď respondentů v %
Ano	21	38,89
Ne	14	25,93
Někteří	19	35,19
Celkem	54	100

Graf č. 9 Spolupráce s rodiči



Graf 9 Grafické znázornění Tab. 9

Že rodiče spolupracují, uvedlo 21 (39 %) respondentů, 14 (26 %) respondentů odpovědělo, že s nimi rodiče nespolupracují a 19 (35 %) respondentů uvádí, že spolupracují jen s některými rodiči.

Otázka č. 10

Co Vy osobně považujete za nejdůležitější při vzdělávání takového žáka?

Nejčastější odpovědi:

- Zapojování žáka do všedního režimu
- Zapojování ho do všech činností a pomoci mu
- Přípravenost, toleranci
- Odbornou péči
- Možnost zapojit se s ostatními dětmi ve třídě
- Osobní přístup všech zúčastněných
- Vstřícnost, pochopení, toleranci
- Důslednost

Otázka č. 11

Jaký mají podle Vás vztah ostatní spolužáci k takovému žákovi?

Nejčastější odpovědi:

- Dobrý, berou ho naprosto normálně
- Velice dobrý, nejsou žádné problémy
- Kamarádský
- Normální jako ke všem ostatním spolužákům
- Jak kdy, někdy jsou problémy, když má tento žák úlevy
- Vztahy jsou rozdílné. Někteří to nevnímají, jiní jsou dotčeni, že má žák úlevy
- Berou je jinak, moc se nekamarádí

Otázka č. 12

Jaká je spolupráce s rodiči žáků s poruchami chování a učení?

Nejčastější odpovědi:

- Dobrá, rodiče se snaží, jsou vstřícní
- Mohla by být lepší
- Dobrá, pravidelné konzultace

- Uspokojivá, někdy se vyskytnou problémy, ale většinou se vše rychle vyjasní
- Výborná, rodiče se maximálně snaží
- Jak kdy, někdy se vyskytnou menší problémy
- Mám zaveden notýsek, kam denně píše sdělení rodičům a oni mě
- Dobrá, ale mohla by být lepší

Otázka č. 13

Kde získáváte nové informace o vzdělávání žáků s poruchami chování a učení?

Nejčastější odpovědi:

- Na internetu, různé odborné stránky
- Studium odborné literatury
- Učitelské noviny, dyscentrum, knihy
- Přednášky
- Studium Speciální pedagogiky, spolupráce s SPC
- Dyscentrum, kde jsou kurzy
- Přednášky, porady

Otázka č. 14

V čem vidíte největší problémy/potíže při integraci dětí s poruchami chování a učení?

Nejčastější odpovědi:

- Žádné nevidím
- Někdy v nedostatku peněz na asistenty, když je to nutné
- Malá informovanost veřejnosti
- V ničem
- Problémy nemáme
- Je to mnoho práce
- Žáci a rodiče nejsou připraveni a informováni o integraci dětí
- Občas ve spolupráci s rodiči

Otázka č. 15

Myslíte si, že by se něco mělo v celém integračním procesu změnit?

Nejčastější odpovědi:

- Ano, mělo by být více asistentů, je jich nedostatek, platy jsou malé, finančně málo ohodnoceno
- Dělat toho více pro ostatní žáky
- Ne, nevím o ničem, co by se dalo změnit
- Ne, myslím, že se nic měnit nemusí
- Ano, mělo by být více asistentů
- Ano, více integrovaného žáka podporovat
- Ne
- Víc integrovaného žáka podporovat a informovat

Závěr šetření

Smyslem průzkumu bylo zjistit postoje pedagogů k integraci dětí s poruchami chování a učení na základní škole.

1. dílčím cílem bylo zjistit, zda pedagogové souhlasí s integrací dětí s poruchami chování a učení na základní škole. S integrací dětí s poruchami chování a učení na základní škole souhlasí 49 respondentů a pouze 5 jich nesouhlasí. Ze 49 respondentů - pedagogů, kteří souhlasí s integrací dětí s poruchami chování a učení na základní škole je 34 žen a 15 mužů. Nejvíce respondentů, kteří souhlasí s integrací těchto žáků, je ve věkové kategorii 46 – 55 let, těchto respondentů bylo 17, zároveň má 14 z těchto respondentů vystudovanou speciální pedagogiku a také praxi v oboru 21 let a více. Čtyři respondenti, kteří nesouhlasí s integrací těchto žáků na základní škole, nemají vystudovaný obor speciální pedagogiky. Výsledky související s tímto cílem nebyly překvapivé. Většina souhlasí s integrací těchto žáků.

2. dílčím cílem bylo zjistit, zda se pedagogové podílí na přípravě individuálně vzdělávacího plánu pro děti s poruchami chování a učení. Na přípravě individuálního vzdělávacího plánu se podílí 45 respondentů, z čehož je 33 žen - pedagogů a 12 mužů – pedagogů. Dvacet respondentů, kteří se podílí na přípravě vzdělávacího plánu, má vystudováno obor speciální pedagogika. To, jestli se respondenti podílí na přípravě individuálně vzdělávacího programu, bylo ovlivněno délkou praxe, nejčastěji se na IVP podílí pedagogové, kteří mají délku praxe 16 – 20 let a více let praxe. Výsledky související s tímto cílem nabyly překvapivé. To jestli se pedagogové podílí na přípravě IVP, bylo ovlivněno délkou praxe a také tím, zda mají vystudovaný obor speciální pedagogika.

3. dílčím cílem bylo zjistit, zda se na přípravě individuálně vzdělávacího plánu, pro děti s poruchami chování a učení, podílí i rodiče těchto žáků. 21 respondentů odpovědělo na otázku, zda s nimi při přípravě individuálního vzdělávacího plánu spolupracují rodiče integrovaných žáků, ano, 14 respondentů odpovědělo, že s nimi rodiče na individuálním vzdělávacím plánu nespolupracují a 19 respondentů odpovědělo, že s nimi spolupracují jen někteří rodiče. Pět respondentů, kteří odpověděli záporně, však ve své třídě žádného integrovaného žáka nemá. Výsledky související s tímto cílem nebyly překvapivé. Většina respondentů uvedla, že s nimi rodiče spolupracují

4. dílčím cílem bylo zjistit, co pedagogové považují za nejdůležitější při vzdělávání dětí s poruchami chování a učení. Nejčastější odpovědi respondentů se týkaly zapojování žáka do všedního režimu, do všech činností a pomoci při nich. Někteří respondenti za nejdůležitější považují připravenost a toleranci, ale i důslednost, a osobní přístup všech zúčastněných. Někteří respondenti za nejdůležitější považují i odbornou péči. Výsledky související s tímto cílem nebyly překvapivé. Odpovědi byli nakombinované a bylo z nich patrné, že respondenti odpovídají dle svých zkušeností.

ZÁVĚR

Dítě se specifickými poruchami chování a specifickými poruchami učení má stejnou potřebu vzdělání, vnímání a poznávání okolního světa jako běžné děti. Proto vytvoření podmínek, které umožní jeho úplný rozvoj, by mělo být hlavním cílem těch, kteří o něj pečují. Ať už se jedná o rodiče nebo pedagogy nebo speciální pracovníky, kteří mají možnost tyto procesy velmi ovlivnit.

Z poznatků shromážděných v dotazníkovém šetření jsem zjistila, že většina respondentů souhlasí s integrací žáka s poruchami chování a učení na základní škole. To jestli s integrací souhlasí, nesouvisí s tím, jestli se jedná o ženu – pedagoga nebo muže – pedagoga, ani s délkou praxe nebo tím, jestli respondenti mají vystudovaný obor speciální pedagogika. Zjištěno také bylo, že pedagogové, kteří se podílí na přípravě individuálně vzdělávacím plánu, mají více let praxe a většina má vystudovaný obor speciální pedagogika. Většina respondentů také uvedla, že s nimi rodiče spolupracují, že spolupráce je většinou dobrá, rodiče chodí na konzultace a projevují velký zájem. Někteří pedagogové uvedli, že by spolupráce mohla být lepší, někdy se vyskytnou menší problémy.

Každý z respondentů se během své praxe setkal s integrovaným žákem, který byl v rámci možností bezproblémový, spolupráce s rodiči byla dobrá, avšak setkal se i s žáky a rodiči, se kterými se spolupracovalo těžko, a museli řešit různé problémy. Všichni respondenti se během své praxe setkali s integrovanými žáky, i když v současnosti třeba žádného ve své třídě nemají.

Výsledky tohoto průzkumu nebyly vesměs překvapivé ani převratné, avšak odpovědi pedagogů byly zajímavé a mohly by být přínosné. Celý systém integrace dětí s poruchami chování a učení není bez chyby a tak by názory a zkušenosti pedagogů, kteří s těmito dětmi pracují, mohly být přínosné pro možné a někdy nezbytné změny. Zajisté by byly také dobré znát názory rodičů, jak oni pohlízejí na integraci dětí s poruchami chování a učení do běžných škol. Toto téma by mohlo být námětem dalšího výzkumného šetření.

Děti s tímto handicapem jsou vystavováni velkému tlaku, jednak ze strany učitele a jednak ze strany spolužáků. Někdy i ze strany rodičů. Navíc se musejí se specifickou poruchou chování a specifickou poruchou učení potýkat i v pozdějším věku, kdy je

potřeba rozhodnout se o budoucí profesi, která by je měla provázet po celý zbytek života.

K zajištění dobrých podmínek integrace žáků se specifickými poruchami chování a specifickými poruchami učení, je zlepšení celkového počtu žáků ve třídě a zároveň navýšení počtu kvalifikovaných pracovníků, kteří usnadní a zkvalitní dětem s touto poruchou cestu za vzděláním. Bohužel z finančních důvodů není možné, zajistit těmto dětem, aby běžné školy mohly zaměstnat pedagoga a speciálního pedagoga či asistenta. V tomto vidím největší problém dnešní školství.

Naštěstí dnešní společnost pokročila v názorech na pochopení této problematiky, těmto dětem již dokážeme pomoci a podpořit je v jejich vzdělávání. Cílem nás všech je dosažení optimálního stavu dítěte a zajištění jeho další profesní a životní dráhy s důrazem na aktivní uplatnění ve společnosti.

Cílem bakalářské práce bylo zjištění, názorů pedagogů na integraci dětí se specifickou poruchou chování a učení. Na základě zjištěných skutečností dotazníkovým šetřením lze konstatovat, že cíl práce průzkumu byl naplněn. Pro problematiku v této oblasti by bylo jistě přínosné, kdyby se dotazníkového šetření zúčastnilo větší množství respondentů.

LITERATURA A JINÉ ZDROJE

Seznam použitých českých zdrojů

BARTOŇOVÁ, Miroslava. *Specifické poruchy učení: Text k distančnímu vzdělávání*. Brno: Paido, 2012. ISBN 978-80-7315-232-1.

BARTOŇOVÁ, Miroslava a Marie VÍTKOVÁ. *Strategie ve vzdělávání žáků se speciálními vzdělávacími potřebami a specifické poruchy učení*. Brno: Paido, 2007. ISBN 978-80-7315-140-9.

BARTOŇOVÁ, Miroslava. *Kapitoly ze specifických poruch učení I: Vymezení současné problematiky*. Brno: Masarykova univerzita, 2007. ISBN 978-80-210-3613-0.

BARTOŇOVÁ, Miroslava. *Kapitoly ze specifických poruch učení II: Reeducace specifických poruch učení*. Brno: Masarykova univerzita, 2007. ISBN 978-80-210-3822-6.

JANKŮ, K. *Dítě s poruchou chování a emocí*. 1.vyd. Ostrava: Ostravská univerzita, 2009. ISBN 978-80-7368-764-9.

JUCIVIČOVÁ, Drahomíra a Hana ŽÁČKOVÁ. *Neklidné a nesoustředěné dítě ve škole a v rodině*. 1. vyd. Praha: Grada, 2010. ISBN 978-80-247-2697-7.

MATĚJČEK, Zdeněk. *Dyslexie - specifické poruchy čtení*. Praha: HaH, 1993. ISBN 80-85467-56-9.

MATĚJČEK, Z. *Rodiče a děti*. 2. vyd. Praha: Avicenum, 1989

MICHALOVÁ, Z. *Specifické poruchy učení a chování*. 1.vyd. Praha: UK - PedF, 2003. ISBN 80-7290-115-X

MICHALOVÁ, Z. *Sondy do problematiky specifických poruch chování*. 1. vyd. Havlíčkův Brod: Tobiáš, 2007. ISBN 80-7311-075-X.

MUNDEN, Alison a Jon ARCELUS. *Poruchy pozornosti a hyperaktivita*. Praha: Portál, 2002. ISBN 80-7178-625-X.

NÝVLTOVÁ, Václava. *Psychopatologie pro speciální pedagogy*. Praha: UJAK, 2010. ISBN 978-80-86723-85-3

ŘÍČAN, P.; KREJČÍŘOVÁ, D, et al. *Dětská klinická psychologie*. 4. vyd., Praha: Grada, 2006. 604 s. ISBN 80-247-1049-8.

VÁGNEROVÁ, M. *Psychopatologie pro pomáhající profese*. 3. rozšířené vyd., Praha: Portál, 2004. 870 s. ISBN 80-7178-802-3.

ZELINKOVÁ, Olga. *Poruchy učení*. Praha: Portál, 2009. ISBN 978-80-7367-514-1.

ZELINKOVÁ, Olga. *Pedagogická diagnostika a individuální vzdělávací program*. Praha: Portál, 2007. ISBN 978-80-7367-326-0.

Seznam použitých internetových zdrojů

Diagnostika a typy ADHD. *ADHD asociace dospělých pro hyperaktivní děti* [online]. Asociace dospělých pro hyperaktivní děti, 2009 [cit. 2013-02-20]. Dostupné z: <http://www.adehade.cz/diagnostika/diagnostika-a-typy-adhd/>

HYPERKINETICKÁ PORUCHA (ADHD). 2007, 3 s. Dostupné z: www.fnbrno.cz/data/files/PK/Nemoci/ADHD.doc

KAPRÁLEK, Karel. Jak napsat a používat individuální vzdělávací program: Konstrukce IVP a nejčastější omyly. *Metodický portál inspirace a zkušenosti učitelů* [online]. 2011 [cit. 2013-05-22]. Dostupné z: <http://www.clanky.rvp.cz/clanek/o/z/16427/JAK-NAPSAT-A-POUZIVAT-INDIVIDUALNI-VZDELAVACI-PROGRAM-KONSTRUKCE-IVP-A-NEJCASTEJSI-OMYLY.html/>

MALÁ, Eva. *Mé dítě má ADHD Co dál: Návodná příručka pro rodiče dětí s ADHD*. Praha. Dostupné z: http://www.atos-os.cz/files/01_zakladni_info/brozura_ADHD.pdf

Porucha pozornosti a hyperaktivita. *Odborné články a informace* [online]. [cit. 2013-02-20]. Dostupné z: <http://www.pppnj.adslink.cz/data/odborneclanky/adhd.html>

Příčiny specifických poruch učení. *Specifické poruchy učení* [online]. 2012 [cit. 2013-05-22]. Dostupné z: http://www.ukolczu.jecool.net/?page_id=2

SPECIFICKÉ PORUCHY CHOVÁNÍ. *Pedagogicko - psychologická poradna Královehradeckého kraje, pracoviště Náchod* [online]. [cit. 2013-02-20]. Dostupné z: http://www.pppnachod.cz/poruchy_chovani.php

SEZNAM ZKRATEK

ADD	Porucha pozornosti (Attention Deficit Disorder)
ADHD	Poruchou pozornosti s hyperaktivitou (Attention Deficit Hyperactivity Disorder)
atd.	a tak dále
CNS	Centrální nervová soustava
č.	číslo
EEG	Elektroencefalografické vyšetření
IVP	Individuální vzdělávací plán
LMD	Lehká mozková dysfunkce
MMD	Malá mozková dysfunkce
MKN	Mezinárodní klasifikace nemocí
PPP	Pedagogicko – psychologická poradna
s.	strana
SPC	Speciálně pedagogické centrum
SPCH	Specifické poruchy chování
SPU	Specifické poruchy učení
tzv.	takzvaně
VPU	Vývojové poruchy učení

SEZNAM TABULEK A GRAFŮ

Seznam tabulek

Tabulka 1: Pohlaví respondenta.....	44
Tabulka 2: Věk respondentů.....	45
Tabulka 3: Speciální pedagog.....	46
Tabulka 4: Délka praxe.....	47
Tabulka 5: Souhlasí s integrací	48
Tabulka 6: Integrovaný žák ve třídě.....	49
Tabulka 7: Příprava IVP	50
Tabulka 8: Spolupráce pedagogů.....	51
Tabulka 9: Spolupráce s rodiči.....	52

Seznam grafů

Graf 1: Pohlaví respondenta.....	44
Graf 2: Věk respondentů.....	45
Graf 3: Speciální pedagog.....	46
Graf 4: Délka praxe.....	47
Graf 5: Souhlasí s integrací	48
Graf 6: Integrovaný žák ve třídě.....	49
Graf 7: Příprava IVP	50
Graf 8: Spolupráce pedagogů.....	51
Graf 9: Spolupráce s rodiči.....	52

SEZNAM PŘÍLOH

Příloha A - Dotazník pro učiteleI

PŘÍLOHY

Příloha A – Dotazník pro učitele

Vážená paní učitelko, pane učiteli,
jmenuji se Petra Kostecká a jsem studentka 3. ročníku univerzity J. A. Komenského, oboru speciální pedagogika – vychovatelství. Téma mé bakalářské práce je Speciální vzdělávací potřeby integrovaného dítěte s poruchami chování a s poruchami učení. Součástí bakalářské práce je i tento dotazník, za jehož vyplnění Vám děkuji.

1) Jste:

Muž

Žena

2) Kolik je Vám let?

25 – 35 let

36 – 45 let

46 – 55 let

56 a více

3) Vystudoval/a jste obor speciální pedagogika?

Ano

Ne - Jaký obor máte vystudovaný?

4) Délka Vaší praxe?

1 – 5 let

6 – 10 let

11 – 15 let

16 – 20 let

21 let a více

5) Souhlasíte s integrací dětí s poruchami chování a učení na základní škole?

Ano

Ne – Proč ne?

6) Máte ve třídě žáka/y, který je integrovaný?

Ano – kolik integrovaných žáků ve své třídě máte?

Ne

7) Podílíte se na přípravě individuálně vzdělávacího plánu, pro takového žáka?

Ano

Ne

8) Spolupracují s Vámi při přípravě IVP i další pedagogové?

Ano – kteří?

Ne

9) Spolupracují s Vámi při přípravě IVP rodiče žáka?

Ano

Ne

Někteří

10) Co Vy osobně považujete za nejdůležitější při vzdělávání takového žáka?

.....

11) Jaký mají podle Vás vztah ostatní spolužáci k takovému žákovi?

.....

12) Jaká je spolupráce s rodiči žáků s poruchami chování a učení?

.....

13) Kde získáváte nové informace o vzdělávání žáků s poruchami chování a učení?

.....

14) V čem vidíte největší problémy/potíže při integraci dětí s poruchami chování a učení?

.....

15) Myslíte si, že by se něco mělo v celém integračním procesu změnit?

.....

BIBLIOGRAFICKÉ ÚDAJE

Jméno autora: Petra Kostecká

Obor: Speciální pedagogika - vychovatelství

Forma studia: kombinované studium

Název práce: Speciálně vzdělávací potřeby integrovaného dítěte s poruchami chování a učení

Rok: 2014

Počet stran textu bez příloh: 56

Celkový počet stran příloh: 3

Počet titulů českých použitých zdrojů: 16

Počet internetových zdrojů: 7

Vedoucí práce: Doc.PeadDr.Eva Šotolová Ph.D.