

UNIVERZITA KARLOVA V PRAZE
HUSITSKÁ TEOLOGICKÁ FAKULTA

Katedra psychosociálních věd

Magisterská práce

Specifické poruchy učení u dospělých jedinců

Adults with Specific Learning Difficulties

Vedoucí magisterské práce: doc. PaedDr. Olga Zelinková, CSc.

Diplomantka: Zuzana Pospíšilová

Praha 2006

Prohlašuji, že jsem diplomovou práci zpracovala samostatně a uvedla veškeré použité prameny informací a prameny literatury. Byla jsem seznámena s tím, že se na moji práci vztahují práva a povinnosti vyplývající ze zákona č. 121/2000 Sb. Zejména se skutečností, že UK – HTF má právo na uzavření licenční smlouvy o užití této práce jako školního díla podle § 60 odst. 1 autorského zákona a s tím, že pokud dojde k užití této práce mnou nebo bude poskytnuta licence o užití jinému subjektu, je UK – HTF oprávněna ode mne požadovat úhradu nákladů, které na vytvoření díla vynaložila a to podle okolností až do jejich skutečné výše. Souhlasím s prezenčním zpřístupněním v knihovně UK – HTF.

V Praze dne 27. března 2006

Zuzana Pospíšilová

Chtěla bych poděkovat doc. PaedDr. Olze Zelinkové, CSc. za její rady, trpělivost a ochotu podílet se na této diplomové práci.

OBSAH

Anotace.....	7
Annotation.....	8
Úvod.....	9
1 TERMINOLOGIE A DEFINICE.....	12
1.1 Historie.....	12
1.2 Specifické poruchy učení.....	15
1.3 Výskyt SPU.....	16
1.4 Definice dyslexie.....	17
1.5 Definice dyskalkulie.....	19
1.6 Definice dyspraxie.....	20
1.7 Lehké mozkové dysfunkce (LMD).....	20
1.8 ADHD.....	22
1.9 Deficity dílčích funkcí.....	24
2 ETIOLOGIE SPU.....	25
2.1 Historie.....	25
2.2 Současné teorie.....	26
2.2.1 Biologicko – medicínská rovina.....	26
2.2.2 Kognitivní rovina.....	34
2.2.3 Behaviorální rovina.....	39
2.3 Příčiny vzniku LMD.....	41
2.4 Zánět středního ucha.....	42
3 PROJEVY SPU.....	43
3.1 Předpoklady SPU v předškolním věku.....	43
3.2 Průvodní obtíže.....	44
3.3 Projevy SPU při osvojování čtení, psaní a počítání.....	44

3.3.1 Dyslexie.....	44
3.3.2 Dysgrafie.....	45
3.3.3 Dysortografie.....	45
3.3.4 Dyskalkulie.....	46
3.3.5. Dyspinxie.....	47
3.4 Emocionální a sociální aspekty SPU.....	47
4 KOMUNIKACE JEDINCŮ SE SPU.....	51
4.1 Neurobiologie řeči.....	51
4.2 Řeč.....	52
4.3 Vyšetření řeči.....	53
4.4 Komunikační kompetence jedinců se SPU.....	54
4.5 Poruchy řeči nejčastěji spojené se SPU.....	56
4.5.1. Dyslalie.....	56
4.5.2 Koktavost.....	58
4.5.3 Opožděný vývoj řeči.....	60
4.5.4 Specifický logopedický nález (artikulační dyspraxie).....	61
4.6 Výskyt poruch řeči u jedinců se SPU.....	61
5 SPU U DOSPĚLÝCH JEDINCŮ.....	64
5.1 Charakteristika období mladé dospělosti.....	64
5.2 Charakteristika období střední dospělosti.....	65
5.3 Vývoj péče o dospělé jedince se SPU.....	65
5.4 Diagnostika dospělých jedinců se SPU.....	67
5.5 Studenti se SPU na střední škole.....	68
5.6 Studenti se SPU na vysoké škole.....	70
5.7 Studenti se SPU na zahraničních univerzitách.....	71
5.8 Jedinci se SPU v zaměstnání.....	72
5.9 Aspekty SPU u dospělých jedinců.....	74
5.9.1 Krátkodobá paměť.....	74
5.9.2 Sekvenční zpracování, uspořádání.....	76

5.9.3 Vnímání a motorika.....	77
5.9.4 Emoce.....	78
6 VÝZKUM.....	81
6.1 Výzkumný problém.....	81
6.2 Cíl výzkumu.....	82
6.3 Hypotézy.....	82
6.4 Metody výzkumu.....	84
6.5 Metodika výzkumu.....	85
6.6 Výsledky šetření.....	87
6.7 Závěry šetření.....	104
Závěr.....	116
Seznam literatury.....	119
Přílohy.....	125

ANOTACE

Tématem této práce jsou dospělí jedinci se specifickými poruchami učení. Vzhledem k tomu, že specifické poruchy učení jsou nejčastěji diagnostikovány v mladším školním věku, protože se projevují hlavně při osvojování čtení, psaní a počítání, značný prostor teoretické části pojednává o dětech se specifickými poruchami učení. Důvodem je nutnost zabývat se touto problematikou kvůli pochopení projevů a obtíží pramenících z této poruchy v dospělosti.

Úvodní část je věnována základní terminologii a stručné historii týkající se této problematiky a definicím jednotlivých poruch, které tvoří skupinu specifických poruch učení. Dále je zde nastíněna etiologie specifických poruch učení. Další část práce je zaměřena na projevy specifických poruch učení při osvojování čtení, psaní a počítání a také na vliv těchto poruch na problémy v emocionální a sociální sféře. Poměrně rozsáhlá část práce je věnována tématu komunikace jedinců se specifickými poruchami učení. Tato kapitola obsahuje popis nejčastějších poruch řeči, které jsou diagnostikovány zároveň se specifickými poruchami učení. Závěrečná kapitola teoretické části se zabývá studenty s diagnózou specifických poruch učení na středních a vysokých školách a jedinci se specifickými poruchami učení v zaměstnání. Tato kapitola je také zaměřena na projevy specifických poruch učení v dospělosti.

Cílem výzkumné části této práce je popis projevů specifických poruch učení v období dospělosti a jejich vliv na kvalitu života jedinců s těmito obtížemi. Cílem výzkumu je získat informace, které by bylo možné využít pro formování poradenské péče vhodné pro dospělé jedince se specifickými poruchami učení.

ANNOTATION

This work deals with adults with specific learning difficulties. In view of the fact that diagnosis is usually made in younger school age, for the difficulties reveal mostly during getting the knack of reading, writing and counting, a considerable part of this work deals only with the children with specific learning difficulties. The reason is the necessity to understand the manifestations and difficulties that originate from the specific learning difficulties and that have an influence on the adulthood.

The introductory part treats the basic terminology and brief history of specific learning difficulties as well as the definitions of individual difficulties that form the group of specific learning difficulties. The theme of specific learning difficulties etiology follows. Subsequent part focuses on the specific learning difficulties manifestations by mastering reading, writing and counting and it also discusses the influence of these difficulties on problems in emotional and social sphere. Relatively vast part deals with theme of specific learning difficulties individual's communication. This chapter consists of the description of the most common speech defects whose diagnosis is made together with the specific learning difficulties diagnosis. The final chapter of the theoretical part treats both the high school students and the university students with specific learning difficulties as well as employed individuals with these difficulties. This chapter also concentrates on the specific learning difficulties manifestation in adulthood.

The research part's aim is the description of the specific learning difficulties manifestations at the time of adulthood and their influence on the life quality of the individuals with these difficulties. The research tries to gain information that would be possible to use in forming the advisory service suitable for the adults with specific learning difficulties.

ÚVOD

Životní úspěch každého jedince je závislý na mnoha faktorech, důležitou roli hrají vrozené předpoklady, sociální prostředí a osobnostní rysy. Pokud se však nad touto problematikou zamyslíme hlouběji, zjistíme, že životní uplatnění závisí do značné míry na tom, co se člověk naučí a jak dokáže nabyté znalosti dále aplikovat. Velmi důležitá je dovednost čtení, psaní a počítání, která je předpokladem dalšího vzdělávání a zároveň umožňuje základní orientaci člověka ve světě.

Je velice pravděpodobné, že specifické poruchy učení existují od počátku lidské vzdělanosti. Objeveny a popsány však byly na přelomu devatenáctého a dvacátého století a až v padesátých letech dvacátého století se začalo s nápravnou péčí o děti, které těmito poruchami trpěly.

Specifické (vývojové) poruchy učení jsou dnes již obecně známou diagnostickou kategorií. Projevují se až v určitém stupni vývoje dítěte a postihují osvojování základních školních dovedností, tedy především čtení (dyslexie), psaní (dysgrafie), matematické schopnosti (dyskalkulie) a pravopis (dysortografie). Příčinou těchto problémů není porucha inteligence. Nejedná se však pouze o obtíže ve školní výkonnosti, specifické poruchy učení bývají často provázeny sociálními a emocionálními problémy.

Péče o děti se specifickými poruchami učení má u nás za sebou více než čtyřicetiletou historii plnou významných odborníků a hodnotných výzkumných poznatků. Během vývoje tohoto oboru se mimo jiné postupně rozšiřovalo a stále ještě rozšiřuje věkové spektrum osob s touto diagnózou.

Zpočátku bádání byla pozornost věnována především dětem mladšího školního věku, protože právě v tomto období jsou školní obtíže pramenící ze specifických poruch učení nejzřetelnější. Na počátku sedmdesátých let dvacátého století se experimenty ověřené specializované třídy pro dyslektiky na prvním stupni základních škol stávají součástí našeho školského systému a postupně se začíná zakládat celorepubliková síť pedagogicko – psychologických

poraden se zaměřením na tuto problematiku. Během osmdesátých let dvacátého století jsou zaznamenány případy jedinců se specifickými poruchami učení, kteří navštěvují druhý stupeň základní školy nebo střední školu. Na počátku devadesátých let dvacátého století dochází k výraznému pokroku, specializované třídy pro dyslektiky mohou vznikat i na druhém stupni základních škol, povoleny jsou i specializované základní školy pro dyslektiky.

Po tomto přehledu se nabízí otázka, zda jsou specifické poruchy učení vyléčitelné, jaká je vlastně jejich prognóza. Dříve se tvrdilo, že specifické poruchy učení jsou „školní poruchou“ a nepřetrvávají do dalšího života. Další z názorů byl, že doba trvání dyslexie je maximálně čtyři roky. Dnes je již známo, že specifické poruchy učení přetrvávají po celý život, nelze je tedy naprosto vyléčit, ale pouze kompenzovat. Z toho vyplývá, že poradenská a nápravná péče by se neměla soustředit pouze na děti školního věku, ale i na starší jedince, kteří trpí těmito poruchami.

Současná situace týkající se jedinců se specifickými poruchami učení na středních, vysokých školách a v zaměstnání není ideální. Toto téma ale stále více s naléhavostí vstupuje do povědomí odborníků, speciálních pedagogů i pedagogů díky možnosti čerpání poznatků o této problematice ze zahraniční literatury ale i kvůli zcela opodstatněné obavě, jaký osud čeká děti se specifickými poruchami učení v jejich následném vzdělávání a v zaměstnání.

Z důvodu závažnosti výše uvedených poznatků jsem se rozhodla pro téma specifické poruchy učení u dospělých jedinců. Vzhledem k tomu, že primární obtíže plynoucí ze specifických poruch učení se obvykle projeví v počátcích školní docházky a jsou tedy v tomto období nejčastěji diagnostikovány, pojednávám často o dětech se specifickými poruchami učení. Pro zpracování zvoleného tématu je to velice důležité.

Na začátku této práce se snažím o základní terminologické vymezení problematiky specifických poruch učení společně s historickým vývojem jednotlivých pojmů. Poměrně rozsáhlá část práce je věnována etiologii specifických poruch učení, která je velmi významná pro poznání jednotlivých

poruch v rámci celku specifických poruch učení. Dále se zabývám projevem specifických poruch učení a podrobněji rozpracovávám jejich spojitost se sociálními a emocionálními problémy. V další části práce jsem se zaměřila na provázanost specifických poruch učení se sníženou komunikační kompetencí a poruchami řeči.

Dále jsem se pokusila podrobněji rozpracovat problematiku specifických poruch učení u dospělých jedinců s touto diagnózou. Snažím se nastínit obtíže těchto jedinců na středních, vysokých školách a v zaměstnání. Přidávám také poznatky o situaci vysokoškolských studentů se specifickými poruchami učení na zahraničních univerzitách. Toto téma uzavírám vytyčením čtyř základních aspektů specifických poruch učení u dospělých jedinců.

Výzkumná část této práce je zaměřena na získání informací o projevech specifických poruch učení v dospělém věku a jejich vliv na kvalitu života těchto jedinců. Zaměřila jsem se také na vliv specifických poruch učení na psychiku jedinců trpících touto poruchou. Výzkumem se dále snažím zjistit možnosti práce s dospělými jedinci se specifickými poruchami učení vedoucí ke zlepšení jejich kvality života. Šetření jsem provedla dotazníkovou metodou a metodou řízeného rozhovoru, jednotlivá tvrzení v dotazníku a otázky v rozhovoru byly koncipovány na základě hypotéz. Dotazník jsem vyhodnotila matematicko – statistickou metodou a výsledky zpracovala do grafů.

1 TERMINOLOGIE A DEFINICE

V české i zahraniční odborné literatuře zabývající se problematikou specifických poruch učení (dále SPU) se setkáváme s různou terminologií. Proto uvádím v úvodu své práce stručný historický přehled SPU a nejčastěji užívanou terminologii.

1.1 Historie

Ve starší literatuře pojednávající o SPU najdeme nejčastěji pojem dyslexie. Právě specifická porucha čtení byla jako první z poruch školních dovedností zkoumána odborníky.

O titul objevitele dyslexie se uchází hned několik významných badatelů najednou. Jedni připisují prvenství německému internistovi S. Kussmaulovi, který po vyšetření muže, jež nebyl schopen naučit se číst a psát i přes normální inteligenci a adekvátní vzdělání, zavádí v roce 1878 pojem „slovní (čtecí) slepota“. Druzí přiznávají tuto zásluhu praktickému lékaři O. Berkhanovi, který v roce 1885 vydává pojednání o poruchách čtení a pravopisu. (JIRÁSEK, MATĚJČEK, ŽLAB 1966 s. 10) Označení „dyslexie“ patrně použil jako první německý neurolog R. Berlin v roce 1887 ve svém článku Eine besondere Art von Wortblindheit (Dyslexia), což můžeme přeložit jako zvláštní forma slovní slepoty (dyslexie). (MATĚJČEK 1995 s. 17) Anglický oční lékař W. P. Morgan v roce 1896 popsal specifickou poruchu čtení u školního dítěte a nazval ji „vrozenou slovní slepotou“. (JIRÁSEK, MATĚJČEK, ŽLAB 1966 s. 10)

Významnou osobností bádání v oblasti dyslexie byl neurolog a psychiatr Samuel Torrey Orton (1879 – 1948), který v roce 1925 vydal práci, kde popsal svou teorii o vztahu dyslexie k nejasně vyjádřené převaze jedné mozkové

hemisféry nad druhou¹. Specifickou poruchu čtení nazval „strephosymbolia“, což lze přeložit jako směšování vnímaných symbolů. (MATĚJČEK 1995 s. 32 – 33)

Naše domácí historie dyslexie je úzce spojena s průkopnickou osobností docenta chorob nervových a duševních Antonína Heverocha. Ten v roce 1904, zřejmě jako první na evropském kontinentě, uveřejnil v časopise Česká škola článek O jednostranné neschopnosti naučiti se čísti a psátí při znamenité paměti.

Je velmi důležité zmínit také pojem lehké mozkové dysfunkce (dále LMD), který se ve starší literatuře často vyskytuje. Jedním z nejvýznamnějších příčinných činitelů syndromu LMD je drobné mozkové poškození.

Antonín Heveroch se svým článkem Dítě neposeda významně zapsal i do dějin LMD u nás. Zasluhou J. Langmeiera, tehdy psychologa Dětského oddělení Psychiatrické léčebny v Havlíčkově Brodě, a O. Kučery, primáře tohoto oddělení, začalo se s nápravou prvních případů dyslexie již v roce 1952. V roce 1954 byla tato práce rozšířena na Dětskou psychiatrickou léčebnu v Dolních Počernicích, která se stala jakousi ústřednou pro nápravnou a léčebnou péči o děti s dyslexií u nás. (MATĚJČEK 1995 s. 13 - 14)

V roce 1961 vyšla u nás průkopnická studie Psychopatologické projevy při lehkých dětských encefalopatiích², kterou spolu se svými spolupracovníky napsal tehdejší primář Dětské psychiatrické léčebny v Dolních Počernicích Otakar Kučera. (MATĚJČEK 1995 s. 26) První třída pro děti s dyslexií byla u nás otevřena v roce 1962 v Brně. Roku 1966 byl proveden experiment Ministerstva školství a bylo otevřeno 7 tříd pro děti s dyslexií. Od roku 1972 se třídy pro děti s dyslexií staly součástí československého systému školství. (z vystoupení PhDr. Jaroslava Šturmy na výstavě DYSKORUNKA 2005, 19. 10. 2005)

S rozvojem vědeckého bádání dochází ke vzniku nových diagnóz. Diagnóza ADHD, v jejímž pozadí leží biologická příčina, byla poprvé popsána v USA.

¹ Podle Ortona jsou při čtení zrakem zachycené podněty nutně vedeny do jedné i druhé hemisféry. Vnímáme však pouze jeden obraz, nikoliv dva. To proto, že vnímaný obraz je v jedné hemisféře zachován a v druhé potlačen. Převládající neboli dominantní hemisféra potlačí funkci té druhé, nedominantní hemisféry.

² Lehké mozkové encefalopatie byl dřívější název pro lehké mozkové dysfunkce. Encefalopatie je souborné označení psychických poruch způsobených poškozením mozkové tkáně.

V osmdesátých letech dvacátého století Americká psychiatrická asociace uvádí pojem ADHD. Do Evropy přichází tato nová diagnostická kategorie později. Pojem ADHD byl často nahrazován termínem LMD. V dnešní době se kategorie ADHD používá pro poruchy chování, jejichž hlavním znakem je hyperaktivita, impulzivita a porucha koncentrace pozornosti. (MUNDEN, ARCELUS 2002 s. 11)

V současnosti se v naší literatuře nejčastěji užívá výrazů vývojové poruchy učení, specifické poruchy učení nebo specifické vývojové poruchy, které jsou nadřazeny deficitům v jednotlivých školních výkonech. Matějček (1995) se zabývá hlavně problematikou dyslexie, používá i pojem specifické poruchy učení. Pokorná (2001) a Kocurová (2002) užívají pojmu specifické poruchy učení, Zelinková (2003) uvádí také pojem specifické poruchy učení, nebo jen poruchy učení.

Odlišnosti v terminologii nejsou problémem jen v naší ale i v zahraniční literatuře. Americká literatura používá pojem learning disability, britská literatura specific learning difficulties, francouzština pojem dyslexie. V anglicky mluvících zemích se užívá i pojem dyslexia. V německé odborné literatuře se objevují nejčastěji termíny Legasthenie, což je nejstarší pojem, který se používá v podobném rozsahu jako náš pojem dyslexie. Podle některých německých odborníků nemá pojem SPU zcela přesný a jednoznačný obsah a proto jej lze těžko definovat. Proto navrhuji termín „deficity dílčích funkcí“ (Teilleistungsswächen).

Ve své práci budu používat termín SPU jako nadřazený pojem pro poruchy v jednotlivých oblastech. Při citacích ze starší literatury budu zachovávat pojmy jako např. dyslexie nebo LMD, které zde často slouží k vyjádření celé problematiky SPU.

1.2 Specifické poruchy učení

„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.

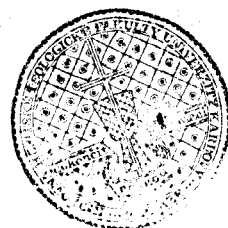
Ačkoli se poruchy učení mohou objevovat souběžně s jinými handicapujícími podmínkami (senzorická postižení, mentální retardace, poruchy chování) nebo vnějšími vlivy (kulturní odlišnosti, nedostatečné nebo neúměrné vedení), nejsou poruchy učení přímým důsledkem těchto podmínek nebo vlivů.“ (ZELINKOVÁ 2003 s. 10)

Specifické poruchy učení je souhrnný název poruch v jednotlivých oblastech. Názvy poruch jsou tvořeny předponou dys-, která znamená nedostatečný, nesprávný vývoj dovedností. Druhá část slova označující poruchu je přejata z latinského či řeckého označení dovednosti, která je postižena.

Skupinu SPU tvoří:

1. Dyslexie – porucha osvojování čtenářských dovedností
2. Dysgrafie – porucha osvojování psaní
3. Dysortografie – porucha osvojování pravopisu
4. Dyskalkulie – porucha osvojování matematických dovedností
5. Dyspraxie – porucha postihující osvojování, plánování a provádění volných pohybů
6. Dymúzie – porucha v osvojování hudebních dovedností
7. Dyspinxie – porucha výtvarných schopností

V literatuře je možné setkat se s pojmem specifické vývojové poruchy učení. Přívlastek „vývojové“ vystihuje povahu poruch, k nimž děti teprve vývojem dospívají. Tyto poruchy se projevují až v určitém stupni vývoje dítěte. (MATĚJČEK 1995 s. 17)



SPU nejsou předmětem zájmu pouze speciální pedagogiky nebo psychologie, ale také lékařských věd. 10. revize Mezinárodní klasifikace nemocí³ z roku 1992 uvádí následující pojmy a jejich číselnou klasifikaci:

F80-F89 Poruchy psychického vývoje

F80 Specifické vývojové poruchy řeči a jazyka

F81 Specifické vývojové poruchy školních dovedností

F81.0 Specifická porucha čtení

F81.1 Specifická porucha psaní

F81.2 Specifická porucha počítání

F81.3 Smišená porucha školních dovedností

F81.8 Jiné vývojové poruchy školních dovedností

F81.9 Vývojová porucha školních dovedností nespécifikovaná

1.3 Výskyt SPU

Matějček (1995 s. 139-140) uvádí vzácný přehled výskytu dyslexie nejen v našich zeměpisných podmínkách, ale mapuje téměř celý svět a to od počátku minulého století zhruba do osmdesátých let.⁴ Tato čísla byla již mnohokrát aktualizována, podle mého názoru přesto stojí za zmínku zejména kvůli porovnání s pozdějšími a nynějšími výzkumy. Nutno podotknout, že některé procentuální zastoupení diagnózy dyslexie se může zdát příliš nízké a jiné naopak přehnaně vysoké. Např. v ČSSR v roce 1966 byla prokázána 2 % dětí s dyslexií. Toto číslo lze odůvodnit tím, že problematika dyslexie u nás v těchto letech teprve začala pozvolna vcházet do povědomí pedagogů. Naopak např. v USA v roce 1945 bylo zjištěno 20 % jedinců s dyslexií v populaci. V tomto čísle jsou zřejmě zahrnuty i poruchy učení na nespécifikém podkladě,

³ Klasifikační systém Světové zdravotnické organizace (The International Classification of Diseases, 10th edition, neboli ICD – 10, u nás známý jako Mezinárodní klasifikace nemocí, 10 revize neboli MKN – 10).

⁴ viz příloha č. 1

tedy v důsledku snížených intelektových schopností, kulturní deprivace a podobných činitelů.

Košč (In Lechta, 2002 s. 168) uvádí výzkum z roku 1987, kde zjistil 5 – 10 % LMD v běžné dětské populaci.

Bühler - Niederberger (In Pokorná, 2001 s. 69) upozorňuje na rozdílné odhady výskytu SPU udávaná lékařskými odborníky (1 – 4,5 % dětské populace) a psychology, speciálními pedagogy (15 – 25 % dětské populace) na přelomu šedesátých a sedmdesátých let dvacátého století. Pokorná (tamtéž) dále cituje rakouskou autorku Sindelarovou, která vyvozuje, že SPU trpí 20 % všech dětí.

Mertin (In Kocurová, 2002 s. 94) udává výskyt 2 – 4 % v české školní populaci.

Zelinková odhaduje výskyt SPU v současné dětské populaci okolo 5 %.

Novák (2004 s. 17) zabývající se tématem dyskalkulie, metodikou reedukace a rozvojem početních dovedností podává přehled několika autorů. Je to např. Poteet, který v roce 1970 odhaduje výskyt vývojové dyskalkulie na 5,5 % populace nebo Košč, který dle výzkumů počítá s výskytem 6 – 6,4 % jedinců s dyskalkulií v populaci. Novák udává i vlastní zpracovaný výzkum z roku 2000 s výsledkem přibližně 3 % výskytu vývojových dyskalkulií v české populaci.

Prof. Charles Haynes (z vystoupení prof. Charlese Haynese na semináři Komunikace a poruchy komunikace České společnosti „Dyslexie“, 18. 5. 2005) z USA udává s ohledem na nejnovější americké výzkumy až 15 % jedinců s diagnózou SPU v americké populaci.

1.4 Definice dyslexie

Definice dyslexie prošly od pokusu definování této poruchy velkými změnami, které odrážejí vývoj vědních oborů i přístup jednotlivých autorů. (ZELINKOVÁ 2003 s. 16)

První definice dyslexie jsou popisné, vyjadřují tedy novou zkušenost praxe, na kterou chtějí upozornit. Definice Ranschburga z roku 1916 zní: „Poruchou

čtení nebo dyslexií nazývám takovou nedostatečností duševního aparátu, která neumožňuje dětem školního věku, aby si přiměřeně osvojily čtení během prvního školního roku, přestože mají normální smyslové orgány.“ (POKORNÁ 2001 s. 68)

Definice Langmeiera a Matějčka, Čs. Psychologie z roku 1960 (MATĚJČEK 1995 s. 19): „Vývojová dyslexie je specifický defekt čtení, podmíněný nedostatkem některých primárních schopností, jež skládají komplexní schopnost pro učení za dané výukové metody. Objevuje se u dětí obvykle od samých počátků výuky a působí, že úroveň čtení je trvale v nápadném rozporu se zjištěnou úrovní intelektových schopností dítěte.“

Klasická definice Světové neurologické federace, která byla přijata po dlouhých intenzivních jednáních na konferenci dne 4. 4. 1968 v Dallasu, USA (MATĚJČEK 1995 s. 19): „Specifická vývojová dyslexie je porucha projevující se neschopností naučit se číst, přestože se dítěti dostává běžného výukového vedení, má přiměřenou inteligenci a sociokulturní příležitost. Je podmíněna poruchami v základních poznávacích schopnostech, přičemž tyto poruchy jsou často konstitučního původu.“

Definice Ortonovy dyslektické společnosti, nyní Mezinárodní dyslektické společnosti (International Dyslexia Association - IDA) z roku 1994 zaměřená na deficit v oblasti řeči a fonologický deficit⁵ (Lundberg In Zelinková, 2003 s. 16): „Dyslexie je specifická porucha řeči konstitučního původu charakteristická obtížemi v dekódování izolovaných slov často odrážející nízkou úroveň fonologických procesů.“

Definice Britské dyslektické asociace z roku 1997 postihující více oblastí: „Dyslexie je komplex neurologických podmínek konstitučního původu. Symptomy mohou postihovat mnoho oblastí učení a funkcí a mohou být popsány jako specifické obtíže ve čtení a psaní. Postižena může být jedna nebo více z těchto oblastí. Porucha zahrnuje též obtíže v numeraci, psaní not, motorické funkce a organizační dovednosti. Ačkoli se vztahuje především na ovládání

⁵ Fonologický deficit znamená deficit v hláskové stavbě slov.

psaného jazyka, může být do určité míry narušena též mluvená řeč.“ (ZELINKOVÁ 2003 s. 17)

Nejnovější definice dyslexie vypracovaná komisí IDA z roku 2003 (LYON, SHAYWITZ 2003 s. 2): „Dyslexie je specifická porucha učení, která má neurologické příčiny. Je charakteristická obtížemi v přesném a plynulém poznávání slov, nízkou úrovní pravopisu a dekódování. Tyto obtíže pramení ve většině případů z deficitu ve fonologické oblasti jazyka, který je neočekávaný v porovnání s ostatními kognitivními schopnostmi dítěte, navzdory zajištění efektivní výuky ve třídě. Sekundárními důsledky mohou být problémy v porozumění čtení, omezená zkušenost se čtením, která brzdí rozvoj slovní zásoby a získávání dalších vědomostí.“

1.5 Definice dyskalkulie

Definice Košče z roku 1984 zní (In Novák, 2004 s. 16): „Vývojová dyskalkulie je strukturální porucha matematických schopností, která má svůj původ v genově nebo perinatálními vlivy podmíněném narušení těch částí mozku, které jsou přímým anatomicko – fyziologickým substrátem věku přiměřeného dozrávání matematických funkcí, které však zároveň nemají za následek snížení všeobecných rozumových schopností.“

Definice Nováka (2004 s. 16): „Vývojová dyskalkulie je specifická porucha počítání projevující se zřetelnými obtížemi v nabývání a užívání základních početních dovedností, při obvyklém sociokulturním zázemí dítěte a celkové úrovni všeobecných rozumových předpokladů na dolní hranici pásma průměru nebo výše a s příznačnou vnitřní strukturou v jejímž rámci je výrazně snížena úroveň matematických schopností a narušena jejich skladba za přítomnosti projevů dysfunkcí centrální nervové soustavy podmíněných vlivy dědičnými nebo vývojovými.“

1.6 Definice dyspraxie

„Dyspraxie, mezinárodně známá jako vývojová porucha motorické koordinace, (Developmental Coordination Disorder, DCD) se týká dětí a dospělých s výraznými motorickými obtížemi, které nepříznivě ovlivňují jejich životy a schopnost učení. V minulosti byly tyto obtíže známy také pod pojmem syndrom nešikovného dítěte nebo jako jeden ze symptomů minimální mozkové dysfunkce. Dyspraxie se může vyskytovat se SPU se syndromem hyperaktivity a poruchy pozornosti (ADHD) a Aspergerovým syndromem⁶.“ (Informace České společnosti „Dyslexie“ 2004/2005 s. 6)

1.7 Lehké mozkové dysfunkce (LMD)

Dřívějším označením pro lehké mozkové dysfunkce byl Kučerův pojem lehké mozkové encefalopatie. Vlivem anglosaské literatury později převládl název lehké mozkové dysfunkce. Dříve se usuzovalo, že podkladem lehkých encefalopatií jsou lehká rozptýlená postižení mozku, která řádnou funkci určité mozkové struktury a pak celého mozku ztěžují a narušují. Poškození mozkové tkáně bylo pojímáno jako rozhodující etiologický činitel. (MATĚJČEK 1995 s. 26)

Postupně se pojetí příčin lehkých mozkových dysfunkcí rozšířilo. Zahrnuje činitele genetické, činitele deprivace či emocionální. „Drobné mozkové poškození v dřívějším pojetí přestalo tedy být jediným a stalo se jen jedním, i když stále nejvýznamnějším, činitelem v souboru možných příčinných činitelů.“ (MATĚJČEK 1995 s. 27)

Znamená to tedy, že velká většina mozkových poškození vyvolává mozkové dysfunkce. Pojem LMD se s pojmem mozkového poškození dnes z větší části překrývá. Naproti tomu existují mozková poškození, která vyvolávají sice

⁶ Aspergerův syndrom je charakteristický disharmonickým vývojem osobnosti s převažující poruchou v oblasti sociální interakce a komunikace. Patří mezi pervazivní vývojové poruchy.

mozkové dysfunkce, ale nikoliv nutně specifické vývojové poruchy učení. Existují ale i mozková poškození, která mají za následek mozkovou dysfunkci projevující se právě jen SPU. (tamtéž)

Sovák (1980 s. 120 - 121) popisuje příznaky LMD jako velmi mnohotvárné, které však lze rozlišit do tří příznakových okruhů: do oblasti citové, oblasti motorické a oblasti různých schopností. Lze tedy mluvit o nevyrovnanosti (instabilitě) v oblasti citové (přecitlivělost nebo citová tupost), v oblasti motorické (motorický neklid nebo motorická neobratnost), ve sféře schopností o výpadových jevech, o nedostacích některých izolovaných schopností nepostihujících oblast rozumovou (orientační smysl, smysl pro hudbu, schopnost naučit se číst a psát).

„Do kategorie lehkých mozkových dysfunkcí patří drobné difúzní poruchy mozku, které mohou vzniknout v době vývoje a zrání centrální nervové soustavy (CNS). Nevelké funkční odchylky CNS mohou vést k různorodým projevům v oblasti psychické, pohybové a vegetativní.“ (VÁGNEROVÁ 1993 s. 47) Příznaky LMD, které lze hodnotit jako primární poruchy jsou podle Vágnerové (1993 s. 48): poruchy dynamiky psychiky, poruchy emocionality, poruchy motoriky a senzomotorické koordinace, poruchy vnímání, poruchy řeči, poruchy učení, poruchy biorytmu a vegetativních funkcí.

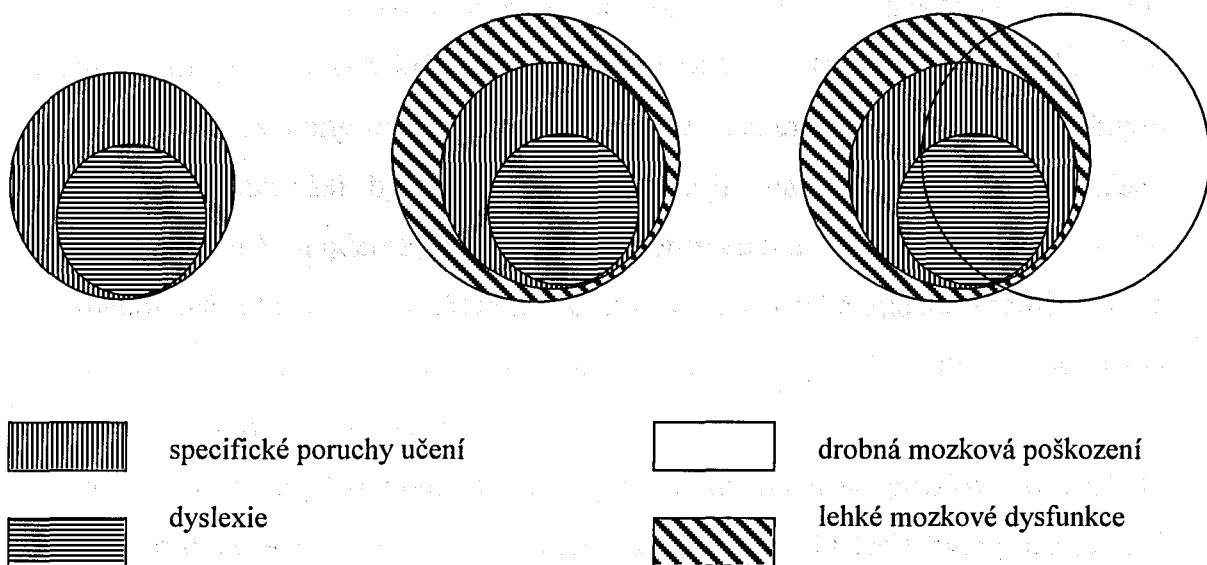
Definice syndromu lehké mozkové dysfunkce z roku 1966 zní: „Syndrom lehké mozkové dysfunkce se vztahuje na děti téměř průměrné, průměrné nebo nadprůměrné obecné inteligence s určitými poruchami učení či chování, v rozsahu od mírných po těžké, které jsou spojeny s odchylkami funkce centrálního nervového systému. Tyto odchylky se mohou projevovat různými kombinacemi oslabení ve vnímání, tvoření pojmů, řeči, paměti a v kontrole pozornosti, popudů nebo motoriky.“ (ČERNÁ 199 s. 14)

„Pojem lehké mozkové dysfunkce je dosud užívaný pojem k označení skupiny jedinců s obtížemi v chování a učení, které vznikají jako dysfunkce centrálního nervového systému. Jejich příčina není v sociálním prostředí. V současné době nejsou lehké mozkové dysfunkce ani obdobný název minimální

mozkové dysfunkce v mezinárodní klasifikaci nemocí zařazeny.“ (ZELINKOVÁ 2003 s. 12)

Výrazná souvislost existuje zřejmě mezi LMD a dyslexií. Matějček (1995 s. 27) roku 1972 zjistil mezi příčinami dyslexie v 50 % čistou LMD, u dalších 15 % LMD spolu s hereditárními (dědičnými) faktory. Ještě vyšší výskyt zjistila Swierkoszová v roce 1980 – až 70 % dětí s dyslexií trpělo zároveň LMD.

Obr. č. 1: Grafické znázornění poměru dyslexie, specifických vývojových poruch učení, lehkých mozkových dysfunkcí a drobných mozkových poškození podle Matějčka (1995 s. 28)



1.8 ADHD

ADHD je zkratka, která vznikla z názvu Attention Deficit Hyperactivity Disorders (Porucha pozornosti spojená s hyperaktivitou), poprvé použitého v USA. V rámci ADHD lze rozlišit další pojmy: ADD (porucha pozornosti bez hyperaktivity), Oppositional Defiant Disorders - ODD (opoziční chování), ADHD bez agresivity a ADHD s agresivitou. (ZELINKOVÁ 2003 s. 13)

Barkleyho definice ADHD z roku 1990 zní: „ADHD je porucha charakteristická věku dítěte nepřiměřeným stupněm pozornosti, hyperaktivity a impulzivitu. Potíže jsou chronické a nelze je vysvětlit na základě neurologických, senzorických nebo motorických postižení, mentální retardace nebo závažných emočních problémů. Deficity jsou evidentní v časném dětství a jsou pravděpodobně chronické. Ačkoli se mohou zmírňovat s dozráváním CNS, přetrvávají v porovnání s jedinci běžné populace téhož věku, protože i jejich chování se vlivem dozrávání mění. Obtíže jsou často spojené s neschopností dodržovat pravidla chování a provádět opakovaně po delší dobu určité pracovní výkony. Tyto evidentně biologické deficity ovlivňují interakci dítěte s rodinou, školou a společností.“ (BARKLEY 1990 s. 40)

V současné době existují a používají se dva hlavní klasifikační systémy (soubory diagnostických kritérií) a to podle MKN – 10 a DSM – IV⁷. Mezi těmito dvěma systémy existují značné rozdíly. Vztahují se k velice podobným syndromům, jimž však byla přisouzena odlišná jména či diagnostická označení, v MKN – 10 najdeme označení Hyperkinetická porucha, DSM – IV pojmenovává tuto diagnózu ADHD. Je možné nalézt také značné rozdíly v řadě příznaků, nezbytných pro stanovení diagnózy, i ve způsobu, kterým se různá chování a abnormality popisují.

Ačkoli se údaje liší podle toho, v které části světa se průzkum o výskytu ADHD prováděl, u jaké populace a jaká diagnostická kritéria byla použita, zdá se, že ADHD se vyskytuje v celosvětovém měřítku u 1 – 5 % obyvatelstva. Je všeobecně známo, že studie, které provádějí kliničtí odborníci pomocí DSM – IV, přinášejí vyšší hodnoty ADHD (3 – 5 %) než studie postavené na MKN – 10 (přibližně 0,5 %). Počet chlapců je vyšší než počet děvčat, prof. Tailor z Velké Británie uvádí poměr 2,5 : 1. Australské studie popisují mnohem vyšší poměr a to 10 : 1. (MUNDEN, ARCELUS 2002 s. 45)

Co se týče závislosti ADHD a SPU, byla provedena řada výzkumů zabývajících se tímto vztahem. Přestože charakteristickým rysem dětí s dyslexií

⁷ Klasifikační systém Americké psychiatrické asociace (The Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 4th edition, neboli DSM – IV).

je deficit v jazykovém systému, u dětí s ADHD jsou to především nápadnosti v chování, mohou se tyto poruchy vyskytovat společně. Barkley (1990 s. 40) uvádí, že 20 – 25 % dětí s ADHD má poruchy čtení a Du Paul v roce 1994 diagnostikoval mezi dětmi s ADHD 20 – 40 % dětí s poruchou čtení.

1.9 Deficity dílčích funkcí

V německy mluvícím prostředí se koncem šedesátých a počátkem sedmdesátých let dvacátého století stávají středem pozornosti problémy spojené s drobným cerebrálním (mozkovým) poškozením a jeho vliv na psychický a kognitivní vývoj dítěte. Při výzkumu cerebrálního poškození řešili odborníci i otázku stupně intenzity poškození. Poukázali na to, že neexistuje zásadní dělící čára mezi jednotlivými diagnózami. (POKORNÁ 2001 s. 93)

Podle nich však existuje škála, která vede od masivních cerebrálních vývojových poškození s výraznými neurologickými symptomy až k minimálním nebo lehkým mozkovým dysfunkcím, které se projevují ve formě deficitů dílčích funkcí (Teilleistungsswächen). Tento pojem zavedl do odborné literatury J. Graichen, který deficity dílčích funkcí na základě neuropsychologického konceptu funkčního systému definuje jako snížení výkonu jednotlivých faktorů nebo prvků v rámci většího funkčního systému, který je nezbytný ke zvládnutí určitých komplexních procesů adaptace. Graichen také navrhuje, aby poruchy řečového, motorického nebo kognitivního vývoje, obtíže ve škole, neurotické obtíže, poruchy chování či kriminalita byly zpracovány v rámci jednotného teoretického konceptu pod názvem deficity dílčích funkcí. (POKORNÁ 2001 s. 94 – 95)

Je možné setkat se s pojmem dílčí oslabení výkonu, což je jiný překlad termínu Teilleistungsswächen. (POKORNÁ 2001 s. 96)

Termín deficity dílčích funkcí se v německé odborné literatuře poměrně rychle rozšířil. Naopak v české literatuře je tento pojem zatím málo známý.

2 ETIOLOGIE SPU

2.1 Historie

Od počátku bádání o primárních příčinách SPU se uvažuje o dvou mechanismech – genetických vlivech a časném poškození mozku. Postupem času vedl tento předpoklad k rozdělení odborníků na dva tábory, jedni preferovali genetické vlivy působící na vznik SPU, druzí mozkové poškození.

V šedesátých letech dvacátého století se Otakar Kučera zabýval výzkumem příčin dyslexie a sledováním dyslektiků v Dětské psychiatrické léčebně v Dolních Počernicích. Matějček (1995 s. 76-78) interpretuje jeho zajímavé závěry:

1. Necelých 50 % představovali dyslektici, u nichž bylo možno poukázat na drobné poškození mozku – syndrom lehké mozkové dysfunkce (LMD), tehdy nazývané lehké mozkové encefalopatie.
2. V přibližně 20 % byla prokázána dědičnost jako příčina dyslexie.
3. Skupina přibližně 15 % dyslektiků byla pojmenována jako hereditárně – encefalopatická, v ní byl vidět jasný vliv obou faktorů.
4. Zbýlých 15 % dětí bylo zařazeno do skupiny neurotické, nebo nejasné.

Další cestou hledání příčin dyslexie byl rozbor psychických funkcí, které se podílejí na nácviku čtení a psaní. Podrobné rozčlenění provedla litevská autorka A. Lalajeva v roce 1983: (In Zelinková, 2003 s. 19-20)

1. Dyslexie fonematická vzniká jako následek nezvládnutelného fonematického systému jazyka.

2. Dyslexie optická se projevuje poruchami zrakové a zrakoprostorové analýzy, nediferencování představ o tvaru, poruchami zrakové paměti, prostorového vnímání a prostorové paměti.
3. Dyslexie agramatická se projevuje nedostatečným osvojením gramatických forem, morfologických a syntaktických zobecnění.
4. Dyslexie sémantická se projevuje nedostatečným chápáním smyslu čteného textu.

2.2 Současné teorie

Uta Frith (In Zelinková, 2003 s. 21) shrnuje, že výzkumy zaměřené na odhalení příčin a následně reedukaci SPU lze sledovat v následujících třech rovinách:

1. biologicko – medicínská,
2. kognitivní,
3. behaviorální.

2.2.1 Biologicko – medicínská rovina

a) genetika

Již v roce 1950 publikoval B. Hallgren (In Matějček, 1995 s. 80) výsledky svého rozsáhlého genetického zkoumání. Podrobně vyšetřil 116 dětí s poruchou čtení a 391 rodičů a sourozenců těchto dětí. U 81 % dyslektických dětí bylo možno zjistit obdobnou poruchu čtení a psaní alespoň u jednoho z rodičů. Ve třech případech oba rodiče trpěli dyslexií. Ve skupině byly tři páry jednovaječných dvojčat – dyslexii měly vždy obě děti. Naproti tomu v případě třech dětí s dyslexií, pocházejících z dvojvaječných dvojčat, nebyla u druhého dvojčete žádná porucha čtení zaznamenána. Tímto Hallgren dospěl k závěru, že

takový obraz odpovídá autosomálně dominantnímu typu dědičnosti. Z toho vyplývá, že v rodinách, kde jeden z rodičů je nositelem této poruchy, se předpokládá, že 50 % dětí by mělo mít rovněž poruchu. Pokud mají takovou poruchu oba rodiče, předpokladem je přenos na 75 % jejich potomstva. Obě pohlaví jsou v tomto případě postižena stejně 1:1.

Podle nejnovějších výzkumů z USA uvádí prof. Haynes (z vystoupení prof. Charlese Haynese na semináři Komunikace a poruchy komunikace České společnosti „Dyslexie“, 18. 5. 2005) 75 – 100 % shodu diagnózy SPU u jednovaječných dvojčat a 40 – 50 % shodu u dvojvaječných dvojčat.

V současné době jsou již nezvratné důkazy o tom, že různé vývojové poruchy jsou ovlivněny geny. Z celkového počtu 30 – 50 tisíc genů, které tvoří genetickou výbavu člověka, ovlivňuje přímo vývoj mozku a mozkové aktivity 30 % genů. Není pouze jeden gen, který způsobuje dyslexii. „Četné výzkumy publikované v posledních letech ukazují na podíl chromozomů 2, 3, 6, 7, 15, 18 a možná i dalších. Největší podíl bude zřejmě patřit 6. páru, který je spojován s funkcí imunitního systému.“ (GILGER 2003 s. 7)

Znalost genetické závislosti má značný význam pro praxi. S ohledem na výskyt poruchy v rodině můžeme rozlišovat dyslexii získanou, nebo vývojovou. Tato znalost je také důležitá při terapii. Výskyt poruchy v rodině předškolního dítěte signalizuje zvýšené riziko možnosti poruchy u dítěte. Genetika hraje také důležitou roli při posuzování možnosti kompenzace obtíží. Dyslektické děti rodičů dyslektiků, kterým se podařilo obtíže kompenzovat mají větší šanci, že se jim to povede také.

Podle Schulte – Kröheho, Remschmidta a Hebebranda (In Pokorná, 2001 s. 80) je však metodicky velmi obtížně vytvořit čisté podmínky, které by dokázaly vztah mezi genetickými vlivy a SPU.

V roce 2003 se odborníkům z Finska podařilo zjistit gen, který je zmutován u 10 % finských dyslektiků, zatímco u zbytku populace se vyskytuje u pouhých 2 – 3 % jedinců. Přítomnost genu u zdravé populace znamená, že jeho nositel nemusí být nutně dyslektik. Gorily, šimpanzy a další primáti mají trochu

odlišnou formu tohoto genu, než je ta, kterou mají lidé a to by mohlo znamenat, že gen, který byl označen DYXC1 se v průběhu evoluce z původně jiné funkce změnil v gen, který má na starosti formování slov. Výzkumní pracovníci předpokládají, že tento gen bude mít na starosti zapínání a vypínání dalších funkcí v mozku a nyní se intenzivně snaží zjistit jeho skutečnou funkci. (www.osel.cz)

Z výzkumu německých a švédských vědců vyplynulo, že jedinci postižení SPU mají převážně zmutovanou formu jistého genu v chromozomu číslo 6. Pomocí prostého genetického testu by tyto poruchy bylo možné odhalit dříve, než dítě začne chodit do školy, a zvláštními metodikami cvičení snížit jejich vliv v předškolním době, kdy je to ještě možné. SPU lze touto cestou zjišťovat pouze u malých dětí, protože programy na jejich potlačení mají efekt jen tehdy, pokud jsou nasazeny v rané fázi vývoje. (tamtéž)

b) struktura a fungování mozku

„Mozek jedince s dyslexií se liší strukturou i funkcí od mozku jedince bez této poruchy. Odlišnosti jsou pouze variacemi, které vznikaly v průběhu mnoha milionů let vývoje ve vzájemném působení s vnějším prostředím. Lze předpokládat, že strukturální rozdíly v mozcích dyslektiků se začínají utvářet před porodem v dynamické interakci mezi geny a prostředím.“ (GILGER 2003 s. 7)

Velké anatomické změny se týkají planum temporale⁸. Tato část mozku se podílí na procesech vyšší úrovně včetně sensorické a motorické analýzy, pracovní paměti, pozornosti a jazyka, účastní se sluchových procesů a podílí se na jazykových funkcích. U dyslektiků dosahuje stejné velikosti na obou stranách mozku, u 65 % běžné pravoruké populace je silnější na levé straně. (ZELINKOVÁ 2003 s. 23)

⁸ Tato oblast je pokračováním Wernickeovy zóny, která je jednou z nejdůležitějších mozkových struktur, které jsou účastny při mluvení a vnímání řeči.

Další odlišnost představuje struktura v talamu⁹, kde byl studiem odhalen větší počet malých neuronů. Talamus je místem, kde jsou převáděny informace ze smyslových orgánů (oka, ucha) k vyšším procesům mozkové kůry. Závěry výzkumu nejsou ještě jasné, ví se, že malé neurony ve zrakové a sluchové oblasti mohou narušit přesné načasování, které je nutné pro účinné předávání informací mozkovou sítí. (tamtéž)

V době embryonálního vývoje se neurony, které tvoří mozkovou kůru, vytvářejí ve zvláštní zárodečné oblasti, která obklopuje mozkový výběžek. Pak se tyto buňky stěhují na místo svého určení buď v kůře mozkové, nebo v podkoří. Když je migrace ukončena, buňky rostou a vytváří mezi sebou spoje. Buňky, které nejsou schopny vytvořit spojení s ostatními buňkami odumírají. Mezi 16. a 24. týdnem těhotenství se jednotlivé vrstvy mozkové kůry v hemisférách vytvářejí rozdílným tempem. Je tedy možné se domnívat, že škodliví činitelé se v každé hemisféře projeví jinak. Je tedy možné, že vývojová porucha se bude pravděpodobně týkat pouze jedné, nebo převážně jedné strany. (MATĚJČEK 1995 s. 48)

Dalším rozdílem v mozku jedinců se SPU je mozková struktura corpus callosum¹⁰, která spojuje pravou a levou hemisféru. U dyslektiků je menší a v určitých partiích i kratší a nepříznivě ovlivňuje interhemisférické spojení a komunikaci mezi hemisférami. (ZELINKOVÁ 2003 s. 23)

⁹ Vejčítý útvar šedé hmoty mozkové v mezimozku, nejvyšší podkorové přepojovací centrum senzitivních drah.

¹⁰ Corpus callosum je trámec tvořený silnějšími vlákny, který spojuje obě hemisféry a umožňuje mezi nimi vzájemnou komunikaci.

Tab. č. 1: Schéma rozložení funkcí mozkových hemisfér podle Matějčka (1995 s. 37)

LEVÁ HEMISFÉRA	PRAVÁ HEMISFÉRA
(řečová)	(názorová)
Řeč – slova a věty	Přírodní zvuky a hluky
Slabiky (jako fonetické jednotky řeči)	Izolované hlásky – fonémy ¹¹
Melodie	Rytmus
Konfigurace písmen znamenajících slovo	Prostorové vztahy, tvary, písmena jako tvary
Analyticko – syntetická činnost (sekvenční analýza, např. řečových celků v části – slova v hlásky)	Holistické, globální vnímání, poznávání obličejů, emocionální složky vjemů

Již v osmdesátých letech dvacátého století dokázali vědci rozdílnou činnost mozku při čtení dospělých dyslektiků. Dále bylo zjištěno, že mozek dyslektiků pracuje jinak nejen při čtení, ale i při jiných aktivitách.

Vzájemným vztahem mezi lateralitou¹², dominancí jedné z mozkových hemisfér¹³ a čtením se zabývala řada autorů. Důležitou osobností těchto výzkumů byl T. S. Orton.

V souvislosti s lateralitou a čtením se hovoří o problému překřížené laterality ruky a oka, která se např. může projevit tak, že pravoruký jedinec má dominantní levé oko. Odborníci nedospěli v této problematice k jednoznačným závěrům. Více autorů výzkumů v této oblasti ukazuje, že vztah mezi zkříženou lateralitou a dyslexií neexistuje. (ZELINKOVÁ 2003 s. 143)

¹¹ Foném je hláska s významotvornou distinktivní funkcí. Je základní fonologickou jednotkou.

¹² Lateralitou rozumíme přednostní užívání jednoho z párových orgánů, tj. asymetrii párových orgánů hybných (ruky, nohy) nebo smyslových (oka, ucha). Lateralita je projevem dominance odpovídajících korových polí mozku. Lateralizace souvisí se stupněm specializace mozkových hemisfér na určité funkce a procesy.

¹³ Dominance je vlastnost jedné z mozkových hemisfér řídit nejvyšší výkony člověka, tj. řeč a hybnost ruky. Je vrozená a s největší pravděpodobností i dědičná. Dominance je specificky lidským znakem, který těsně souvisí s vývojem řeči.

Pokorná (2001 s. 86-87) naopak uvádí, že analýzou anamnestických údajů dětí se SPU byl prokázán častější výskyt levorukosti, ambidextrie (nevyhraněné laterality) nebo zkřížené laterality (různostranné dominance ruky a oka).

Začátkem šedesátých let dvacátého století se odborníci pokoušeli zjišťovat dominanci hemisfér, ale i její specializaci ve vztahu k dyslexii. Zkoumáním dominance hemisfér bylo zjištěno, že takřka 100 % praváků a 60 – 70 % leváků má pro řeč dominantní levou hemisféru. Výsledky výzkumů se zároveň shodují v tom, že u leváků se vyskytují netypické formy dominance hemisfér pro řečové podněty častěji než u praváků a jedinců s ambidextrií. Přestože mezi dětmi s netypickou formou specializace hemisfér jsou i děti, které netrpí SPU, existuje mezi těmito jevy souvislost. Sparow a Satz (In Pokorná, 2001 s. 87) zjistili, že u dětí s dyslexií ve věku od 9 do 12 let se objevuje čtyřikrát častěji netypická řečová specializace v pravé mozkové hemisféře než u dětí bez dyslektických potíží.

c) hormonální změny

Mužské pohlavní hormony (androgeny) způsobují mimo jiné i to, že se pravá a levá mozková hemisféra vyvíjejí odlišně. Androgeny samy o sobě nemohou způsobovat SPU, ale jejich výběrové působení na mozkové hemisféry může zvyšovat pravděpodobnost, že u chlapců budou určité schopnosti oslabeny. (MATĚJČEK 1995 83-84)

Výzkumy Ala M. Galaburdy, Normana Geshwinda a dalších autorů s vyšší či nižší průkazností ukazují, že jednou z příčin dyslexie může být zvýšená hladina hormonu testosteronu. Testosteron je hormon, který ovlivňuje vývoj sekundárních pohlavních znaků, na druhé straně ale může omezovat vývoj některých dalších znaků. Právě proto jsou specifickými vývojovými poruchami učení více postiženi chlapci (muži). Objevuje se u nich snížená imunita, leváctví, dyslexie, deficity ve fungování levé hemisféry, které však mohou být kompenzovány zvýšenou zdatností hemisféry pravé. (ZELINKOVÁ 2003 s. 24)

Matějček (1995 s. 83) dále uvádí, že existuje mnoho důkazů o tom, že mužský mozek je silněji lateralizován než mozek ženský. Právě silná specializace levé hemisféry pro řečové procesy a pravé hemisféry pro názorové procesy zvyšuje u chlapců riziko vývojové dyslexie, protože omezuje jejich schopnost kompenzovat případné levohemisférové nebo pravoemisférové poškození.

Muži mají zpravidla převahu v pravoemisférových funkcích, které se zabývají plošnými a prostorovými podněty a provádějí tzv. názorovou orientaci. To signalizuje jejich silnější předpoklady k vynalézavosti, objevitelství. U žen bývá poměr hemisfér vyrovnaný nebo má levá hemisféra lehkou převahu. To znamená pohotové zpracování řečových podnětů a pohotovou řečovou produkci, ovšem bez přítomnosti pravoemisférové vynalézavosti. (tamtéž)

Matějček (1995 s. 57) uvádí poměr SPU 4 – 10 : 1 v neprospěch chlapců. Haynes (z vystoupení prof. Charlese Haynese na semináři Komunikace a poruchy komunikace České společnosti „Dyslexie“, 18. 5. 2005) z USA uvádí podle nejnovějších výzkumů poměr výskytu SPU mezi chlapci a dívkami 3,5 : 1.

d) cerebelární teorie

Mozeček (cerebellum) je podkorová struktura ležící v zadní části mozku. Tvoří 10 – 15 % váhy mozku a 50 % mozkových neuronů, je tvořen dvěma hemisférami. Podílí se na kontrole pohybů končetin především v rychlých cílených pohybech. (ZELINKOVÁ 2003 s. 24)

„Mozeček je obousměrně propojen s oblastmi mozku odpovídajícími za orientovanou pozornost, různé druhy paměti, emotivitu a zrakové rozlišování prostoru.“ (KOUKOLÍK 2000 s.172)

Dlouhou dobu byl mozeček chápán jako výpočetní systém, který se podílí výlučně na kontrole motoriky, zejména na koordinaci naučených volných pohybů, na kontrole svalového napětí, chůze a stoje. V posledních letech se však zjišťuje, že kromě podílu na motorice včetně implicitní motorické paměti se mozeček

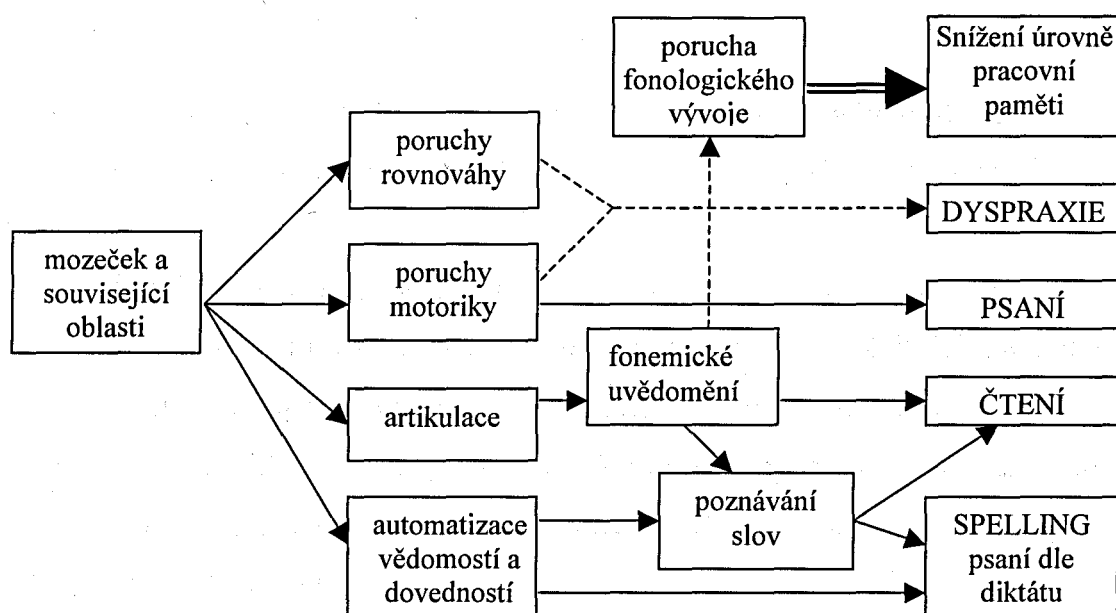
účastní činností, které jsou podkladem poznávacích funkcí a emotivity. Předpokládá se také, že mozeček ovlivňuje automatizaci¹⁴ jak motorických tak kognitivních dovedností. (KOUKOLÍK 2000 s. 171 - 172)

„Porucha v různých částech mozečku může vést k rozmanitým symptomům, od poruch rovnováhy a postojů ke ztuhlosti končetin, ztrátě napětí, poruše koordinace, poruše automatizace pohybů.“ (ZELINKOVÁ 2003 s. 24)

Cerebelární teorie pochází z roku 1999 a jejími autory jsou Roderic Nicolson a Angela Fawcett. Vysvětlují změny v kognitivních a behaviorálních mechanismech na základě deficitu ve struktuře a fungování mozečku. Tato teorie tvoří přechod mezi biologicko – medicínskou rovinou a rovinou kognitivní, odlišuje symptomy dyslexií od jejich příčin. (FAWCETT, NICOLSON 2001 s. 93)

Výsledkem neurologického výzkumů dvojice autorů Nicolsona - Fawcett je ontogenetický kauzální řetěz (obr. č. 2), kde je podrobně popsáno spojení mezi mozečkem a dovedností číst a psát.

Obr. č. 2: Ontogenetický kauzální řetěz podle Zelinkové (2003 s.25)



¹⁴ Automatizace je přechod od vědomé činnosti k činnosti samovolné, mimovolní, bezděčné, spontánní, konané na principu stereotypie.

2.2.2 Kognitivní rovina

Důležitou roli v procesu učení hraje kognice¹⁵. Právě v rovině kognitivní prokázalo mnoho autorů deficity v různých oblastech.

a) fonologický deficit

Po mnoha výzkumech v této oblasti docházejí odborníci ke společnému závěru, že většina jedinců se SPU vykazuje deficit ve fonologických procesech (deficit v hláskové stavbě slov).

Výzkumy se dokázalo, že děti trpící dyslexií jsou horší v rýmování a dělá jim větší problém poznání první hlásky ve slově (aliterace) než dětem z kontrolní skupiny. Následující výzkumy nadále směřovaly a stále směřují k hypotéze, že děti se SPU trpí časným poškozením fonemického uvědomění (uvědomění vnitřní fonetické struktury slov), které způsobuje obtíže v dekódování a osvojení dalších dovedností. (ZELINKOVÁ 2003 s. 26-27)

b) vizuální deficit

Vizuální deficit byl považován za příčinu již mezi průkopníky dyslexie. Zaměňování písmen ve slovech bylo dříve označováno jako „vrozená slovní slepota“.

Tento deficit se nejčastěji projevuje inverzemi (zaměňováním) písmen, číslic (6 – 9, 42 - 24), ale i grafických znaků, orientací na stránce, v učebnici, na mapě nebo obtížemi v geometrii. Inverze lze rozdělit na tzv. statické (zaměňování písmen zrcadlově podobných: b - d - p, t - j) a na tzv. dynamické (přehazování pořadí písmen nebo celých slabik ve slově: tašky – šátky, kus – suk). (MATĚJČEK 1995 s. 122)

¹⁵ Kognice je souhrn operací a pochodů, prostřednictvím kterých si člověk uvědomuje a poznává svět i sebe samého.

Čtenář má problém s identifikací hlásek ve slově, stěžuje si, že se mu písmena na stránce pohybují a on je nemůže zachytit a přečíst ve správném tvaru a pořadí. (ZELINKOVÁ 2003 s. 27)

Vizuální deficit souvisí s problematikou očních pohybů, kterou se v současnosti zabývá George Pavlidis. V jeho výzkumech měli dyslektici významně více sakád (skoků, kterými se oko pohybuje kupředu po řádce) a fixací (zastavení, v jehož průběhu jedinec čte) než běžní čtenáři z kontrolní skupiny. (MATĚJČEK 1995 s. 132)

„Přenos smyslových informací zajišťují paralelně dva systémy¹⁶ – parvocelulární a magnocelulární. První z nich se podílí na vnímání detailů a barev. Magnocelulární systém shromažďuje informace z celého vizuálního pole a je především aktivní tam, kde smyslový vstup je krátký. Magnocelulární systém je klíčový pro oční pohyb v průběhu čtení, především pro rychlou pohybovou zpětnou vazbu, která je prevencí proti přílišné fixaci na přečtené slovo. Množství magnocelulárních neuronů je u dyslektiků přibližně o 30 % nižší v porovnání s kontrolní skupinou.“ (Stein In Zelinková, 2003 s. 27)

Zrakové podněty přetrvávají krátký čas po externím podnětu, i když ten již mizí. Obraz, který zůstává po původním podnětu, se nazývá ikonické přetrvání (perzistence) a zprostředkovává ho ikonická paměť, která je u jednotlivců různá. Někteří dyslektici mají dlouhou ikonickou perzistenci, což se projevuje tak, že v paměti zůstává dlouho obraz prvního písmene, který pak zaclání druhému písmenu. Tento akt stále se opakuje - třetí písmeno je maskováno písmenem druhým atd. (ZELINKOVÁ 2003 s. 27)

¹⁶ Zrakový systém primátů, včetně člověka, je složen v podstatě ze dvou velkých subsystémů, které pracují do značné míry odděleně a samostatně. Začínají na sítnici a pokračují až na své patřičné místo v kůře mozkové, kde je také nejzřetelnější jejich rozdílná buněčná struktura. Jeden tvoří spodní vrstvu a obsahuje zřetelně větší buňky (odtud magnocelulární) než jsou buňky v druhém subsystému tvořícím vrchní vrstvu (parvocelulární).

c) sluchový deficit

Jedinci se SPU mají velmi často poškozené vnímání krátkých tónů. To se projevuje tak, že špatně rozlišují krátké tóny, pokud následují za sebou v krátkých intervalech. Zdravé děti rozliší intervaly kolem 40 ms, děti se SPU potřebují k jejich rozlišení delší dobu. Právě tato schopnost rozlišování (segregace) se týká např. souhlásek p, k, t ve slabikách pa, ta, ka. Stejným problémem trpí i dospělí jedinci s diagnózou SPU. K rozlišování sluchových tónových podnětů potřebují téměř dvojnásobně dlouhou dobu než zdraví lidé (210 ms/130 ms). (KOUKOLÍK 2000 s. 140)

Vyšetřování zdravých dospělých lidí doložilo, že rozlišení krátkého tónu může značně ovlivnit další sluchový podnět, který okamžitě následuje. Tento jev byl nazván zpětné maskování (backward masking). U dětí se SPU je zpětné maskování vystupňováno, rozliší tón s frekvencí 1000 Hz, který je okamžitě následován syčivým zvukem na hladině blížíící se 90 decibelům (zdravé děti na hladině 45 decibelů). Toto vystupňované zpětné maskování u dětí se SPU může být projevem nezralosti některých oblastí mozku. (KOUKOLÍK 2000 s. 140-141)

Sluchový deficit se projevuje hlavně v psaní, méně pak ve čtení. Pokud jedinec se SPU nevnímá hláskovou stavbu slov, objevují se podobné chyby v jeho písemném projevu. Nedostatečná sluchová analýza (rozklad slova na písmena), syntéza (seřazení písmen do slova) a diferenciacce jsou nejčastějším projevem sluchového deficitu v písemném projevu. Nepřesné sluchové vnímání vede k neporozumění mluvené řeči. Obrovský problém představuje výuka a konverzace v cizím jazyce. Jedinci se sluchovým deficitem mají také často oslabenou verbální paměť. (ZELINKOVÁ 2003 s. 47)

d) deficit v oblasti řeči a jazyka

Mnoho odborníků považuje SPU za poruchu postihující mluvenou a psanou řeč, systém osvojování jazyka, jazykové kompetence. Mezi další a časté projevy patří také snížená schopnost rychle jmenovat písmena, barvy, předměty na obrázku. SPU jsou též spojovány s menší slovní zásobou, obtížemi ve vyjadřování a s nižším jazykovým citem. U jedinců se SPU se poměrně často vyskytují poruchy řeči jako dyslalie (nesprávná výslovnost, patlavost), balbuties (kocktavost), opožděný vývoj řeči a specifické poruchy řeči při LMD (artikulační neobratnost, specifické asimilace). (ZELINKOVÁ 2003 s. 27)

Více viz kapitola č. 4 Komunikace jedinců se SPU.

e) deficit v procesu automatizace

Automatizace hraje důležitou roli ve vývoji čtenářských dovedností. Od hláskování, slabikování dítě přechází ke čtení celých slov nejdříve pomalu, poté je čte globálně, stále přesněji a rychleji. Slova poznává nejen jako celky, ale vybavuje si také jejich obsah. Základem automatizace jsou podle autorů Nicolsona a Fawcett nepodmíněné reflexy. (In Zelinková, 2003 s. 30)

U dětí se SPU byla prokázána snazší unavitelnost a častější výpadky paměti než u běžné populace. Poruchy procesu automatizace ovlivňují osvojování všech poznatků i dovedností. Na počátku výuky se u dětí se SPU objevují první obtíže a to při automatizaci spojení hláska – písmeno, v dalších etapách při automatizaci čtení celých slov. Některé děti trpící SPU nejsou přes intenzivní procvičování schopny zautomatizovat jednotlivé matematické spoje. Gramatické učivo se sice naučí, ale naučené poznatky nejsou schopny aplikovat, neustále nad naučenými jevy přemýšlí. I přes neustálé opakování nejsou tyto děti schopny zautomatizovat slovíčka, slovní spojení, číslovky, dny v týdnu a měsíce v roce v cizím jazyce. Tyto obtíže často přetrvávají do dospělosti. Dalším problémem je sérialita, tedy schopnost provádět dílčí kroky po sobě ve správném pořadí, která spolu

s nedostatečnou automatizací pohybových dovedností způsobuje pomalost a neobratnost jedince. (ZELINKOVÁ 2003 s. 29)

f) deficit v oblasti paměti

„Z hlediska způsobu zpracování i délky uchování paměťových stop rozlišujeme paměť krátkodobou¹⁷ a dlouhodobou¹⁸.“ (VÁGNEROVÁ 2004 s. 54)

Poruchy krátkodobé paměti mohou způsobit obtíže při zapamatování pokynů, úkolů, ale také slovíček v případě, že dítě má opakovat slovo slyšené před několika sekundami.

Pracovní paměť je kombinací krátkodobé a dlouhodobé paměti a slouží jako registr psychické práce. Informace, které jsou v ní uloženy, jsou nutné k řešení aktuální úlohy nebo situace. Bezprostředně poté jsou zde přítomné již nevýznamné informace zapomenuty a vytěsněny souborem informací nových. (Preiss In Zelinková, 2003 s. 30) Pracovní paměť je bezpodmínečně nutná při řešení těch úkolů, které vyžadují současné vybavení více poznatků jako jsou např. diktáty.

U jedinců se SPU je oslabena paměť krátkodobá, projevující se tím, že jedinec neudrží v mysli krátkou informaci, která je mu sdělována. Postižena je i paměť pracovní a to tak, že jedinec nedokáže využít a použít poznatků z více oblastí najednou. Může být oslabena i dlouhodobá paměť, což se projeví tak, že jedinec si nevybavuje poznatky, které se naučil, pokud nejsou neustále opakovány.

¹⁷ Paměť krátkodobá trvá desítky vteřin (vzácně několik minut). Její horní mez se nejčastěji uvádí mezi 30 – 90 sekund. Krátkodobá paměť zachycuje aktuálně působící podněty, její kapacita je omezená.

¹⁸ Paměť dlouhodobá zajišťuje uchování obsahu informací po měsíce a roky. Přesun z krátkodobé do dlouhodobé paměti je ovlivněn kvalitou uložení poznatků (systém, zájem, motivace), jejich opakováním a užíváním.

g) deficity v časovém uspořádání ovlivňující rychlost kognitivních procesů

Jiné výzkumy obrátily pozornost k problému obecnějšímu, tj. rychlost výkonu. Marta Dencla a Rita Rudel objevily v roce 1976 problém u jedinců se SPU v rychlém jmenování po sobě následujících podnětů včetně podnětů neřečových, jako jsou barvy. Marianne Wolf zjistila v roce 1991, že časný deficit ve jmenování písmen a číslic predikuje obtíže ve čtení s přímou závislostí mezi deficitem rychlosti a závažností postižení čtení. Rychlé jmenování předmětů se tak stalo jedním z úkolů v testové baterii pro screening dyslexie od předškolního věku až po dospělost. (ZELINKOVÁ 2003 s. 30-31)

h) kombinace deficitů

Většina autorů spatřuje příčinu dyslexie v kombinaci více deficitů. Nejčastěji je to fonologické uvědomění, řeč, paměť, deficit v procesu automatizace.

2.2.3 Behaviorální rovina

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

Při osvojování čtení je dle Zelinkové (2003 s. 76) důležité zvládnutí následujících kroků, které mají být automatizovány ve vzestupném pořadí: zrakové rozlišení tvaru, poznání hlásky sluchem, spojení hláska – písmeno, sluchová analýza a syntéza slabiky, čtení slabiky, čtení nového písmena ve slově, automatizace čtení slov s porozuměním.

V procesu osvojování psaní je důležitý tento vývoj: procvičování hrubé¹⁹ a jemné motoriky²⁰, správné držení psacího náčiní, uvolňovací cviky, psaní písmen a spojů mezi písmeny, psaní textu (slova a věty bez gramatických pravidel), psaní textu s použitím gramatických pravidel, samostatný písemný projev (slohová cvičení).

Úroveň výkonů v matematice je závislá do určité míry na rozumových schopnostech. Jean Piaget (In Novák, 2004 s. 6) rozlišuje následující období ve vývoji rozumových schopností:

1. senzomotorické stádium (přibližně do 2 let věku)
2. předoperační stádium:
 - a) předpojmového a symbolického myšlení (do 4. roku)
 - b) názorného myšlení (od 4. do 7. roku)
3. stádium konkrétních operací (do 12. roku)
4. stádium formálních operací (od 12. roku do dospělosti)

Vývoj matematických schopností podle Košče (In Novák, 2004 s. 6 – 7) je následující: předčíselné představy (klasifikace, párové přiřazování, sériace²¹, používání pojmů: více – méně – stejně - atd., rozlišení částí a celku, počítání po jedné), základní matematické pojmy (pojem číslo, číselné představy, struktura čísla, čtení a psaní čísel), základní matematické operace (jejich chápání a provádění), řešení slovních úloh, orientace v čase, jednotky času, představivost, jednotky míry, váhy, převody jednotek, bankovky, mince, převody, ceny produktů, životní náklady, další číselné představy důležité pro praxi (míry oděvů a obuvi, údaje na teploměru, práce s měřítkem na mapě).

Zvláštnosti v chování, které vznikají jako následek SPU, jsou nejčastěji podmíněny pocity méněcennosti, snahou zakrýt obtíže, upozornit na sebe

¹⁹ Cvičení paží, uvolnění pletence ramenního, pohyby dlaní, správné postavení chodidel na podložce, vzpřímené držení trupu, občasný pohyb.

²⁰ Modelování, skládání papíru, navlékání korálek, omalovánky, modelování písmen, pohyby prstů, sestavy z dlaní, cvičení pohybové paměti.

²¹ Např. uspořádání proužků podle velikosti, pokračování v řazení prvků.

za každou cenu (vykřikování, nevhodné slovní projevy). Nepříznivé hodnocení ze strany učitele, nedůvěra okolí mohou vést ke zhoršenému sebehodnocení jedince a mohou vyústit v negativní vztah ke vzdělání, k fobiím, záškoláctví a psychosomatickým obtížím.

2.3 Příčiny vzniku LMD

V šedesátých až osmdesátých letech dvacátého století se usuzovalo, že SPU jsou ve většině případů důsledkem drobného poškození mozku a na nich závislé LMD. Jak jsem již zmínila, SPU se mohou vyskytovat současně s LMD. Proto pokládám za důležité uvést zde nejčastější příčiny vzniku LMD.

„Ke vzniku drobného cerebrálního poškození dochází v perinatálním období, tedy v době před porodem, během porodu a krátce po porodu.“ (POKORNÁ 2001 s. 81) Velmi důležitou roli hrají také stav matky a vnější vlivy, které působí na matku v období prenatálním (období před narozením dítěte). V postnatálním období (období po narození dítěte) je dítě také vystaveno určitým rizikům, které mohou způsobit drobná poškození CNS.

Pokorná (2001 s. 81-82) uvádí tyto nejčastější události, kdy dochází ke vzniku drobného mozkového poškození:

1. Příčiny prenatálního poškození: infekční nemoci matky, inkompatibilní (nesnášenlivý, neslučitelný) Rh – faktor, krvácení v těhotenství, nepříznivé okolnosti způsobující předčasný porod (např. kouření matky), předporodní meningitida (zánět mozkových blan) matky, endokrinní obtíže matky, závislost na lécích, alkoholu. Nejdůležitější roli hraje nedostatečný přísun kyslíku k plodu, který umožňuje látkovou výměnu.
2. Příčiny perinatálního poškození: přímá poranění (např. pohmoždění hlavičky dítěte použitím vysokých kleští), intoxikace plodu novorozeneckou žloutenkou nebo vlivem léků proti porodním bolestem. Může docházet k nedostatečnému přísunu kyslíku při protrahovaném

porodu, nebo naopak při překotném porodu, při komplikacích s pupeční šňůrou, při vdechnutí plodové vody, asfyxii (nedostatečným oksyličováním mozku při opožděném vyvolání funkce dýchání).

3. Příčiny postnatálního poškození: střevní obtíže nebo výrazné nedostatky příjmu potravy mohou vyvolat nedostatek kyslíku v krvi a tím způsobit poškození centrálního nervového systému. Velké nebezpečí představuje každé infekční onemocnění do dvou let věku dítěte, zvláště pokud je spojeno s horečkou²².

2.4 Zánět středního ucha

Chronické záněty středního ucha mohou být jednou z příčin SPU. Záněty způsobují sníženou kvalitu zpracování akustického signálu a tím dochází k ovlivnění osvojování řeči, porozumění řeči a úroveň fonologických procesů. I poruchy procesu automatizace mohou být ovlivněny špatným slyšením. (Informace české společnosti „Dyslexie“ 2004/2005 s. 28)

U jedinců s chronickým zánětem středního ucha se mohou projevit mírné až střední ztráty sluchu. Dostávají neúplný nebo nesouvislý zvukový signál, jehož intenzita kolísá. Porucha v přívodu signálu postihují sluchovou diskriminaci a řečové procesy. Jedinec zakóduje nekompletní, nepřesné informace do databáze, z níž se jazyk vyvíjí. (tamtéž)

Tato nová teorie může v mnohém pomoci při diagnostice SPU. Při diagnostice je velmi důležité znát osobní i rodinnou anamnézu jedince, které nás mohou rychleji dovést k závěrečné diagnóze.

²² Infekční onemocnění jako je spála, záškrt, černý kašel, chřipka, zánět středního ucha, zápal plic, střevní infekce. Zvláště je to pak meningitida, encefalitida.

3 PROJEVY SPU

3.1 Předpoklady SPU v předškolním věku

I když SPU můžeme diagnostikovat teprve tehdy, kdy se dítě učí číst a psát, existují určité ukazatele, které nám mohou pomoci s určením časné diagnózy již v předškolním věku. Tyto ukazatele jsou zároveň vhodnou pomůckou pro určování diagnózy v jakémkoliv věku.

Jako jsou rozděleny příčiny SPU (viz kap. č. 2), i v případě ukazatelů je tomu naprosto stejně. Johnson, Peer a Lee (In Zelinková, 2003 s. 189-190) uvádějí oblasti, na které je třeba se zaměřit u dítěte v předškolním věku.

1. Z biologického hlediska sledujeme:

- genetické zatížení v rodině v oblasti řeči a čtení,
- problémy v těhotenství a kolem porodu,
- osobní anamnéza dítěte (chronické záněty středního ucha),
- období narození (ohroženy jsou děti narozené v květnu – červnu).

2. Oblast kognitivní:

- deficit ve vývoji jemné a hrubé motoriky (lezení, chůze, běh),
- opožděný vývoj řeči,
- poruchy procesu automatizace,
- slabá krátkodobá verbální paměť,
- obtíže při opakování bezesmyslných slov.

3. Chování dítěte:

- podrážděnost (překonávání obtíží),
- obtíže v soustředění,
- časté vyhýbání se určitým aktivitám.

3.2 Průvodní obtíže

Průvodní obtíže můžeme z hlediska pedagogicko – psychologického rozboru označit jako příčiny poruch. Jde o postižení psychických funkcí, které podmiňují zvládnutí požadovaných dovedností. Jedná se o tyto poruchy a obtíže:

1. obtíže v oblasti řeči,
2. poruchy zrakové percepce,
3. poruchy pravolevé a prostorové orientace,
4. poruchy orientace v čase,
5. poruchy sluchové percepce,
6. poruchy vnímání a reprodukce rytmu,
7. poruchy procesu automatizace,
8. obtíže v rychlém jmenování,
9. poruchy vývoje jemné a hrubé motoriky,
10. poruchy pohybové koordinace,
11. poruchy vnímání tělesného schématu,
12. nápadnosti v chování, poruchy soustředění.

3.3 Projevy SPU při osvojování čtení, psaní a počítání

3.3.1 Dyslexie

Tato porucha postihuje základní znaky čtenářského výkonu, a to:

1. Rychlost – dítě luští písmena a hláskuje, neúměrně dlouho slabikuje, nebo naopak čte zbrkle, domýšlí slova. Může se stát, že dítě čte rychle, ale převádí pouze tvar slova na zvukovou podobu a nerozumí obsahu čteného textu.

2. Chybovost – nejčastějšími chybami jsou záměny písmen tvarově podobných (více viz kap. č. 2), zvukově podobných nebo zcela nepodobných.
3. Technika čtení – se nejčastěji projevuje chybnou technikou tzv. dvojího čtení (jedinec čte potichu po hláskách a teprve potom je vysloví nahlas). Problém spočívá v tom, že v některých případech nedojde ke spojování písmen do slov a dítě není schopno provést hláskovou syntézu.
4. Porozumění – je závislé na úrovni předcházejících ukazatelů, tj. rychlé a hbité dekodování, syntéza písmen ve slovo a odhalení obsahu slova. (ZELINKOVÁ 2003 s. 41-42)

3.3.2 Dysgrafie

Dysgrafie postihuje čitelnost a úpravu písemného projevu v těchto oblastech:

- Jedinec si obtížně pamatuje tvary písmen, obtížně je napodobuje (zaměňuje je a zrcadlově obrací).
- Písmo je příliš velké nebo malé, často obtížně čitelné.
- Jedinec často škrta, přepisuje písmena.
- Písemný projev je neupravený.
- Neúměrně pomalé tempo psaní, křečovitě a toporně držení psacího náčiní.
- Písařský výkon vyžaduje neúměrně mnoho energie. (ZELINKOVÁ 2003 s. 50)

3.3.3 Dysortografie

Dysortografie se projevuje zvýšeným počtem specifických dysortografických chyb a obtížemi v osvojování gramatického učiva a aplikaci gramatických jevů.

Specifické dysortografické chyby:

- Rozlišování krátkých a dlouhých samohlásek.
- Rozlišování slabik dy – di, ty – ti, ny – ni.
- Rozlišování sykavek.
- Vynechaná, přidaná, přesmyknutá písmena nebo slabiky.
- Hranice slov v písmu (rozdělování slov). (ZELINKOVÁ 2003 s.43)

3.3.4 Dyskalkulie

Dyskalkulie je porucha, která postihuje manipulaci s čísly, číselné operace, matematické představy a geometrii.

Košč (In Novák, 2004 s. 25-28) rozlišuje podle postižení matematických dovedností následující typy dyskalkulií:

- Praktognostická dyskalkulie je porucha matematické manipulace²³ s konkrétními předměty nebo symboly.
- Verbální dyskalkulie se projevuje omezenou či narušenou schopností rozumět významu matematického pojmosloví a slovně označovat množství předmětů.
- Lexická dyskalkulie je snižená schopnost číst matematickou symboliku, číslice, operační znaky atd. Nejtěžší forma lexické dyskalkulie je pojmenovávána jako „slepota pro čísla“.
- Grafická dyskalkulie zasahuje písemné formy vyjadřování matematického obsahu.
- Operační dyskalkulie je především narušení schopnosti provádět početní operace s čísly z paměti nebo písemně.
- Ideognostická dyskalkulie zasahuje poruchy chápání matematických pojmů a vztahů mezi nimi.

²³ Matematickou manipulací se rozumí tvoření skupin či řady předmětů, porovnávání počtu předmětů.

3.3.5 Dyspinxie

Dyspinxie se projevuje nápadně nízkou úrovní kreseb, neobratností v zacházení s tužkou, křečovitými a tvrdými tahy a trvalou nejistotou. Jedinec nedokáže přenést svoji představu utvořenou v trojrozměrném prostoru na plochu papíru. Nedovede však ani kresebně napodobit určité sestavy čar nebo ploch, které by muselo napřed analyzovat, a pak teprve reprodukovat. Kresebný projev takového jedince je nápadně primitivní. Tyto obtíže se zpravidla neobjevují samostatně. (MATĚJČEK 1995 s. 93)

3.4 Emocionální a sociální aspekty SPU

Již v počátcích studia dyslexie si vědci povšimli, že tato porucha bývá často provázena sociálními a emocionálními problémy. Na tyto aspekty se ale velmi brzy pozapomnělo, protože odborníci se nejprve zabývali markantnějšími symptomy této poruchy. Až pozdější výzkumy v osmdesátých letech dvacátého století se soustředí na tuto problematiku. (RYAN 1997 s. 33)

Již T. S. Orton upozornil na emocionální aspekty dyslexie, když sledoval vzrůstající frustraci selhávajících dyslektiků ve škole. Podle jeho výzkumu je většina dětí s dyslexií v předškolním věku spokojená a šťastná. Jejich emocionální problémy se začínají rozvíjet teprve tehdy, když je učitelé začnou učit číst a psát pro ně zcela nevhodným způsobem. S přibývajícím roky frustrace postupně narůstá spolu s tím, jak spolužáci jedince se SPU ve čtení a psaní předbíhají. (tamtéž)

Některé emocionální a sociální aspekty SPU bývají považovány za sekundární projevy, jiné naopak za součást primárního syndromu. To znamená, že emocionální a sociální problémy mohou být buď součástí nebo projevem SPU, anebo problémy emocionální a sociální adaptace jsou důsledkem stresu, který způsobuje dítěti jeho okolí v důsledku jeho odlišnosti. (KOCUROVÁ 2002 s. 208)

Matějček (1995 s. 84) poukazuje na spojitost mezi dyslexií a psychickou deprivací. „Obtíže v učení jsou jedním ze stálých a zpravidla i výrazných příznaků psychické deprivace.“ Pro děti vychovávané v ústavních zařízeních je typický opožděný vývoj řeči a omezení komunikace následkem nedostatku emocionálního zázemí. Právě čtení předpokládá dobrý rozvoj řečových funkcí. První chlapec, který byl u nás v roce 1952 přijat jako dyslektik do nápravné péče byl vychováván od útlého dětství v tzv. kolektivní péči a prošel několika dětskými domovy. Častý je také výskyt dyslexie v Dětských vesničkách SOS a v rodinách citově a sociálně nepříznivých pro normální vývoj dítěte. (MATĚJČEK 1995 s. 85-86)

Frustrace jedinců s dyslexií je nejčastěji spojena s jejich neschopností plnit očekáváním druhých, s tím souvisí i velká část jejich sociálních problémů. Ryan (1997 s. 33 - 34) uvádí, že dyslektici mají čas od času problémy se sociálními vztahy. To může mít několik příčin:

- Dyslektici mohou být fyzicky i sociálně nezralí, což může vést ke sníženému přijetí sama sebe i horšímu přijetí vrstevníky.
- Sociální nevyzrálost může vést k tomu, že se chovají neadekvátně v sociálních situacích.
- Mnoho dyslektiků má problém s dekódováním sociálních kódů, mohou špatně odhadovat osobní vzdálenost v interpersonálním styku nebo nedostatečně vnímat neverbální chování druhého člověka.
- Dyslexie velmi často zasahuje mluvenou řeč a proto jedinci se SPU mají velmi často potíže s vyjadřováním, snadno se zarazí nebo jim trvá déle než odpoví na otázku.
- Dyslektici podávají kolísavé výkony, které bývají často interpretovány okolím jako lenost či nezáměr.

Z emocionálních problémů je nejfrekventovanější úzkost, která souvisí s permanentní frustrací ve škole nebo v sociálních interakcích. Frustrace může

vyvolávat hněv, někdy až agresivitu, kterou může jedinec se SPU obracet proti sobě a proti svému okolí (matka, spolužáci). Úzkost a frustrace výrazně negativně poznamenávají sebehodnocení jedince se SPU. (KOCUROVÁ 2002 s. 209)

Děti se SPU se dostávají do náročných sociálních situací a jsou tedy vystaveny dvojnásobné frustraci. Děti trpící SPU se mohou díky školním neúspěchům a z toho pramenících problémům dostat do stavu nesnesitelného napětí. Často proto volí únik do vlastního světa nebo vytváří pomyslnou stěnu mezi sebou a děním ve třídě. (POKORNÁ 2001 s. 26)

Dalším problémem emocionálního vývoje jedince se SPU jsou deprese, které mají v dětském věku jinou podobu než u dospělých. Za charakteristiky deprese u dětí bývají označovány tendence k negativnímu sebepojetí, tendence k negativnímu pojetí světa, bez pozitivních zážitků a tendence k depresivnímu vidění budoucnosti. (RYAN 1997 s. 36)

Milzová (In Pokorná, 2001 s. 122) zjistila, že mezi dětmi s problémy v emoční sféře bylo 74, 4 % dětí s deficitem v dílčích funkcích, které jsou příčinou SPU, zatímco ve druhé skupině, u dětí bez školních problémů, mělo obtíže v emoční oblasti pouze 2,6 %.

Úroveň sebevědomí je odrazem postojů, jaké k dítěti zaujímá jeho okolí. Sebevědomí se týká především hodnoty, jakou si připisujeme. Jako součást sebeúcty a sebeuskutečnění představuje podle Maslowa jednu z nejvýraznějších potřeb člověka. Děti velkou měrou přebírají a zvnitřňují obraz, který si o nich vytvořili rodiče. (KOCUROVÁ 2002 s. 209)

Niemeyer (In Pokorná, 2001 s. 122 - 123) zjišťoval dotazníkovou metodou postoje členů rodiny, učitelů a spolužáků k dětem s dyslexií a jejich postoj k sobě samým. Z jeho výzkumu vyplývá, že:

- děti s dyslexií jsou méně rády doma, jsou častěji tělesně trestány, ve větší míře odporují rodičům, je jim velmi často vyčítána lenost.

- hodnocení dětí s dyslexií ze strany učitelů je ve většině případů negativní, děti s dyslexií vytykají svým učitelům netrpělivost a také to, že nadržují ostatním dětem.

- děti s dyslexií jsou častěji terčem posměchu než ostatní děti, cítí se častěji osamoceny a 14 % z nich nenavázalo pozitivní vztah k žádnému spolužákovi.

- děti s dyslexií hodnotí samy sebe spíše nepříznivě, školní úkoly jim připadají těžké, těžce se přizpůsobují školnímu prostředí, na rozdíl od učitelů a rodičů si o sobě nemyslí, že jsou líné.

Jako každý jiný handicap má i SPU obrovský vliv na rodinu dítěte, ale protože tato porucha není tolik vidět, bývá tento vliv často přehlížen. Vliv SPU na rodinu dítěte se projevuje různě, jedním z nejviditelnějších projevů je sourozenecká rivalita. (RYAN 1997 s. 36)

4 KOMUNIKACE JEDINCŮ SE SPU

4.1 Neurobiologie řeči

Vztah mozku a jazyka je jednou z nejnáročnějších větví systémové neurobiologie chování. „Jazyk je výsledkem složité neuronální činnosti dovolující vyjadřovat a vnímat duševní stavy prostřednictvím sluchových znaků (řeč), gramatických znaků (písmo) nebo gest při využití sensorických a motorických funkcí, které k tomuto účelu nebyly prvotně specializovány.“ (Alajouanine In Koukolík, 2000 s. 125)

Velmi důležité pro neurobiologii řeči jsou poznatky z neurochirurgie. V hemisférách se vyskytují centra pro různou činnost. Centra řeči se nacházejí v tzv. dominantní hemisféře (u téměř 100 % praváků je to hemisféra levá, u 60 – 70 % leváků také), a to v zadní části čelního (frontálního) laloku, části temenního (parietálního) a spánkového (temporálního) laloku.

Brocovo řečové centrum je uloženo ve frontálním laloku dominantní hemisféry a zajišťuje motorický výkon řeči. Toto centrum je pojmenováno po francouzském neurologovi Paulovi Pierre Brocovi, který ho objevil již v roce 1861. (KULIŠŤÁK 2003 s. 171)

V roce 1874 německý neurolog Karl Wernicke objevil, že centrum porozumění slyšené řeči je uloženo nedaleko od Brocova centra a to v temporálním laloku dominantní hemisféry. Toto sensorické centrum po něm bylo pojmenováno. (tamtéž)

Obě centra spolu spolupracují. Jestliže jsou tato místa z nějakého důvodu poškozena, dochází u pacienta k poruchám řeči nebo až k úplné ztrátě řeči, která je nazývána afázie²⁴.

²⁴ Afázie patří do souboru vyšších kortikálních poruch. Jde o ztrátu exprese nebo rozumění řeči v důsledku ložiskového poškození mozku. Podle místa poškození rozlišujeme afázi motorickou nebo sensorickou.

4.2 Řeč

„Řeč lze definovat jako biologickou vlastnost člověka, systém, kterým lze přenášet informace pomocí jazyka.“ (ŠKODOVÁ, JEDLIČKA 2003 s. 89) Tato definice je z hlediska náhledu medicínsko – rehabilitačního patrně nejpřijatelnější. Rozlišujeme řeč mluvenou a řeč psanou. Protože tématem této kapitoly jsou poruchy mluvené řeči, nebudu věnovat příliš velkou pozornost psané řeči.

Mluvená řeč se rozděluje na:

- a) řeč receptivní (dostředivá) = porozumění řeči. Úroveň porozumění řeči je ovlivněna úrovní sluchové percepce, slovní zásobou, psychickými kvalitami dítěte, vnějším prostředím. Výrazy, pojmy, slovní spojení, kterým jedinec rozumí, tvoří pasivní slovní zásobu, tj. obsah receptivní řeči. (ZELINKOVÁ 2003 s. 153)
- b) řeč expresivní (odstředivá) = vyjádření, mluvení. Do expresivní řeči patří tyto oblasti řeči:
 - Artikulace (výslovnost), která hraje významnou roli v nácvičku čtení a psaní. Velmi důležitý je pro dítě správný artikulační vzor, tedy nejdříve mluva rodičů, sourozenců a poté učitele.
 - Slovní zásoba zahrnující aktivní slovní zásobu (slova, která jedinec užívá ve své řeči) a pasivní slovní zásobu (slova, kterým jedinec rozumí). Malá slovní zásoba může mít za následek mnoho obtíží, např. neporozumění výkladu, textu, neschopnost vyjádřit své myšlenky a prezentovat naučené znalosti.
 - Gramatické kategorie a jazykový cit. Zvládnutí gramatických kategorií je ovlivněno vnějším prostředím, rozumovými schopnostmi a vrozenými předpoklady. Vlivem zkušeností, poznáváním gramatické stavby mateřského jazyka a následné schopnosti přenášet

tato pravidla na vlastní mluvu se utváří jazykový cit. (ZELINKOVÁ 2003 s. 154 – 156)

Podle Žlaba a Baumbrukové (ŽLAB 1992 s. 7) je u dyslektiků tato složka řeči na nižší úrovni, přičemž opoždění činí přibližně dva roky.

- Mluvní pohotovost, tedy vybavování slov (verbální fluence) je schopnost jedince pohotově si vybavovat odpovídající slova. Předpokladem je, že dítě má tato slova ve své aktivní nebo pasivní slovní zásobě. Je částečně vrozená, mluvními cvičeními je však možné dosáhnout zlepšení.
- Tempo řeči a plynulost mluvního projevu, které jsou individuálními charakteristikami, lze změnit jen obtížně. Pomalé tempo může být podmíněno sníženou mluvní pohotovostí nebo, malou slovní zásobou, ale i zvýšenou sebekontrolou. Naopak příliš rychlé tempo je ovlivněno temperamentem, sníženou schopností sebekontroly a zvýšenou impulzivitou.
- Modulační faktory, které tvoří velice důležitý prvek ve vývoji řeči i ve struktuře řeči dospělých. Patří k nim melodie, dynamika, přízvuk a rytmus řeči. Hrají významnou roli v mluvené řeči i ve čtení. (ZELINKOVÁ 2003 s. 156 - 157)

4.3 Vyšetření řeči

Vyšetření řeči provádí klinický logoped. Klinický logoped se zabývá prevencí, diagnostikou, terapií poruch sdělovacího procesu dětí i dospělých. Při první návštěvě klinického logopeda se provádí komplexní vyšetření, jehož součástí je podrobná rodinná a osobní anamnéza, údaje o psychomotorickém vývoji dítěte, nemocnosti, sociálních vztazích, o způsobu výchovného působení na dítě.

Vyšetření řeči navazuje na zhodnocení dosavadního vývoje řeči a při vlastním vyšetření je nutné podle klinické logopedky Daniely Palodové (1998 s. 141-142) posoudit:

- úroveň rozumění řeči, pokud je narušeno
- úroveň obsahové stránky řeči (slovní zásoba, užívání gramatických struktur, tvorba vět a souvětí)
- úroveň formální stránky řeči (melodie, tempo, přízvuk, dodržení počtu slabik ve slově, artikulace)
- úroveň verbální paměti
- úroveň zrakové a sluchové percepce a diferenciacce
- stupeň vývoje fonemického sluchu
- stav sluchu (orientačně)
- způsob tvorby hlasu, huhňavost
- laterality
- jemnou motoriku ruky a mluvidel
- u dětí školního věku úroveň čtení a psaní

4.4 Komunikační kompetence jedinců se SPU

„Komunikační kompetence znamená schopnost využívání jazykových prostředků mluvcím v reálných podmínkách komunikačního kontextu a pro konkrétní komunikační účely. Znamená schopnost účastníka komunikace zvládnout v dostatečné míře příslušné soustavy pravidel.“ (KOCUROVÁ 2002 s. 90)

Komunikační kompetence se dělí na:

- a) jazykovou složku, která je spojena s ovládnutím jazykového systému,
- b) pragmatickou složku, týkající se schopnosti užívat jazyk v procesu dorozumívání. (Lewandowski In Kocurová, 2002 s. 90)

„Čtení a psaní vyžaduje adekvátní úroveň obou těchto složek a představuje přenos komunikační kompetence do jiné formy jazykové aktivity.“ (KOCUROVÁ 2002 s. 90) Tento proces lze podle Lewandowského (In Kocurová, 2002 s. 90) strukturovat do tří etap:

- | | | |
|----------------------------------|---|-------|
| 1) identifikace znaku | } | ČTENÍ |
| 2) strukturální interpretace | | |
| 3) významová interpretace | | |
| 2) manipulace s grafickým znakem | } | PSANÍ |
| 3) strukturální kódování | | |
| 4) kódování významu | | |

Tyto tři etapy odpovídají třem úrovním jazyka a to úrovni fonologické, syntaktické a sémantické.

Kocurová (2002 s. 181 - 183) ve svém rozsáhlém výzkumu pragmatické úrovně jazyka žáků se SPU z roku 2001 zjistila významně sníženou úroveň komunikační kompetence u dětí se SPU. V tomto výzkumu bylo zjištěno, že:

- jedinci se SPU častěji používali k získávání pozornosti negativní způsoby (pokřikování po učiteli) než jedinci kontrolní skupiny.
- úroveň reakcí dětí se SPU byla nižší než odpovídá věku.
- interakce dětí se SPU byly problematičtější co do rozsahu, povahy a účinnosti.
- děti s diagnózou SPU se málo ptaly za účelem získání informací.
- děti se SPU se významně častěji těžko zapojovaly do skupiny, méně často iniciovaly konverzaci, musely být osloveny.
- oblasti interakce a konverzace potřebovali tito jedinci více podněcování, konverzace nebyla bezprostřední a často končila ztrátou zájmu.

- zkoumané děti se SPU často užívaly nesprávná pojmenování předmětů a velmi často také nerozuměly záměrům mluvčího, neporozumění bylo spojeno s malou motivací k naslouchání.

- v případě neshody s kamarádem reagovaly děti se SPU neverbálními prostředky, např. strkáním, bitím.

4.5 Poruchy řeči nejčastěji spojené se SPU

Úspěch dítěte v počáteční výuce čtení je závislý na dobré spolupráci mozkových hemisfér. Pokud je funkce jedné z hemisfér ve svém vývoji nějakým způsobem opožděna nebo narušena, nemůže dojít ke správné součinnosti hemisfér při procesu čtení. Levá hemisféra je označována jako „řečová“ a u velké většiny lidí přednostně řídí mluvení a zpracování řečových podnětů z okolí. Porucha v této hemisféře může být příčinou disharmonického vývoje celé funkční soustavy pro čtení a psaní. Z výše uvedených poznatků lze předpokládat, že poruchy psaní a čtení budou s poruchami řeči v úzké spojitosti. (MATĚJČEK 1995 s. 111)

4.5.1. Dyslalie (nesprávná výslovnost, patlavost, psellismus)

Dyslalie (F 80.0) je souborné označení pro vývojové poruchy nebo vady výslovnosti jedné nebo více hlásek mateřského jazyka, přičemž výslovnost ostatních hlásek je správná. Je to funkční porucha nebo orgánová vada artikulace, porucha nebo vada výslovnosti nejméně jedné hlásky,

a) která se konstantně zvukově odlišuje v mluvním projevu od kodifikované normy českého jazyka a tím působí rušivě;

b) je tvořena na jiném místě nebo jiným způsobem než stanoví fonetická spisovná norma a tak působí především vizuálně neesteticky;

c) je současně odchylná akusticky i esteticky. (KRAHULCOVÁ 2003 s. 7 - 8)

„Dyslalie je nejčastěji se vyskytující porucha nebo vada řeči, její výskyt²⁵ v populaci ale není konstantní z hlediska věku. Nejvyšší výskyt je ve věku předškolním, kdy je součástí celkového vývoje schopností dětí. Ve věku školním výskyt dyslalie klesá a ve věku produktivním je výskyt dyslalie konstantní až posléze mírně stoupá ve věku postproduktivním a věku seniorů. Z hlediska pohlaví převažuje výskyt dyslalie u chlapců dle různých autorů v poměru 6:4. Dyslalie se vyskytuje samostatně ale velmi často i ve spojení s dalšími poruchami a vadami řeči a jazyka.“ (KRAHULCOVÁ 2003 s. 10)

Dyslalii lze dělit podle příčiny a to na orgánovou (organickou) dyslalii, která vzniká jako důsledek poruch sluchu, mluvidel apod., a na dyslalii funkční (funkcionální), což je odchylná výslovnost bez patologicko – anatomického podkladu a je nejčastěji způsobena patologickou artikulační dynamikou. (KRAHULCOVÁ 2003 s. 16)

Klasifikace dyslalie podle stupně:

- Dyslalie levis (simplex) je jednoduchá porucha nebo vada výslovnosti jedné nebo několika málo hlásek. V tomto stupni není narušena srozumitelnost řeči. V případě, že se jedná o poruchu nebo vadu hlásek artikulačně podobných, tvořených na jednom artikulačním místě označuje se jako dyslalie monomorfní.
- Dyslalie gravis (multiplex) je těžká vada výslovnosti, kdy je postižena artikulace většího počtu hlásek. V tomto stupni již je narušena srozumitelnost řeči. V případě, že je narušena výslovnost hlásek více artikulačních míst označuje se jako dyslalie polymorfní.

²⁵ Podle více autorů: ve věku kolem 4. roku je průměrný výskyt dyslalie 60 %, u školních začátečníků 40 %, do devátého roku pokračuje pokles výskytu dyslalie na průměrně 10 % a mírný pokles na 8 % pak setrvává ve věku produktivním. Údaje o výskytu dyslalie u seniorů nejsou k dispozici.

- Dyslalie univerzalis (tetismus, hotentotismus) je porucha, kdy je postižena výslovnost téměř všech hlásek. V tomto stupni je řeč prakticky nesrozumitelná. (KRAHULCOVÁ 2003 s. 17)

Vynechávání (mogilalie) nebo zaměňování (paralalie) hlásky se do určitého věku považuje za fyziologický jev (nesprávná artikulace). Pokud však odchylky překročily věkovou hranici a nebyly zvládnuty přirozenou cestou, jsou považovány za patologické. Každá hláska má vlastní fonetický vývoj a stanovení fyzického věku ve vztahu k fonetickému vývoji a stabilizaci hlásky je individuální. Průměrná hranice je 4 roky. (KRAHULCOVÁ 2003 s. 17)

Patologická dyslalie (pravá dyslalie) bývá diagnostikována od 7 let věku, tedy v době, kdy by měly být všechny hlásky správně tvořeny a vyslovovány.

Poruchy výslovnosti jedné či více hlásek mohou přetrvávat až do dospělosti, pokud rodiče dítěte nevyhledají včas pomoc logopeda, který postupně pomocí artikulačních cvičení naučí dítě správně tvořit a vyslovovat jednotlivé hlásky.

Součástí terapie artikulace je mimo jiné i rozvoj fonemického sluchu (schopnost rozlišovat ve slovech sluchem hlásky s distinktivní funkcí). Pokud jsou v rodinné anamnéze zjištěny SPU a během následující terapie se přiměřeně věku nerozvíjí dostatečná sluchová a zraková diferenciací, přetrvává neobratnost jemné motoriky ruky i mluvidel, lze předpokládat diagnózu SPU. (PALODOVÁ 1998 s. 142)

Dyslalie nemá obvykle špatný vliv na čtení, jedinec čte stejně rychle, rozumí textu a řeč je víceméně srozumitelná. Dyslalie se může projevit také při psaní diktátů, protože dítě nepíše to, co slyší, ale to co samo vyslovuje a tak vznikají obrovské chyby v písemném projevu.

4.5.2 Kocktavost (balbuties)

Lechta (In Škodová, Jedlička, 2003 s. 258) pokládá kocktavost za syndrom komplexního narušení koordinace orgánů podílejících se na mluvené řeči, který

se nejnápadněji projevuje charakteristickým (tonickým²⁶, klonickým²⁷, tonoklonickým²⁸) přerušováním plynulosti řeči. Jde o velice závažnou vadu řeči. Tato porucha má významný vliv na psychiku jedince. I když neexistuje jednotný názor na etiologii koktavosti, odborníci se shodují v tom, že ke vzniku koktavosti je nutná dispozice jedince (obecná nebo speciální) a prožité trauma (chronické nebo jednorázové). Touto poruchou plynulosti řeči jsou opět více postiženi chlapi než dívky a to v poměru 5:1.

Koktavost začíná tzv. stadiem iterací, tedy opakováním hlásek, slabik nebo slov. Četnost takových opakování není ještě příliš velká. Další období této poruchy řeči je stadium nedobrovolných iterací, kdy se jedinec ocitá ve stavu, kdy nelze zvládnout spasticitu²⁹, která doprovází koktání. Během dalšího období se zhoršuje řeč a její plynulost, jedinec si začíná uvědomovat, že jeho řeč není v pořádku a vědomě se koktání snaží potlačit. Vzniká strach z řeči, okolí a společnosti a strach ze sebe sama. V tomto období se začínají objevovat tzv. souhyby a součiny. Souhyby jsou křečovitě stahy nejrůznějších svalových skupin, které vznikají před i po řečovém výkonu. Jedná se o grimasy v obličeji, stahy krčního svalstva, křeče mluvidel. Jako součiny jsou označovány složité pohyby, pohybové rituály, které mají za úkol získat čas a odbourat napětí jedince. Je to např. přerovnávání knih, shoení knih na zem, hraní si s prsty. Mluvený projev je často vyplňován vsuvkami, jako ano, že, vlastně. (přednáška Člověk s narušenou komunikační schopností I.)

Koktavost se promítá i do čtení a psaní. Při opakovaném čtení známého textu se příznaky koktavosti zmenšují. Někteří balbutíci koktají pouze při mluvení, ale ne při čtení. Koktavost může způsobit nečitelnost písma a to prostřednictvím záškubů při psaní. Do pravopisu se koktavost prakticky nepromítá. (MATĚJČEK 1995 s. 112)

²⁶ Tonická forma je charakterizována zvýšeným fonačním tlakem při uzavřené hlasové šterbině, který se označuje termínem prefonační spasmus. Doprovází ho patrné zvýšené napětí některých artikulačních svalů, zevních krčních svalů.

²⁷ Klonická forma se projevuje volným opakováním slabik, které je nepotlačitelné, nejčastěji prvních slabik slov.

²⁸ Tonoklonická forma je nejčastější. Opakování slabik je předcházeno zvýšeným prefonačním napětím nebo explozemi.

²⁹ Spasticita je mimovolné stažení svalů často provázené bolestí.

4.5.3 Opožděný vývoj řeči

Při opožděném vývoji řeči se mluvená řeč vyvíjí podstatně později, ale v dalším vývoji se dostává k normálu. Diagnóza opožděného vývoje řeči vychází ze znalosti vývoje řeči v běžné populaci.

Mikulajová (1996 s. 24 – 25) popisuje vývoj řeči běžné populace:

- Kolem jednoho roku dítě říká první slova.
- Ve 13. měsíci by dítě mělo rozumět přibližně 50 slovům.
- V 18. měsíci říká dítě přibližně 50 slov, ve 20. měsíci okolo 150 slov.
- Ve 2 letech používá dítě okolo 200 slov.
- Mezi 16. a 24. měsícem nastává období dvouslovných spojení.
- Mezi 28. a 30. měsícem tvoří dítě věty.
- Kolem 3. roku dítě rozumí lidské řeči.

„Příčin opožděného vývoje řeči je mnoho. Patří sem kromě zdravotních obtíží také nižší rozumové schopnosti, poruchy sluchu, nepodnětné rodinné prostředí, citová deprivace nebo poruchy CNS.“ (ZELINKOVÁ 2003 s. 158)

Řada světových i našich výzkumů svědčí o tom, že se SPU a opožděný vývoj řeči často objevují paralelně. (MATĚJČEK 1995 s. 113)

Zvláštní typ opožděného vývoje řeči představuje vývojová dysfázie (ve starší literatuře se objevuje pojem alálie). Jde o systémově (řeč je narušena ve všech systémech) a specificky (u každého dítěte jinak) narušený vývoj řeči. Vývojová dysfázie je snížená schopnost až neschopnost naučit se verbálně komunikovat a to přesto, že dítě má podmínky pro rozvoj řeči přiměřené. Řeč je narušena po stránce expresivní i percepční. Při klasickém neurologickém vyšetření se nezjistilo postižení nervových oblastí. Příčinou dysfázie je difúzní postižení řečových zón vyvíjejícího se mozku a to v časných stádiích (poslední trimestr těhotenství nebo raně po porodu). U většiny takových dětí je diagnostikována LMD. Velmi často je vývojová dysfázie podkladem, na němž se projevují

specifické poruchy čtení a psaní. (přednáška Člověk s narušenou komunikační schopností I.)

4.5.4 Specifický logopedický nález (artikulační dyspraxie)

Specifický logopedický nález zahrnuje artikulační neobratnost a specifické asimilace.

„Artikulační neobratnost je taková vada řeči, kdy dítě umí správně tvořit jednotlivé hlásky i celá slova, artikulace je však namáhavá, těžkopádná, nápadně neobratná, a je proto někdy i těžko srozumitelná.“ (ŽLAB 1983 s. 207) Příčinou je postižení řečové motoriky, tj. artikulace a koordinace mluvidel a u některých dětí také poruchy sluchové percepce. Pro jedinci s takovou poruchou řeči je obtížné vyslovit dlouhá slova nebo slova, která jsou složena z více částí. Mezi problémová slova patří např. nejbezpečnější, paroplavba, nosorožec. (ŽLAB 1983 s. 208)

Specifické asimilace postihují sykavky nebo tvrdé a měkké hlásky. Dítě ulpívá na jednom artikulačním stereotypu a není schopno jej plynule obměňovat nebo nahrazovat jiným. Vysloví pouze izolované hlásky, ale ve slovech neumí zvládnout rozdílnou artikulaci sykavek ostrých a tupých, používá pouze jednu z nich a tak vyslovuje např. čvičky/cvicky nebo šešity/sesity. Dítěti dělá často obrovský problém rozlišování tvrdých a měkkých slabik (di – dy, ti – ty, ni – ny) a tak vyslovuje slova jako prázdnini, nyný atd.

Specifické logopedické nálezy se promítají do psaní, oba typy se řadí mezi specifické dysortografické chyby. (ZELINKOVÁ 2003 s. 159)

4.6 Výskyt poruch řeči u jedinců se SPU

Lechta (2002 s. 167-170) se podrobně zmiňuje o výzkumech mnoha autorů týkajících se souvislosti mezi poruchami řeči a LMD. Uvádí pojem LMD jako souhrnné označení pro termíny ADHD a SPU a užívá ho v celém textu

pojednávajícím o této problematice. Přestože jsou tyto výsledky poměrně staré, mohou o vzájemné provázanosti SPU a poruch řeči mnohé ukázat. Své znalosti o výzkumech v této oblasti shrnuje Lechta takto:

Co se týče výskytu podle Böhma z roku 1976 má každé druhé dítě s LMD poruchu řeči. Ve svém výzkumu zjistil, že 1/3 těchto dětí řekla své první slovo až po 18. měsíci života; koktalo 6,9 %; dysartrii³⁰ mělo 9,4 %; otevřenou huhňavost³¹ 4,6 %; poruchu koordinace motoriky jazyka 27,9 % dětí.

Botzler (1975) uvádí u 4,9 – 7,9letých dětí s LMD nejvýše u 35 % dyslalií, u 6,9 % dysgramatismus³² a u 4,6 % breptavost³³. Pokud jde o dysgramatismus dítě s LMD nemá podle Glóse (1969) „cit pro gramatiku“, často si pomáhá vypůjčenými nebo samostatně vytvořenými, ale nesprávně použitými slovními symboly.

Vymlátilová (1973) zjistila, že větší počet psychopatologických symptomů, pokládáných za charakteristické pro breptavost jsou současně typickými příznaky LMD. Podle výzkumů je jasné, že jde o několika násobně vyšší výskyt poruch řeči dětí s LMD než v běžné populaci.

Románek (1980) zjistil u 52 % dětí s LMD typické problémy s asimilací sykavek a u 13 % dětí s asimilací „t“ a „k“. Až u 86 % těchto dětí zjistil problémy s artikulací hlásek vyžadujících jemnou koordinaci mluvidel („l, r“) a u 20 % těžkosti s hláskami „ch, v, k“.

Často jde i o kombinaci více poruch řeči. Často se vyskytuje také dysprozodie³⁴, což zřejmě souvisí s narušenou percepcí. Románek (1980) zjistil až u 26 % zkoumaných dětí s LMD nápadnosti v modulaci řeči.

Böhme (1976) zohledňuje věkové hledisko. Uvádí, že v mnohých případech se narušená komunikační schopnost manifestuje až tehdy, když děti mají plnit

³⁰ Dysartrie je porucha motorické realizace řeči na základě organického poškození CNS. Při této poruše jsou postiženy v různé míře a rozsahu základní modality motorické realizace řeči – respirace, fonace, rezonance a artikulace.

³¹ Otevřená huhňavost nastává při patologickém zvýšení nosovosti, nestačí – li patrohltanový uzávěr zabránit úniku vzduchu do rezonančních dutin.

³² Dysgramatismus se projevuje nesprávnostmi v morfoložicko – syntaktické rovině jazykových projevů.

³³ Breptavost (tumultus sermonis) je narušená komunikační schopnost, pro níž je typickým znakem rychlé a nerovnoměrné tempo řeči.

³⁴ Dysprozodie je charakteristická nápadně odchylným užíváním modulačních složek mluvy, tzv. zpěvavá mluva, tvořením nesmyslných rýmů při hovoru.

zvýšené verbální požadavky – v jeho výzkumu, v souvislosti s tímto faktem prudce stoupla křivka výskytu poruch řeči u dětí s LMD okolo 6. roku života.

Z hlediska pohlaví zjistil Botzler (1975), že zatímco v kontrolní skupině intaktních dětí byl výskyt narušené komunikační schopnosti jednoznačně častější u chlapců (1,7 : 1), u dětí s LMD byl výskyt zhruba vyrovnaný (0,99 : 1).

Třesohlavá (In Černá, 1999 s. 206) našla opožděný vývoj řeči u dětí s LMD dokonce v 86 % případů.

5 SPU U DOSPĚLÝCH JEDINCŮ

5.1 Charakteristika období mladé dospělosti

Období mladé dospělosti trvá přibližně od 20. do 35. roku života jedince. Za nejvýznamnější psychické znaky dospělosti lze považovat samostatnost, relativní svobodu vlastního rozhodování a chování, spojenou se zodpovědností ve vztahu k druhým lidem a se zodpovědností za svá rozhodnutí i činy. (VÁGNEROVÁ 2000 s. 301)

Období mladé dospělosti je charakteristické především přijetím určité varianty profesní role, která má trvalejší (a někdy i definitivní) platnost. V této roli je položen základ profesní kariéry. Profesní role je rovněž znakem příslušnosti k nějaké sociální vrstvě. Schopnost zvládnout přiměřeným způsobem profesní roli je jedním z psychosociálních kritérií dospělosti. Zaměstnání lze chápat jako prostředek k dosažení něčeho žádoucího. (VÁGNEROVÁ 2000 s. 315- 317)

V zaměstnání se plně projeví vývojově podmíněné změny v uvažování a v přístupu k různým situacím. Vágnerová (2000 s. 318) uvádí typické rysy mladého pracovníka:

1. nadšení, odvaha event. ochota riskovat
2. optimismus
3. pocit sebejistoty
4. pružnost, adaptabilita
5. netrpělivost
6. odolnost, schopnost zvládat stres
7. realismus a pragmatismus
8. potřeba perspektivy a profesního vzestupu

Odklad první profesní zkušenosti do doby rané dospělosti je obvykle spojen se studiem, tedy přípravou na povolání. Pro studenty je typická přechodná fáze dočasných profesních rolí (brigády, zaměstnání na částečný úvazek apod.). (VÁGNEROVÁ 2000 s. 320)

5.2 Charakteristika období střední dospělosti

Střed průměrného lidského života je lokalizován do doby mezi 35. – 45. rokem. V době středního věku se částečně mění i postoj k profesní roli. Profesní role by měla především uspokojovat potřebu seberealizace a potvrzovat kvality kompetencí určitého člověka. (VÁGNEROVÁ 2000 s. 380)

Lidé tohoto věku jsou stále ještě zaměřeni na úspěch a na dosažení dobré profesní pozice, na druhé straně se však mění jejich postoj k této roli a její hodnocení.

1. Formální cíle nejsou již tak významné jako byly dříve. Na významu nabývá pocit smyslu, užitečnosti a dosažení subjektivní hodnoty vlastní práce.

2. Koncentrace na úspěch a moc se postupně mění v preferenci pohody a jistoty.

3. Ve středním věku se mění pojetí generativity. Člověk si potřebuje znovu potvrdit správnost svého profesního směřování, přinejmenším o něm uvažuje.

5.3 Vývoj péče o dospělé jedince se SPU

Čtyřicet let systematické pozornosti jedincům se SPU v České republice je charakterizováno mimo jiné rozšiřováním věkového spektra postižených, kteří jsou předmětem zkoumání a péče. Prvotní pozornost byla věnována zejména dětem mladšího školního věku. I školské předpisy omezovaly speciální pomoc ve specializovaných třídách pro dyslektiky na první stupeň základní školy (dále ZŠ). Až osmdesátá léta dvacátého století brala na vědomí dyslektiky na druhém

stupni ZŠ a připouštěla zmínku o takto postižených středoškolácích. Na počátku devadesátých let dvacátého století došlo k výraznému posunu. Od té doby mohou vznikat specializované třídy i na druhém stupni ZŠ, legalizovány byly speciální školy pro dyslektiky, předpisy se vztahují i na střední školy (dále SŠ), jako je např. ohled na poruchu při přijímacích zkouškách. Zřídka se objevují neformální pokusy přihlídnout ke SPU i při výběrovém řízení na vysoké školy (dále VŠ). (MERTIN 1998 s. 54)

S přijetím názoru o přetrvávání symptomů SPU do dospělosti se objevuje otázka, zda se dá SPU vyléčit a jaká je její prognóza. Odpovědi odborníků se výrazně liší. Někteří uvádějí, že použitím jejich intervenčního postupu dojde k úplné nápravě. I dřívější předpisy vycházely z velmi optimistického názoru na možnosti odstranění poruchy a omezovaly nepřímou trvání dyslexie na maximálně 4 roky. Řada odborníků naopak zastává názor, že je třeba počítat se SPU ve větší či menší míře prakticky napořád. Nápravné metody mohou SPU pouze kompenzovat. (tamtéž)

Z výzkumů Weisse a Hechtmana z roku 1993 vyplývá, že u téměř jedné třetiny dospělých přetrvávají symptomy LMD v plném rozsahu, u dvou třetin lze nalézt jeden reziduální symptom. Někteří jedinci však vyrostou z dětské poruchy natolik, že je nelze odlišit od normálních kontrolních pokusných osob. (tamtéž)

Se zvyšujícím se počtem jedinců navštěvujících SŠ a VŠ je nutné počítat také s větším přílivem jedinců se SPU.

V naší literatuře najdeme velmi málo informací o a dospělých jedincích s diagnózou SPU. Literatura se věnuje školním dětem, převážně na prvním stupni ZŠ. Informace je třeba čerpat hlavně ze zahraniční literatury.

V zahraničí je evidentní zájem o dospělé jedince se SPU, toto téma bývá často předmětem konferencí, časopisů i výzkumů. Je jim také nabízena pomoc a to v podobě překonávání školních či pracovních obtíží.

Myslím, že bychom se měli od zahraničních odborníků poučit a věnovat se více dospívajícím a dospělým jedincům se SPU. Mnoha takovým jedincům by tato znalost a následná pomoc mohla pozitivně ovlivnit budoucnost.

5.4 Diagnostika dospělých jedinců

„Většina definic a praktických diagnostických a klasifikačních schémat dyslexie pro děti pracuje s rozdílem mezi úrovní rozumových schopností na straně jedné a úrovní v konkrétní dovednosti na straně druhé.“ Někteří autoři ale význam IQ pro stanovení diagnózy neuznávají. Součástí diagnostiky SPU je zjišťování úrovně důležitých percepčně kognitivních schopností. Pro stanovení diagnózy je důležité, aby korespondovaly údaje ze všech zdrojů. Zejména je nutné najít spojení mezi chybami a nedostatky ve čtení, psaní a příslušnými slabými či silnými stránkami v kognitivní oblasti. (MERTIN 1998 s. 55)

Problém v diagnostice dospělých jedinců je ten, že u nás neexistují standardizované testy čtenářských dovedností s normami pro dospělé. Z tohoto důvodu není možné prohlásit, že čtení dospělých jedinců se SPU je výrazně odlišné od čtení jejich vrstevníků. Zároveň neexistují žádné údaje o čtení běžné populace. Vyšetření čtení při diagnostice u adolescentů a dospělých jedinců je také komplikováno častým zlepšením čtení. (MERTIN 1998 s. 56)

Další problém diagnostiky a dospělých jedinců se SPU představují tzv. sekundární symptomy. „Sekundární symptom vzniká jako důsledek prvotní poruchy a může tuto prvotní příčinu dále komplikovat nebo zamlžovat její povahu.“ Čím více je sekundárních příznaků, tím je obtížnější diagnostikovat SPU. Např. jedním z obvyklých následků dyslexie je nedostatek přečtených textů. Tím, že dyslektici čtou méně, omezuje se jejich příležitost rozšířit si slovní zásobu a získávat nové informace. Podobné problémy se vyskytují i u dysortografiků, neúspěchy v psaní mohou u dospělých vést k tomu, že potíže přesáhnou původní pravopisné nedostatky. Dalekosáhlé následky mohou mít potíže dospělých jedinců s diagnózou SPU v socioemoční oblasti. (tamtéž)

V posledních dvou desetiletích se pozornost soustřeďuje na obtíže s fonologickými aspekty se zpracováním řeči. U dětí s diagnózou SPU se typicky objevují potíže s fonemickým uvědoměním, fonemickým kódováním, ve verbální krátkodobé paměti, jmenování předmětů, a mají problémy se základními aspekty

řečového vnímání a produkce. I v dospělosti byly tyto deficity prokázány. (MERTIN 1998 s. 59)

Celá řada zahraničních odborníků na SPU se zabývá srovnáním studentů se SPU a studentů bez poruchy na vysokých školách. Studenti se SPU např. vykazují významně horší výsledky ve zkoušce pravopisu, v porozumění přečtenému textu, ve čtení bezesmyslných slov. Naproti tomu výsledky ve zkouškách kreativity u nich byly příznivější. (MERTIN 1998 s. 60)

5.5 Studenti se SPU na střední škole

Práce se žáky se SPU na SŠ má specifické rysy, kterými se liší od práce s mladšími dětmi. Platí zde však řada postupů a doporučení určených pro mladší školní věk. (ZELINKOVÁ 2003 s. 177)

Někteří časně diagnostikovaní jedinci nebo jedinci, u kterých se podařilo pomocí reedukačních technik poruchu zmírnit, nemusí mít s přijetím a studiem na SŠ velké problémy. Většinou se však stává, že tyto problémy přetrvávají dál.

Studenti se SPU stojí často při nástupu na SŠ před otázkou, zda zveřejnit, že trpí poruchou, nebo raději tuto skutečnost zatajit. Bojí se, že pokud přiznají diagnózu SPU, setkají se s výsměchem spolužáků, se závistí, že nemusí plnit úkoly ve stejném rozsahu jako spolužáci. Mnohdy si vybavují minulost spojenou s nechápajícími učiteli na ZŠ. Pokud se rozhodnou tuto skutečnost zatajit, vystavují se tomu, že budou považováni za studenta, který se učení nevěnuje, tak jak by měl. Důležité je ponechat na studentovi konečné rozhodnutí, jestli chce oznámit, že trpí SPU nebo ne.

Kromě toho, že student má v různé míře obtíže ve čtení, psaní a v matematice, vyšší stupeň vzdělání s sebou přináší odlišný způsob práce, učení a předpokládá schopnost uplatnit získané poznatky bezchybně velmi brzy po jejich přednesení. Objevují se nápadné obtíže v organizaci vlastní práce, student má nižší schopnost psát souvislé texty (seminární práce, referáty) a nesprávné pracovní návyky ze ZŠ mohou mít za následek nezvládnutí učiva. (ZELINKOVÁ

2003 s. 186) Obrovský problém představuje neschopnost organizace vlastní práce. Studenti se SPU si obtížně rozvrhují potřebné studijní povinnosti, hůře rozlišují podstatné od nepodstatného. Problémy s orientací v čase se promítají do psaní písemných prací, ještě větší měrou však do tzv. „desetiminutovek“ prověřujících rychlým způsobem nabyté znalosti, kdy se takoví studenti nestačí ani zorientovat v daném úkolu a najednou je konec časového limitu.

Student vynakládá na překonání svých obtíží maximální úsilí, dosahované výsledky ale neodpovídají jeho snaze. Obtíže se začínají stupňovat, jedinec začíná mít odpor ke čtení, psaní, nerad pracuje s textem, nestačí tempu svých spolužáků, nezvládá výuku cizího jazyka. K problémům se zvládání učiva se často přidávají sekundární obtíže psychického rázu. Jedinec se SPU na SŠ se potýká s pocitem méněcennosti, sníženého sebehodnocení a sebevědomí, má odpor ke škole, obtížně se začleňuje do třídního kolektivu, má problémy ve vztahu k učitelům, rodičům. Pokud není studentovi včas nabídnuta vhodná pomoc, problémy mohou vyústit v neurotizaci, depresi. (MICHALOVÁ 2004 s. 9- 10)

Studenti SŠ si zpravidla uvědomují, že trpí SPU. Vědí, od čeho jsou osvobozeni, že mají víc času na plnění úkolů. Málokdy však takoví jedinci znají příčiny svých obtíží, možnosti nápravy a terapie. Mertin zdůrazňuje nutnost vzdělávání studentů se SPU v této problematice. Čím lépe totiž rozumí student problémům, které znesnadňují jeho přístup ke vzdělání, tím lépe může formulovat požadavky na modifikaci přijímacích zkoušek nebo samotné výuky a následně zhodnotit jejich přínos a efektivitu. (www.rodina.cz)

Donedávna byla péče o děti, žáky a studenty se speciálními vzdělávacími potřebami stanovena směrnicemi a metodickými pokyny MŠMT. 1. ledna 2005 nabyl účinnosti nový školský zákon č. 561/2004 Sb.³⁵, který hovoří o péči o studenta se speciálními vzdělávacími potřebami i ve středním, vyšším odborném a jiném vzdělávání. 9. února vychází k tomuto zákonu vyhláška

³⁵ viz příloha č. 2

č. 73/2005 Sb., o vzdělávání dětí, žáků a studentů se speciálními vzdělávacími potřebami a dětí, žáků a studentů mimořádně nadaných³⁵.

5.6 Studenti se SPU na vysoké škole

„V souvislosti se vzrůstajícím počtem dyslektiků na VŠ se v zahraničí objevuje potřeba najít spolehlivé indikátory dyslexie u dospělých. Diagnóza u vysokoškoláků by měla vést ke stejné specifickému přístupu, jako je tomu na ZŠ nebo SŠ. Není podstatné, že dospělý student bude muset podstatně více spoléhat na vlastní schopnost pomoci si, než je požadováno od dětského dyslektika.“ (MERTIN 1998 s. 55)

Často se stává, že SPU je diagnostikována až na VŠ. Ze Zprávy Národní dělnické strany o dyslexii ve vyšším vzdělání z roku 1997 vyplývá, že přibližně polovina britských dyslektiků v nižších ročnících VŠ byla diagnostikována na ZŠ nebo SŠ, u zbytku byla dyslexie zjištěna až v průběhu studia na VŠ. (Beaton, McDougall, Singleton In Mertin, 1998 s. 55) Nad těmito údaji se každý pozastaví. Autoři tohoto výzkumu však nabízejí poměrně jednoduché vysvětlení. Řada studentů s následně diagnostikovanými SPU projde ročníky primárního vzdělání bez nápadností díky výborné inteligenci, dobrým pracovním předpokladům (ve škole dávají pozor, jsou soustředěni na učení), rodinné stimulaci a pomoci (rodiče pomáhají se zvládnutím učiva) i díky kvalitní školní výuce. V průběhu školní docházky se výrazně zvyšují požadavky na studenta a v určitém momentu jeho síly nestačí a na povrch se tak dostanou dosud dobře kompenzované nedostatky. Vysokoškolské studium může v tomto směru představovat enormní zátěž. (www.rodina.cz)

Některé VŠ již přihlížejí ke SPU při vysokoškolském výběrovém řízení, jsou to především pedagogické fakulty. Po přijetí na VŠ stojí jedinec se SPU před rozhodnutím, zda zveřejnit svou diagnózu, nebo ne. Toto rozhodnutí zcela jistě řešil již při přestupu na SŠ, ale v případě VŠ jsou okolnosti trochu odlišné. Jedinci, kteří začnou studovat VŠ se obvykle začínají pokládat za dospělé. Vede

je k tomu jak možnost rozvržení vlastního studijního plánu tak odlišný systém výuky. Na VŠ je také nutná samostatnost studenta a schopnost organizace času na zvládnutí potřebného učiva. Na většině VŠ vládne vzhledem k velkému počtu studentů jistá anonymita, pedagogové většinou neznají jména studentů a nekonzultují studenty na poradách, jak tomu bylo na SŠ a hlavně ZŠ. Protože vysokoškolské vzdělání není povinné a ve společnosti panuje názor, že kdo nemá na to studovat VŠ, ať ji nestuduje, studenti se SPU raději svou diagnózu nesdělují. Problémem je, že na VŠ často neexistují poradny pro studenty s obtížemi při zvládnutí učiva, kde by pracovník vzdělaný v tomto oboru mohl studentovi poradit se sestavením rozvrhu, orientací ve studiu a navrhnout mu vhodný styl učení.

Obtíže ve studiu pramenící ze SPU se na VŠ projevují jinak než na ZŠ a SŠ. Od studenta je požadováno, aby se orientoval v daném tématu, předpokládá se samostudium a schopnost dohledat potřebné informace z různých zdrojů. Student musí v krátkém časovém období vstřebat velké množství látky, přečíst mnohasetstránkové učebnice, sepsat nespočet stránek seminárních prací a referátů.

5.7 Studenti se SPU na zahraničních univerzitách

Podle průzkumů z roku 1999 bylo na anglických univerzitách 1,4 % studentů se SPU. Vzhledem k tomu, že v Anglii stále roste počet studentů na VŠ, zvyšuje se i počet studentů se SPU. V souladu se současnými výzkumy jsou hlavním problémem vysokoškolských studentů v Anglii především obtíže při získávání, zpracování a ukládání do paměti informací z textu. Dalším studium znesnadňujícím prvkem je nedostatečná orientace v čase, prostoru a organizace vlastních aktivit. (ZELINKOVÁ 2002 s. 369)

V Anglii jsou SPU diagnostikovány i na univerzitách. V současné době se používá baterie testů, která obsahuje tyto části: rychlé jmenování obrázků, zkouška fonemického uvědomění, test sluchové paměti, test zpracování

verbálních i neverbálních informací. V oblasti čtení se provádí čtení slov se stoupající náročností po dobu jedné minuty, čtení nesmyslných slov a čtení odborného textu. Sleduje se způsob čtení, vyšetřovaný student popisuje své pocity při čtení a čtenářské strategie. Při písemné diagnostice student zpracuje volné téma v časovém úseku pěti minut. Poté je sledován jeho rukopis, pravopis a obsah textu. Na základě výsledků testu jsou zjištěny potřeby studenta, vypracována zpráva z vyšetření, která obsahuje vhodná doporučení. Nejčastějšími kompenzačními kroky jsou:

- navýšení času na vypracování úkolů a testů o 25 %,
- využití počítačů pro písemné vypracování otázek,
- přítomnost osoby, která předčítá text, a student své odpovědi nahrává na kazetu. (ZELINKOVÁ 2002 s. 369 – 370)

V USA existuje několik zákonů na ochranu práv jedinců se SPU, které většinou vznikly na nátlak rodičů. Jedinci se SPU mohou žalovat instituci za to, že neumožnila vzdělání odpovídajícím způsobem. Problémem amerického školství je, že mnoho dětí se nenaučí číst a psát v průběhu základní ani střední školy, trpí funkční negramotností. Některé firmy poskytují v současnosti dobrým zaměstnancům kurzy čtení a psaní, aby se mohli dále vzdělávat a profesně postupovat. (ZELINKOVÁ 2002 s. 370)

5.8 Jedinci se SPU v zaměstnání

Ve školním prostředí je diagnóza SPU známým pojmem. Vzdělávání pedagogů v této problematice je čím dál tím více rozšířené, přibývá počet pedagogicko – psychologických poraden a na mnoha školách je nabízena náprava SPU. Pokud se však jedinec se SPU octne v zaměstnání a má obtíže ve výkonu svého povolání, nebývá často svým zaměstnavatelem pochopen. Většinou se takový jedinec se SPU vůbec nesvěří, stydí se za své problémy.

Selikowitz (2000 s. 129) nedoporučuje jedincům se SPU svěřovat se zaměstnavateli s diagnózou SPU.

V zahraničí je velký zájem ze strany zaměstnavatelů o vzdělávání v problematice SPU, protože se často setkali s tím, že jim jejich zaměstnanci způsobili nemalé problémy a někdy dokonce i škody. (MERTIN 1998 s. 55) U nás se tyto požadavky zatím nevyskytují.

Stejně tak jako mají jinou podobu obtíže při studiu na SŠ a VŠ, jinak se projevují v zaměstnání. Ve většině případů si jedinec se SPU, který měl nepřekonatelné školní problémy ve čtení, nevybere zaměstnání, kde by musel každodenně pracovat s textem. Souvisí to i s vypěstovaným odporem k danému předmětu, který jedinci ve škole dělal největší obtíže. Obtíže v zaměstnání se mohou projevit pouze slabou či sníženou výkonností např. v paměti, zrakové orientaci nebo organizační schopnosti.

Mezi nejčastější obtíže, kterým čelí jedinci se SPU v zaměstnání patří podle Sylvie Moody z Velké Británie (z osobní korespondence doc. Zelinkové a Dr. Moody):

1. Čtení a psaní. Jedinci se SPU mají problém řídit se psanými instrukcemi, rychle psát a číst různé zprávy, psát dopisy nebo důležité dokumenty správnou češtinou.
2. Paměť. Specifické obtíže s pamětí se projevují špatným zapamatováním telefonních čísel, vzkazů a instrukcí. Pro jedince se SPU představuje problém zapsání důležitých poznámek, které byly řečeny na schůzích, setkáních.
3. Sekvenční zpracování. Špatné sekvenční zpracování, dodržování postupů může způsobit to, že pro jedince se SPU je těžké vyplnit dokumenty ve správném pořadí, zapsat správně čísla.
4. Zraková orientace. Jedinci se SPU se lehce ztratí v neznámém prostředí, mají potíže s orientací na mapě, v tabulkách.

5. Koordinace ruka – oko. Špatná koordinace ruky a oka může vyústit v pomalé neuspořádané psaní, horší prezentaci písemných prací nebo schémat.
6. Komunikace. Problémy v komunikaci na pracovišti jsou velmi časté. Jedinci se SPU se může stát, že jeho kolegové nevědí, co chtěl na poradě sdělit. Někdy se stává, že bývá nepochopen klientem nebo zákazníkem.
7. Organizační schopnosti. Jedinci se SPU častěji nestíhají či zapomínají na sjednané schůzky, pletou si místo a čas, kde se s klienty mají sejít. Jejich organizace práce se zdá být chaotická a zmatená.
8. Emoční reakce. Jedinci se SPU nebojují pouze s vlastní frustrací, ale také s nedostatkem pochopení okolí. Často pocítují zoufalství, strach, rozpaky, úzkost a nedostatek důvěry. Výsledkem těchto emočních reakcí mohou být odlišnosti v chování, např. lhostejnost, obrana nebo agresivita.
9. Pracovní vztahy. SPU se mohou negativně promítat do mezilidských vztahů, tedy i do vztahů na pracovišti. Jedinci se SPU mohou vzbuzovat celou řadu negativních pocitů a dojmů u svých spolupracovníků. Jedná se především o nestandardní způsoby řešení problémů, nesrozumitelné chování a již výše zmíněné problémy v komunikaci.

5.9 Aspekty SPU u dospělých jedinců

5.9.1 Krátkodobá paměť

Krátkodobá paměť je dočasný „sklad“ na informace. Informace uložené v tomto „skladu“ jsou postupně zapomínány, pokud jsou však důležité, jsou přemísťovány do dlouhodobé paměti. Krátkodobou paměť používáme např. k zapamatování telefonních čísel na pár vteřin nebo k udržení tvarů věcí v myslí,

pokud je chceme nakreslit. (z osobní korespondence doc. Zelinkové a Dr. Moody)

Důležitým prvkem krátkodobé paměti je pracovní paměť. Krátkodobá paměť je pasivní příjemce, neslouží k žádným operacím s informacemi. Pracovní paměť je naopak aktivní složkou, používáme ji např. při počítání.

Problémy s krátkodobou pamětí bývají často spojovány se SPU. Podle Moody (z osobní korespondence doc. Zelinkové a Dr. Moody) se problémy s krátkodobou pamětí promítají v dospělosti zejména do těchto oblastí:

1. Obecné obtíže

- zapamatování telefonních čísel, vzkazů, instrukcí a požadavků
- udržení myšlenek během komunikace, poslechu nebo psaní textu
- zapamatování jmen osob, zapamatování umístění předmětů

2. Studijní obtíže

- zaznamenávání poznámek na přednáškách
- formulace adekvátních odpovědí na otázky při výuce

3. Pracovní obtíže

- zaznamenávání poznámek na schůzkách
- schopnost navázat a pokračovat v diskuzi
- plnění ústně zadaných úkolů

Doporučení jak zvládat obtíže:

1. Rozdělení problematického textu na několik částí.
2. Metodický postup při čtení vět, důraz na pomalé čtení.
3. Snaha pochopit ústřední téma každého odstavce.
4. Poskytnutí instrukcí ve vizuální podobě.
5. Používání vizuálních symbolů jako nápovědy a připomínky.
6. Pravidelné přestávky, relaxační cvičení.

5.9.2 Sekvenční zpracování, uspořádání

Logické sekvenční zpracování a uspořádání informací, myšlenek a aktivit je nezbytnou součástí lidského života. Ačkoliv upřednostňujeme holistické vnímání světa, nemůžeme vypustit z našeho každodenního života strukturu jednotlivostí.

Řeč je obzvláště strukturovaná. Proto není překvapením, že jedinci se SPU mají mnoho problémů s řečí, zvláště se psanou řečí. Jsou tedy často nedostatečně výkonní v mnoha úkolech, které zahrnují sekvenční zpracování a uspořádání a to podle S. Moody (z osobní korespondence doc. Zelinkové a Dr. Moody) především v těchto oblastech:

1. Obecné obtíže

- psaní a opisování slov a čísel
- sledování instrukcí, provedení úkolů ve správném pořadí
- práce pod tlakem
- organizace každodenního života

2. Studijní obtíže

- uspořádání referátů, seminárních prací
- zaznamenávání stručných poznámek
- organizace práce, naplánování rozvrhu
- prezentování logických argumentů na seminářích
- práce se zdroji literatury

3. Pracovní obtíže

- vyplňování formulářů
- sledování pracovních protokolů
- psaní dopisů a sdělení
- uspořádání záznamů
- prezentace myšlenek v ústním podání
- provedení úkolů účinnou, logickou cestou
- vypořádání se s pracovní zátěží

- dodržení času a místa dohodnuté schůzky, zmeškání schůzky

Doporučení jak zvládat obtíže:

1. Postupné čtení textu, slovo po slovu, věty po větě.
2. Rychlé přečtení textu kvůli získání přehledu o ději.
3. Barevné rozlišení sloupců a řádků v textu.
4. Barevné rozlišení úkolů, poznámek (např. červená barva pro důležité úkoly).
5. Udržování pořádku v pracovním prostoru.
6. Vypracování denního, týdenního a měsíčního plánu.
7. Připomenutí si naplánovaného denního programu na začátku dne, zhodnocení nedokončených úkolů na konci dne.
8. Vždy postupovat krok za krokem.

5.9.3 Vnímání a motorika

Pojem dyslexie označuje obtíže ve čtení a psaní a často se předpokládá, že tyto obtíže pramení ze špatného fonologického uvědomění, tedy schopnosti rozpoznat, tvořit a rozlišovat jednotlivé hlásky. SPU bývají často spojovány s obtížemi ve vnímání, prostorovém uspořádání a motorice. Takové obtíže jsou typickými projevy dyspraxie. Mezi nejčastější obtíže dospělých jedinců se SPU v oblasti vnímání motoriky patří podle Moody (z osobní korespondence doc. Zelinkové a Dr. Moody):

1. Obecné obtíže
 - špatná rovnováha a držení těla
 - nemotorný krok a pohyb
 - obtíže při míčových hrách a při hrách, kde se používá pálka
 - větší náchylnost k pádům, klopýtání a vrážení do předmětů a lidí

- nedostatek manuální zručnosti
- přecitlivělost na světlo a hluk
- problémy v rozlišování napravo a nalevo, špatný odhad vzdálenosti

2. Studijní obtíže

- prezentace písemné práce
- neklid při čtení, časté změny polohy
- udržení struktury písemné práce v mysli

3. Pracovní obtíže

- používání přístrojů jako kopírka, fax
- vkládání dat do počítače
- bezchybné opisování znaků do správných sloupců
- zapamatování si, kde se nacházejí věci

Doporučení jak zvládat obtíže:

1. Používání pravítka k udržení místa na stránce.
2. Kopírování textu na barevný papír.
3. Barevně značené nákresy tabulek s čísly.
4. Systematické prohlížení každé části grafu, tabulky s čísly.
5. Vypracování denního, týdenního a měsíčního plánu.
6. Uschování a pečlivé nastudování návodů k obsluze přístrojů.
7. Pečlivé naplánování trasy na neznámé místo.
8. Používání speciálního nářadí při manuální činnosti.

5.9.4 Emoce

Mnoho jedinců se SPU zažívá velké množství stresujících pocitů kvůli svým obtížím. V zahraničí jsou jedinci se SPU čím dál tím více povzbuzováni k tomu, aby viděli svou poruchu v pozitivním světle. Vyšetření a následné stanovení diagnózy cítí často jako úlevu, především, když diagnostika proběhne

v dospělém věku. Mohou totiž konečně vysvětlit svému okolí, že nemohou za to, že nechodí nikde včas a že udělají častěji chybu. Okolí si o nich pak postupně přestává myslet, že jsou nespolehliví nebo neschopní. (z osobní korespondence doc. Zelinkové a Dr. Moody)

Tato situace je bohužel zřídka viditelná v českém prostředí. Diagnostika dospělých u nás není obvyklá, zaměstnavatelé o SPU většinou nemají ani ponětí a zaměstnanci se SPU nemají ani zájem svěřit se se svými obtížemi.

Nejčastějšími emočními stavy, kterými jsou zatíženi dospělí jedinci se SPU jsou podle S. Moody (z osobní korespondence doc. Zelinkové a Dr. Moody):

1. Zmatek a chaos

Většina dospělých jedinců se SPU si neuvědomuje, že mají určitý typ obtíží, které mohou být významně zmírněny naučením vhodných dovedností a strategií. Z tohoto důvodu se dospělí jedinci se SPU cítí absolutně zmatení. Zdají se být chytrí a pohotoví na straně jedné, ale jasně pomalejší a „hloupější“ na straně druhé.

2. Rozpaky, stud a vina

Rozpaky z diagnózy SPU se mohou prohloubit ve stud. Zatímco rozpaky jsou často spojeny se zvláštní situací, stud naopak prostupuje celou osobností. Jedinci se SPU často dospějí k tomu, že v sobě nosí skrytou vinu.

3. Nedostatek sebedůvěry, nízké sebevědomí

Zmatek, stud a vina mají negativní vliv na sebedůvěru a sebevědomí. Nedostatek sebedůvěry se projevuje ve vztahu ke specifickým úkolům, které jedinci se SPU shledávají jako obtížné. V zaměstnání se nedostatek sebedůvěry projevuje tím, že jedinci se SPU se necítí být schopní udržet si pracovní pozici. Bývají často velmi nervózní z povýšení nebo získání nového pracovního místa. Měření schopností a výkonnosti jedince v zaměstnání může vést k postupnému

narušení sebevědomí. Nedostatek sebedůvěry může vyústit v agresivní a defenzivní chování.

4. Frustrace a hněv

Jedinci se SPU se často cítí být uvězněni sami v sobě, „chyceni v pasti“. Případají si nemohoucí, neschopní. Frustrace se brzy mění v hněv. Otázkou je proti komu je tento hněv namířen, kdo nese vinu. Jedinci se SPU nejčastěji obviňují sami sebe.

5. Úzkost, strach a panika

Dospělí jedinci se SPU jsou obvykle uzavřeni v bludném kruhu úzkosti a nevykonnosti. Úzkost a stres může uspíšit psychické symptomy jako jsou panické ataky, nucení na zvracení (nausea), migrény a větší náchylnost k onemocnění.

6. Skleslost, deprese a zoufalství

Jestliže se obtíže pramenící ze SPU stávají nepřipustné, pokus o studium nebo udržení pracovní pozice je nemožný, může se stát, že jedinec se SPU může ztratit naději a propadnout až depresi.

6 VÝZKUM

6.1 Výzkumný problém

Diagnostický proces vedoucí ke stanovení diagnózy SPU je východiskem výchovně – vzdělávacího procesu a především reedukace. Cílem diagnostiky je stanovení úrovně vědomostí a dovedností, poznávacích procesů, sociálních vztahů, osobnostních charakteristik a dalších faktorů, které se podílejí na úspěchu či neúspěchu dítěte. Diagnostika prováděná na specializovaném pracovišti (pedagogicko – psychologická poradna nebo speciálněpedagogické centrum) se liší od té, která je prováděna v běžné či specializované třídě především na prvním stupni ZŠ. Na prvním stupni převažují reedukační metody.

Na druhém stupni ZŠ a na SŠ není diagnostika jedinců se SPU příliš častá. Pokud je žák/student již diagnostikován, pokračuje reedukace a zároveň jsou zvoleny vhodné kompenzační metody.

Dříve se usuzovalo, že SPU je možné odstranit nebo že SPU dříve či později sama vymizí. Dnes je již známo, že opak je pravdou. SPU přetrvávají v mírně pozměněné formě po celý život jedince. Obtíže ve čtení, psaní a počítání jsou často kompenzovány a v dospělosti nejsou tak viditelné jako ve školním prostředí.

Někdy se stává, že diagnostika není dítěti s mírnými obtížemi na ZŠ provedena, dítě může mít díky své inteligenci, vhodnému pedagogickému a rodinnému působení SPU zcela kompenzováno. Obtíže se v takovém případě mohou objevit v okamžiku, kdy jsou na jedince kladeny stále vyšší a vyšší nároky, tedy na SŠ a VŠ. Proto je nutné stanovit diagnózu a najít vhodná opatření ke zvládnutí studia. Obtíže pramenící ze SPU se mohou projevit při získání pracovního místa a poté negativně ovlivňovat působení v zaměstnání.

Problémem v diagnostice dospělých jedinců je, že u nás neexistují dosud standardizované testy čtenářských dovedností s normami pro dospělé jedince. V roce 1998 byly publikovány první informace o diagnostice SPU dospívajících.

Pavla Cimlerová a Daniela Pokorná vytvořily první baterii testů, které jsou v současnosti stále ověřovány a standardizovány.

6.2 Cíl výzkumu

Cílem výzkumu, který je součástí mé diplomové práce, je získat prostřednictvím dotazníku a s ním spojeného rozhovoru³⁶ co nejvíce informací o projevech SPU v dospělosti a jejich dopadu na kvalitu života jedinců se SPU. Dále se snažím o popis obtíží, které jedince se SPU nejčastěji provázely ve škole a pokouším se zjistit, jaký postoj k těmto jedincům zaujímalo jejich okolí. Věnuji se také otázce vlivu SPU na psychiku jedinců se SPU. Část výzkumu patří zhodnocení dopadu SPU na současné působení jedinců se SPU v zaměstnání a v partnerském vztahu. Závěr výzkumu je věnován otázce možnosti práce s dospělými jedinci se SPU vedoucí ke zlepšení jejich kvality života.

6.3 Hypotézy

Hypotéza 1 – Předpokládám, že rukopis dospělých jedinců se SPU je obtížně čitelný.

Hypotéza 2 – Předpokládám, že dospělým jedincům se SPU dělá problém hlasité čtení. Činí jim potíže pochopit smysl toho, co četli. Předpokládám, že dospělí jedinci se SPU spíše neradi čtou knihy. Při čtení dělají mnoho chyb.

Hypotéza 3 – Předpokládám, že dospělí jedinci se SPU mají potíže s pravopisem.

Hypotéza 4 – Předpokládám, že dospělým jedincům se SPU dělá problém počítat z paměti bez použití prstů, papíru nebo kalkulačky.

Hypotéza 5 – Předpokládám, že SPU mají vliv na expresivní složku řeči. Dospělým jedincům se SPU je nepříjemné mluvit na veřejnosti, obtížně vyslovují delší a méně obvyklá slova. Špatně se vyjadřují, okolím bývají často nepochopeni.

³⁶ viz příloha č. 3

Hypotéza 6 – Předpokládám, že SPU negativně ovlivňují schopnost organizace práce a každodenních aktivit v dospělosti

Hypotéza 7 - Předpokládám, že dospělým jedincům se SPU připadají dotazníky a formuláře komplikované a matoucí, dělají často chyby při vyplňování složenek či jiných tiskopisů.

Hypotéza 8 – Předpokládám, že dospělým jedincům se SPU činí obtíže obsluha přístrojů jako je např. počítač, mobilní telefon, kopírka či fax.

Hypotéza 9 – Předpokládám, že záměny písmen a číslic pramenící z vizuálního deficitu, který je jedním z projevů SPU, přetrvávají do dospělosti.

Hypotéza 10 – Předpokládám, že u dospělých jedinců se SPU se projevují obtíže v procesu automatizace, např. v podobě pomalejšího osvojení poznatků a dovedností, neschopnosti vyjmenovat plynule po sobě měsíce v roce v cizím jazyce.

Hypotéza 11 – Předpokládám, že SPU způsobuje poruchu orientace v prostoru, na mapě a poruchu pravolevé orientace, které přetrvávají do dospělosti.

Hypotéza 12 – Předpokládám, že problémy s udržení pozornosti a soustředěním, které jsou jedním z projevů SPU přetrvávají do dospělosti.

Hypotéza 13 – Předpokládám, že dospělí jedinci se SPU spíše neradi čtou knihy. Začali více a s větší oblibou číst až po odchodu ze ZŠ.

Hypotéza 14 – Předpokládám, že SPU bývají často spojeny s vadami řeči, které mohou přetrvávat do dospělosti.

Hypotéza 15 – Předpokládám, že většina pedagogů v dřívější době neměla pochopení a trpělivost pro žáky a studenty se SPU a většina jedinců se SPU díky tomu ve škole trpěla. Dále předpokládám, že dospělí jedinci se SPU měli v dětství dobré rodinné prostředí.

Hypotéza 16 – Předpokládám, že SPU má negativní vliv na psychiku jak v dětství tak v dospělosti.

Hypotéza 17 – Předpokládám, že jedincům se SPU se nejhůře vyrovnávalo s poruchou na druhém stupni ZŠ. Předpokládám, že jedinci se SPU měli v období

největších obtíží spojených se SPU problémy v navazování kontaktů s vrstevníky a neměli příliš zájmových aktivit.

Hypotéza 18 – Předpokládám, že SPU může být příčinou mnoha negativních reakcí okolí.

Hypotéza 19 – Předpokládám, že SPU může způsobit problémy v zaměstnání.

Hypotéza 20 – Předpokládám, že SPU může způsobit problémy s partnerem.

Hypotéza 21 – Předpokládám, že dospělým jedincům se SPU ztěžuje v současnosti jejich porucha život.

6.4 Metody výzkumu

Na získání informací od respondentů jsem použila metodu dotazníku a řízeného rozhovoru.

Dotazník je způsob písemného kladení otázek a získávání písemných odpovědí. Umožňuje získat údaje od velkého množství respondentů. (ZELINKOVÁ 2001 s. 35) Dotazníkem se obracíme na adresně určenou část populace (jmenovitě). (ZICH 2004 s. 49)

Dotazník, který jsem použila při šetření, obsahuje celkem 19 tvrzení, na která mají respondenti reagovat. Tvrzení jsou částečně převzata z dotazníku pro dospělé, který je součástí ověřované baterie testů pro dospělé jedince se SPU autorek Cimlerové a Pokorné. Některá tvrzení jsem upravila či doplnila. Na hodnocení jsem použila škálu Likertova typu, která měla následující hodnoty:

1 = naprosto souhlasím

2 = částečně souhlasím

3 = nevím, nemám vyhraněný názor

4 = částečně nesouhlasím

5 = naprosto nesouhlasím

„Rozhovor jako výzkumnou techniku je možno definovat jako systém verbálního kontaktu mezi tazatelem a dotazovaným s cílem získat informace prostřednictvím otázek, které klade tazatel.“ (ZICH 2004 s. 39) Rozhovorem lze zjišťovat subjektivní pocity, prožitky, znalosti, názory a zkušenosti vybraných lidí. (VÁGNEROVÁ 2000 s. 28)

Ve svém výzkumu jsem dále použila řízený strukturovaný rozhovor s předem připravenými otevřenými otázkami. Individuálně jsem v rozhovoru pokládala také dodatečné otázky za účelem získání hlubších poznatků.

6.5 Metodika výzkumu

Po načerpání poznatků týkajících se problematiky SPU z odborné literatury, nastala fáze přípravy dotazníku a formulace konkrétních otázek do rozhovoru.

Výzkum byl realizován převážně v Praze. Díky internetu bylo možné oslovit i mimopražské jedince.

Při výzkumu jsem volila způsob přímého individuálního dotazování a rozhovoru v Praze, pro mimopražské respondenty způsob zaslání elektronickou poštou. Při osobním setkání jsem předložila respondentovi dotazník k vyplnění, následný rozhovor jsem řídila a získané poznatky zapisovala do záznamového archu. Při dotazování prostřednictvím internetu jsem požádala respondenty o vyplnění dotazníku a zodpovězení otázek. Pokud vznikly nějaké nejasnosti, pokládala jsem dodatečné otázky písemnou formou.

Při hledání potřebného vzorku respondentů jsem zjistila, že nalezení a dotazování dospělých jedinců s diagnózou SPU je relativně obtížné. Z tohoto důvodu jsem použila mě dobře známého akademického prostředí a okruhu mých známých. Oslovením této základní skupiny jsem získala další kontakty s možností dotazování dalších dospělých jedinců se SPU.

Do výzkumného šetření jsem vybírala respondenty podle dvou základních kritérií. Prvním byl věk dotazovaného – minimálně 18 let, horní věková hranice

nebyla stanovena. Druhým kritériem byla SPU diagnostikována v kterémkoliv věku.

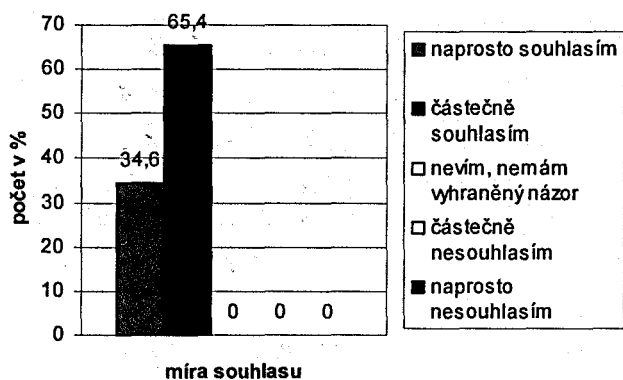
Po oslovení respondentů a získání informací jsem přešla k vyhodnocování výzkumu. Tvzení v dotazníku byla vyhodnocována prostřednictvím procentuálního zastoupení určité míry souhlasu. Každé tvrzení bylo zpracováno samostatně a výsledek upraven do grafu a doplněn písemným hodnocením. U otevřených otázek v rozhovoru jsem sledovala míru shody mezi jednotlivými šetřeními. Odpovědi jsem většinou vypsala v nezměněné podobě, pokud se odpověď u více dotazovaných shodovala, zaznamenala jsem ji pouze jednou.

Výzkumu se účastnilo celkem 26 osob, jejichž věkový průměr činí přibližně 27 let. Nejmladšímu dotazovanému bylo 18 let, nejstaršímu 45 let. Výzkumného šetření se zúčastnilo 11 žen a 15 mužů. 1 respondent uvedl dosažené základní vzdělání. Absolvoval středního odborného učiliště uvedli 2 dotazovaní, středoškolské vzdělání označilo 10 dotazovaných. Vyšší odbornou školu měl vystudovanou 1 respondent, vysokoškolské vzdělání uvedlo 12 dotazovaných. Osm dotazovaných uvedlo, že jsou v současnosti studenty SŠ či VŠ, celkem 17 dotazovaných jsou pracující, pouze 1 respondent je momentálně nezaměstnaný. Pozici pracovníka v sociální sféře uvedli 3 dotazovaní, stejný počet byl právníků, 2 dotazovaní pracovali jako chemici, 2 respondenti pracovali jako zdravotnický personál. Dalšími profesemi byly soukromý podnikatel, stavbyvedoucí, kuchař, řemeslník, scénárista, IT technik, průvodce.

6.6 Výsledky šetření

Tvrzení č. 1 - *Můj rukopis je obtížně čitelný.*

graf 1.



MS	P
Naprosto souhlasím	9
Částečně souhlasím	17
Nevím, nemám vyhraněný názor	0
Částečně nesouhlasím	0
Naprosto nesouhlasím	0

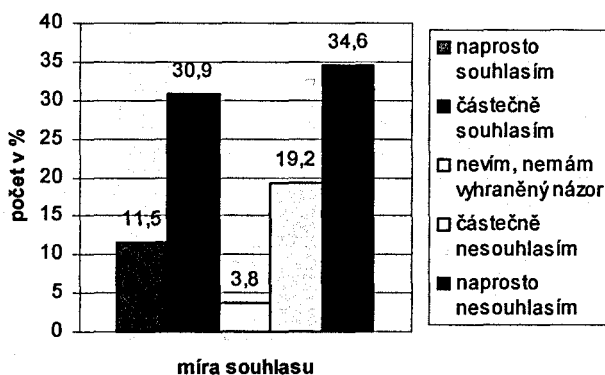
MS- Míra souhlasu

P- Počet konkrétních odpovědí

S tímto tvrzením souhlasili všichni dotazovaní, 34,6 % z nich souhlasí naprosto, 65,4 % respondentů souhlasí částečně. Zbývající možné odpovědi nikdo nezvolil.

Tvrzení č. 2 – *Dělá mi problémy číst nahlas.*

graf 2.



MS	P
Naprosto souhlasím	3
Částečně souhlasím	8
Nevím, nemám vyhraněný názor	1
Částečně nesouhlasím	5
Naprosto nesouhlasím	9

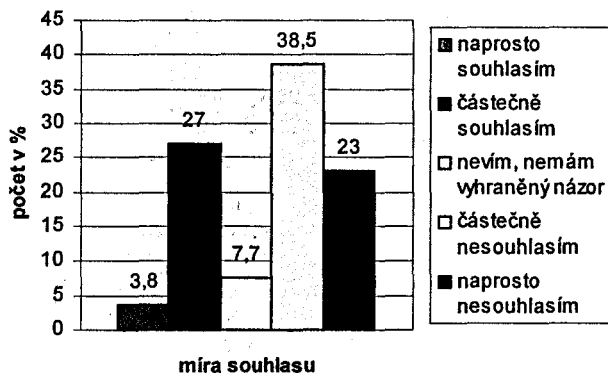
MS- Míra souhlasu

P- Počet konkrétních odpovědí

Pouze 11,5 % respondentů s tímto tvrzením naprosto souhlasí, velká část (30,9 %) souhlasí částečně. Nejmenší část dotazovaných (3,8 %) nemá vyhraněný názor. Částečně nesouhlasí 19,2 % respondentů. Největšímu počtu dotazovaných (34,6 %) nedělá problémy hlasité čtení.

Tvrzení č. 3 – Dělá mi problém pochopit smysl toho, co jsem četl(a).

graf 3.



MS	P
Naprosto souhlasím	1
Částečně souhlasím	7
Nevím, nemám vyhraněný názor	2
Částečně nesouhlasím	10
Naprosto nesouhlasím	6

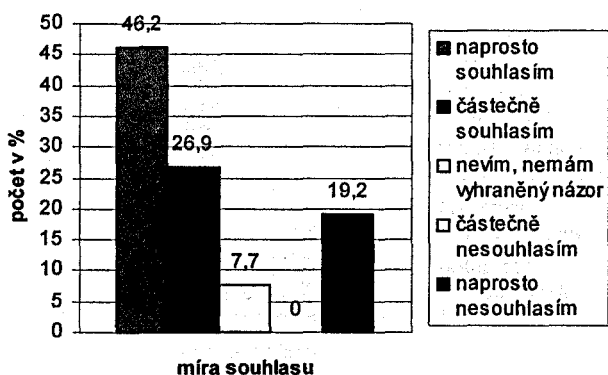
MS- Míra souhlasu

P- Počet konkrétních odpovědí

Problémy s pochopením smyslu přečteného textu přiznává 3,8 % dotazovaných s naprostým souhlasem a 27 % dotazovaných s částečným souhlasem. Část z nich (7,7 %) nemá vyhraněný názor. Největší skupinu (38,5 %) tvoří respondenti, kteří s tímto tvrzením částečně nesouhlasili. Naprosto nesouhlasí s problémy s pochopením smyslu přečteného textu 23 % dotazovaných.

Tvrzení č. 4 – Čtu rád(a) knihy.

graf 4.



MS	P
Naprosto souhlasím	12
Částečně souhlasím	7
Nevím, nemám vyhraněný názor	2
Částečně nesouhlasím	0
Naprosto nesouhlasím	5

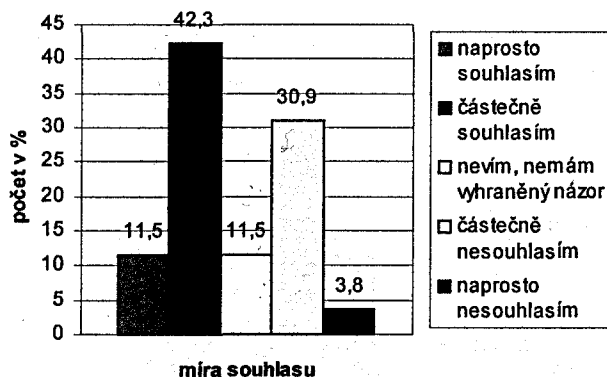
MS- Míra souhlasu

P- Počet konkrétních odpovědí

Největší počet dotazovaných (46,2 %) naprosto souhlasí s tvrzením, že rádi čtou knihy. Dalších 26,9 % s tímto tvrzením souhlasí částečně. Neví nebo nemá vyhraněný názor 7,7 % respondentů. Nikdo nevedl částečný nesouhlas. Zbýlých 19,2 % dotazovaných naprosto nesouhlasí s tvrzením, že rádi čtou knihy.

Tvrzení č. 5 – Při čtením dělám mnoho chyb.

graf 5.



MS	P
Naprosto souhlasím	3
Částečně souhlasím	11
Nevím, nemám vyhraněný názor	3
Částečně nesouhlasím	8
Naprosto nesouhlasím	1

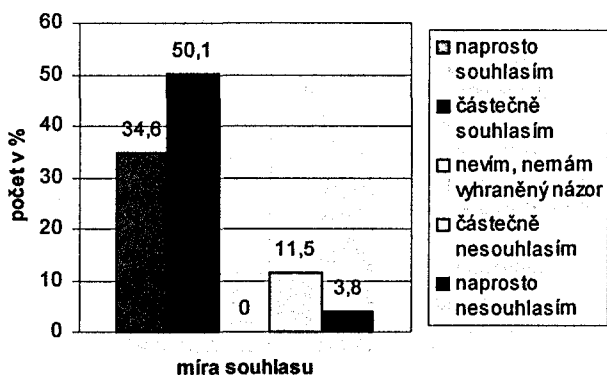
MS- Míra souhlasu

P- Počet konkrétních odpovědí

Skupinu souhlasících respondentů tvoří 11,5 % s naprostým souhlasem a 42,3 % s částečným souhlasem. Zastoupení 11,5 % má odpověď nevím nebo nemám vyhraněný názor. Částečně nesouhlasí s tímto tvrzením 30,9 %. Relativně zanedbatelný (3,8 %) je počet naprosto nesouhlasících odpovědí.

Tvrzení č. 6 – Mám potíže s pravopisem.

graf 6.



MS	P
Naprosto souhlasím	9
Částečně souhlasím	13
Nevím, nemám vyhraněný názor	0
Částečně nesouhlasím	3
Naprosto nesouhlasím	1

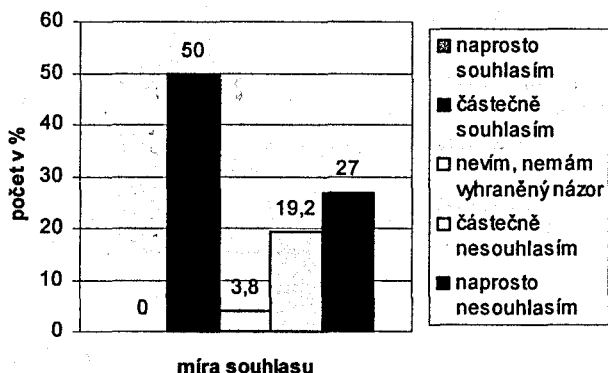
MS- Míra souhlasu

P- Počet konkrétních odpovědí

S tímto tvrzením souhlasí většina dotazovaných, 34,6 % z nich souhlasí naprosto a 50,1 % souhlasí částečně. Odpověď nevím, nemám vyhraněný názor nezvolil nikdo. Částečně nesouhlasí 11,5 % a naprosto nesouhlasí 3,8 %.

Tvrzení č. 7 – Dělá mi problémy počítat z paměti bez použití prstů, papíru nebo kalkulačky.

graf 7.



MS	P
Naprosto souhlasím	0
Částečně souhlasím	13
Nevím, nemám vyhraněný názor	1
Částečně nesouhlasím	5
Naprosto nesouhlasím	7

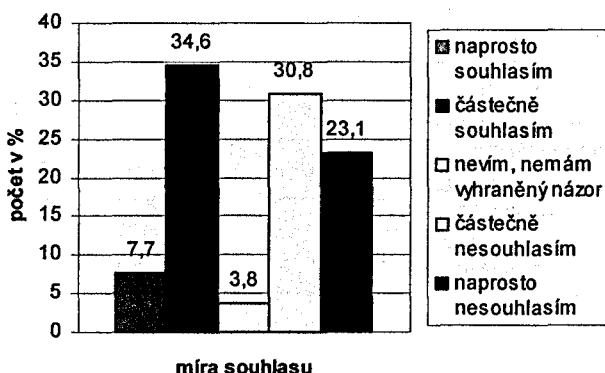
MS- Míra souhlasu

P- Počet konkrétních odpovědí

Odpověď s naprostým souhlasem nevybral nikdo z dotazovaných. S tímto tvrzením částečně souhlasilo přesně 50 % respondentů. Neví nebo nemá vyhraněný názor pouhých 3,8 %. Skupina nesouhlasících dotazovaných je tvořena 19,2 % částečně souhlasícími a 27 % naprosto nesouhlasícími.

Tvrzení č. 8 – Je mi nepříjemné mluvit na veřejnosti.

graf 8.



MS	P
Naprosto souhlasím	2
Částečně souhlasím	9
Nevím, nemám vyhraněný názor	1
Částečně nesouhlasím	8
Naprosto nesouhlasím	6

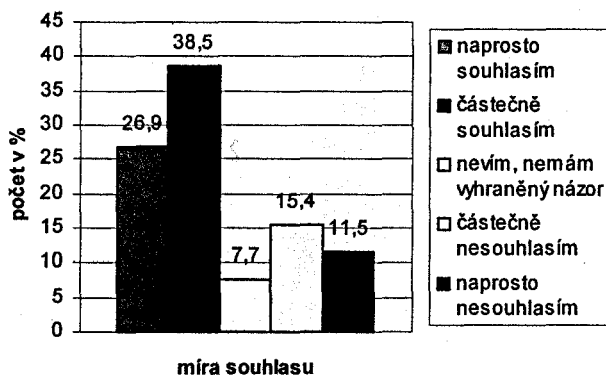
MS- Míra souhlasu

P- Počet konkrétních odpovědí

Možnost naprosto souhlasím označilo 7,7 % dotazovaných, částečně souhlasících bylo 34,6 %. Neví nebo nemá vyhraněný názor pouze 3,8 % respondentů. Větší část tvořili nesouhlasící dotazovaní a to 30,8 % s částečným a 23,1 % s naprostým nesouhlasem.

Tvrzení č. 9 – Dělá mi problém vyslovit delší a méně obvyklá slova.

graf 9.



MS	P
Naprosto souhlasím	7
Částečně souhlasím	10
Nevím, nemám vyhraněný názor	2
Částečně nesouhlasím	4
Naprosto nesouhlasím	3

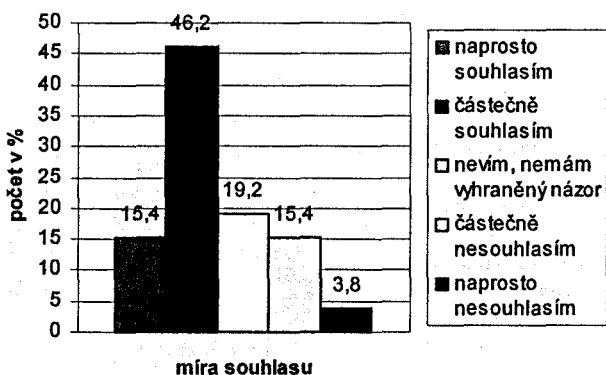
MS- Míra souhlasu

P- Počet konkrétních odpovědí

Větší část dotazovaných volila souhlas s tímto tvrzením, 26,9 % souhlasilo naprosto a 38,5 % částečně. Nejmenší skupinu tvoří odpověď nevím, nemám vyhraněný názor a to 7,7 %. Částečně nesouhlasilo 15,4 % dotazovaných, odpověď naprosto nesouhlasím zvolilo 11,5 %.

Tvrzení č. 10 – Obtížně se vyjadřuji, bývám často nepochopen.

graf 10.



MS	P
Naprosto souhlasím	4
Částečně souhlasím	12
Nevím, nemám vyhraněný názor	5
Částečně nesouhlasím	4
Naprosto nesouhlasím	1

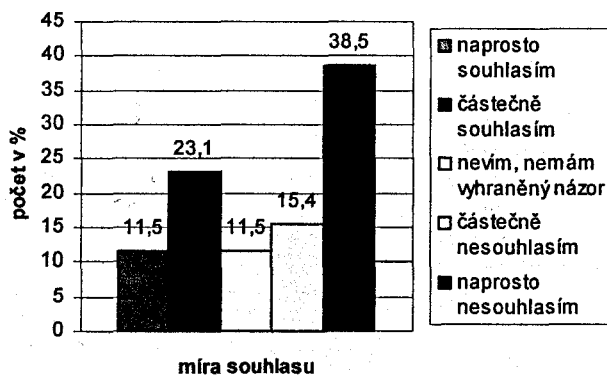
MS- Míra souhlasu

P- Počet konkrétních odpovědí

Naprosto souhlasilo s tímto tvrzením 15,4 % dotazovaných, 46,2 % souhlasilo částečně. U tohoto tvrzení je poměrně vysoké zastoupení odpovědi nevím, nemám vyhraněný názor (19,2 %). Částečně nesouhlasilo 15,4 % respondentů, pouze 3,8 % dotazovaných uvedlo naprostý nesouhlas s tímto tvrzením.

Tvrzení č. 11 – Často si pletu data, časy, místa schůzek.

graf 11.



MS	P
Naprosto souhlasím	3
Částečně souhlasím	6
Nevím, nemám vyhraněný názor	3
Částečně nesouhlasím	4
Naprosto nesouhlasím	10

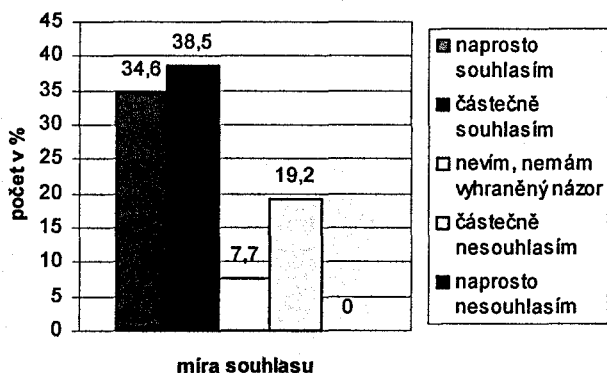
MS- Míra souhlasu

P- Počet konkrétních odpovědí

Menší skupinu tvoří souhlasné odpovědi, 11,5 % dotazovaných naprosto souhlasilo s tímto tvrzením, 23,1 % souhlasilo částečně. Možnost nevím, nemám vyhraněný názor volilo 11,5 % respondentů. Částečný nesouhlas vyjádřilo 15,4 % dotazovaných. Největší procentuální zastoupení má odpověď naprosto nesouhlasím (38,5 %).

Tvrzení č. 12 – Dotazníky, formulářem připadají kompilované, matoucí. Když vyplňuji složky či jiné tiskopisy, udělám často chybu.

graf 12.



MS	P
Naprosto souhlasím	9
Částečně souhlasím	10
Nevím, nemám vyhraněný názor	2
Částečně nesouhlasím	5
Naprosto nesouhlasím	0

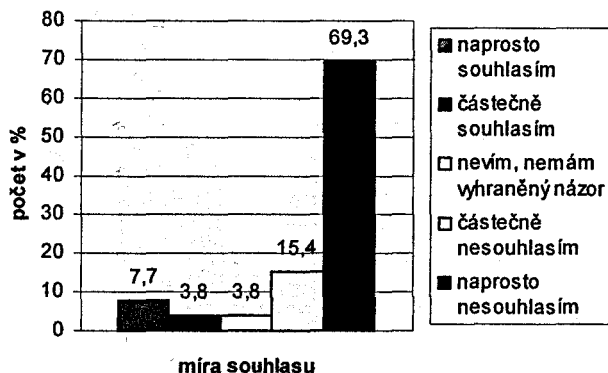
MS- Míra souhlasu

P- Počet konkrétních odpovědí

S tímto tvrzením naprosto (34,6 %) či částečně (38,5 %) souhlasil velký počet dotazovaných. Možnost nevím, nemám vyhraněný názor volilo 7,7 % respondentů. Odpověď částečně nesouhlasím je zastoupena 19,2 %, nikdo z dotazovaných nezvolil naprostý nesouhlas s tímto tvrzením.

Tvrzení č. 13 – *Mám problémy s prací na počítači, s obsluhou mobilního telefonu, faxu, kopírky atd.*

graf 13.



MS	P
Naprosto souhlasím	2
Částečně souhlasím	1
Nevím, nemám vyhraněný názor	1
Částečně nesouhlasím	4
Naprosto nesouhlasím	18

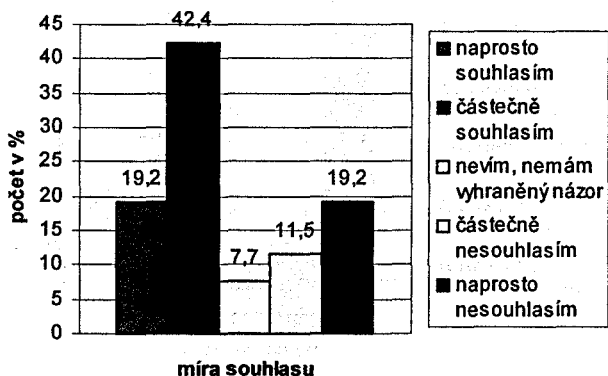
MS- Míra souhlasu

P- Počet konkrétních odpovědí

Souhlas s tímto tvrzením vyjádřilo malé procento dotazovaných, naprosto souhlasilo 7,7 % a částečně 3,8 %. Odpověď nevím, nemám vyhraněný názor volilo 3,8 %. Naopak nesouhlas je hojně zastoupen. Částečně nesouhlasilo 15,4 % a naprostý nesouhlas volilo dokonce 69,3 %.

Tvrzení č. 14 – *Stává se mi, že zaměňuji čísla jako např. 95 – 59, 42 – 24 nebo písmena jako např. b – d, t – j.*

graf 14.



MS	P
Naprosto souhlasím	5
Částečně souhlasím	11
Nevím, nemám vyhraněný názor	2
Částečně nesouhlasím	3
Naprosto nesouhlasím	5

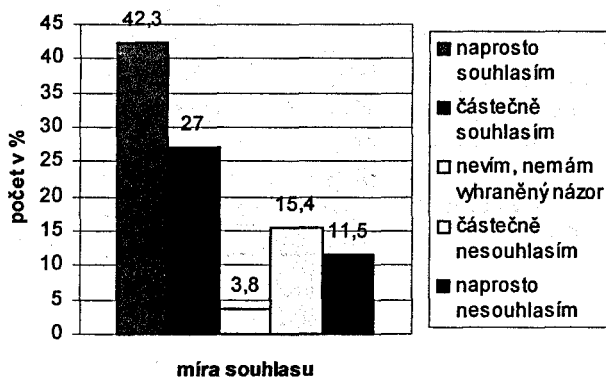
MS- Míra souhlasu

P- Počet konkrétních odpovědí

Zastoupení souhlasných odpovědí tvoří 19,2 % odpovědí s naprostým souhlasem a 42,4 % s částečným souhlasem. Možnost nevím, nemám vyhraněný názor volilo 7,7 % dotazovaných. Částečně nesouhlasilo 11,5 % respondentů a naprostý nesouhlas vyjádřilo 19,2 % dotazovaných.

Tvrzení č. 15 – *Dělá mi problém vyjmenovat plynule za sebou měsíce v roce, dny v týdnu v cizím jazyce. Obtížně si zapamatují slovíčka či slovní spojení.*

graf 15.



MS	P
Naprosto souhlasím	11
Částečně souhlasím	7
Nevím, nemám vyhraněný názor	1
Částečně nesouhlasím	4
Naprosto nesouhlasím	3

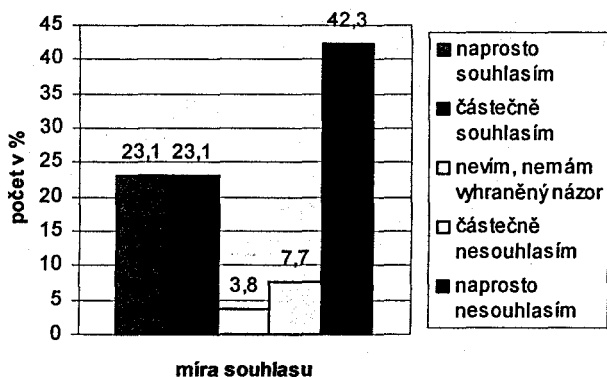
MS- Míra souhlasu

P- Počet konkrétních odpovědí

S tímto tvrzením naprosto souhlasilo 42,3 % dotazovaných, částečný souhlas vyjádřilo 27 % respondentů. Možnost nevím nebo nemám vyhraněný názor označilo 3,8 % dotazovaných. Částečný nesouhlas projevilo 15,4 % respondentů, 11,5 % dotazovaných naprosto nesouhlasilo s tímto tvrzením.

Tvrzení č. 16 – *Obtížně se orientuji v mapě nebo na neznámém místě.*

graf 16.



MS	P
Naprosto souhlasím	6
Částečně souhlasím	6
Nevím, nemám vyhraněný názor	1
Částečně nesouhlasím	2
Naprosto nesouhlasím	11

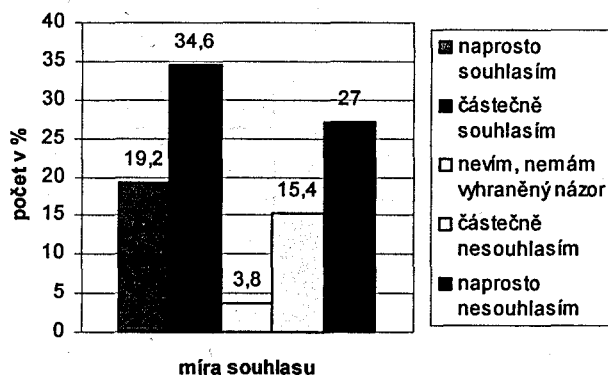
MS- Míra souhlasu

P- Počet konkrétních odpovědí

Naprosto a částečně (23,1%) souhlasil stejný počet dotazovaných. Pouhých 3,8 % respondentů nevědělo nebo nemělo vyhraněný názor. Možnost částečně nesouhlasím volilo 7,7 % dotazovaných. Největší zastoupení měl naprostý nesouhlas s tímto tvrzením a to 42,3 % dotazovaných.

Tvrzení č. 17 – Je pro mě těžké určit, co je napravo a nalevo.

graf 17.



MS	P
Naprosto souhlasím	5
Částečně souhlasím	9
Nevím, nemám vyhraněný názor	1
Částečně nesouhlasím	4
Naprosto nesouhlasím	7

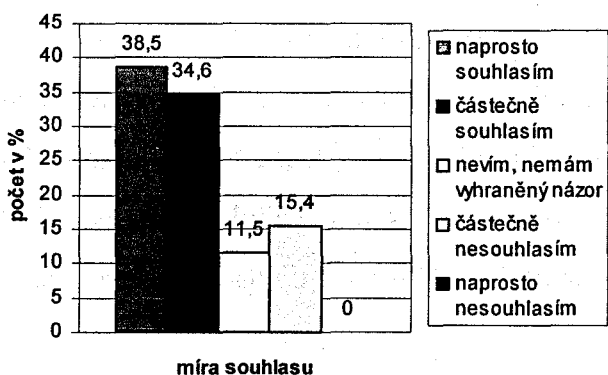
MS- Míra souhlasu

P- Počet konkrétních odpovědí

Naprosto souhlasilo 19,2 % dotazovaných, odpověď částečně souhlasím uvedlo 34,6 % respondentů. Možnost nevím, nemám vyhraněný názor volilo 3,8 % respondentů. Částečně nesouhlasících bylo 15,4 %. Naprostý nesouhlas s tímto tvrzením projevilo 27 % dotazovaných.

Tvrzení č. 18 – Dělá mi problém udržet pozornost, soustředit se.

graf 18.



MS	P
Naprosto souhlasím	10
Částečně souhlasím	9
Nevím, nemám vyhraněný názor	3
Částečně nesouhlasím	4
Naprosto nesouhlasím	0

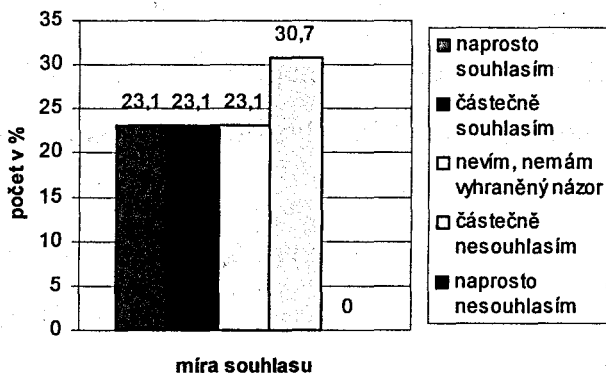
MS- Míra souhlasu

P- Počet konkrétních odpovědí

Naprostý souhlas s tímto tvrzením vyjádřilo 38,5 % dotazovaných, částečně souhlasilo 34,6 % respondentů. Odpověď nevím, nemám vyhraněný názor zvolilo 11,5 % dotazovaných. Částečně nesouhlasící dotazovaní mají zastoupení 15,4 %. Odpověď naprosto nesouhlasím nevedl nikdo.

Tvrzení č. 19 – Osvojení poznatků a dovedností mi trvá déle než ostatním.

graf 19.



MS	P
Naprosto souhlasím	6
Částečně souhlasím	6
Nevím, nemám vyhraněný názor	6
Částečně nesouhlasím	8
Naprosto nesouhlasím	0

MS- Míra souhlasu

P- Počet konkrétních odpovědí

Shodný počet dotazovaných – 23,1 % volilo odpověď naprosto souhlasím, částečně souhlasím a překvapivě i nevím, nemám vyhraněný názor. Částečně nesouhlasilo 30,7 % respondentů.

Otázka č. 1 – Kdy u Vás byla diagnostikována SPU?

- Pouze 1 dotazovaný odpověděl, že SPU u něj byla diagnostikována již v předškolním věku.
- Celkem 13 respondentů bylo diagnostikováno v 1. třídě ZŠ.
- U 3 dotazovaných proběhla diagnostika ve 2. třídě ZŠ.
- Diagnóza SPU byla stanovena 4 dotazovaným ve 3. třídě ZŠ.
- Diagnostiku v 5. třídě ZŠ uvedli 2 dotazovaní.
- U 1 respondenta byla stanovena diagnóza SPU až na VŠ.
- Diagnostiku v dospělosti uvádí 2 respondenti.

Otázka č. 2 – Navštěvoval(a) jste speciální třídu pro děti s poruchami učení? Bylo to pro Vás prospěšné?

Z celkového počtu 26 dotazovaných 18 z nich uvedlo, že speciální třídu pro děti s poruchami učení nenavštěvovalo. Zbýlých 8 respondentů odpovědělo, že

navštěvovalo třídu pro děti s poruchami učení. Polovina respondentů shledala přeřazení do této třídy jako prospěšné, druhá polovina jako neprospěšné. Ti, kteří hodnotili speciální třídu pro děti s poruchami učení jako neprospěšnou, nejčastěji uváděli problémy spojené s návratem na běžnou ZŠ. Učitelé a spolužáci si o nich mysleli, že chodili do zvláštní školy a že jsou tedy hloupí.

Otázka č. 3 - Jaké byly (jsou) Vaše obtíže ve škole? Které předměty Vám dělaly největší problémy?

Dotazovaní většinou uváděli při odpovědi na tuto otázku více možností.

Celkem 22 dotazovaných (z celkového počtu 26 respondentů) odpovědělo, že velké problémy jim ve škole dělal předmět český jazyk, 8 z nich specifikovalo obtíže ve čtení, 8 v psaní, 6 v pravopisu a 3 v používání gramatických pravidel.

Problémy se zvládáním výuky cizích jazyků uvedlo 11 respondentů. Obtíže v matematice mělo 5 dotazovaných. Mezi další zmíněné předměty patří (odpověděl vždy jeden dotazovaný): fyzika, přírodopis, chemie, dějepis, tělesná výchova, hudební výchova a výtvarná výchova.

Nesoustředěnost a sníženou pozornost uvedlo celkem 7 dotazovaných.

Otázka č. 4 - Čtete rád(a) knihy? Od které doby rád(a) čtete?

Z celkového počtu 26 dotazovaných odpovědělo 7 z nich, že knihy čtou rádi od dětského věku. Čtyři dotazovaní uvedli, že začali číst knihy na druhém stupni ZŠ. Po odchodu ze ZŠ začalo číst knihy 6 dotazovaných. Čtyři respondenti přiznali, že knihy čtou až od studia na SŠ. V dospělosti začali číst knihy 3 dotazovaní. Dva respondenti uvedli, že knihy moc nečtou.

Otázka č. 5 - *Trpěl(a) jste nebo stále trpíte nějakou poruchou řeči? Jakou?*

Z 26 dotazovaných odpovědělo 7 z nich, že nikdy netrpěli žádnou poruchou řeči. Zbylých 19 respondentů přiznalo poruchu řeči v dětství nebo přetrvávající do dospělého věku. Největší počet z nich (10 respondentů) uvedl poruchu výslovnosti hlásky „r“ a „ř“ (rotacismus), pouze ve 2 případech došlo k úspěšné nápravě těchto hlásek. Poměrně velké zastoupení (3 dotazovaní) měla porucha plynulosti řeči - koktavost. Všichni 3 respondenti uvedli, že koktání se od dětství výrazně zlepšilo. Přesto přiznávají, že jim občas ztěžuje komunikaci i v současnosti. Vadnou výslovnost sykavek (sigmatismus) uvedli 3 dotazovaní.

Jeden respondent uvedl poruchu tempa řeči a rotacismus. Další kombinací byl rotacismus a koktavost, kterou uvedl také jeden dotazovaný. Poruchu výslovnosti hlásky „r, d“ a „t“ v dětství přiznal jeden respondent.

Otázka č. 6 - *Jaký postoj zaujímal(a) pedagogové k Vaší SPU?*

(Odpovědi, které se opakovaly uvádím pouze jednou.)

- Na prvním stupni ZŠ s pochopením, na druhém stupni negativní postoj, na SŠ bez problémů.
- Negativní postoj, nepochopení, hlavně ze strany učitelky českého jazyka.
- Všeobecně negativní postoj.
- Pedagogové si mysleli, že moje porucha je výmluva, abych se nemusel učit.
- Jak kdo, učitel na český jazyk mě neměl rád – vadilo mu, že jsem pomalý. (uvedli 2 dotazovaní)
- Učitelé se mě snažili nestresovat, nenechali mě nikdy propadnout.
- Na ZŠ těžká diskriminace a opovrhování od učitelky českého jazyka. Na SŠ přístup pedagogů vynikající.
- Učitelé absolutně přehlíželi moji SPU. (uvedli 4 respondenti)
- Pedagogové o mojí poruše nevěděli nebo ji ignorovali. (uvedli 4 respondenti)
- Pedagogové o mojí poruše nevěděli, mysleli si, že jsem hloupý.

- Učitelé byli tolerantní, byl jsem oblíbený.
- Pedagogové většinou moje obtíže chápali.
- Dobrý i špatný postoj, po přerazení na běžnou ZŠ negativní postoj učitelky českého jazyka.
- V době mého studia tato diagnóza nikoho nezajímala.
- Učitelé na mé obtíže nebrali ohledy.
- Učitelé si mysleli, že jsem líný.
- Na ZŠ jednoznačně negativní postoj, na SŠ o mé poruše nikdo nevěděl. (uvedli 3 dotazovaní)

Otázka č. 7 - Jak přijala diagnózu SPU Vaše rodina?

(Odpovědi se často opakovaly, uvádím je pouze jednou.)

- Rodiče se mi snažili pomáhat, chápali mé obtíže. (uvedlo 10 dotazovaných)
- Rodiče mi nadávali za špatné známky, občas mě za ně bili. (uvedli 3 respondenti)
- Rodiče se o mou poruchu nezajímali, sourozenci se mi posmívali. (uvedli 3 respondenti)
- Rodina o mé poruše nevěděla.
- Rodiče si mysleli, že jsem hloupý. (uvedli 2 respondenti)
- Otec se o obtíže nezajímal, někdy vyčítal, matka poruchu tolerovala. (uvedli 4 dotazovaní)
- SPU mám pravděpodobně po otci, tak to v naší rodině nebylo nic nového.
- Nevzpomínám si. (uvedli 2 dotazovaní)

Otázka č. 8 - Myslíte si, že SPU měla a má vliv na Vaší psychiku? Jestli ano, tak jaký?

Z celkového počtu 26 dotazovaných odpovědělo na tuto otázku negativně 5 respondentů. Zbytek dotazovaných (21) většinou uvedl více odpovědí. Nejčastěji dotazovaní uváděli snížené sebevědomí a sebehodnocení (6 respondentů),

5 respondentů přiznalo jako nejfrekventovanější pocit studu za svou neschopnost. Další zmíněné pocity byly: pocit méněcennosti (3 dotazovaní), pocit bezmoci, beznaděje (3 respondenti), strach (2 dotazovaní), pocit osamělosti (2 dotazovaní), nervozita z opakování neúspěchu (2 dotazovaní), stres při plnění úkolů (2 respondenti).

Otázka č. 9 - *Kdy se Vám nejhůře vyrovnávalo s poruchou? Kdy jste nejvíce trpěl poruchou?*

Nejvíce dotazovaných (8) odpovědělo, že trpěli poruchou po celou dobu docházky na ZŠ. Druhé nejvyšší zastoupení (6 respondentů) má období na druhém stupni ZŠ, tedy období puberty. V první třídě se nejhůře vyrovnávalo s poruchou 4 respondentům. Střední školu za své nejhorší období týkající se SPU označili 3 dotazovaní. V zaměstnání měli největší problémy s poruchou 4 respondenti. Pouze jeden dotazovaný odpověděl, že nejhůře se mu vyrovnávalo s poruchou při výkonu základní vojenské služby.

Otázka č. 10 - *Měl(a) jste v době největších obtíží přátele, koníčka atd., co by Vám pomohlo překonávat neúspěchy? Měl(a) jste něco, čím byste získal(a) prestiž u spolužáků, kamarádů?*

Respondenti uváděli větší počet odpovědí. Celkem 10 dotazovaných uvedlo, že přátele mělo vždy, tedy i v době největších obtíží. Naopak 3 respondenti přiznali, že přátelské vztahy v období s největšími problémy neměli a stranili se společnosti. Dotazovaní uvedli poměrně širokou škálu zájmů, které jim pomohli překonat nejhorší období spojené se SPU, a to sport (3 dotazovaní), hra na hudební nástroj nebo poslech hudby (2 dotazovaní), výtvarná činnost (2 respondenti), tanec (1 dotazovaný), sbírání známek (1 dotazovaný), čtení knih a básní (1 dotazovaný), matematický kroužek (1 dotazovaný). Dva respondenti uvedli sledování televize.

Celkem 5 dotazovaných uvedlo humor, vtip a legraci, které jim pomáhaly překonávat neúspěchy a zároveň zajistily oblíbenost v kolektivu.

Otázka č. 11 - *Byla SPU někdy příčinou negativních reakcí Vašeho okolí? Jakým způsobem?*

Pouze 2 dotazovaní odpověděli, že SPU nikdy nebyla příčinou negativních reakcí okolí. Celkem 5 respondentů si na žádnou takovou situaci nevzpomíná. Zbýlých 19 dotazovaných uvedlo posměch a nadávky od spolužáka (5 respondentů), netrpělivost a nepochopení ze strany pedagogů (4 dotazovaní). Čtyři respondenti přiznali, že si o nich všichni mysleli, že jsou hloupí. Nevšímavost až ignoraci od ostatních uvedli 2 dotazovaní. Nepochopení v rodině uvedli 2 respondenti. Negativní reakce ze strany zaměstnavatele byl popis negativní reakce jednoho dotazovaného a to v podobě nepochopení časté chybovosti při psaní na stroji a počítání. Jeden dotazovaný popsal velmi nepříjemný pocit, když měl v posudku diplomové práce napsáno, aby si dával pozor na pravopis.

Otázka č. 12 - *Máte kvůli SPU nějaké problémy v zaměstnání? Jaké?*

Žádné problémy v zaměstnání pramenící ze SPU nemá 10 dotazovaných. Ostatní dotazovaní (celkem 16) uvedli následující problémy v zaměstnání. Odpovědi se poměrně často opakovaly, uvádím je pouze jednou.

- Mám problém naučit se anglicky. Texty po sobě musím několikrát kontrolovat, což mě zdržuje. Přesto mi stejně někdy uteče chyba, kterou jsem neviděl.
- Dělá mi problém psaní e-mailů kvůli pravopisným chybám. (odpověděli 3 respondenti)
- Požadavek znalosti a komunikace v cizím jazyce. (uvedli 3 dotazovaní)
- Špatná orientace v mapě při jízdě autem, často zabloudím.

- Moji kolegové po mně nic nepřečtou kvůli absolutní nečitelnosti mého rukopisu. (odpověděli 2 dotazovaní)
- Největší obtíže mi dělá vyplňování formulářů.
- Je mi vytýkáno pomalé pracovní tempo, občas nezvládám přijít včas do práce.
- Jsem pomalejší než moji kolegové. (uvedli 2 dotazovaní)
- Moji kolegové často nechápou, co chci říci. Podle nich jedním velmi nesrozumitelně. (uvedli 2 dotazovaní)

Otázka č. 13 - Máte kvůli SPU nějaké problémy s Vaším partnerem? Jaké?

Problémy s partnerem nemá 21 dotazovaných. Zbýlých 5 respondentů přiznalo mírné problémy v komunikaci s partnerem. Tyto problémy vznikají často kvůli nepochopení díky zhoršenému vyjadřování, častému přeskokování z jednoho tématu na jiné téma nebo vynechávání důležitých informací v rozhovoru.

Otázka č. 14 - Ztěžuje Vám v současné době SPU život? Jakým způsobem?

Osm dotazovaných uvedlo, že jim v současnosti porucha nijak neztěžuje život. Zde jsou odpovědi ostatních respondentů:

- Ve studiu jsem pomalejší než ostatní, chybí mi motivace k učení cizích jazyků.
- Špatně se orientuji v mapě, dělám často pravopisné chyby.
- Musím vynaložit zvýšené úsilí k zapamatování věcí.
- Dělá mi obrovský problém psaní dopisů, referátů, písemných prací.
- Musím po sobě se zvýšenou pozorností kontrolovat to, co napíšu.
- Musím se hodně snažit, abych psal čitelně.
- Při programování je nutné vytvořit text (program) zcela bez překlepů, musím si na to dávat velký pozor.
- Ztěžuje pouze můj pracovní rozvoj – problémy s angličtinou, pamětí, pochopením textů a pravopisem.

- Nejsem schopen podepsat se nikdy stejně jako na podpisovém vzoru.
- Problémem je můj písemný projev.
- Jsem nepozorný, dělám často překlepy.
- Nejsem schopen vypočítat nic bez použití kalkulačky a to mě často zdržuje.
- Stydím se mluvit cizím jazykem.
- Při čtení jsem pomalejší než ostatní, dělám mnoho chyb a často se vymýšlím slova.
- Rychle se unavím a brzy se přestávám soustředit.
- Občas mám problémy v komunikaci s okolím.
- Musím delší dobu přemýšlet než odpovím na otázku a to lidem připadá divné.
- Nejsem schopen dodržet termín odevzdání úkolu, nepamatuji si čas a místo schůzek.

Otázka č. 19 - *Měl(a) byste zájem s obtížemi něco dělat? Pracovat na sobě? Co si myslíte, že by Vám pomohlo?*

Na tuto otázku odpovědělo velmi málo dotazovaných. Velký počet dotazovaných (7 respondentů) nemá zájem nebo v současné době nepotřebuje s obtížemi něco dělat. Pět dotazovaných odpovědělo, že neví. Zájem na sobě pracovat projevilo 7 dotazovaných, ale nevědí jakým způsobem.

- Myslím si, že by mi pomohl pobyt v cizině kvůli cizím jazykům.
- Myslím, že by mi pomohla péče psychologa.
- Mám velký zájem něco se sebou dělat. Chtěl bych zkusit metodu bio feed back.
- Již na sobě pracuji s psychologem.
- Zkoušel jsem kineziologii, ale nemělo to žádný úspěch.
- Pomáhá mi nácvik hlasitého čtení.
- Pomáhají mi moderní technologie, např. gramatický korektor při psaní na počítači.

6.7 Závěry šetření

HYPOTÉZA 1 - PÍSEMNÝ PROJEV

H1 – Předpokládala jsem, že rukopis dospělých jedinců se SPU je obtížně čitelný. Tato hypotéza se potvrdila.

Dysgrafie postihuje čitelnost a úpravu písemného projevu. Obtíže pramenící z jednotlivých poruch v rámci celku SPU jsou však často provázány. Právě s obtížnou čitelností vlastního rukopisu souhlasili všichni dotazovaní. Dá se tedy říci, že problémy s písemným projevem zcela přetrvávají do dospělého věku.

Nečitelnost rukopisu v dospělosti může být spojena s počátky učení psaní na základní škole, kdy tento výkon představoval pro jedince se SPU vynaložení velkého množství energie a soustředění. Psaní často provázela nervozita ze špatného výsledku, která se promítala i do konečné podoby psaného textu. Po odchodu ze školy mohou jedinci se SPU využívat počítač a problém obtížné čitelnosti jejich rukopisu často ustupuje do pozadí. Podpis je jediným písemným projevem jedince, který se nedá ničím nahradit. Právě podpis může vzhledem k nečitelnosti písma činit jedincům se SPU největší obtíže kvůli neschopnosti opakovat ho pokaždé ve stejné podobě.

HYPOTÉZA 2 – ČTENÍ

H2 – Předpokládala jsem, že dospělým jedincům se SPU dělá problém hlasité čtení. Činí jim potíže pochopit smysl toho, co četli. Předpokládala jsem, že dospělí jedinci se SPU spíše neradi čtou knihy. Při čtení dělají mnoho chyb. Tato hypotéza se spíše nepotvrdila.

Čtení je jedním ze základních prostředků získávání informací, jeho osvojení je v začátcích školní docházky nutné ke zvládnání dalšího učiva. I po odchodu ze školy

tvorí čtení důležitý prvek života. Obtíže ve čtení jsou jedním z nejobvyklejších projevů SPU a nejčastěji postihují rychlost, porozumění a chybovost čtení.

Větší části respondentů (53,8 %) nedělá hlasité čtení problémy. Lze se domnívat, že po odchodu ze školy po nich není v zaměstnání či ve vyšším stupni studia takové čtení příliš požadováno. Zastoupení souhlasných odpovědí (42,4 %) není o mnoho menší, tento předpoklad se tedy nedá s jistotou potvrdit ani vyvrátit.

Problém s pochopením smyslu přečteného textu nemá větší část dotazovaných (61,5 %), o polovinu menší zastoupení (30,8 %) mají respondenti, kterým pochopit smysl přečteného textu činí obtíže. Tento předpoklad se tedy nepotvrdil.

Knihy rádo čte celkem 73,1 % dotazovaných a nerado pouze 19,2 %. Předpoklad se nepotvrdil.

O četné chybovosti při čtení se souhlasně vyjádřilo 53,8 % dotazovaných a 34,7 % nesouhlasně. Tento předpoklad se spíše potvrdil.

Je vidět, že obtíže ve čtení v dospělosti spíše nepřetrvávají. Důvodů může být několik. Díky vhodnému výchovnému a pedagogickému působení nemusí mít dítě se SPU tak výrazné problémy se čtením. Někteří jedinci se SPU neměli čtení ve škole rádi, protože jim nešlo a byli za to často napomínáni. Po odchodu ze školy začali sami číst a tak se ve čtení zdokonalovali. Dalším důvodem může být nutnost čtení při vysokoškolském studiu. Student VŠ se SPU se může s dostatečnou motivací ve čtení hodně zlepšit. Pokud jedinec se SPU nevykonává zaměstnání, kde by čtení bylo nutností, nemusí rád a dobře číst a žádným způsobem mu to život neztěžuje.

HYPOTÉZA 3 - PRAVOPIS

H3 – Předpokládala jsem, že dospělí jedinci se SPU mají potíže s pravopisem. Tato hypotéza se potvrdila.

Obtíže v pravopisu potvrdilo 84,7 % respondentů. Pouze 15,3 % přiznalo, že tyto problémy nemají. Obtíže v pravopisu pramenící ze SPU jsou jedním z projevů, které přetrvávají do dospělosti.

Obrovský počet gramatických pravidel, pouček a výjimek je zátěží pro každé dítě ve škole. Jejich pochopení, osvojení a následné používání není jednoduchý proces. V osvojování pravopisu hraje důležitou roli proces automatizace, který je u jedinců se SPU často narušen a poznatky musí být častěji opakovány a ožívovány. Dalším problémem je i zhoršený tzv. „cit pro gramatiku“, který se poměrně často vyskytuje se SPU. Na ZŠ je kladen velký důraz na zvládnutí gramatiky, ale na SŠ je výuka českého jazyka věnována spíše literatuře a na opakování gramatického učiva tak nezbyvá čas. Nutno uvést, že český jazyk je z hlediska gramatických pravidel velmi obtížný.

V dospělosti tedy méně častým používáním jedinci se SPU gramatická pravidla stále více a více zapomínají a mají s nimi čím dál tím větší problémy.

Kompenzace pravopisných nedostatků je možná prostřednictvím využití gramatického korektoru v počítačových programech určených pro psaní textu.

HYPOTÉZA 4 – POČÍTÁNÍ

H4 – Předpokládala jsem, že dospělým jedincům se SPU dělá problém počítat z paměti bez použití prstů, papíru nebo kalkulačky. Hypotézu nelze potvrdit ani vyvrátit.

Polovina dotazovaných souhlasí s problémy v počítání z paměti. Přibližně stejný počet respondentů (46,2 %) však problém v počítání bez použití prstu, papíru nebo kalkulačky nepocítuje. Rozdíl je tak malý, že tato hypotéza se nedá ani potvrdit ani vyvrátit.

HYPOTÉZA 5 – ŘEČ

H5 – Předpokládala jsem, že SPU mají vliv na expresivní složku řeči. Dospělým jedincům se SPU je nepříjemné mluvit na veřejnosti, obtížně vyslovují delší a méně obvyklá slova. Špatně se vyjadřují, okolím bývají často nepochopeni. Tato hypotéza byla potvrzena.

Jedním z projevů SPU je porucha mluvené řeči, snížená jazykové kompetence, menší slovní zásoba, obtížné vyjadřování a nižší jazykový cit.

Pro 42,3 % dotazovaných je nepříjemné mluvit na veřejnosti, naopak problém to nečiní 53,9 % respondentů. Z tohoto poměru nelze s jistotou říci, jestli se tento předpoklad potvrdil nebo ne.

Vyslovování delších a méně obvyklých slov činí obtíže 65,4 % dotazovaných. Nesouhlas s tímto tvrzením vyjádřilo celkem 26,9 % respondentů. Lze říci, že tento předpoklad byl potvrzen a ukazuje na přetrvávání artikulační neobratnosti v dospělosti.

Celkem 61,6 % dotazovaných přiznává, že se špatně vyjadřuje a bývá často nepochopeno. Pouze 19,2 % dotazovaných tento problém nemá. Tento předpoklad byl potvrzen.

Výsledky ukazují, že SPU souvisí s nižší úrovní vyjadřovacích schopností, která přetrvává do dospělého věku.

HYPOTÉZA 6 – ORGANIZACE PRÁCE

H6 – Předpokládala jsem, že SPU negativně ovlivňují schopnost organizace práce a každodenních aktivit v dospělém věku. Tato hypotéza nebyla potvrzena.

Celkem 34,6 % dotazovaných přiznává negativní dopad SPU na organizaci práce a každodenních aktivit, 53,9 % respondentů nemá v této oblasti problémy.

V současnosti existuje mnoho prostředků k plánování a vhodnému rozvržení pracovních i jiných aktivit. Jsou to kalendáře, diáře, elektronické diáře či mobilní telefony. Všechny tyto přístroje jsou schopny člověka upozornit na schůzku, splnění úkolu atd. Podle mého názoru je toto důvodem, proč organizace každodenních aktivit nedělá jedincům se SPU takové problémy.

HYPOTÉZA 7 – VYPLŇOVÁNÍ RŮZNÝCH TISKOPISŮ

H 7 – Předpokládala jsem, že dospělým jedincům se SPU připadají dotazníky a formuláře komplikované a matoucí, dělají často chyby při vyplňování složenek či jiných tiskopisů. Tato hypotéza byla potvrzena.

Vyplňování složenek, dotazníků, formulářů či jiných tiskopisů není jednoduchý úkol. Jedinec se musí soustředit na čitelnost písma, na správnost vyplněných údajů, na nepřehlédnutí žádné kolonky, na zkontrolování vyplněných údajů. Pro jedince se SPU to může být velmi těžký a někdy až nemožný úkol.

Celkem 73,1 % dotazovaných přiznává, že vyplňování různých tiskopisů je pro ně složitý úkol. Pouze 19,2 % respondentů vyjádřilo nesouhlas s tímto tvrzením.

HYPOTÉZA 8 – OBSLUHA PŘÍSTROJŮ

H 8 – Předpokládala jsem, že dospělým jedincům se SPU činí obtíže obsluha přístrojů jako je např. počítač, mobilní telefon, kopírka či fax. Tato hypotéza se nepotvrdila.

V současnosti nás v každodenním životě obklopují moderní přístroje, které se stále vylepšují. Člověku nezbývá nic jiného než jít s tímto vývojem ruku v ruce a neustále se vzdělávat v používání nových výrobků. Vzhledem k tomu, že průměrný věk zkoumaných osob byl 27 let, lze z toho vyvodit, že v tomto věku se člověk dobře učí novotám a často je dokonce vyhledává.

Celkem 84,7 % dotazovaných nevidí v obsluze přístrojů jako je počítač, mobilní telefon, kopírka nebo fax žádný problém. Pouze 11,5 % respondentů činí obtíže obsluha těchto přístrojů.

HYPOTÉZA 9 – ZÁMĚNY PÍSMEN A ČÍSLIC

H9 – Předpokládala jsem, že záměny písmen a číslic pramenící z vizuálního deficitu, který je jedním z projevů SPU, přetrvávají do dospělosti. Tato hypotéza se potvrdila.

Problém se zaměňování písmen a číslic v textu má 61,6 % dotazovaných, 30,7 % se s tímto problémem nepotýká. Z tohoto poměru lze vyvodit, že záměny písmen a číslic v textu jsou jedním z projevů, které přetrvávají do dospělosti.

HYPOTÉZA 10 – PROCES AUTOMATIZACE

H10 – Předpokládala jsem, že u dospělých jedinců se SPU se projevují obtíže v procesu automatizace, např. v podobě pomalejšího osvojení poznatků a dovedností, neschopnosti vyjmenovat plynule po sobě měsíce v roce v cizím jazyce. Tato hypotéza se částečně potvrdila.

Celkem 46,2 % dotazovaných přiznává, že osvojení poznatků a dovedností jim trvá déle než ostatním. Naopak 30,7 % respondentů vyjádřilo s tímto tvrzením nesouhlas. V těchto výsledcích je třeba zmínit, že 23,1 % dotazovaných uvedlo odpověď nevím nebo nemám vyhraněný názor, což je poměrně velké zastoupení. Vysvětlení může být následující. Tito respondenti se buď v současnosti tak často neseťkávají s nutností učení nových poznatků nebo se při tomto procesu nemají s kým porovnávat. Podle těchto výsledků nelze s jistotou říci, zda předpoklad lze potvrdit nebo ne.

Obtíže s plynulým jmenováním měsíců v roce v cizím jazyce a zapamatováním slovíček potvrdilo 69,3 % dotazovaných. Problémy v tomto ohledu nemá 26,9 %. Cizí jazyky jsou pro jedince se SPU velmi obtížným předmětem jak ve škole tak i v zaměstnání či v běžném životě. Předpoklad se tedy podařilo potvrdit.

HYPOTÉZA 11 – PRAVOLEVÁ A PROSTOROVÁ ORIENTACE

H11 – Předpokládala jsem, že SPU způsobují poruchu orientace v prostoru, na mapě a poruchu pravolevé orientace, které přetrvávají do dospělosti. Tuto hypotézu nelze potvrdit.

Poruchu prostorové orientace a orientace na mapě potvrdilo 46,2 % dotazovaných, přesně polovina respondentů však tyto obtíže nemá. Otázkou zůstává, jak často dotazovaní používají mapu nebo se vydávají na neznámá místa a jakým způsobem hodnotí úspěch či neúspěch nalezení daného místa. Tento předpoklad se však nedá potvrdit.

Pravolevá orientace je problém pro 53,8 % dotazovaných, 42,4 % respondentů s určením vpravo, vlevo nemá obtíže. Velká část dotazovaných mi k tomuto tvrzení podala vysvětlení, jak spolehlivě rozlišit napravo a nalevo. Pomocí toho, že si uvědomí, kterou rukou píše, od sebe odliší obě strany. Rozdíl těchto výsledků není tak velký a tak nelze tento předpoklad spolehlivě potvrdit.

HYPOTÉZA 12 – POZORNOST, SOUSTŘEDĚNÍ

H12 – Předpokládala jsem, že problémy s udržení pozornosti a soustředěním, které jsou jedním z projevů SPU přetrvávají do dospělosti. Tato hypotéza se potvrdila.

Problém s udržení pozornosti a soustředěním má celkem 73,1 % dotazovaných, pouze 15,4 % respondentů tyto problémy nepocítuje. Tento jev

negativně se promítající do školního výkonu v dětství má podle tohoto číselného zastoupení své trvání i v období dospělosti, kde se může negativně promítnout buď do vysokoškolského studia nebo do zaměstnání.

HYPOTÉZA 13 – OBLIBA VE ČTENÍ KNIH

H13 - Předpokládala jsem, že dospělí jedinci se SPU spíše neradi čtou knihy. Začali více a s větší oblibou číst až po odchodu ze ZŠ. Tato hypotéza se spíše nepotvrdila.

Z 26 respondentů se 24 z nich vyjádřilo oblibu ve čtení, pouze 2 dotazovaní knihy v současnosti nečtou. Možné vysvětlení tohoto jevu je již popsáno u hypotézy 2. Tento předpoklad se jednoznačně nepotvrdil.

O období počátku čtení knih se takto jednoznačně vyjádřit podle odpovědí jednotlivých dotazovaných nelze. Před ukončením ZŠ četlo rádo 11 dotazovaných, po ukončení ZŠ začalo s oblibou číst 13 respondentů. Tento předpoklad tedy nelze spolehlivě potvrdit.

HYPOTÉZA 14 – PORUCHY ŘEČI

H14 – Předpokládala jsem, že SPU bývají často spojeny s vadami řeči, které mohou přetrvávat do dospělosti. Tato hypotéza se potvrdila.

Celkem 7 dotazovaných netrpí a nikdy netrpělo žádnou poruchou řeči. Zbylých 19 respondentů přiznalo, že trpí (16 respondentů) nebo dříve trpělo (3 dotazovaní) nějakou poruchou řeči. Z tohoto poměru lze vidět určitou souvislost mezi SPU a poruchami řeči.

HYPOTÉZA 15 – POSTOJ PEDAGOGŮ A RODINY K JEDINCŮM SE SPU

H15 – Předpokládala jsem, že většina pedagogů v dřívější době neměla pochopení a trpělivost pro žáky a studenty se SPU a většina jedinců se SPU díky tomu ve škole trpěla. Dále jsem předpokládala, že dospělí jedinci se SPU měli v dětství dobré rodinné prostředí. Tato hypotéza se spíše potvrdila.

Negativní postoj pedagogů k žákům se SPU na ZŠ uvedlo celkem 13 dotazovaných. Absolutní přehlížení poruchy a nebrání obtíží na vědomí zažilo od pedagogů na ZŠ 11 respondentů. Dobrý přístup ze strany pedagogů na ZŠ vyjádřili pouze 2 dotazovaní. O chování středoškolských pedagogů ke studentům se SPU se navíc vyjádřili 2 dotazovaní a označili ho za velmi dobré.

Průměrný věk osob zahrnutých do šetření byl 27 let. Před 20 lety pedagogové o SPU spíše nevěděli, často ale vědět nechtěli, protože si mysleli, že děti se SPU jsou jen líné, pomalé a hloupé a poruchu vnímali jako výmluvu. Tento předpoklad se potvrdil.

Celkem 11 dotazovaných považují své rodinné prostředí ve vztahu ke SPU za dobré. O nadávkách a posměchu ze strany rodinných příslušníků kvůli SPU se vyjádřilo 8 dotazovaných. Nezájem, přehlížení a neinformovanost o obtížích ze strany rodičů uvedlo 7 respondentů. Z těchto výsledků nelze tento předpoklad potvrdit ani vyvrátit.

HYPOTÉZA 16 – VLIV SPU NA PSYCHIKU JEDINCE

H16 – Předpokládala jsem, že SPU má negativní vliv na psychiku jak v dětství tak v dospělosti. Hypotéza se částečně potvrdila.

Pouze 5 dotazovaných odpovědělo, že nemá pocit, že by SPU měla někdy vliv na jejich psychiku. Celkem 16 respondentů přiznalo, že SPU měla někdy dříve negativní vliv na jejich psychiku, pouze 5 dotazovaných uvedlo negativní dopad

na psychiku v dospělém věku. Tyto odpovědi byly následující: stud při mluvení na veřejnosti, pocit méněcennosti před ostatními, stud za gramatické chyby, stres z chyb v písemném projevu a stud za své psací písmo.

Z celkového počtu tvoří téměř jednu pětinu odpovědi, které uvádí negativní vliv SPU na psychiku v dospělosti. Je tedy zřejmé, že by se dospělým jedincům se SPU měla v tomto ohledu věnovat pozornost a péče.

HYPOTÉZA 17 – NEJHORŠÍ OBDOBÍ S PORUCHOU, KONTAKTY S VRSTEVNÍKY A ZÁJMOVÉ AKTIVITY

H17 – Předpokládala jsem, že jedincům se SPU se nejhůře vyrovnávalo s poruchou na druhém stupni ZŠ. Předpokládala jsem, že jedinci se SPU měli v období největších obtíží spojených se SPU problémy v navazování kontaktů s vrstevníky a neměli příliš zájmových aktivit. Tato hypotéza se nepotvrdila.

Po přechodu na druhý stupeň ZŠ čeká žáky mnoho změn. Tyto změny se týkají především většího počtu pedagogů, zvýšením počtu učebních hodin a nárůstu nových předmětů. Pro žáka se SPU to znamená zvykání si na nové požadavky pedagogů, strach z toho, jak přijmou jeho obtíže a obavu ze zvládnutí nového učiva. Na 2. stupni ZŠ není SPU věnována taková pozornost jako na 1. stupni. Proto toto období může mít negativní dopad na jedincovu psychiku.

Vzhledem k tomu, že 2. stupeň ZŠ označilo za nejhorší období v souvislosti s poruchou pouze 6 dotazovaných, nelze tento předpoklad potvrdit.

Celkem 10 dotazovaných uvedlo, že přátele mělo vždy, pouze 3 respondenti přiznali, že navazování kontaktů s vrstevníky jim v dětství dělalo potíže. Různé zájmy uvedlo 11 respondentů. Nepotvrdilo se, že jedinci se SPU měli v dětství obtíže v navazování kontaktů s vrstevníky a že neměli mnoho zájmových aktivit.

HYPOTÉZA 18 – NEGATIVNÍ REAKCE KVŮLI SPU

H18 – Předpokládala jsem, že SPU může být příčinou mnoha negativních reakcí okolí. Tato hypotéza se potvrdila.

Z 26 dotazovaných uvedlo 19 z nich, že SPU může být příčinou negativních reakcí okolí. Negativní zážitky popisovali dotazovaní nejčastěji z dětství (17 respondentů), pouze 2 z nich popsali negativní reakci zaměstnavatele a vysokoškolského pedagoga v období dospělosti.

HYPOTÉZA 19 – PROBLÉMY PRAMENÍCÍ ZE SPU V ZAMĚSTNÁNÍ

H19 – Předpokládala jsem, že SPU může způsobit problémy v zaměstnání. Tato hypotéza se potvrdila.

Více jak polovina dotazovaných (celkem 16) uvedla problémy spojené se SPU v zaměstnání. Vzhledem k tomu, že 17 dotazovaných jsou pracující lidé, stojí tento údaj určitě za pozornost .

Respondenti uvedli širokou škálu problémů v zaměstnání od obtíží s cizími jazyky přes časté pravopisné chyby v písemném projevu až po problémy v komunikaci s kolegy. Z tohoto výčtu lze usuzovat, že pravděpodobně nejsou zaměstnavatelem nebo kolegy nijak tolerováni ani omlouváni. V tomto výsledku spatřuji určitou možnost pomoci pracujícím jedincům se SPU a to jak v péči o ně samotné ale i formou přiblížení této problematiky zaměstnavatelům s cílem větší tolerance a pochopení obtíží těchto jedinců.

HYPOTÉZA 20 – PROBLÉMY PRAMENÍCÍ ZE SPU V PARTNERSKÉM VZTAHU

H20 – Předpokládala jsem, že SPU může způsobit problémy s partnerem. Tato hypotéza se nepotvrdila.

Problémy s partnerem nemá 21 dotazovaných, pouhých 5 respondentů přiznalo problémy v komunikaci s partnerem. Komunikace je jednou z oblastí, kde se negativně projevují SPU. Tento předpoklad přesto nebyl potvrzen.

HYPOTÉZA 21 – VLIV SPU NA KVALITU ŽIVOTA

H21 – Předpokládala jsem, že dospělým jedincům se SPU ztěžuje v současnosti jejich porucha život. Tato hypotéza se potvrdila.

Celkem 18 dotazovaných odpovědělo, že jim SPU v současnosti ztěžuje nějakým způsobem život. Tyto odpovědi se dají rozdělit do tří oblastí a to na: problémy ve studiu způsobené pomalejším tempem a špatným písemným projevem (2 dotazování), problémy v běžném životě týkající se neschopnosti podepsat se stejným způsobem a problémy v komunikaci s okolím (2 dotazování) a na problémy v zaměstnání způsobené častými pravopisnými chybami, sníženou pozorností, větší unavitelností a pomalejším tempem, špatnou čitelností a překlady při psaní, cizími jazyky, neschopností počítat bez kalkulačky, problémy v pracovní komunikaci, neschopnost dodržení termínu (celkem 14 respondentů).

Jak je vidět, největší skupinu obtíží pramenících ze SPU, které mají v současnosti největší vliv na kvalitu života dotazovaných jedinců, tvoří problémy v zaměstnání. Dá se říci, že oblast výkonu zaměstnání je nejvíce ohrožena projevem SPU v dospělosti.

ZÁVĚR

Problematika specifických poruch učení u dospělých jedinců je u nás zatím málo prozkoumané téma. I přes možnost čerpání cenných poznatků ze zahraniční praxe je třeba zabývat se popisem tohoto jevu i v našich poměrech. Právě bádáním v této oblasti lze uspišit možnost vytvoření programů péče o dospělé jedince se specifickými poruchami učení na zlepšení jejich působení ve vzdělávacím procesu, v zaměstnání i v každodenním životě.

Když jsem se vydala na cestu bližšího poznání této problematiky, narazila jsem na spoustu překážek. Především u nás existuje velmi málo materiálu o aspektech specifických poruch učení v dospělosti, většinou pouze v podobě článků. Vzhledem k tomu jsem informace o diagnostice dospělých a obtížích pramenících z těchto poruch v zaměstnání čerpala převážně ze zahraničních zdrojů.

Další překážku představovalo výzkumné šetření dospělých jedinců se specifickými poruchami učení a to zejména při hledání respondentů. Nebylo jednoduché sehnat dotazované, kteří by vyhovovali kritériím a ještě je přesvědčit k vyplnění dotazníku a zodpovězení otázek v rozhovoru. Dospělý jedinci se specifickými poruchami učení často neradi vzpomínají na své neúspěchy v dětství a nechtějí o tom podávat žádné informace.

U odborníků dnes již převládá názor, že jedinci s diagnózou specifických poruch učení musí počítat s těmito poruchami prakticky napořád. Obtíže lze vhodnými postupy kompenzovat. Předmětem výzkumné části mé diplomové práce byla témata: nejčastější obtíže, které mají dospělí jedinci s diagnózou specifických poruch učení, vliv specifických poruch učení na kvalitu života dospělých jedinců a možnost pomoci a péče o dospělé jedince se specifickými poruchami učení.

Výsledky výzkumného šetření ukázaly, že mezi nejčastější obtíže dospělých jedinců se specifickými poruchami učení v současnosti patří:

1. V oblasti grafické stránky písemného projevu obtížná čitelnost rukopisu.
2. Problémy s pravopisem, častá chybovost.
3. V oblasti řečových schopností problémy s vyslovováním delších a méně obvyklých slov, obtížné vyjadřování a časté nepochopení okolím.
4. Značné obtíže při vyplňování různých tiskopisů.
5. Záměny písmen a číslic tvarově podobných.
6. Poruchy procesu automatizace.
7. Snížené soustředění a problémy s udržením pozornosti.

Jistým překvapením bylo, že dotazovaným jedincům v současnosti nedělá problém hlasité čtení a pochopení smyslu přečteného textu. Respondenti také ve větším počtu vyjádřili oblibu ve čtení knih. Právě čtení představuje pro děti se specifickými poruchami učení ve škole největší obtíže. Vzhledem k důležitosti čtení k získávání informací ale i pro běžnou orientaci v každodenním životě je vidět, že vhodnými postupy a strategiemi nemusí v dospělém věku znamenat nepřekonatelný problém.

Výsledky výzkumného šetření dále poukázaly na možnou spojitost mezi specifickými poruchami učení a poruchami řeči. Významným poznatkem také bylo přetrvávání poruch řeči v dospělém věku.

Poměrně rozsáhlou část výzkumu představovalo téma vlivu specifických poruch učení na psychiku jedinců s touto diagnózou a negativních postojů a reakcí jejich okolí. Přístup pedagogů vyučujících dotazované jedince byl hodnocen ve většině případů negativně nebo neutrálně. Tento údaj je velmi znepokojující. Určitá část dotazovaných uvedla negativní vliv specifických poruch učení na psychiku v zaměstnání. Přítomnost negativních reakcí okolí způsobujících negativní emoce uváděli dotazovaní ve většině případů v dětství, méně pak v dospělosti. Z výše uvedených poznatků lze říci, že specifické

poruchy učení negativně působí po celý život na psychiku jedinců trpících touto poruchou a způsobují emocionální problémy.

Téměř všichni respondenti, kteří jsou v současné době zaměstnaní uvedli určité obtíže, které jim znemožňují nebo ztěžují výkon jejich povolání. Tento údaj stojí určitě za pozornost. Je nutné věnovat snahu hlubšího porozumění jednotlivým problémům v různých profesích s možností zvolit pro dospělé jedince se specifickými poruchami učení co nejvhodnější pomoc a péči.

Závěr výzkumného šetření byl věnován otázce možnosti pomoci a péče o dospělé jedince se specifickými poruchami učení. Během jednotlivých rozhovorů jsem se často setkala s tím, že dotazovaní neuměli vypovědět jaká pomoc či péče by pro ně byla vhodná. Tento jev si vysvětluji tím, že respondenti neměli možnost setkat se s formami péče a odborné pomoci o tyto jedince a tak nemohou určit, co by jim pomohlo zlepšit kvalitu jejich života. Z tohoto poznatku vyplývá, že dospělí jedinci se specifickými poruchami učení by měli být různými způsoby informováni o možnostech kompenzačních metod, které by jim pomohly zkvalitnit život. Zároveň by se také lépe orientovali se svých obtížích a mohli tak spolehlivěji říci, jaká péče by byla v jejich případě nejúčinnější.

V závěrech vyvozených z výzkumného šetření spatřuji velkou závažnost problematiky specifických poruch učení u dospělých jedinců. Můžeme jen doufat, že tato věková kategorie se i u nás stane předmětem zájmu odborníků a těmto jedincům bude v nejbližší době poskytnuta vhodná forma pomoci a poradenské péče.

POUŽITÁ LITERATURA

LYON, G. R., SHAYWITZ, S. E., SHAYWITZ, B. A. Definition of Dyslexia. In *Annals of Dyslexia*, An Interdisciplinary Journal of the International Dyslexia Association. 2003, vol. 53. ISSN 0736-9387.

BARKLEY, R. A. *Attention Deficit Hyperactivity Disorder*. New York: The Guilford Press, 1990. ISBN 0-89862-443-6.

CIMLEROVÁ, P., POKORNÁ, D. K problematice diagnostiky specifických poruch učení u dospívajících. In KUCHARSKÁ, A. (ed.) *Specifické poruchy učení a chování, Sborník 1997-1998*. Praha: Portál, 1998, s. 50 – 53. ISBN 80-7178-244-0.

ČERNÁ, M. a kol. *Lehké mozkové dysfunkce*. Praha: Karolinum, 1999. ISBN 80-7184-880-8.

DRTILOVÁ, J., KOUKOLÍK, F. *Odlišné dítě*. Praha: Vyšehrad, 1994. ISBN 80-7021-0974-4.

FAWCETT, A. J., NICOLSON, R. I., Dyslexia: the role of the cerebellum. In FAWCETT, A. (ed) *Dyslexia: Theory & Good Practise*. London: Atheneum Press Ltd., 2001, s. 89 – 105. ISBN 1861562101.

GILGER, J. W. Genes and Dyslexia. In *Perspectives*. vol. 29, no. 2, spring 2003, s. 6 – 8.

Informace České společnosti „Dyslexie“, školní rok 2004/2005.

Informace České společnosti „Dyslexie“, školní rok 2005/2006.

JIRÁSEK, J., MATĚJČEK, Z., ŽLAB, Z. *Poruchy čtení a psaní. Vývojová dyslexie*. Praha: Státní pedagogické nakladatelství, 1966.

KÁŠ, S., ORSZÁGH, J. *Neurologie pro 4. ročník středních zdravotnických škol*. Praha: Scientia Medica.

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

KOCUROVÁ, M. *Speciálně pedagogické minimum*. Plzeň: Pedagogické centrum Plzeň, 2002. ISBN 80-7020-100-2.

KOUKOLÍK, F. *Lidský mozek: Funkční systémy. Norma a poruchy*. Praha: Portál, 2000. ISBN 80-7178-379-X.

KRAHULCOVÁ, B. *Dyslalie*. Hradec Králové: Gaudeamus, 2003. ISBN 80-7041-413-8.

KULIŠŤÁK, P. *Neuropsychologie*. Praha: Portál, 2003. ISBN 80-7178-554-7.

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

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

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

MERTIN, V. Dyslexie u dospělých. In KUCHARSKÁ, A. (ed.) *Specifické poruchy učení a chování, Sborník 1997-1998*. Praha: Portál, 1998, s. 54 - 61. ISBN 80-7178-244-0.

MICHALOVÁ, Z. *Specifické poruchy učení na druhém stupni ZŠ a na školách středních*. Havlíčkův Brod: Tobiáš, 2004. ISBN 80-7311-021-0.

MIKULAJOVÁ, M. Narušená vývin řeči – ranná diagnostika a intervenci. In *Logopaedica I*. Bratislava: Liecrah, 1996, s. 6 – 8. ISBN 80-967-383-3-X.

MOODY, S. *Aspect of Adult Dyslexia, Dyslexia in the Workplace, A Young Person's Guide to Dyslexia*. Materiály zaslány Dr. Sylvii Moody z Velké Británie doc. Olze Zelinkové v roce 2005.

MUNDEN, A., ARCELUS J. *Poruchy pozornosti a hyperaktivita. Přehled současných poznatků a přístupů pro rodiče a odborníky*. Praha: Portál, 2002. ISBN 80-7178-625-X.

NOVÁK, J. *Dyskalkulie: Metodika rozvíjení základních početních dovedností*. Havlíčkův Brod: Tobiáš, 2004. ISBN 80-7311-029-6.

NOVOSAD, L. *Základy speciálního poradenství: Struktura a formy poradenské pomoci lidem se zdravotním nebo sociálním znevýhodněním*. Praha: Portál, 2000. ISBN 80-7178-197-5.

PALODOVÁ, D. Klinický logoped a specifické poruchy učení. In KUCHARSKÁ, A. (ed.) *Specifické poruchy učení a chování, Sborník 1997-1998*. Praha: Portál, 1998, s. 141 – 143. ISBN 80-7178-244-0.

Perspectives. International Dyslexia Association, 2002, vol. 28, No. 4.

PETRÁČKOVÁ, V., KRAUS, J., a kol. *Akademický slovník cizích slov*. Praha: Academia, 1995. ISBN 80-200-0497-1.

POKORNÁ, V. *Teorie a náprava vývojových poruch učení a chování*. 3., rozšířené vydání. Praha: Portál, 2001. ISBN 80-7178-570-9.

RYAN, M. Dyslexie a sociální a emocionální problémy. In KUCHARSKÁ, A. (ed.) *Specifické poruchy učení a chování. Sborník 1996*. Praha: Portál, 1997, s. 33 - 37. ISSN 1211-670X.

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

SOVÁK, M. a kol. *Logopedie*. Praha: Státní pedagogické nakladatelství, 1965.

SOVÁK, M. *Nárys speciální pedagogiky*. Praha: Státní pedagogické nakladatelství, 1980.

SOVÁK, M. *Uvedení do logopedie*. Praha: Státní pedagogické nakladatelství, 1978.

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

VÁGNEROVÁ, M. *Úvod do psychologie*. Praha: Karolinum, 2002. ISBN 80-246-0015-3

VÁGNEROVÁ, M. *Variabilita a patologie psychického vývoje*. Praha: Karolinum, 1993. ISBN 80-7066-797-4.

VÁGNEROVÁ, M. *Vývojová psychologie: Dětství, dospělost, stáří*. Praha: Portál, 2000. ISBN 80-7178-308-0.

VÁGNEROVÁ, M. *Základy psychologie*. Praha: Karolinum, 2004. ISBN 80-246-0841-3.

ZELINKOVÁ, O. Jedinci s dyslexií na SŠ a VŠ. In *Pedagogika*. Praha: UK, Pedagogická fakulta, 2002, roč. 52, č. 3, s. 369 - 372. ISSN 3330-3815.

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

ZELINKOVÁ, O. *Poruchy učení: Specifické vývojové poruchy čtení, psaní a dalších školních dovedností*. 10. , zcela přeprac. a rozšíř. vydání. Praha: Portál, 2003. ISBN 80-7178-800-7.

ZICH, F. *Úvod do sociologického výzkumu*. Praha: Eupress, 2004. ISBN 80-86754-19-7.

ŽLAB, Z. *Psychológia a patopsychológia dieťaťa*. Bratislava: SPN, 1983.

ŽLAB, Z. *Zkouška jazykového citu*. Bratislava: Microdata, 1992.

INTERNETOVÉ ZDROJE

MERTIN, V. 1.2.2006. *I děti s poruchami učení mohou studovat*. <<http://www.rodina.cz/clanek3908.htm>>.

PAZDERA, J. 11.5.2005. *Gen dyslexie*. <<http://www.osel.cz/index.php?obsah68clanek=31>>.

Zákon č. 561/2004 Sb., o předškolním, základním, středním, vyšším odborném a jiném vzdělávání. 5.12.2005. <<http://www.msmt.cz/Files/HTM/PKT0602senatspodpresidenta.htm>>

VYHLÁŠKA č. 73/2005 Sb., o vzdělávání dětí, žáků a studentů se speciálními vzdělávacími potřebami a dětí, žáků a studentů mimořádně nadaných. 5.12.2005. <http://portal.gov.cz/wps/portal/_s.155/701?number1=73%2F2005&number2=&name=&text=>>.

PŘEDNÁŠKY

KRAHULCOVÁ, B. *Člověk s narušenou komunikační schopností I*. UK HTF.

ZELINKOVÁ, O. *Práce s jedinci s poruchami učení a chování I., II., III*. UK HTF.

HAYNES, CH. *Výzkumy v oblasti dyslexie*. Seminář České společnosti „Dyslexie“ Komunikace a poruchy komunikace, 18.5.2005.

ŠTURMA, J. Úvodní slovo při zahájení prodejní výstavy DYSKORUNKA 2005, 19.10.2005.

PŘÍLOHY

PŘÍLOHA Č. 1 – Výskyt dyslexií v jednotlivých zemích

PŘÍLOHA Č. 2 - Právní normy týkající se žáků a studentů se SPU (výňatek)

PŘÍLOHA Č. 3 - Dotazník

PŘÍLOHA Č. 1

Výskyt dyslexií v jednotlivých zemích

ZEMĚ	ROK	VÝSKYT	
Velká Británie	1905	0,2%	
	1911	0,7%	
	1970	1,2%	těžké případy
		5,1%	středně závažné
USA	1945	20%	
	1946	2%	
	1954	10%	
NDR	1957	6,3%	
	1964	3 - 5 %	
Dánsko	1959	2 - 4 %	
	1976	10%	
ČSSR	1966	2%	
	1974	1 - 2 %	
Francie	1950	2%	
Rakousko	1957	4%	těžké případy
		18%	lehké případy
NSR	1959	2 - 5 %	
Švédsko	1959	10%	
Argentina	1962	2%	
Švýcarsko	1962	5 - 10 %	
Japonsko	1968	1%	
Čína	1976	1%	
Austrálie	1976	10%	
Maďarsko	1976	7%	v 1. třídě
Finsko	1976	14,8%	
Polsko	1980	13%	
SSSR	1982	2%	

(MATĚJČEK 1995 s. 140)

PŘÍLOHA Č. 2

Právní normy týkající se žáků a studentů se SPU (výňatek)

Zákon č. 561/2004 Sb.

ze dne 24. září 2004, platný od 1. ledna 2005¹

**o předškolním, základním, středním, vyšším odborném a jiném vzdělávání
(školský zákon)**

...

§ 2

Zásady a cíle vzdělávání

(1) Vzdělávání je založeno na zásadách

...

b) zohledňování vzdělávacích potřeb jednotlivce.

...

**Vzdělávání dětí, žáků a studentů se speciálními vzdělávacími potřebami a
dětí, žáků a studentů nadaných**

§ 16

Vzdělávání dětí, žáků a studentů se speciálními vzdělávacími potřebami

(1) Dítětem, žákem a studentem se speciálními vzdělávacími potřebami je osoba se zdravotním postižením, zdravotním znevýhodněním nebo sociálním znevýhodněním.

¹ Tento zákon nabývá účinnosti dnem 1. ledna 2005, s výjimkou ustanovení § 20 odst. 3, 5 až 7, které nabývá účinnosti dnem vyhlášení, a s výjimkou ustanovení § 77 až 79, § 80 odst. 3 až 10, § 81 odst. 1 až 8 a § 82 odst. 3, která nabývají účinnosti dnem 1. září 2007.

(2) Zdravotním postižením je pro účely tohoto zákona mentální, tělesné, zrakové nebo sluchové postižení, vady řeči, souběžné postižení více vadami, autismus a vývojové poruchy učení nebo chování.

(3) Zdravotním znevýhodněním je pro účely tohoto zákona zdravotní oslabení, dlouhodobá nemoc nebo lehčí zdravotní poruchy vedoucí k poruchám učení a chování, které vyžadují zohlednění při vzdělávání.

...

(5) Speciální vzdělávací potřeby dětí, žáků a studentů zjišťuje školské poradenské zařízení.

(6) Děti, žáci a studenti se speciálními vzdělávacími potřebami mají právo na vzdělávání, jehož obsah, formy a metody odpovídají jejich vzdělávacím potřebám a možnostem, na vytvoření nezbytných podmínek, které toto vzdělávání umožní a na poradenskou pomoc školy a školského poradenského zařízení. Pro žáky a studenty se zdravotním postižením a zdravotním znevýhodněním se při přijímání ke vzdělávání a při jeho ukončování stanoví vhodné podmínky odpovídající jejich potřebám. Při hodnocení žáků a studentů se speciálními vzdělávacími potřebami se přihlíží k povaze postižení nebo znevýhodnění. Délku středního a vyššího odborného vzdělávání může ředitel školy ve výjimečných případech jednotlivým žákům nebo studentům se zdravotním postižením prodloužit, nejvýše však o 2 školní roky.

(7) Děti, žáci a studenti se zdravotním postižením mají právo bezplatně užívat při vzdělávání speciální učebnice a speciální didaktické a kompenzační učební pomůcky poskytované školou.

(8) Vyžaduje-li to povaha zdravotního postižení, zřizují se pro děti, žáky a studenty se zdravotním postižením školy, popřípadě se souhlasem krajského

úřadu v rámci školy jednotlivé třídy, oddělení nebo studijní skupiny s upravenými vzdělávacími programy. ...

(9) Ředitel mateřské školy, základní školy, základní školy speciální, střední školy a vyšší odborné školy může se souhlasem krajského úřadu ve třídě nebo studijní skupině, ve které se vzdělává dítě, žák nebo student se speciálními vzdělávacími potřebami, zřídit funkci asistenta pedagoga. V případě dětí, žáků a studentů se zdravotním postižením a zdravotním znevýhodněním je nezbytné vyjádření školského poradenského zařízení.

...

§ 18

Individuální vzdělávací plán

Ředitel školy může s písemným doporučením školského poradenského zařízení povolit nezletilému žákovi se speciálními vzdělávacími potřebami nebo s mimořádným nadáním na žádost jeho zákonného zástupce a zletilému žákovi nebo studentovi se speciálními vzdělávacími potřebami nebo s mimořádným nadáním na jeho žádost vzdělávání podle individuálního vzdělávacího plánu. ...

§ 19

Ministerstvo stanoví prováděcím právním předpisem pravidla a náležitosti zjišťování vzdělávacích potřeb dětí, žáků a studentů se speciálními vzdělávacími potřebami a dětí, žáků a studentů nadaných a úpravu organizace, přijímání, průběhu a ukončování vzdělávání dětí, žáků a studentů se speciálními vzdělávacími potřebami a nadaných, náležitosti individuálního vzdělávacího plánu a podmínky pro přecházení do vyššího ročníku.

...

(<http://www.msmt.cz/Files/HTM/PKT0602senatspodpresidenta.htm>)

VYHLÁŠKA č. 73/2005 Sb.,

ze dne 9. února 2005

o vzdělávání dětí, žáků a studentů se speciálními vzdělávacími potřebami a dětí, žáků a studentů mimořádně nadaných

OBECNÁ USTANOVENÍ

§ 1

(1) Vzdělávání dětí, žáků a studentů se speciálními vzdělávacími potřebami (dále jen "speciální vzdělávání") a vzdělávání dětí, žáků a studentů (dále jen "žák") mimořádně nadaných se uskutečňuje s pomocí podpůrných opatření, která jsou odlišná nebo jsou poskytována nad rámec individuálních pedagogických a organizačních opatření spojených se vzděláváním žáků stejného věku ve školách, které nejsou samostatně zřízené pro žáky se zdravotním postižením (dále jen "běžná škola").

(2) Podpůrnými opatřeními při speciálním vzdělávání se pro účely této vyhlášky rozumí využití speciálních metod, postupů, forem a prostředků vzdělávání, kompenzačních, rehabilitačních a učebních pomůcek, speciálních učebnic a didaktických materiálů, zařazení předmětů speciálně pedagogické péče, poskytování pedagogicko-psychologických služeb, zajištění služeb asistenta pedagoga, snížení počtu žáků ve třídě, oddělení nebo studijní skupině nebo jiná úprava organizace vzdělávání zohledňující speciální vzdělávací potřeby žáka.

...

SPECIÁLNÍ VZDĚLÁVÁNÍ

§ 2

Zásady a cíle speciálního vzdělávání

Speciální vzdělávání se poskytuje žákům, u kterých byly speciální vzdělávací potřeby zjištěny na základě speciálně pedagogického, popřípadě psychologického vyšetření školským poradenským zařízením a jejich rozsah a závažnost je důvodem k zařazení žáků do režimu speciálního vzdělávání. Speciální vzdělávání se poskytuje i žákům zařazeným do škol zřízených při školských zařízeních pro výkon ústavní výchovy a ochranné výchovy.

§ 3

Formy speciálního vzdělávání žáků se zdravotním postižením

(1) Speciální vzdělávání žáků se zdravotním postižením⁵) je zajišťováno

- a) formou individuální integrace,
- b) formou skupinové integrace,
- c) ve škole samostatně zřízené pro žáky se zdravotním postižením (dále jen "speciální škola"),
- d) kombinací forem uvedených pod písmeny a) až c).

(2) Individuální integrací se rozumí vzdělávání žáka

- a) v běžné škole, nebo
- b) v případech hodných zvláštního zřetele ve speciální škole určené pro žáky s jiným druhem zdravotního postižení.

(3) Skupinovou integrací se rozumí vzdělávání žáka ve třídě, oddělení nebo studijní skupině zřízené pro žáky se zdravotním postižením v běžné škole nebo ve speciální škole určené pro žáky s jiným druhem zdravotního postižení.

(4) Žák se zdravotním postižením se přednostně vzdělává formou individuální integrace v běžné škole, pokud to odpovídá jeho potřebám a možnostem a podmínkám a možnostem školy.

...

§ 6

Individuální vzdělávací plán

(1) Individuální vzdělávací plán se stanoví v případě potřeby především pro individuálně integrovaného žáka, žáka s hlubokým mentálním postižením, případně také pro žáka skupinově integrovaného nebo pro žáka speciální školy.

(2) Individuální vzdělávací plán vychází ze školního vzdělávacího programu příslušné školy, závěrů speciálně pedagogického vyšetření, popřípadě psychologického vyšetření školským poradenským zařízením, popřípadě doporučení registrujícího praktického lékaře pro děti a dorost nebo odborného lékaře nebo dalšího odborníka, a vyjádření zákonného zástupce žáka nebo zletilého žáka. Je závazným dokumentem pro zajištění speciálních vzdělávacích potřeb žáka.

(3) Individuální vzdělávací plán je součástí dokumentace žáka.

(4) Individuální vzdělávací plán obsahuje:

- a) údaje o obsahu, rozsahu, průběhu a způsobu poskytování individuální speciálně pedagogické nebo psychologické péče žákovi včetně zdůvodnění,
- b) údaje o cíli vzdělávání žáka, časové a obsahové rozvržení učiva, včetně případného prodloužení délky středního nebo vyššího odborného vzdělávání, volbu pedagogických postupů, způsob zadávání a plnění úkolů, způsob hodnocení, úpravu konání závěrečných zkoušek, maturitních zkoušek nebo absolutoria,

...

- d) seznam kompenzačních, rehabilitačních a učebních pomůcek, speciálních učebnic a didaktických materiálů nezbytných pro výuku žáka nebo pro konání příslušných zkoušek,
- e) jmenovité určení pedagogického pracovníka školského poradenského zařízení, se kterým bude škola spolupracovat při zajišťování speciálních vzdělávacích potřeb žáka,
- f) návrh případného snížení počtu žáků ve třídě běžné školy, kde se žák vzdělává,
- g) předpokládanou potřebu navýšení finančních prostředků nad rámec prostředků státního rozpočtu poskytovaných podle zvláštního právního předpisu
- h) závěry speciálně pedagogických, popřípadě psychologických vyšetření.

(5) Individuální vzdělávací plán je vypracován zpravidla před nástupem žáka do školy, nejpozději však 1 měsíc po nástupu žáka do školy nebo po zjištění speciálních vzdělávacích potřeb žáka. Individuální vzdělávací plán může být doplňován a upravován v průběhu celého školního roku podle potřeby.

(6) Za zpracování individuálního vzdělávacího plánu odpovídá ředitel školy. Individuální vzdělávací plán se vypracovává ve spolupráci se školským poradenským zařízením a zákonným zástupcem žáka nebo zletilým žákem.

(7) Ředitel školy seznámí s individuálním vzdělávacím plánem zákonného zástupce žáka nebo zletilého žáka, který tuto skutečnost potvrdí svým podpisem.

(8) Školské poradenské zařízení sleduje a dvakrát ročně vyhodnocuje dodržování postupů a opatření stanovených v individuálním vzdělávacím plánu a poskytuje žákovi, škole i zákonnému zástupci žáka poradenskou podporu. V případě nedodržování stanovených opatření informuje o této skutečnosti ředitele školy.

...

§ 7

Asistent pedagoga

(1) Hlavními činnostmi asistenta pedagoga jsou pomoc žákům při přizpůsobení se školnímu prostředí, pomoc pedagogickým pracovníkům školy při výchovné a vzdělávací činnosti, pomoc při komunikaci se žáky, při spolupráci se zákonnými zástupci žáků a komunitou, ze které žák pochází.

...

(http://portal.gov.cz/wps/portal/_s.155/701?number1=73%2F2005&number2=&name=&text=)

PŘÍLOHA Č. 3

Jsem studentkou 5. ročníku Husitské teologické fakulty Univerzity Karlovy. V současné době připravuji magisterskou práci na téma dospívající a dospělí jedinci se specifickými poruchami učení. Součástí této práce je i výzkumná část. Proto Vás žádám o vyplnění tohoto anonymního dotazníku. Získané údaje budou použity pouze pro odborné účely. Vedoucí magisterské práce je doc. PaedDr. Olga Zelinková. Velice Vám děkuji za spolupráci.

Zuzana Pospíšilová

Vyplňte, prosím Vaše osobní údaje. Označte možnost, která odpovídá skutečnosti.

Pohlaví: muž žena

Věk:

Dosažené vzdělání: ZŠ SOU SŠ VOŠ VŠ

Profese:

U následujících otázek označte prosím, do jaké míry souhlasíte nebo nesouhlasíte s daným tvrzením.

1 = naprosto souhlasím

2 = částečně souhlasím

3 = nevím, nemám vyhraněný názor

4 = částečně nesouhlasím

5 = naprosto nesouhlasím

1. Můj rukopis je obtížně čitelný.

1 2 3 4 5

2. Dělá mi problémy číst nahlas.

1 2 3 4 5

3. Dělá mi problém pochopit smysl toho, co jsem četl(a).

1 2 3 4 5

4. Čtu rád(a) knihy.

1 2 3 4 5

5. Při čtení dělám mnoho chyb.

1 2 3 4 5

6. Mám potíže s pravopisem.

1 2 3 4 5

7. Dělá mi problém počítat z paměti bez použití prstů, papíru nebo kalkulačky.

1 2 3 4 5

8. Je mi nepříjemné mluvit na veřejnosti.

1 2 3 4 5

9. Dělá mi obtíže vyslovit delší a méně obvyklá slova.

1 2 3 4 5

10. Obtížně se vyjadřuji, bývám často nepochopen(a).

1 2 3 4 5

11. Často si pletu data, časy, místa schůzek.

1 2 3 4 5

12. Dotazníky, formuláře mi připadají komplikované, matoucí. Když vyplňuji složenky nebo jiné tiskopisy, udělám často chybu.

1 2 3 4 5

13. Mám problémy s prací na počítači, s obsluhou mobilního telefonu, faxu, kopírky atd.

1 2 3 4 5

14. Stává se mi, že zaměňuji čísla jako např. 95 - 59, 42 - 24 nebo písmena jako např. b - d, t - j.

1 2 3 4 5

15. Dělá mi problém vyjmenovat plynule za sebou měsíce v roce, dny v týdnu v cizím jazyce. Obtížně si zapamatuji slovíčka či slovní spojení.

1 2 3 4 5

16. Obtížně se orientuji v mapě nebo na neznámém místě.

1 2 3 4 5

17. Je pro mě těžké určit, co je napravo a nalevo.

1 2 3 4 5

18. Dělá mi problém udržet pozornost, soustředit se.

1 2 3 4 5

19. Osvojení poznatků a dovedností mi trvá déle než ostatním.

1 2 3 4 5

1. Kdy u Vás byla diagnostikována SPU?

.....

2. Navštěvoval(a) jste speciální třídu pro děti s poruchami učení? Bylo to pro Vás prospěšné?

.....

3. Jaké byly (jsou) Vaše obtíže ve škole? Které předměty Vám dělaly největší problémy?

.....

.....

4. Čtete rád(a) knihy? Od které doby rád(a) čtete?

.....

5. Trpěl(a) jste nebo stále trpíte nějakou poruchou řeči? Jakou?

.....

6. Jaký postoj zaujímali pedagogové k Vaší SPU?

.....

.....

7. Jak přijala diagnózu SPU Vaše rodina?

.....

8. Myslíte si, že SPU měla a má vliv na Vaší psychiku? Jestli ano, tak jaký?

.....

.....

9. Kdy se Vám nejhůře vyrovnávalo s poruchou? Kdy jste nejvíce trpěl poruchou?

.....

10. Měl(a) jste v době největších obtíží přátele, koníčka atd., co by Vám pomohlo překonávat neúspěchy? Měl(a) jste něco, čím byste získal(a) prestiž u spolužáků, kamarádů?

.....
.....

11. Byla SPU někdy příčinou negativních reakcí Vašeho okolí? Jakým způsobem?

.....
.....

12. Máte kvůli SPU nějaké problémy v zaměstnání? Jaké?

.....
.....

13. Máte kvůli SPU nějaké problémy s Vaším partnerem? Jaké?

.....
.....

14. Ztěžuje Vám v současné době SPU život? Jakým způsobem?

.....
.....

15. Měl(a) byste zájem s obtížemi něco dělat? Pracovat na sobě? Co si myslíte, že by Vám pomohlo?

.....
.....

