

JIHOČESKÁ UNIVERZITA V ČESKÝCH BUDĚJOVICÍCH
ZDRAVOTNĚ SOCIÁLNÍ FAKULTA

DIPLOMOVÁ PRÁCE

2007

Petra Karlovcová

JIHOČESKÁ UNIVERZITA V ČESKÝCH BUDĚJOVICÍCH

ZDRAVOTNĚ SOCIÁLNÍ FAKULTA

**Rozvoj grafomotoriky dětí ve třídě zřizované pro žáky se zdravotním
postížením a v běžné třídě na základní škole**

Diplomová práce

Jméno autora: Petra Karlovcová

Jméno vedoucího práce: Mgr. Josef Hošek

28.5.2007

Development of grafomotoric skills of children in the special class established for health affected pupils and children in the normal class at elementary school.

Graphomotorics is the whole spectrum of psychomotorical activities which one does while writing. Professional recognition of graphomotorical defects which result from deviations in the evolution of fine motorics can be confirmed only by experienced specialists. Children with these defects must be regularly involved in fun activities such as manual works with various materials. Intensive repetition of motorics and graphomotorics lead to essential improvement of graphomotorical skills. Boys are approximately three times more affected by a specific learning defects than girls.

All of the research is based on quantitative type of investigation. The foundations of research were obtained from questionnaire and anamneses of children and also from dialogue with the class teacher. The parents and teachers of 2nd and 3rd class of elementary school in the town of Vseruby were asked. Information about children from the specialized class was obtained in cooperation with an employee of Pedagogical & Psychological Institute.

The observed set of children consisted of 24 children from 2nd and 21 children from 3rd class of an ordinary elementary school and also 15 children from 2nd and 10 children from 3rd specialized class for affected pupils.

The main objective of the theoretical part of the research was to summarize the state of the art. The main objective of the practical part of the research was the comparison of graphomotorical behavior of children attending ordinary and specialized classes. Two hypothesis were set up at the beginning of research. The results of the research were compared to these hypotheses and summarized in the conclusion.

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem diplomovou práci na téma: Rozvoj grafomotoriky dětí ve třídě zřizované pro žáky se zdravotním postižením a v běžné třídě na základní škole, vypracovala samostatně a použila jen z pramenů, které cituji a uvádím v příložené bibliografii.

V Českých Budějovicích dne 29.5.2007

.....

Poděkování

Na tomto místě bych ráda poděkovala panu Mgr.Hoškovi za ochotu a vstřícnost při vedení diplomové práce, dále paní Mgr.Vedralové za spolupráci a poskytnutí cenných podkladů a informací. Také děkuji své rodině za podporu.

Úvod	5
1. Současný stav	8
1.1 Obecná charakteristika poruch učení	8
1.2 Historické pozadí	9
1.2.1 Vývoj názorů na specifické poruchy učení	10
1.3 Základní pojmy	11
1.3.1 Druhy specifických poruch učení	11
1.4 Původ specifických poruch učení	18
1.4.1 LMD v souvislosti se specifickými poruchami učení	18
1.5 Výskyt specifických poruch učení	19
1.6 Jak běžné jsou specifické poruchy učení	19
1.7 Reedukace specifických poruch učení	20
1.8 Příčiny neúspěšnosti dětí ve škole	20
1.9 Příznaky specifických poruch učení	22
1.10 Integrace žáka s poruchou učení	23
1.11 Pracoviště zabývající se poruchami učení	23
1.12 Zdroje diagnostických informací	24
1.12.1 Nepřímé zdroje diagnostických informací	24
1.12.2 Přímé zdroje diagnostických informací	25
1.12.3 Diagnostika laterality	25
1.13 Rodina a výchovné působení na dítě se specifickými poruchami učení	27
1.13.1 Poruchy učení způsobené činiteli vázanými na rodinné prostředí	29
1.13.2 Vhodný přístup rodičů a učitelů	29
1.14 Motorika	30
1.14.1 Vývoj hrubé motoriky	32
1.14.2 Vývoj jemné motoriky	34
1.15 Grafomotorika	37
1.15.1 Vývoj grafomotoriky	37
1.15.2 Metodické zásady grafomotoriky	38
1.15.3 Diagnostika grafomotoriky	39

1.15.4 Diagnostika úchopů v grafomotorice	40
1.15.5 Náprava grafomotorických obtíží	42
1.15.6 Metodika rozvoje grafomotoriky	43
1.15.7 Uvolňovací grafomotorické cviky	45
1.15.8 Tři fáze grafomotorického cvičení	46
1.15.9 Vývoj kresby	47
2. Cíl práce a hypotézy	49
2.1 Cíl práce	49
2.2 Hypotézy	49
3. Metodika	50
3.1. Použitá metoda	50
3.2.Charakteristika výzkumného soubor	51
4. Výzkum	52
4.1 Výzkum ve druhé třídě	52
4.2 Výzkum ve třetí třídě	65
5. Diskuze	78
6. Závěr	86
7. Seznam použitých zdrojů	88
8. Klíčová slova	93
9. Přílohy	94

Úvod

Tato diplomová práce je zaměřena na porovnání grafomotorických projevů a posouzení metodických přístupů pedagogů k žákům ve specializovaných třídách pro žáky se zdravotním postižením a běžných třídách. Svoji pozornost věnuji konkrétně možnostem nápravy grafomotorických obtíží.

Toto téma jsem si zvolila záměrně, neboť ho považuji za aktuální zejména v dnešní době, kdy bývají specifické poruchy učení u dětí zjišťovány v daleko větším měřítku než dříve. Je to zásluhou především specializovaných odborníků, kteří se podílí na neustálém rozvoji a zdokonalování používaných diagnostických a reedukačních metod.

Navštěvovala jsem školu, kde jsem měla možnost setkávat se s dětmi, které jsou postiženy různými formami specifických poruch učení. Specializované třídy pro žáky se zdravotním postižením byly zřízeny v bývalém okrese Plzeň-sever ve velkokapacitních školách z důvodu neexistující speciální školy na Plzni-severu. Jejich cílem je výuka českého jazyka u dětí se specifickými poruchami učení, kterým byla udělena integrace. Školení pedagogové provádějí reedukaci obtíží u těchto žáků nejnovějšími speciálními metodami s přihlédnutím na individuální potřeby těchto dětí.

Pokud je u dítěte diagnostikována některá ze specifických poruch učení, je důležité začít spolupracovat s odborníky a podílet se na nápravě pokud možno ihned. Domnívám se, že čím více času je reedukaci grafomotorických poruch v předškolním věku věnováno tím menší jsou negativní dopady na dítě při zapojování do kolektivu a při zvládnání zadaných úkolů v 1. běžné třídě ZŠ. V budoucnu pak lze u takových dětí předpokládat, že se v produktivním věku zcela dokáží vyrovnat náročným požadavkům společnosti. V současné době dnešní člověk spíše preferuje při psaní počítačovou techniku a nahrazuje tím formální i obsahový grafický projev. Přesto je velmi důležité, aby se člověk naučil správně psát.

1. Současný stav.

1.1 Obecná charakteristika poruch učení

Specifické poruchy učení jsou souhrnným označením různorodé skupiny poruch, které se projevují zřetelnými obtížemi při nabyvání a užívání takových dovedností, jako je mluvení, porozumění mluvené řeči, čtení, psaní, matematické usuzování nebo počítání (53).

V současné době jsou děti s touto problematikou označovány jako žáci se speciálními vzdělávacími potřebami. Kromě reedukace jejich poruch je často nutné použití odlišných výukových metod, speciálních pomůcek a vytváření takových situací, ve kterých dítě může projevit své skutečné schopnosti a dovednosti nezkreslené projevy specifické poruchy učení (61).

Pro rodiče bývá obtížné pochopit podstatu specifických poruch učení, protože se jim mnohé z projevů jeví jako důsledek neochoty a lajdáctví jejich dítěte. Problém je stres z každodenní přípravy do školy, nízká efektivita a neúměrná vynaložená námaha. Pokud dítě navštěvuje specializovanou třídu pro děti se zdravotním postižením, má lepší vztahy se spolužáky, zvládá učivo bez stresu a spokojeni jsou také rodiče (33).

Cílem je objektivní hodnocení – nejedná se tedy o nadhodnocování výkonu dítěte. Specifické vývojové poruchy učení mají svá specifika jak ve své etiologii, příčinách vzniku, tak i ve svých projevech. Tyto poruchy bývají vždy vrozené, vznikají určitým poškozením funkce centrální nervové soustavy v období před narozením, při narození nebo rovněž časně po narození dítěte. Svou roli zde hraje také dědičnost, případně kombinace dědičnosti s výše uvedenými obtížemi. Někdy bývá etiologie neznámá nebo nepřítis jasná. Uvádí se rovněž souvislost s lateralizací, s poruchou spolupráce mozkových hemisfér, případně s poruchami vývoje dítěte. Nejde tedy o problematiku získanou z vnějších příčin, kdy obdobné obtíže vznikají např. neurotizací dítěte, aplikací nesprávných výukových metod, vlivem zdravotních problémů, zameškání školní docházky nebo odlišným jazykovým prostředím rodiny dítěte. Zvláštností je i to, že intelektové schopnosti dětí s těmito poruchami bývají převážně průměrné až

nadprůměrné. Jejich porucha tedy není způsobena sníženými intelektovými schopnostmi, nýbrž z jiných příčin. U těchto dětí bývají porušeny funkce, jež jsou potřebné pro učení se psaní, čtení a počítání. Jde o funkce percepční, kdy je porušeno především smyslové vnímání. funkce kognitivní, kdy je porušena např. schopnost koncentrace pozornosti, paměť, myšlení, řeč, a matematické představy a v neposlední řadě jsou to funkce motorické, kdy je přítomna porucha jemné i hrubé motoriky ruky, ale i očních pohybů a mluvidel. Může se objevit i porucha senzomotorických funkcí. Z těchto důvodů nazýváme specifické poruchy učení poruchami funkčními, protože není poškozen tělesný orgán jako takový, nýbrž je narušena funkce centrální nervové soustavy. Mezi základní typy specifických vývojových poruch učení řadíme dyslexii, dysortografii, dysgrafii, dyskalkulii a dyspraxii. Také se mohou objevit poruchy dyspinxie a dysmúzie. Tyto typy poruch se mohou vyskytovat u dětí samostatně, častěji se však vyskytují v uceleném komplexu poruch (obvykle dyslexie, dysgrafie, dysortografie). Nezřídka se vyskytují v kombinaci se syndromem lehké mozkové dysfunkce (LMD)(61).

1.2 Historické pozadí

Jako první ze specifických poruch učení byly popsány obtíže se čtením v roce 1878 německým lékařem dr. Kussmaulem, který nebyl schopný naučit se číst. Měl normální inteligenci a získal adekvátní vzdělání. Doktor Kussmaul pojmenoval tento problém čtecí slepota. O devět let později jiný německý lékař přiřadil tomuto případu pojem dyslexie (z řečtiny pro: potíže se slovy). Skotský oční chirurg dr. James Hinshelwod publikoval v roce 1885 první britskou zprávu o specifických poruchách, která se rovněž týkala dospělého s poruchou čtení a nazval tento případ „slovní slepota“. V první čtvrtině dvacátého století se zájem stále soustředil na zvláštní poruchy čtení (50).

V roce 1925 americký neurolog dr. Samuel T. Orton navrhl první teorii vzniku specifických poruch čtení. Důraz kladl především na vývoj dominance jedné strany mozku. Jiné formy specifických poruch učení byly také popsány v první čtvrtině 20. století, ale nebyly přesněji odlišeny (41).

Až v roce 1939 publikovali doktoři Alfred Strauss a Hainz Werner popis dítěte se širokým stupněm poruch učení. Zdůrazňovali možnosti variací těchto problémů a důležitost nahlížet na každé dítě individuálně k odhalení jeho zvláštních vyučovacích potřeb. Jejich práce se stala hybnou silou k ustavení klinických a vylučovacích služeb pro děti se specifickými potížemi s učením nejprve v USA a později i v dalších státech světa. V roce 1977 byl v USA schválen zákon, který zajišťoval práva amerických dětí se specifickými poruchami učení na vhodné ohodnocení a nakládání s jejich problémem. Specifické poruchy učení získaly mnohem více pozornosti než kdykoli v minulosti (50).

V roce 1992 pokynem MŠMT k zajištění péče o děti se specifickými poruchami učení na základních školách byl vypracován pro postiženého žáka individuální vzdělávací program (34).

1.2.1 Vývoj názorů na specifické poruchy učení

Specifické poruchy učení jsou asi tak staré jako znakové dorozumívání v lidské společnosti. Výrazného významu nabývají až ve 20. století, kdy narůstá vzdělání u celé populace související hlavně s industrializací. Zájem o ně pozvolna získává interdisciplinární podobu. Již v roce 1877 uveřejnil A. Kussmaul případ pacienta, který následkem poškození mozku ztratil schopnost číst při zachování dobré inteligence. V té době už byla částečně známa činnost a význam Brocových a Wernickeových center v mozku. V našich zemích a dokonce v Evropě je za průkopnickou považována práce Antonína Heverocha z roku 1904. Tuto práci věnoval případu jedenáctileté dívky postižené slovní slepotou. Je podstatné, že autor, ač neurolog a psychiatr, směřuje závěry svých zjištění do školní praxe. Poukázal na to, že tam by tyto obtíže měly být především sledovány. Problematika specifických poruch učení však zůstala na velmi dlouhou dobu především problémem medicínským.

Stejně tak jako v oblasti teoretické mají naše země obdobný primát i v oblasti organizace péče pro dyslektiky. V roce 1952 byla totiž zahájena na psychiatrickém oddělení v Havlíčkově Brodě náprava prvních dyslektických případů. V roce 1954 zahájila svoji činnost také léčebna v Dolních Počernicích. Tato péče byla spojena

například se jmény O. Kučery, Z. Matějčka, Z. Žlaby, aj. V roce 1962 byla otevřena první dyslektická třída v Brně a o devět let později samostatná základní škola pro dyslektiky v Karlových Varech (24).

1.3 Základní pojmy

Předpona dys - znamená rozpor či deformaci. Příkladem může být dysfunkce, což je špatná, deformovaná funkce. Druhá část názvu je přejata z řeckého označení té dovednosti, která je postižena (61).

Můžeme se také setkat se žáky, u nichž převládají obtíže ve čtení, psaní, popřípadě i v matematice, ale je také možné, že se jednotlivé poruchy učení mohou u téhož žáka kombinovat. Specifické poruchy učení zasahují psychiku člověka a promítají se do sféry sociální i pedagogické (12).

1.3.1 Druhy specifických poruch učení

Dyslexie

Dyslexie znamená specifickou neschopnost naučit se číst běžnými výukovými metodami. Za signifikantní považujeme v raném dětství dvouleté opoždění ve čtení. V pozdějším věku, když se čtecí schopnosti téměř stabilizují, nemusí být již tak významné. Mírnější formy poruchy nebo ty, které jsou spojeny s vysokým IQ, nemusí být objeveny až do středního školního věku.

Specifická vývojová dyslexie je porucha, která se projevuje neschopností naučit se číst, přestože se dítěti dostává standardního výukového vedení, má přiměřenou inteligenci a sociokulturní příležitost (25).

Dyslektické chyby:

- obtížné rozlišování tvarů písmen
- snížená schopnost spojovat psanou a zvukovou podobu hlásky
- obtíže v rozlišování tvarově podobných písmen
- nerozlišování hlásek zvukově si blízkých

- obtíže v měkčení
- nedodržování správného pořadí písmen ve slabice, či slově
- přídavky písmen, slabik do slov
- vynechávání písmen, slabik ve slovech
- domýšlení si koncovky slova dle správně přečteného jeho začátku
- nedodržování délek samohlásek
- neschopnost čtení s intonací
- nesprávné čtení předložkových vazeb
- nepochopení obsahu textu
- dvojí čtení (žák čte slovo šeptem, pak teprve vyslovuje nahlas) (35).

Dyslexie je celoživotní stav. Nejdůležitější však je, aby odborníci volili ten nejsprávnější přístup k dítěti, jedinci, ale i správné kroky intervence a podpory (3).

Mnoho dyslektiků, kteří čtou text, je váhavých, ve čtení jsou nevýrazní, nechápou a nerozumí obsahu čteného textu. Efektivní reedukace specifických poruch učení je týmovou spoluprací mezi vyučujícími, kteří se podílejí na výchově a vzdělávání žáka. Jak sociální klima ve škole, tak i vstřícný dialog jsou nezbytnými podmínkami pro fungování a předávání si informací směřujících k podpoře a pomoci žákům. Reedukační péče je zaměřena především na zvládnutí metod či technik nácviku správného čtení. Neexistuje univerzální metoda čtení, která by byla stejně efektivní pro všechny děti. Mezi reedukační metody ve čtení řadíme obtahování, čtení se záložkou a jiné. Rozhovory zaměřené na sebehodnocení dítěte by měly být také součástí reedukace. Je důležité naučit dítě poznávat své přednosti a nedostatky. Doplněním reedukace mohou být i různé formy psychoterapie a využití speciálních počítačových programů. Jestliže pedagog používá základní didaktiku správného čtení v kombinaci se správnými reedukačními postupy, je to první krok k podpoře dítěte (2).

Dysortografie

Jedná se o poruchu pravopisu, která se projevuje tzv. specifickými dysortografickými chybami, potížemi s aplikací pravopisných pravidel (53).

Velice často se vyskytuje ve spojení s dyslexií. Příčinou často bývá nedostatečně rozvinutá oblast sluchové percepce (sluchová paměť, analýza, syntéza,

audiomotorická koordinace). Obtíže však také mohou vyplývat i z dysfunkce pravé hemisféry a promítají se u některých dětí na druhém stupni ZŠ do záměny tvarově podobných písmen. Dysortografie se také může rozvinout na základě poruchy dynamiky duševních procesů: na podkladě hyperaktivity, popřípadě hypoaktivity je negativně ovlivněn průběh procesu psaní. Žák se snadno unaví a není schopen správně převést třeba i dobře naučené gramatické učivo do písemné podoby (45).

Typy dysortografie:

a) Auditivní dysortografie, u níž se jedná o primární narušení procesů sluchové diferenciace a analýzy a oslabení bezprostřední sluchové paměti. Žáci se potýkají s problémy v zachycení pořadí jednotlivých hlásek ve slově, smysl slova však chápou.

b) Vizualní dysortografií míníme sníženou kvalitu zrakové paměti. Jedinec není schopen si dokonale vybavit písmena, tvarově i sluchově podobná, napsané chyby v textu správně identifikovat.

c) Motorická dysortografie souvisí s namáhavostí a pomalostí vlastního aktu psaní a její příčinou je narušení jemné motoriky. Soustředění se na vlastní grafický projev odebírá žákovi veškerou koncentraci pozornosti. Ta mu potom chybí na uvědomělé aplikování gramatických pravidel a vlastní kontrolu napsaného cvičení.

Mezi dysortografické chyby patří:

- grafické záměny zvukově podobných hlásek (b-d, z-s, h-ch)
- obtížná výbavnost naučeného tvaru písmene v písemné podobě
- chyby z artikulační neobratnosti
- chyby v měkčení na akustickém podkladě
- chyby v důsledku sykavkových asimilací
- neschopnost dodržovat pořadí písmen, slabik ve slově, inverze
- přidávání nepatřících písmen a slabik do slov
- neschopnost dodržování délek samohlásek

- neschopnost rozlišovat hranice slov ve větě
- problémy ve slabikách a slovech se slabikotvorným r, l (20).

Porucha čtení a pravopisu výrazně omezuje další vzdělávání jedinců, což mnohdy zasahuje i do citové stránky dítěte. Dysortografie často negativně ovlivňuje jeho další profesní orientaci a celý budoucí život. Při reedukaci dysortografie se jednotlivě zaměřuje na nedostatečně rozvinuté funkce a na odstraňování specifických chyb. V menší míře pak také na zvládnutí mluvnického učiva. Přípravná cvičení obsahují rozvoj sluchového vnímání, rozvoj vnímání a reprodukce textu, rozvoj zrakového vnímání, rozvoj pravolevé a prostorové orientace a rozvoj řeči. Cvičení se obvykle provádí v tichém prostředí. Zabývá se nácvikem naslouchání, cvičením sluchové paměti, sluchové diferenciaci, sluchové analýzy a syntézy. Reedukace vnímání a reprodukce textu je zaměřena na různé dovednosti spojené s vnímáním rytmu a reprodukcí rytmu. Při reedukaci zrakového vnímání bývá snaha zapojit co nejvíce smyslů a funkcí, které podporují zrakové vnímání. Reedukace řeči je prováděna ve spolupráci s logopedem. Ve spojení s reedukací poruch učení bývá zaměřena na jazykový cit a rozvíjení řeči po stránce zvukové a obsahové (2).

K rozlišování krátkých a dlouhých samohlásek slouží pomůcky jako například bzučák, hudební nástroje, stavebnice s krátkými a dlouhými kostkami, výukové a speciální programy na počítači (3).

Dysgrafie

Dysgrafie je specifickou poruchou psaní, nebo-li grafického projevu. Samotný proces psaní vyčerpává koncentraci pozornosti tak, že již není schopen se plně soustředit na obsahovou a gramatickou stránku projevu. Převaha obtíží bývá v narušení úrovně jemné motoriky (10).

Na dysgrafii se spolupodílí i nedostatky ve zrakovém vnímání, prostorové orientaci, popřípadě paměti, představivosti, pozornosti, smyslu pro rytmus. Obtíže mohou vznikat i při problémech v lateralizaci (při nevyhraněné nebo zkřížené lateralitě, při přecvičeném praváctví či leváctví). Zkřížená lateralita má vliv jak na oblast percepční (vnímání informace), tak na oblast zpracování informace v CNS (centrální nervová soustava) a v neposlední řadě i na oblast výkonovou (převedení informace do výkonu). Děti se

zkříženou lateralitou mívají nejen při psaní nápadně pomalejší pracovní tempo a písmo i úprava mají sníženou kvalitu.

Dítě s dysgrafickou poruchou zaostává v osvojování, zapamatování a s pohotovém vybavování písmen. Děti mají dále problémy s navazováním jednotlivých písmen, udržení písma na řádku, s dodržováním velikosti písmen, se zachováním směru psaní a správného sklonu (20).

Znaky dysgrafie:

- nečitelné písmo, a to i přes dostatečný čas
- sklony ke směřování psacího a tiskacího písma
- nepravidelná velikost, rozličnost tvarů, nerovnost linií
- nerovnoměrný sklon, častá neschopnost dodržet psaní na řádku
- nedopsaná slova či písmena, vynechávání slov v souvislém textu
- nepravidelné uspořádání na stránce vzhledem k řádkám a okrajům
- nepravidelná hustota mezi slovy a písmeny
- atypický úchop psacího náčiní či křečovitý úchop prstů ve špetce
- zvláštní držení těla při psaní
- diktování si polohlasem sledu písmen, bedlivé pozorování ruky
- výrazně pomalé tempo práce
- neskonalé úsilí při veškerém písemném projevu
- nekoordinace s jazykovými dovednostmi a schopnostmi

Důležité je dysgrafikovi umožnit snížit vliv psaní na výsledek učení a vyjádření znalostí (36).

Základním předpokladem úspěšného zvládnutí psaní je určitá úroveň grafomotorických schopností. Jsou-li tyto schopnosti narušeny nebo nerozvinuty, většinou nastávají obtíže v grafickém projevu. Chceme-li dosáhnout kvalitního osvojení dovednosti psát, musí tomu odpovídat i úroveň hrubé motoriky, jemné motoriky, zapamatování a napodobení pohybu a motorické koordinace. Cílem základního grafomotorického nácviku je dosáhnout dostatečně zafixovaného, správného úchopu a uvolněné ruky (20).

Dysgrafie nepostihuje pouze proces psaní, ale často mívá vliv i na další formy grafického procesu. Může ovlivňovat výkon žáka i v ostatních předmětech a zasahuje do celého vzdělávacího procesu. Řada škol již dnes nabízí speciální podpůrné programy. Podpora je přizpůsobena individuálním možnostem a schopnostem žáka. Je prováděna jednotlivě nebo v malých skupinách (3).

Dyskalkulie

Dyskalkulie je obdobou dyslexie v oblasti matematiky. Dítě se nemůže naučit počítat, ačkoliv není po stránce intelektové nijak zvláště opožděno a mělo normální příležitost k učení. Dítě nemůže pochopit symbolickou povahu čísla (32).

Typy dyskalkulie:

- *Praktognostická*

Tento typ se u žáka vyznačuje narušenou matematickou schopností manipulace s předměty konkrétními či nakreslenými a jejich přiřazování k symbolu čísla.

- *Verbální*

Žák má sníženou schopnost slovně označovat operační znaky, vázne pochopení matematické terminologie ve smyslu určování o... více, o... méně, krát.. více, méně nezvládá slovně označovat matematické úkony.

- *Lexická*

Charakteristická je pro žáka neschopnost číst matematické znaky a jejich kombinace, symboly, jako jsou číslice, vícemístná čísla s nulami, hlavně uprostřed, tvarově podobná čísla apod.

- *Grafická*

U tohoto typu je narušena schopnost psát numerické znaky. Žák se neumí vyrovnat s příslušným grafickým prostorem, mívá problémy v geometrii. Jedná se o obdobu dysgrafie, ovšem v oblasti matematiky.

- *Operacionální*

Žáci tohoto typu zaměňují matematické operace. Nahrazují složitější operace jednoduššími a písemně řeší i velice lehké úkoly.

- *Ideognostická*

Žák s touto poruchou má problémy s chápáním matematických pojmů a vztahů mezi nimi a s chápáním čísla jako pojmu. Jedinec nedovede z paměti vypočítat příklady, které by vzhledem ke své inteligenci a dosaženému fyzickému i mentálnímu věku měl zvládnout zcela bez obtíží (35).

Schopnost rozpoznat a zaměřit se na určitý objekt, na jeho tvar nebo vlastnost, je prvním krokem v rozvoji číselných představ. Pokud chceme žáka v matematice něco nového naučit, musíme nejprve zjistit, zda již dosáhl potřebných znalostí v matematice, aby se mohl dále rozvíjet. Problémy v matematice vznikají v důsledku nedostatečně zvládnutých základních početních operací. Potíže žáků v této oblasti také souvisejí i s nedostatky ve verbálním myšlení, v prostorové orientaci, s potížemi s pamětí a vnímáním. Žáky je nezbytné naučit základní dovednosti matematického počítání zahrnující sčítání, odčítání, násobení, dělení, operace se zlomky, desetinnými čísly a procenty. Při výuce je nezbytné provést podrobnou analýzu každé operace. Je velice důležité, aby si dítě umělo představit čísla, se kterými operuje. Při reedukaci je nutné počítat s tím, že úspěchy přicházejí po malých krocích (3).

Dysmuzie

Jedná se o narušení schopnosti vnímat a reprodukovat hudbu a rytmus. Ačkoliv patří mezi častější specifické poruchy, nemá tak závažný dopad na výuku, jako dyslexie, dysgrafie, dysortografie a dyskalkulie. Expresivní dysmuzie neumožňuje dítěti reprodukovat třeba i velice známý hudební motiv, který dokáže běžně identifikovat. Totální dysmuzii charakterizuje nedostatek hudebního smyslu vůbec. V tomto případě jedinec hudbu nechápe, neidentifikuje ji, nepamatuje si ji (21).

Dyspraxie

Dyspraxie je porucha motorické obratnosti v různých oblastech. Podílí se na utváření celkové pohybové charakteristiky chování (35).

Tyto děti nemusí být schopné třeba chytat míč, ale mají také špatný rukopis. Psaní a kreslení u těchto dětí je neúhledné. U dítěte můžeme zjistit poruchy v jemné motorice a v hrubé motorice, nevyhraněnou laterální, poruchy ve zrakovém vnímání, ve sluchovém vnímání a vnímání vlastního těla (23).

Děti s diagnózou dyspraxie, která u nichž byla objevena v mateřských i základních školách, navštěvují velmi často poradny, kde je větší pozornost věnovaná úrovni motorického vývoje. To vede k dalšímu zpřesňování diagnostiky a následné reedukace a k většímu pochopení pro obtíže dětí i jejich rodičů (13).

1.4 Původ specifických poruch učení

Specifické poruchy učení nejsou způsobeny poruchami nebo zrakovým, motorickým a jiným zdravotním postižením, ani přímo prostředím s nedostatečnými podněty. Přesný původ vzniků těchto poruch učení není dosud znám, ale předpokládá se, že existuje dědičný sklon k rozvoji těchto poruch (přibližně u 40% dětí postižených rodičů). Odborníci se domnívají, že tyto poruchy jsou způsobeny mimo jiné i odchylnou organizací aktivit mozku a dominancí hemisfér, která není typická. Specifické poruchy učení jsou nejčastěji vztahovány k dysfunkci části mozku nebo jeho drobného poškození. Určitý vliv je přikládán i nepříznivým vlivům prostředí, především emocionálnímu klimatu v rodině a vztahu rodičů ke škole (53).

Specifické poruchy učení se projevují u dětí napříč celým spektrem inteligenčního kvocientu, tedy jak u dětí nadprůměrně, tak i podprůměrně inteligentních. Starší výzkumy, provedené převážně lékaři, také zkoumaly vznik specifických poruch učení jako reakci na organické poškození mozku (např. v důsledku úrazu hlavy) a centrální nervové soustavy. Souvislost však nebyla prokázána (59).

1.4.1 Lehká mozková dysfunkce v souvislosti se specifickými poruchami učení

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 mozkové dysfunkce, ale nikoliv specifické poruchy učení. Jsou mozková poškození např. ve formě dětské mozkové obrny, která mají za následek mozkovou dysfunkci projevující se však třeba jen poruchou učení. LMD se projevuje především nápadností v chování dítěte, ale nedotýká se nijak

významněji jeho školního prospěchu a školní výkonnosti. Neklid, impulsivita, nesoustředěnost, výkyvy v náladách jsou jedny z nejčastějších příznaků LMD, mohou být velmi nápadné vnějšímu pozorovateli a vedou k diagnóze LMD (60).

1.5 Výskyt specifických poruch učení

Ministerstvo školství předpokládá, že ve školní třídě bývají průměrně 3 – 4 % dětí s určitou formou specifické poruchy učení (59).

Výzkumy z domova i ze zahraničí potvrzují, že počet dětí s poruchami učení stále stoupá. Přesto lze s přesvědčením tvrdit, že počet dětí s dyslexií procentuálně dozajista nepřekročí ve třídě řád jednotek (18).

Někteří pedagogové uvádějí, že dětí s poruchou může být až 20 %. To může být způsobeno tím, že ne všechny děti mají při své poruše stejné projevy a obtíže. Asi 2 % dětí má v rámci vzdělávacího procesu značné problémy se zvládnutím čtení, psaní nebo počítání. Nejčastěji vznikají v důsledku dysfunkce určité oblasti mozku. Specifické poruchy učení nezpůsobují obtíže jen v prostředí školy a vzdělávacího zařízení, ale rovněž i v sociokulturním prostředí a profesionálním uplatnění. Tyto poruchy učení mají vliv na formování osobnosti dítěte, které často trpí pocity méněcennosti a neurotickými příznaky. Mezi ně můžeme zařadit poruchy spánku. Psychosociální postavení dítěte je ovlivňováno reakcemi schopnějších spolužáků, učitele a přístupem rodičů k neúspěchu dítěte. Děti se nejvíce obávají odmítnutí rodičů, což vede ke vzniku výše uvedených potíží (59).

1.6 Jak běžné jsou specifické poruchy učení

Odhaduje se, že asi 10 procent dětí je postiženo nějakou formou specifických poruch učení. Nejvíce postižené oblasti učení jsou čtení, jazyk, pozornost a motorická koordinace. Chlapci jsou zhruba třikrát více zasaženi nějakou formou specifických poruch učení než dívky (50).

Specializace jednotlivých funkcí v hemisférách však probíhá rychleji u chlapců než u dívek, z čeho vyplývá výhoda pro chlapce v případě, když splnění úkolu po nich požadovaného vyžaduje činnost jedné hemisféry. Jestliže je nutná spolupráce obou hemisfér pro splnění úkolu, jsou oproti chlapcům ve výhodě děvčata (35).

1.7 Reeducace specifických poruch učení

Proces reeducace specifických poruch učení je charakteristický jako dlouhodobý diagnosticko-terapeutický proces. Cílem je odstranění obtíží dítěte a zlepšení celkového stavu psychiky dítěte. Neexistuje univerzální účinná metoda. Je nutné ji přizpůsobit individualitě dítěte a typu poruchy. Při výběru metody je důležité respektovat stupeň poruchy a fázi nápravy, v níž se dítě nachází. Efektivní reeducace je týmovou spoluprací vyučujících. Děti s poruchami učení se musejí přes své deficity emocionálně přenést. Důležité je společné vypracování pravidel a rámcových podmínek. Je nutné podporovat dítě v jeho tvořivosti (3).

I rodiče zažívají pocity viny související s neúspěchy jejich dítěte. Zaměřujeme se hlavně na odbourávání těchto pocitů a učíme je, jak pracovat s chybou. Spolupráce s rodinou je nenahraditelná (2).

Kvalitní reedukační péči předchází správná diagnostika. Specifické poruchy mohou být jednou z hlavních příčin školního neúspěchu, ale i neúspěchu profesionálního a sociálního (3).

Včasná diagnostika snížené schopnosti zrakové diferenciacie figury a pozadí a visuomotorické koordinace v předškolním věku dítěte umožňuje stanovit preventivní opatření. Může být zamezeno vzniku poruch učení a chování. (Sindelarová 1993)

1.8 Příčiny neúspěšnosti dětí ve škole

Nástup dítěte do školy představuje klíčový zlom v jeho dosavadním životě a ocitá se pod nárůstem nových požadavků. Každé dítě chce být úspěšné. Chce dosáhnout kladného hodnocení a uznání od svých rodičů a učitelů. Neúspěch ale někdy převáží úspěch.

Úspěšnost dítěte ve škole závisí na různých okolnostech, především na jeho schopnostech a zájmu o učení. Zájem o učení může učitel zvýšit svým přístupem a přitažlivostí učiva. Dítě musí být pro školu zralé po stránce tělesné, duševní, citové i sociální.

Neprospěch žáka ve škole způsobuje celá řada okolností. Příčinou mohou být nejrůznější psychické vady získané nebo vrozené, věková nezralost. Některé učivo, které v určitém období nepochopí, za půl roku nebo za rok chápe. Problémy přinášejí i různé psychické bariéry, jejichž příčinou často bývá nevhodné informování dítěte (35).

Specifické poruchy učení jsou příčinami neúspěchu:

Příčiny zaviněné dítětem

Děti mají odlišné rozumové schopnosti. Některé jsou nadané více a jiné méně. Podíl viny na jejich neprospěchu je nepozornost, nedbalost a nesoustředěnost. Dítě není schopno přinutit se ke každodenní systematické práci. Je potřeba jej zaměstnávat drobnými, ale častými úkoly (3).

Příčiny zaviněné rodiči

Někteří rodiče věnují svému dítěti jen minimum času a většinu starostí přesouvají na školu a jiní na něj kladou tak vysoké nároky, že je dítě není schopno splnit. Jinou příčinou neúspěchu dítěte bývá nejednotnost výchovného působení rodičů. To může vyvolávat v dítěti pocit nejistoty, zda plní zadané úkoly správně či nikoliv. Hrubou chybou ze strany rodičů je trestání dítěte za jeho neúspěch, aniž by se snažili zjistit příčinu. Dítě tím ztrácí sebevědomí, je uzavřené, utíká z domova a chodí za školu. Důsledkem toho bývá část vyvolána dětská neuróza. Rodiče by se měli snažit dítěti pomoci především tím, že budou intenzivně spolupracovat se školou i s psychologem (35).

Příčiny zaviněné školou a učitelem

Špatný prospěch může být zapříčiněn několika faktory. Zejména výukové metody a formy učitele (rychlé pracovní tempo, monologický výklad, atd.) nemusí dítěti zcela vyhovovat. Může se pak také stát, že dítě určité látce neporozumí. Pro nezralost probraného nepochopí látku novou a vznikají tak velmi vážné problémy. Školní

neúspěšnost je ovlivňována i strachem ze zkoušení, špatným vztahem mezi učitelem a žákem, apod. (2).

Příčiny zaviněné psychickými poruchami

Dítě může také trpět poruchami myšlení, pozornosti, paměti, řeči, atd. Pokud jsou poruchy vážnějšího charakteru, pak je rodičům doporučováno zařazení dítěte do zvláštní nebo speciální školy (12).

Práce s dítětem se specifickou poruchou učení je pro pedagoga vždy velice náročná. Učitel musí vynaložit mnohem větší úsilí při pedagogické činnosti s těmito dětmi. Výsledek vynaložené práce však neodpovídá vždy vynaloženému úsilí. Specifické poruchy učení patří do skupin poruch psychického vývoje a osoby s těmito poruchami učení bývají považovány za žáky se speciálními vzdělávacími potřebami. Dítě se sice jeví jako bystré, dobře vidí, slyší, netrpí žádným viditelným tělesným postižením, ale neslyší to, co slyšet má a nevidí to, co by vidět mělo a má problémy, aby se naučilo zcela jednoduchý cvik. Dítě je neobratné a má omezenou slovní zásobu. Z tohoto důvodu nerozumí řadě významů a výrazů a obtížně se vyjadřuje. Na základě včasného rozpoznání potíží, je nezbytné poskytnout dítěti podporu (35).

V rámci přístupu a podpory dítěte je potřeba vytvořit určitou koncepci nápravy, která se řídí určitými pravidly, jež dodávají reedukačním činnostem smysluplnost. Rovněž je nutné respektovat individuální specifika dítěte, schopnost koncentrace, motivace k práci, podporu v rodině (3).

1.9 Příznaky specifických poruch učení

Specifické poruchy učení vytvářejí složitý obraz obtíží. Znesnadňují, resp. znemožňují dětem přiměřeně reagovat, rozumět pokynům, plnit běžné úkoly a ve škole sledovat instrukce učitele. Poruchy učení ovlivňují psychické, především kognitivní procesy. U dětí s poruchami učení se často setkáváme také s emoční labilitou, poruchami paměti, poruchami orientace v čase a prostoru a poruchami rytmických schopností (21)

1.10 Integrace žáka s poruchou učení

Žák s diagnózou specifických poruch učení vyžaduje odlišný pedagogický přístup ve srovnání s žákem nepostiženým. Žáku je třeba poskytnout takový přístup, který mu umožní splnit zadané úkoly. Základem vhodného pedagogického přístupu je přizpůsobení instrukce a realizace úkolu tak, aby byl výkon žáka vzhledem k jeho postižení minimálně ovlivněn. Nejedná se v žádném případě o to, aby bylo dítě vyloučeno z aktivit, které běžná školní praxe přináší. Naopak smyslem vhodného pedagogického přístupu je vytvoření podmínek, které každému žákovi umožní jeho aktivní a plnohodnotné začlenění do vzdělávacího procesu (21).

Jestliže je dítě integrováno, pracovník Pedagogicko psychologické poradny vyplní formulář, kde se postupně popíše závěr vyšetření. (viz. příloha č. 3) Pokud chceme dítě integrovat, dostane individuální plán (24).

1.11 Pracoviště zabývající se poruchami učení

Pracoviště zabývající se poruchami učení existují ve většině částí světa.

Pracují v nich pediatři, psychologové, sociální pracovníci a někdy ošetřovatelé, terapeuti a učitelé. Umožňují rychlé vyšetření schopností dítěte.

Tito pracovníci mají velké znalosti a zkušenosti s dětmi s širokou řadou poruch učení. Největší výhodou tohoto vyšetření je to, že není omezeno jen na samotné vyučovací výsledky. Může zde být probráno mnoho rodinných problémů. Účastníci vyšetřovacího týmu jsou schopni poskytnout informace o dalších službách, jako jsou skupiny sociálních dovedností a skupiny podporující rodiče. Také mohou poradit jakým směrem má být řízeno chování, a jsou schopni podat informace o alternativních školních možnostech, pokud je to nezbytné (50).

1.12 Zdroje diagnostických informací

1.12.1 Nepřímé zdroje diagnostických informací

Rozhovor s rodiči

Základem profesionálního vedení rozhovoru s rodičem, ať stojí na druhé straně učitel, speciální pedagog či psycholog, je vědomí, v jak obtížné situaci se nachází ten, který má neúspěšné dítě. Stává se, že rodiče se snaží své dítě hájit. To znamená, že jim na dítěti hodně záleží a že jsou pro ně zaujati.

Důsledná komunikace s rodičem je velmi důležitá. Jen angažovaný a poučený rodič, může být dobrým spolupracovníkem při nápravě specifických poruch učení svého dítěte. Důležité jsou také zkušenosti rodičů z celkového psychomotorického vývoje dítěte. V pedagogicko-psychologických poradnách se vyplňují podrobné anamnestické formuláře, které se dále posuzují a vyhodnocují.

Rozhovor s učitelem

Školní úspěch dítěte závisí na možnostech a nadání žáka a na pedagogických schopnostech učitele. Pro určení příčin školního neúspěchu jsou učitelovy postřehy o práci dítěte nedocenitelnými informacemi. Učitelé jsou často vynalézaví v pomoci dětem. Na poradenské pracovníky se obracejí, pokud vyčerpali své metodické možnosti.

Učitel kromě toho dokáže popsat, jak dítě reaguje na svůj nezdar a čím se dá motivovat k práci. Někteří učitelé docházejí na kurz o specifických poruchách učení, kreativně rozvíjejí nápravné metody a okamžitě jsou schopni je používat při práci s celou třídou.

Rozhovor s dítětem

Často bývají podceňovány informace, které dítě přináší. Nejedná se samozřejmě o odborné teoretické informace, ale o nedocenitelné poznatky pro diagnostiku nápravu specifických poruch učení. Jen dítě nám může říci, jakými cestami se ubíralo při řešení svých problémů (5).

1.12.2 Přímé zdroje diagnostických informací

Diagnózu specifických poruch učení lze stanovit analýzou školních výkonů dítěte ve čtení, psaní a počítání. Používají se speciální zkoušky a testy, které hodnotí výkony dítěte v jednotlivých oblastech.

Z diagnostického hlediska je možno hodnotit rychlost čtení, porozumění čteného textu, analyzovat chyby, které dítě při čtení dělá, a sledovat, jak se dítě při čtení chová. Sleduje se, zda je při čtení dítě uvolněné nebo v tenzi, což se projevuje nejen v držení těla, ale i v nepravidelném dýchání.

Písemné práce bývají cenným diagnostickým zdrojem informací o specifických poruchách učení. Lze konstatovat, že písemný projev dítěte s dysgrafií svými mnohotvárnými a mnohočetnými chybami, které nejdou vysvětlit neznalostí gramatických pravidel, prokazuje, že specifické poruchy učení existují. V pedagogicko-psychologických poradnách dostávají děti speciální diktáty obsahující věty, které vědomě nejsou gramaticky obtížné. Děti se musí soustředit pouze na sluchovou a zrakovou analýzu řeči. Diktát je nutno vždy přizpůsobit délkou i obsahem věku dítěte. Mladším dětem se většinou diktují jednotlivá slova.

Pokud se nerozvíjí zraková percepce tvarů optimálně, jde především o horizontální a vertikální inverze písmen a číslic, záměnu písmen a číslic, nedostatečné rozlišování geometrických figur. Pracovníci pedagogicko-psychologických poraden používají k vyšetření zrakové percepce tvarů normované testy. V předškolním věku a v první třídě se používá Edfeldtova Reverzní zkouška (5).

1.12.3 Diagnostika laterality

Lateralita je charakteristická rozdílnou aktivitou, výkonností nebo specializací jednoho z členů páru tělesných orgánů ve srovnání s druhými. Užívání jednoho z obou orgánů znamená, že člověk tímto orgánem vykoná určité úkony snáze, rychleji, lépe a raději. Přednostně užívaný orgán se stává vedoucím a druhý zůstává pomocným

orgánem. Lateralita je odrazem dominance. Jedná se o funkční asymetrii mozku, funkční převahu jedné z obou hemisfér pro různé činnosti.

Druhy laterality

- genotypická – lateralita odpovídá vrozené dominanci
- fenotypická – vlivem prostředí může být genotyp změněn, přecvičený levák
- z nutnosti – po úplném vyřazení orgánu původně vedoucího nebo značném omezení v jeho funkci přebírá vedoucí úlohu orgán původně pomocný
- patologická – po vyřazení původně vedoucí mozkové hemisféry přebírá vedoucí úlohu a ve výkonné orgány ji odráží hemisféra pomocná, např. poškození levé dominantní hemisféry má za následek oslabení motoriky na pravé straně těla a z praváka se z donucení stává levák.

Typy laterality :

Podle stupně:

- vyhraněná, výrazná pravorukost
- méně vyhraněná pravorukost
- lateralita nevyhraněná, neurčitá(ambidextrie)
- méně vyhraněná levorukost
- vyhraněná, výrazná levorukost

Podle vztahu mezi lateralitou ruky a oka:

- lateralita souhlasná (dominance pravé ruky a pravého oka)
- lateralita neurčitá(různé varianty vyhraněné a nevyhraněné dominance ruky či oka)
- lateralita zkřížená (zkřížená dominance pravé ruky a levého oka, levé ruky a pravého oka (5).

Pro nácvik psaní je důležitá souhra ruky a oka, a proto nás zajímá především vztah mezi lateralitou oka a ruky. Všechny zkoušky, které dítě provádí, jsou prezentovány tak, aby je mohlo provést každou rukou zvlášť. Na konec vyšetření se stanovuje kvocient dextrolaterality, pravorukosti (DQ). Ten vyjadřuje, jak často dítě použilo pravou ruku při provádění úkolů. Při vyšetření laterality oka je zjištěno, zda je u dítěte dominantní oko pravé, levé nebo jestli dominance oka není vyjádřena. Pro nácvik čtení a psaní je

výhodné, když dominance ruky a oka je stejně lateralizována. Četnost výskytu zkrřížené lateralilty mezi dyslektiky a běžnou populací není odlišná. (Schenk-Danzinger, 1991)

Stále si musíme uvědomovat, že při přípravě testů nelze nikdy vytvořit takové podmínky, aby předmětem testu byla výlučně ta schopnost, která je předmětem zájmu (45).

1.13 Rodina a výchovné působení na dítě se specifickými poruchami učení

Vstup dítěte do rodiny je velkou změnou v právech a povinnostech dosavadních členů rodiny, ale i změnou v jejich časovém rozvrhu. Už vyvíjející se plod je v kontaktu a v součinnosti nejen s matčinými tělesnými pochody, ale také s její psychikou. Z toho vyplývá, že dítě je v jistém smyslu vychovááno už během těhotenství.

Matka myslí na své dítě již během těhotenství, připravuje se na jeho narození a již tehdy se vytváří vztah rodičů k dítěti. Porod je pro dítě velkým stresem. Dnešní moderní doba se snaží co nejvíce prospět dítěti a podporuje se co nejčastěji kontakt s matkou (33).

Člověk po narození začíná ovlivňovat rodinné prostředí dítěte. Kojení dítěte je považováno za základní biologickou potřebu. Posiluje zejména pouto mezi matkou a dítětem. Mezi matkou a dítětem dochází okamžitě po narození ke sladování, interakci a dítě se tak učí prvním komunikačním schopnostem (31).

První sdělení diagnózy tedy vyvolává u rodičů šok, smutek a úzkost a vede k rozvoji obranných mechanismů. Rodiče se ocitnou v naprosto neočekávané realitě a prožívají hluboké zklamání. Hledají odpovědi na otázku, proč právě jim se narodilo postižené dítě (2).

Pocit viny bývá u rodičů postiženého dítěte poměrně častým jevem. Rodina prochází několika fázemi:

- šok
- popření (nebo útěk ze situace)
- smlouvání
- agrese
- deprese

- rovnováha a přijetí postižení (19).

Charakteristické bývá hledání viny u druhých, agresivní pocity a vztek na celý svět, ale i na sebe sama. Agresivní pocity jsou nejčastěji zaměřeny buď na partnera, nebo proti zdravotnickému personálu. Častou reakcí v tomto období je dále hluboký smutek, sebelítost a zejména pocity viny. Tyto emoční stavy se projevují zhruba u 25% rodičů. Agrese často přechází do stadia depresí. Někteří rodiče mívají tendenci k sebeobviňování, studu, často se stahují do ústraní. V tomto období je nesmírně důležité pomoci rodičům k tomu, aby otevřeně vyjádřili všechny své pocity. V prvních dvou fázích rodiče většinou nejsou schopni podrobnější informace o nemoci dítěte vnímat. Proto je nutné informace později opakovat.

Rodina by měla zajišťovat základní biologické a tělesné potřeby a také pečovat o celkový rozvoj dítěte, po stránce tělesné, duševní, citové, intelektuální i morální. Jestliže rodina správně plní svou funkci a poslání, dítě se vyvíjí všestranně. Dítě pozoruje práci rodičů, pozvolna se formou hry zapojuje do kolektivu rodiny a hrou přechází na skutečnou pomoc rodičům. Každá rodina vytváří nenahraditelné celkové prostředí, které ovlivňuje jeho postoje, chování a celou osobnost.

Čím plnějším a bohatším životem rodina žije, tím více poznatků dítě získává. Společné zážitky stmelují rodinu nejvíce. Rodina tvoří systém vazeb, který je důležitý především z hlediska vzájemných interakcí a vztahů.

Situaci v rodině ovlivňují faktory, jako je např. počet dětí, pořadí jejich narození, pohlaví. Tito a další činitelé se podílejí na utváření vztahů dítěte k ostatním členům. Matka předává dítěti velké množství sociálních podnětů.

Spousta rodičů není schopna se orientovat v problematice poruch učení, jsou ovlivněni širokým okruhem různých názorů. Rodiče často nechápou, že jejich vlastní dítě má problémy s učením, když oni sami byli ve škole úspěšní. Časem se mnozí rodiče naučí tyto problémy zvládat. Je nutné, aby rodič vysvětlil dítěti, že přes veškerou snahu, kterou samo vyvíjí, jsou pro něj některé věci velice obtížné. Jestliže rodič dítě nedokáže pochopit, necitlivě s ním jedná, pak se jeho reakce může projevit agresivitou a stažením se do sebe. Rodiče by se měli snažit pracovat s dítětem motivačně, po menších cílech, v klidném nestresujícím prostředí. Dítě se musí naučit slyšené imitovat, rozpoznat,

porozumět mu, užívat ho a prosadit v komunikaci. Správný přístup, podpora a reedukační péče probíhá v týmové spolupráci také s poradenskými pracovišti (2).

1.13.1 Poruchy učení způsobené činiteli vázanými na rodinné prostředí

Nejčastějšími příčinami jsou:

- 1) výchovný typ rodiče (zejména některé defektní nebo vysloveně patologické varianty výchovného typu rodiče).
- 2) kulturní úroveň, vývojová podnětnost rodinného prostředí, struktura rodiny a postavení dítěte v rodině, míra konzistence a integrity rodiny, hodnotová orientace rodiny, vztah rodiny k aspirační úrovni žáka a motivaci k práci pro školu a ve škole, k pracovním návykům a jejich vytváření, formy přípravy žáka v rodině, pomoci rodičů při přípravě, dynamika vývoje rodiny a patologie rodiny.
- 3) sociální atmosféra v rodině (negativní - když se rodiče hádají a chtějí se rozvést).
- 4) charakter vztahů mezi rodinou a školou, zejména typ spolupráce (53).

1.13.2 Vhodný přístup rodičů a učitelů

Dítě musí být především pozitivně hodnoceno. V jeho práci a chování je důležité vyhledávat kladné rysy a vyzdvihnout je oproti těm nedostačujícím. Nutná je také dostatečná motivace.

Cíle vhodného přístupu:

- Ujasnit si s dítětem, v čem tkví jeho potíže.
- Rozlišovat, v čem má dítě problémy a co může úspěšně splnit.
- Podporovat sebevědomí žáka.
- Netrvat na žádných časových limitech, které splňují ostatní děti.
- Pochválit dítě vždy, kdy je to jen trochu možné.
- Udržovat přátelskou atmosféru.
- Jasně zadávat úkoly a přesvědčit se, jestli dítě zadání rozumí.

- V hodnocení žáka vyzdvihnout nejdříve to, co umí a teprve pak taktně upozornit na chyby.
- Pochválit dítě veřejně před ostatními, zprostředkovat mu všemi možnými způsoby pocit úspěchu.
- Poskytnout dítěti vhodné pomůcky (54).

1.14 Motorika

Jedná se o vývoj pohybových schopností, jež se vyznačuje určitou posloupností a propojeností-hrubé motoriky, jemné motoriky, motoriky mluvidel, motoriky očních pohybů. Proto, aby bylo dítě schopno kreslit a později psát, je důležitá koordinace mezi okem a rukou (tj.vizuomotorické koordinace). Jestliže je dítě nevyzrálé nebo přímo handicapované v oblasti pohybového vývoje či zrakového vnímání, odráží se to nepříznivě i v jeho kresbě (5).

Podobně jako psychický vývoj, je i motorický vývoj dědičný a bývá ovlivňován prostředím, v němž dítě vyrůstá. Motorika je definována jako souhrn všech pohybů lidského těla a celková pohybová schopnost organismu. Pro pohyby řízené většinou hladkými svaly se užívá zpravidla souhrnného označení motilita, např. dýchání, sání, polykání, trávení apod. Schopnost pohybů kosterního svalstva (příčně pruhovaného), které umožňují člověku přemísťování těla a pracovní výkon, se nazývá souhrnně mobilita. Psychomotorika je odrazem určitého psychického stavu jak normálního (mimika, smích, pláč, gestikulace), tak i patologického (akinéza, tremor, grimasy). Jedná se o souhrnné označení pohybových projevů člověka, které jsou projevem jeho psychických funkcí a jeho psychického stavu (43).

Především v dětském věku existuje úzké sepětí motoriky a vnímání, představ, myšlení, poznání, takzvané kognitivní oblasti. Mnohá jednání, pohyby, motorické akce zahrnují víc, než rozvíjení a cvičení motorických dovedností. Motorický rozvoj akceleruje celkový rozvoj osobnosti (nejen rozvoj tělesný). Pro vývoj a učební procesy jsou rozhodující především pohyb, jednání a vnímání. Rozvoj dětské osobnosti (citový

život, sociální chování,..) se uskutečňuje především přes pohybové procesy a procesy vnímání (14).

Složky motoriky:

- pohyby spontánní (prováděné z vlastního popudu)
- pohyby reflexní (vázané na určitý podnět)
- pohyby záměrné (volní, k určitému účelu)
- pohyb expresivní (projevy psychického stavu) (43).

Hrubou motoriku zajišťují velké svalové skupiny. Jde o souhrn pohybových aktivit dítěte, postupné ovládání a držení těla, koordinaci horních a dolních končetin a rytmizaci pohybů.

Jemnou motoriku řídí aktivita drobných svalů, kde se jedná o postupné zdokonalování jemných pohybů rukou, uchopování a manipulace s drobnými předměty.

Jemná motorika zahrnuje:

- grafomotoriku, která označuje pohybovou aktivitu při grafických činnostech
- logomotoriku, což je pohybová aktivita mluvních orgánů při artikulované řeči
- mimiku, nebo-li motoriku mimickou, pohybovou aktivitu obličeje
- oromotoriku, pohyby dutiny ústní
- vizuomotoriku, která se týká pohybové aktivity se zpětnou vazbou (43).

Poruchy motoriky

Děti s ADHD jsou typické svou neobratností, nešikovností, tedy svými motorickými projevy. Tento syndrom je někdy označován jako dyspraxie. Těžkosti, vyskytující se u těchto dětí:

- a) celkové změny mobility, úbytek jemných harmonických pohybů
- b) zvýšení pohybové iniciativy a potřeby, těžkosti v ovládání mobility
- c) nejistota a neschopnost dalších pohybových kombinací
- d) porucha prostorové orientace
- e) neschopnost pohybové paměti
- f) malé úsilí při překonávání překážek

- g) porucha rytmu
- h) pomalá a neobratná řeč (14).

Nápadné jsou obtíže v jemné motorice. V předškolním období se objevují problémy jako je zavazování tkaniček, zapínání knoflíků a jiné. Ve školním věku mají děti problémy v tělesné, výtvarné nebo pracovní výchově. Dítě je neobratné v grafomotorice a z toho plyne neúhledné a neuspořádané písmo, obtíže při správném sezení, držení psacího náčiní, uvolnění a plynulý pohyb. Děti, které mají poruchu v mikromotorice očních pohybů, mívají potíže se čtením. Při porušení motoriky mluvidel vzniká artikulační neobratnost. V souvislosti s poruchami vnímání, myšlení, paměti a pozornosti se u dětí vyvíjejí specifické poruchy učení na bázi ADHD (43).

1.14.1 Vývoj hrubé motoriky

Jedná se o souhrn pohybových aktivit dítěte, postupné ovládnutí a držení těla, koordinace horních a dolních končetin, rytmizace pohybů (41).

Zvládnutí hrubé motoriky má základní význam pro plný rozvoj jedince. Dovednosti zaměřené na tuto oblast, pomohou vašemu dítěti získat sebedůvěru, zdokonalit koordinaci pohybů a prohloubit samostatnost (1).

Po narození bývají končetiny v poloze na bříšku v úplném flexním držení a hlavičku dítě otáčí ze střední polohy stranou. Charakteristickým znakem jsou reflexní plazivé pohyby. Když dítě sedí, hlava klesá dopředu a záda jsou výrazně kulatá.

V prvním měsíci udrží krátce hlavu vleže na bříšku, v poloze se nadechne a je schopno držet hlavu ve střední poloze asi 10 vteřin.

Ve druhém měsíci v poloze na břiše již zvedá hlavu přibližně do 45°, kde se udrží asi 10 vteřin.

Ve třetím měsíci v leže na břiše se dokáže opřít o předloktí a zvednout hlavu, v leže na zádech zvládne držet v ruce podanou hračku.

Ve čtvrtém měsíci při natahování do sedu zvedá hlavu a má lehce ohnuté nohy. Poloha na bříšku je nestálá, dítě se převrací pasivně na záda.

V pátém měsíci při přitahování do sedu drží hlavu v prodloužení páteře a v sedu stává hlavu kolmo při šikmé poloze těla. V tomto období se dítě snaží houpat na břicho, aniž by se opřelo, zvedá dolní končetiny a opakovaně je natahuje. Tento jev nazýváme plavání. Koncem pátého měsíce se převrátí na břicho. Pohybuje se dopředu plazěním a lezením.

V šestém měsíci se dítě drží podaných prstů. Pomáhá si při přitahování a má poměrně dobrou kontrolu hlavy. Aktivně se obrací z břicha na záda. Postupně se zvedá do stoje.

V sedmém měsíci se projevuje první koordinace ruky a nohy, kdy si dítě hraje s nožičkami. V poloze na břicho se otáčí celým trupem doprava i doleva a udrží jednu paži nad podložkou. Koncem sedmého měsíce sedí již několik vteřin bez opory. Ve stoji s oporou pěruje v kolenou „tančí“ (43).

V osmém měsíci se přitáhne z polohy na zádech za nabídnuté prsty, plazí se po břicho dopředu i dozadu a v neposlední řadě stojí na obou chodidlech. V devátém měsíci se houpe na ruku a na kolenou, leze po čtyřech, samo se již posadí, postaví se bez opory a plně unese svou váhu. Stoj je široký.

V devátém měsíci pozorujeme u dítěte samostatný sed, vzpřímená záda a volně natažené dolní končetiny. Zaznamenáváme koordinované lezení.

V jedenáctém měsíci má dítě bezpečnou rovnováhu. Také se pokouší o první krůčky na místě a stranou a dále pak se rozvíjí chůze za obě ruce.

Kolem dvanáctého chodí dítě kolem nábytku, za jednu ruku a dělá první samostatné kroky.

Mezi 13.-18. měsícem se zdokonaluje chůze, dítě se dokáže zastavit před překážkou a je schopno toporně běžet.

Ve dvou letech si dítě vyleze na postel a sleze. Je schopno chůze po nerovném terénu a poměrně dobře běhá a za ruku jde ze schodů.

Mezi 2.-3. rokem dokáže dítě nakročit na chodník a sejít z chodníku, učí se jezdit na tříkolce a dochází k postupnému zlepšování koordinace pohybů (1).

Diagnostika hrubé motoriky je pro speciálního pedagoga důležitá. Především z důvodu fyzického zatěžování a případného polohování dítěte. Učitel by měl umět rozpoznat a pojmenovat pohyby a schopnosti dítěte z hlediska pohybů účelných

a mimovolných, ale také z hlediska uvědomělého provádění pohybů. Při závažnějších postiženích je doporučována konzultace s lékařem nebo rehabilitačním pracovníkem.

Sledujeme tyto zvláštnosti a specifika

- nápadnosti dítěte: přetáčení, otáčení, elasticita, hypotonie, zvedání, stoupání
- přítomnost mimovolných pohybů
- sed na židli: samostatný, s klínem proti sesouvání
- kontrola hlavy
- extrémní poloha těla
- sed v kleku na patách
- sed v kleku mezi kolena
- unavitelnost při motorických aktivitách (43).

Motorický vývoj dítěte probíhá nejprve velmi bouřlivě především v prvních třech letech. Postupně se stává plynulejším a koordinovanějším. Je závislý na vnějších faktorech jedince. Zejména v raném období se tvoří základy všech vlastností osobnosti, schopností a návyků. Je nutné využít všech možností k posouzení současného stavu a k tomu je potřebná nezbytná znalost motorického vývoje populace. Především v raném a předškolním věku je dítě velice vnímavé a zvýšeně zranitelné. Je nutné se tedy vyvarovat neadekvátním úkolům a nevhodným přístupům. Vývoj motorických dovedností jedince probíhá po celý život. Může být zkomplikován vrozenými vadami, nemocí či úrazem. V předškolním a hlavně v mladším školním věku je nutné přistupovat k jedinci individuálně a s ohledem na možnosti vyplývající z jeho zdravotního stavu. Neúspěchy v motorických aktivitách prožívá dítě hůře než neúspěchy v kognitivní oblasti (57).

1.14.2 Vývoj jemné motoriky

Včasný a správný rozvoj hybnosti dítěte do jednoho roku je vhodným ukazatelem tělesného a psychického zdraví dítěte. Každý dobře zvládnutý pohyb se stává pro dítě prostředkem k poznání svého okolí, k získávání nových dovedností, zkušeností a návyků. To je základem pro jeho další vývoj. Pohyb probouzí myšlení a myšlení aktivizuje řeč.

V těchto oblastech se projevují nedostatky u handicapovaného dítěte. Postižené dítě má omezené množství primárních podnětů a to může dále ovlivňovat jeho rozumový vývoj (43).

Jemná motorika z vývojového hlediska:

1 - 3 měsíce - dítě bere předměty, jen když se mu dotýkají ruky

3 - 4 měsíce - dítě si hraje s rukama ve střední linii, rukou si drží předmět

4 - 6 měsíc – k držení předmětu používá obě ruce současně, umí pomalu upustit předmět, přendává si předmět z jedné ruky do druhé, používá dlaňový úchop

6 - 8 měsíců – dítě si strká věci do úst, sahá po předmětu, tahá za oblečení, bouchá věcmi o stůl, umí držet dva předměty, hází všechno na zem

8 - 10 měsíců - dítě uchopuje dávkovanou silou, používá pinzetový (klíčkový) úchop, vede předměty před sebe a zpátky

10 -12 měsíců - dítě používá ukazováček izolovaně, používá jemný pinzetový (klíčkový) úchop, třese předměty, ohmatává předměty, umí sebrat ze stolu dvě věci

1,5 roku - dítě umí věc volně pustit, jí samo lžičkou, samostatně pije z hrnečku, vybaluje to, co je zabalené, ukládá a vybírá věci, tluče předměty o sebe (29).

1 - 3 roky - dítě kreslí čáru mezi dvěma body, hnětením modeluje kuličky a hady, šroubuje a otáčí klíčem v zámku, samostatně si umývá a utírá ruce

2 roky - dítě si samo svléká oblečení, čmárá na papír, otevírá zdrhovadlo, staví věž ze dvou kostek, navléká kroužky na tyč, hází míč neurčeným směrem, dává kuličku do lahve (43).

2,5 roku - dítě staví věž ze čtyř kostek, hází míčem s rukama nad hlavou, zasune tyč do roury, vysypává kuličky z lahve, listuje stránkami v knize

3 roky - používá příčný úchop s nataženým ukazováčkem, jí vidličkou, chytá velký míč oběma rukama, hází velkým míčem v určitém směru, maluje zakulacené tvary, přelévá z hrnku do hrnku, skládá papír, navléká kuličky na drát

3,5 roku - dítě drží tužku prsty, kreslí kruh, staví věž z osmi kostek, rozbaluje bonbóny, svléká si oblečení

4 roky - dovede uchopit štětec, chytá malý míček, stříhá nůžkami, zapíná a rozepíná knoflíky (29).

4,5 roku - dítě kreslí kříž, skládá jednoduché obrazce ze zápalek

5 let - dítě chytá malé míčky s rukama nad hlavou, navléká nit do jehly, stříhá podél linie

5,5 roku - dítě chytá vyhozený míč, chytá míč jednou rukou, hází za současného pohybu těla

6 let - dítě kreslí se správným držením tužky, kreslí dům, strom, slunce a podobné obrázky, samostatně se obléká

6,5 roku - dítě kreslí postavu asi s osmi detaily, váže uzel okolo tužky

7 let - dítě napodobí deset písmen, kreslí kosočtverec, dotkne se palcem špičky prstu, vystřihuje tvary (43).

Diagnostika jemné motoriky

Obecnou charakteristiku motoriky včetně jemné motoriky můžeme získat z lékařského vyšetření (30).

Obecná charakteristika diagnostiky jemné motoriky:

- z hlediska vývoje motoriky – normální, opožděný, patologický
- z hlediska opoždění motorického vývoje – lehké, střední, těžké
- z hlediska koordinace – koordinované pohyby, narušená koordinace, nekoordinované pohyby
- z hlediska výkonu – podle testů motoriky (viz. příloha č. 2) (57).

V rámci diagnostiky jemné motoriky se používají zkoušky manuální zručnosti.:

- Poppelreuterova zkouška

Deska obdélníkového tvaru je rozdělena na poloviny. Dítě má za úkol přemístit 48 cihlíček z jednoho pole do druhého, a to pravou i levou končetinou. Měří se čas.

- Dexterimetr

Dvacetkrát ohnutý ocelový drát je upevněný na kovovém podstavci a na něm je umístěno 55 kovových kroužků. Cílem je přemístit kroužky z jednoho konce na druhý. Zjišťuje se obratnost prstů.

- Šrouby

Dvě desky s 28 otvory, v nich je 28 šroubů a matic. Dítě má odšroubovat šrouby, přemístit do otvoru druhé desky a matice zašroubovat.

- Walterova zkouška

Dvě desky s 41 kruhovými prohloubeninami. Prohloubeniny jedné desky jsou vyplněny válečky a úkolem je přemístit válečky do prohloubenin druhé desky v co nejkratším čase.

- Vidly

Na tři kovové tyčky různé délky se navléká 20 kusů kroužků. Měří se čas (43).

1.15 Grafomotorika

Grafomotorika je celé spektrum psychomotorických činností, které jedinec vykonává při psaní. Psaní a kreslení není jen záležitostí psacích pohybů ruky, ale je řízené psychikou (48).

Mezi školáky je mnoho dětí, které mají nepěkný rukopis, těžkopádné písmo a nechut' k malování. Příčiny těchto problémů mohou být rozdílné, ale jsou to především grafomotorické potíže (15).

1.15.1 Vývoj grafomotoriky:

2 - 4 měsíce - První náhodná uchopení.

4 - 6 měsíců - Radikálně - palmární (dlaňový) úchop.

11–13 měsíců - Jemný pinzetový (klíšťový) úchop a izolované používání ukazováčku.

16 - 18 měsíců - První náhodné zkušenosti s tužkami.

18 - 24 měsíců - Koordinované pohyby, lze strukturovat list papíru a také je možné jíst lžící.

2 - 3 roky - Pohyby při kreslení jsou již koordinovanější a jemnější, nejprve hranaté, později kulaté (29).

3 - 4,5 roku - Začátek pravidelných, kontinuálních pohybů při kreslení, zlepšování tvarových variací, příčného úchopu s nataženým ukazováčkem. Dítě umí skládat papír, tužku drží v prstech, začíná rovněž pojmenovávat obrázky a umí vymalovat kruh.

4,5 - 5 let - Kresba bývá smysluplná. Většinou se jedná o tzv. „hlavonožce“ představujícího panáčka. Zvětšuje se rozmanitost forem, grafické formy bývají uspořádány tak, že dávají smysl. Dítě dokáže uchopit štětec a spojit dva body čarou. Od 5 let dítě dovede vědomě měnit směr pohybu tužky. Dále umí nakreslit kříž a dokáže i nepřetržité, více či méně pravidelné pohyby.

5 - 7 let - Dítě umí obkreslovat a také samostatně namalovat velké postavy a kreslí se správně uchopenou tužkou (43).

6-7 let –Dochází ke zmenšování písma a kreseb. Dítě dovede kreslit a psát do linek.

7 - 8 let - Písmo se stává spojitějším a plynulejším.

Od 7 let se písmo vyhraňuje stále individuálněji (29).

1.15.2 Metodické zásady grafomotoriky

Před prvním nácvikem grafomotoriky, je nutné si všimnout, jak dítě sedí, jestliže cviky neprovádíme ve stoji nebo v kleku. Sed by měl být pohodlný a stabilní. U tělesně postižených dětí je potřeba zvolit správnou židli, popřípadě vozík, kde se dá využít klínu proti sesouvání, postranních opěrek, fixačních pásů na tělo a límců na podporu hlavy. Opomenout nesmíme ani podložku pod chodidla.

Správné držení těla

Trup by měl být mírně nakloněný dopředu a váha na sedadle, nikoli na předloktí. Hrudník by se neměl opírat o stůl. Nohy musí být u sebe a kolena mírně ohnutá. Chodidla by měla být na podlaze a hlava v prodloužené ose páteře. Nemělo by docházet k naklánění hlavy na stranu. Ramena musí být ve stejné výšce, předloktí souměrně na stole a lokty mírně od trupu. Správná vzdálenost očí od papíru odpovídá asi 25 až 30 centimetrům (29).

Je zřejmé, že u dětí s poruchou hybnosti, zejména u spastických a dyskinetických syndromů, je možné se přiblížit správnému sedu jen s velkými obtížemi. Vychází se z individuálních možností dítěte a daného somatického postižení. Odlišné projevy jsou zaznamenávány u myopatiků a chabých obrn, jiné zase u spastiků a různých malformací

a deformací. Jednotnou metodiku nácvičku nelze zpracovat, doporučují se však ověřené postupy v obecné rovině.

Správný úchop psacího náčiní

Doporučován bývá úchop třemi prsty (prostředník, ukazovák ze shora, palec). Úhel tužky a plochy by měl být asi 45°, horní konec tužky by měl směřovat k pravému rameni (u praváků). Celá ruka musí být opřena na dvou článcích malíku, který zprostředkovává lehký posun. Cílem je pokud možno dosáhnout toho, aby držení nebylo křečovitě a nedocházelo k prohýbání ukazováku. Druhá ruka drží při psaní a kreslení papír. Při nesprávném držení je potřeba si uvědomit, zda jde o nesprávný návyk nebo neschopnost v důsledku postižení. Zafixované zlozvyky se však velmi obtížně odstraňují. Při potížích s úchopem nebo k rozvoji správného držení psacích potřeb lze použít široké spektrum kompenzačních pomůcek. Trojhranný program obsahuje psací potřeby s přesným ergonomickým tvarem. Tyto potřeby usnadňují nácvičku a rozvoj grafomotoriky.

Jde o molitanové či plastové nástavce pro žáky s těžšími úchopovými vadami, pera s ergonomicky tvarovým úchopem, psací potřeby pro děti levoruké, v neposlední řadě pak trojhranné nástavce z plastu nebo ze dřeva na tužky a různé držáky na psací potřeby. Zejména pak u spastiků jsou ve značné míře využívány protismykové podložky, různé folie, těžítka na zatížení papíru a sešitů i speciální psací deska s magnetickým pravítkem. Ta usnadňuje přidržení sešitu nebo papíru. V současné době se stává grafomotorika automatickou součástí předškolní intervence (43).

1.15.3 Diagnostika grafomotoriky

Diagnostika v období předškolního věku by měla být v rámci grafomotorických poruch zaměřena na jednotlivé schopnosti dítěte (49).

Primární diagnostiku mohou provést rodiče či učitel již v předškolním věku. Děti nemají kvalitní výtvarný projev, nerady omalovávají, nerady vystřihují, napoví také úchop přístroje. Bývají však šikovní při hraní se stavebnicí. Děti s těmito obtížemi mívají i vadu řeči. Odborné rozpoznání grafomotorických obtíží vyplývajících z odchylek ve vývoji jemné motoriky mohou potvrdit zkušení odborní pracovníci pedagogicko-

psychologických poraden a speciálně pedagogických center na základě komplexního vyšetření (15).

Diagnostickou prací se ve škole zabývají všichni učitelé, zejména třídní učitelé a výchovní poradci. Pedagogicko psychologická diagnostika je každodenní soustavná práce a spolupráce všech pedagogů (9).

Grafomotorika může být nápomocna jak při diagnostice psychických stavů, procesů a vlastností, tak při diagnostice poruch a nemocí jedince. Grafomotorické cvičení je řízené pohybové cvičení, jehož výhodou je, že pohyb je zaznamenáván graficky. Cvičení se využívá k rozvoji jemné motoriky ruky a zrakové koordinaci v mateřských školách a v prvních třídách základní, zvláštní i pomocné školy. Jde o období přípravy na psaní. Podstatou grafomotorických cvičení je uvolnění svalových skupin paže, zápěstí a ruky, čímž se dosáhne vytvoření správných předpokladů k nácvičku psaní (55).

1.15.4 Diagnostika úchopů v grafomotorice

- Úchop prstový – štipka

Lze diagnostikovat při práci s modelínou. Dítě uštípne kousek modelíny a udělá mezi prsty placičku. Při stínovém divadle slouží jako pomůcka lampa, která vrhá stín na stěnu. Tvar stínu štipky připomíná zajíčka nebo srnce, který např. ukusuje trávu nebo volně pohybující se ruka připomíná chobotnici, která dvěma chapadly něco chytí.

- Štipkový úchop je velmi důležitý pro správný nácviček držení tužky. Štipku tvoří bříška palce a ukazováku, která působí proti sobě. Při držení tužky by mělo postupně této síly ubývat. Dochází pouze k přidržování mezi oběma prsty a spíše k pozici vůči prostředníku, který tužku přidržuje zespodu.

- Nehtový úchop - Při tomto úchopu se dotýkají se nehty palce a ukazováku např. při sebrání jehly nebo párátko. Diagnostika probíhá následovně. Dítě udělá kulaté okýnko, kukátko. Při stínovém divadle udělá zvířátko se zavřeným čumákem. Střídáním polohy prstů se procvičuje úchop nehtový i štipkový. Nehtový úchop souvisí s určením možností jemné

motoriky dítěte při sbírání velmi drobných předmětů, na které již nestačí úchop štipkový.

- Při klíčovém úchopu palec tlačí na radiální stranu ukazováku, nikoliv na bříško ukazováku ze strany. Strana ukazováku je podložkou pro tlak palce. Při práci s klíčem vyvíjejí tlak postupně obě strany. Při diagnostice se použije opravdu zámek a klíče. Klíčový úchop je důležitý pro držení tužky

- Špetkový úchop je o úchop třemi prsty. Při diagnostice se používá sypký materiál, sůl, písek a stínové divadlo. Tento typ úchopu velmi omezuje pohyblivost ruky při kreslení. Tento úchop bývá často používán menšími dětmi při kreslení křídou.

- Cigaretový úchop je úchop mezi ukazovákem a prostředníkem. Některé děti tak uchopují tužku před nácvikem správného držení tužky. Při diagnostice se využívá stínové divadlo. Dítě naznačuje, jak zasadí kytičku, jak kytička roste, pomůže si druhou rukou. Když si dítě zvykne, kde kytička roste, může se pokusit uchopit bez pomoci druhé ruky. To slouží zároveň jako hra ke zvýšení obratnosti ruky.

- Válcový úchop používají děti bez zkušenosti s psacím náčiním. Sevřená ruka bývá většinou kolmo k podložce. Pokud takto drží psací náčiní dítě s těžkým postižením horních končetin, je nutné si uvědomit, že pohyb většinou nevychází ze zápěstí, ale z lokte a celé paže. (Svobodová 1997).

- Dlaňový úchop se vyskytuje většinou u těžšího postižení horní končetiny. Používají se didaktické pomůcky jako například nástavce, které respektují fázi uchopování nebo také podložky, které zvedají paži nad psací plochu. Tím uvolňují ruku v zápěstí.

- Dynamický úchop je takový, při kterém je ruka rozdělena na dva funkční celky. Vzniká například při stříhání, nebo modelování. Při diagnostice se používá modelování. Stříháním se dá zjistit celková zručnost a pohyblivost prstů (57).

1.15.5 Náprava grafomotorických obtíží

U dítěte s grafomotorickými obtížemi je nutná aktivní práce, soustavná práce (pravidelnost), pozorování dítěte při práci a používání rozmanitého materiálu při práci. Děti se učí efektivněji, když se učební látka nějak týká jejich každodenního života. Látka je spojena s aktuálními prožitky a dá se srovnávat s dřívějšími událostmi. Proces učení se ještě zintenzivní, když je dítě díky variacím schopno dávat své práci nové významy. Pro každé cvičení by se měl vytvořit správný výchozí základ. Práce by měla probíhat bez stresu a měla by být propojena se spoustou zábavy.

Pedagog musí být pečlivě připraven. Dítě pracuje aktivně a pedagog povzbuzuje jeho fantazii. Dítěti se láskyplně a důsledně ukazují určité hranice a je mu poskytnuta pomoc při práci.

Metodické popisy pro leváky

- sedí rovně na obou stehnech
- předloktí leží na stole a papír nepřitahuje směrem k tělu
- papír leží směrem od středu těla doleva
- pohyb leváka vychází zvenčí dovnitř, ke středu těla
- používat speciální pero pro leváky
- doporučuje se nejširší linkování v sešitu
- správné držení těla a pohyby při psaní (29).

Způsobů nápravy grafomotorických obtíží u dětí předškolního a školního věku je řada. Například u dětí s vadným úchopem vzniklým špatným vzorem postačí mnohdy moduritové násadky nebo dřevěné trojhrany. Tréninkový program nabízí dětem tvary, vycházející z analýzy písmen psací abecedy. Dobrovolné cviky mají charakter rehabilitačně motorických cvičení a vycházejí ze základních poznatků fyziologického vývoje psychomotorických dovedností během prvního roku života dítěte. Videokazeta a příručka nabízí ověřený tréninkový program zaměřený na grafomotorické obtíže u dětí do 6-7 ročníku. Program lze jednotně aplikovat při pravorukosti i levorukosti dítěte. Tréninkový program je koncipován do deseti lekcí a je určen k aplikaci pedagogickým a zdravotnickým pracovníkům, kteří v rámci svého středoškolského či vysokoškolského

studia prošli základy pediatrie, neurologie, psychologie a metodiky psaní. Cílem by mělo být naučit dítě vnímat a ovládat své tělo se zaměřením na uvolnění všech svalových partií účastnících se na grafickém projevu, vyvození správného úchopu pera s následným promítnutím do úpravného a nenáročného písemného a výtvarného projevu. Program je také zaměřen na podporu rozvoje sociálního kontaktu mezi dítětem a matkou (15).

1.15.6 Metodika rozvoje grafomotoriky

Základem je snaha o příznivé naladění dítěte i rodičů a zjišťování, jakým způsobem lze uspokojit či probudit edukační potřeby dítěte. Je potřeba zdůraznit, že se jedná o podpůrné činnosti, nikoliv o nápravné metody. U dítěte, u něhož chceme dosáhnout rozvoje grafomotoriky, se nemůžeme zaměřit jen na tuto oblast. Dítě by pak mohlo mít pocit, že se něco učí. Používá se tedy multifaktoriální a multisenzoriální přístup. Na činnostech se podílí co nejvíce smyslů a faktorů. Především je to rytmus. Rodiče by tedy měli aktivně spolupracovat s pedagogem. Tato metodika je otevřený systém, který přijme veškeré další podněty, které mají kladný vliv na edukaci dítěte s postižením.

Při učební strategii je cílem to, aby edukační proces byl přizpůsoben co nejvíce individualitě jedince. Toho ovšem nelze docílit, jestliže se využívá jen jedna osvědčená metoda. Pokud je tato metoda neúspěšná, bývá tento neúspěch většinou přičítán neschopnosti dítěte se učit a nebo málo podnětnému rodinnému prostředí. Ne vždy však bývají učitelé a odborníci dobře seznámeni s dosavadním vývojem dítěte, situací v rodině, handicapem apod. Učební strategie tedy vychází z domněnky, že děti budou mnohem úspěšnější, jestliže se jim vytvoří vhodné učební podmínky a podnětné prostředí pro edukaci (57).

Důležitá je i volba přiměřeného tempa a nemělo by se zapomínat, že je důležitější kvalita naučeného než kvantita. K dosažení lepších výsledků je rovněž potřeba přátelského vztahu mezi pedagogem a dítětem (29).

Při rozvoji grafomotoriky se používá tzv. metoda dobrého startu. Podstatou je harmonické propojení motoriky a psychiky především ve složce akustické, optické

a motorické. Jedná se o psychomotorickou rehabilitaci, při níž se během básničky nebo písničky navozují potřebné pohyby ke psaní (u předškolních dětí mluvíme o kreslení).

Pro nácvik grafomotoriky lze také použít např. kreslení prstem do krupičky, mouky apod. Pro rozvoj jemné motoriky by dítě mělo válet, mačkat, hnětat různé materiály. Dalšími vhodnými pomocnými materiály jsou například písek, hrubé kamínky, korálky a knoflíky. Ty se dávají do sáčků a děti pak po hmatu poznávají co je uvnitř.

Při grafomotorických činnostech se doporučuje střídat psací plochy i náčiní. Zde je vhodné využít tabulí, které mohou být svislé i šikmé. Některé děti dávají přednost drsnější ploše, jiné děti mají rády hladkou fólii. Role balícího papíru umožňuje téměř neomezenou plochu. To má kladný vliv nejen na nácvik grafomotoriky, ale i na rozvoj představ a fantazie. Střídáním různých velikostí a tvarů plochy se dítě učí správnému přístupu k ploše a jejímu využití. Většinou se střídají měkké a tvrdší grafické materiály. Doporučuje se postup od svislých ploch k vodorovným. Neměla by být opomenuta ani na šikmá plocha. Dále se pak přechází od velkého formátu k malému. Děti s výraznou poruchou hybnosti mohou mít s těmito přechody problémy.

Při kreslení je důležité sledovat, z kterého kloubu pohyb vychází zda z kloubu ramenního, loketního, ze zápěstí nebo zda je zřejmá i participace prstů. Tomu se pak přizpůsobuje pracovní plocha. Doporučuje se po dítěti chtít, aby postupovalo od známého k neznámému nebo od lehčí formy k náročnější.

Velmi úzký vztah je také mezi psáním, kreslením a malováním. Tvar, který dítě zvládlo při přípravě na psaní, se využívá v jednoduché kresbě, a nebo lze postupovat i opačně tak, že žádaný tvar se nejprve nacvičí v jednoduché kresbě. Dítě je důležité podporovat i ve spontánních grafomotorických činnostech. To má příznivý vliv především na uvolňování ruky (37).

Děti, které mají problém s prostorovou orientací potřebují, aby čára na papíře měla nějaký příběh, jinak by se mohlo stát, že na předložené ploše budou bloudit. Pro rozvoj a automatizaci rytmických mechanických grafomotorických pohybů ruky je klíčové vybarvování. Dítě zpracovává větší plochu a ruka pracuje mechanicky. (přílohy 10 – 12)

Důležitá je současně vizuální kontrola. Některé části ruky bývají zapojeny při vodorovném pohybu, jiné zase při svislém nebo šikmém (57).

Pohybové koordinaci prstů napomáhá procvičování a modelování. Modelování ovlivňuje hmat, jemnou motoriku a vývoj svalů prstů, dlaní, záprstí a zápěstí a v neposlední řadě koordinaci ruky a oka a prostorové vnímání (58).

Rytmizace činností má velký význam u dětí s DMO. Především rytmizace hybnosti a řeči. Rytmizace zlepšuje plynulost a koordinaci pohybů. Rytmus má dvě funkce - podpůrnou a relaxační.

Psaní v rytmu říkadla je také velmi důležitá metoda. Je možno použít grafické znázornění rytmu řeči například básničky, písničky v kresbě apod.

1.15.7 Uvolňovací grafomotorické cviky

TECHNIKA GRAFOMOTORIKY	OSVOJENÉ TVARY
1. kresba prstem	1. volné čmárání
2. kresba pastelem, křídou	2. dotyky tužkou, obtisky štětce
3. kresba tužkou	3. klubíčko
4. malba štětcem, hygiena	4. oblouky
5. správné držení grafického náčiní	5. směrové čáry
6. udržení směru čáry	6. kružnice, ovály
7. vybarvování	7. spirály
8. obkreslování a obtahování	8. spojené oblouky
9. dokreslování	9. kličky
10. napodobování	10. zátrhy
11. vlastní kresba a malba	11. ostré obraty
12. zvládnutí přípravné techniky na psaní	12. psaníčko
	13. spojování nacvičených tvarů

(Svobodová 2001)

1.15.8 *Tři fáze grafomotorického cvičení*

1. Rozvoj nervosvalové koordinace paže a ruky a její uvolnění. Cílem je uvolnit případné křečovitě držené psacího náčiní. Jedná se o poruchu koordinace, neboť jsou zapojovány i svaly, které by měly být uvolněné. Nervosvalovou koordinaci lze rozvíjet při nepřetržitém rytmickém pohybu všemi směry. Začíná se záznamem pohybu z ramenního kloubu. Všechna cvičení jsou motivována, rytmizována jednoduchými říkadly, znázorňujícími pohyb, nikoli tvar. Jde o vytvoření návyku zapojit svaly nutné pro pohyb v daném směru. Tvary se postupně zmenšují tak, aby pohyb vycházel ze zápěstí, dlaně, prstů.

2. Rozvoj koordinace zraku a ruky při grafické činnosti. Zde je vhodné přistupovat ke cvičení po přípravě, kdy nervosvalová koordinace je již na dobré úrovni. Pohyby jsou cílené. Dítě musí sledovat ruku a cíl (vodorovné linie, svislé linie, šikmé linie oběma směry a lomená čára).

3. Diferenciace a upevňování. Jakmile je dítě schopno rozlišovat i složitější tvary, přichází na řadu tato fáze. Dítě se snaží zaznamenávat další nové tvary (vlnovka, ležatá osmička, stojatá osmička, horní a dolní kličky, malé oválky a horní a spodní oblouk) (43).

Grafomotorická cvičení zejména v předškolním věku musí být vhodně motivovaná, aby děti zaujala. Měla by trvat přiměřeně dlouho. Délka trvání se odhaduje přibližně na 5-7 minut. Po tuto dobu by mělo být dítě schopno soustředit se na činnost, výsledky tak budou adekvátní vynaloženému úsilí. Jedná se především o děti, u nichž zaznamenáváme poruchu hybnosti nebo jiná poškození vycházejí z patologie postižení. V současné době se objevují na trhu různé soubory předtištěných listů, které usnadňují pedagogům práci. Výběr souborů je však nutné správně a adekvátně volit vzhledem k možnostem a schopnostem každého jedince (52).

Je nutné, aby samostatnému grafomotorickému cvičení předcházelo průpravné cvičení, jehož součástí by měla být práce s drobným materiálem, stavebnicí, prstová cvičení, hry s kruhovým trenérem, ježkem, apod. U dítěte se nejprve sleduje v jaké fázi

pohybového vývoje se nachází, zda psací pohyb vychází z ramene, lokte či zápěstí. Tomu se přizpůsobuje plocha a psací náčiní. Cílem je poznat dítě a jeho dosavadní zkušenost natolik, aby postupně přešlo od lehčí formy k formě pro něj náročnější. V praxi se velmi osvědčilo zařazovat různé bloky cvičení grafomotoriky. Dříve než dítě dostane tužku do ruky, je vhodné využít kreslení prstem do písku, krupice nebo jiného sypkého materiálu. V současné době jsou dostupné tzv. pískovničky, které vyhovují svojí mobilitou, růzností sypkého materiálu a především splňují hygienické požadavky. Dítěti je umožněno pracovat s pískem ve vnitřních prostorách. K pískovničce patří hladítko, hrabičky, jemný písek a mandala (základní sestava dřevěných šablon do pískovničky).

Dalšími možnostmi jsou prstové barvy, psaní houbou (zanechává širokou stopu), tyčinkou do plastelíny a později nabízíme fixy, měkké tužky a pastelky (55).

1.15.9 Vývoj kresby

Kresba je přirozenou součástí vývoje jedince. Je pro děti hrou, zábavou a možností něco vytvářet. Obvykle dítěti přináší radost a uspokojení. Některé děti tuto činnost nevyhledávají, kreslí málo a nerady. Kreslení přímo odmítají. V předškolním věku je úroveň jemné motoriky a grafomotoriky jedním z důležitých kritérií při posuzování způsobilosti k zahájení školní docházky. Metoda, která je nejčastěji používána je Jiráskův orientační test školní zralosti. Obsahuje kresbu lidské postavy, auta nebo květiny, napodobení geometrických tvarů, psacího písma a skupiny teček. Z psychologického a pedagogického hlediska má kresba velký význam pro vývojovou diagnostiku, diferenciální diagnostiku a diagnostiku osobnosti (5).

Jaké informace nám kresba může poskytnout, k čemu může být užitečná?

- celková vývojová úroveň
- úroveň jemné motoriky a grafomotoriky
- zrakové a prostorové vnímání
- vizuomotorika (souhra zrakového vnímání s pohybem ruky)
- emocionalita dítěte

- vztahy a postoje dítěte

Vývojová stadia kresby

Primární etapu ve vývoji dětského výtvarného projevu tvoří bezobsažná čáranice. První pokusy kreslit se mohou uskutečňovat s dětmi od jednoho roku do dvou let. Období bezobsažné čáranice pozvolně přechází v období obsažené. Dítě začíná chápat, že jeho čáráním něco vzniká. Obsažená čáranice je typická zejména tím, že dítě dodatečně vkládá do kresby obrazy něčeho skutečného. Po určité době se začínají objevovat první znaky, i když zpočátku nahodile a bez úmyslu. Hovoříme tedy o období přechodu ke znakové kresbě, kdy převládá kruhová čáranice. Čáry se tolik nepřekrývají. Dítě klade ovály vedle sebe všude tam, kde je na výkresu volné místo. V původním oválu se poprvé objevují pravé úhly. Dále pokračuje v kreslení svislých a vodorovných čar a dokáže jednu kresbu pojmenovat různými názvy (41).

Mezi třicátým až třicátým šestým měsícem vznikají první znakové kresby a objevují se tzv. hlavonožci. Pohyby rukou se postupně rozlišují a kresby se zúčastňují pouze klouby ruky (8).

Postupně přibývá detailů, dítě kreslí v obrysových tvarech. Mezi třetím a šestým rokem se objevuje u dítěte spontánní realismus. V pěti letech dítě zaznamenává řadu detailů. Kresba je barevná a obsahově bohatá (43).

Zájem o kreslení může dítě projevovat již velmi brzo, pokud k tomu má příležitost a je vhodným způsobem podněcováno.

Náměty které dítě nejčastěji volí

Pokud se zeptáme malého dítěte, co by vám chtělo nakreslit, obvykle řekne osobu ze svého okolí, domeček, auto, kytku, strom, zvířátko. Dítě zpočátku kreslí objekty izolovaně, později k nim přidává i prostředí. Bohatost prostředí roste s věkem a s kreslířskými dovednostmi dítěte (52).

Vývoj kresby je ovlivněn duševním vývojem a případným omezením v jemné motorice. Na kresbách se podílí psychický stav dítěte, individuální vlastnosti a záliby (46).

2.Cíl práce a hypotézy.

2.1 Cíl práce

Cílem této práce je porovnání projevů grafomotorických obtíží u dětí v běžné třídě základní školy a ve třídách specializovaných pro děti se zdravotním postižením. Pozornost bude věnována nejen výskytu grafomotorických poruch na základní škole a příčinám těchto obtíží, ale také prevenci, zkoumání vztahů mezi učiteli, žáky a rodiči a v neposlední řadě podpoře rozvoje specializovaných tříd pro žáky se zdravotním postižením pro grafomotorické a jiné obtíže.

K výše uvedené problematice bude proveden průzkum písemného projevu dětí a hodnocení žáků rodiči a učiteli. Výsledky průzkumu budou následně zpracovány, analyzovány a vyhodnoceny.

2.2 Hypotézy

H1: Děti s grafomotorickými poruchami se potýkají především s motorickou neobratností, s nešikovností v rukou a prstech, s křečovitým držením pera, s nízkou soustředěností při výuce a se záporným vztahem ke kreslení a psaní. Tyto obtíže se častěji vyskytují v kombinaci ve své hyperaktivní či hypoaktivní formě. Negativně se promítají jak do formy, tak i do obsahu písemného projevu.

H2: Intenzivní procvičování motoriky a grafomotoriky a odstraňování grafomotorických obtíží pomocí zaměřené specifické reedukační činnosti vede k podstatnému zlepšení úrovně grafomotorických dovedností. Důležitá je intenzivní domácí příprava.

3. Metodika

3.1. Použitá metoda

Celá výzkumná část diplomové práce je postavena na kvantitativním typu výzkumu. Sekundární analýza dat je opětovné využití již shromážděných dat pro získání informací (7). Tuto metodu jsem použila při sběru a studiu dokumentů, abych mohla porovnat a zmapovat výskyt grafomotorických obtíží u dětí.

Sběr dat probíhal formou dotazníku. Dotazník je standardizovaný soubor otázek, jež jsou předem připraveny na určitém formuláři. Použila jsem ve své práci dva neanonymní dotazníky (11).

Jeden dotazník byl určen pro rodiče dítěte z druhé a třetí třídy běžné základní školy a druhý byl pro třídní učitele. Pomocí dotazníku jsem zjistila další informace o dítěti, které mi pomohly určit, zda má dítě grafomotorické potíže. Dotazník pro rodiče se skládal z 12 otázek a dotazník pro učitele se skládal ze 17 otázek. V dotazníku jsem použila kombinaci polouzavřených a uzavřených otázek. Návratnost dotazníků byla stoprocentní.

Nestandardizovaný rozhovor jsem použila k získání dat o jednotlivých dětech ze speciálních tříd s pracovníkem Pedagogicko psychologické poradny a se speciálním pedagogem. V takovém typu rozhovoru se mohou jednotlivé problémy rozebírat do hloubky. Z tohoto rozhovoru jsem získala podrobné anamnézy u dětí, které mají grafomotorické a jiné potíže (4).

Po rozhovoru s pedagogem ZŠ jsem získala reálnou představu o praktickém fungování specializovaných tříd, o integraci žáků a o spolupráci rodičů s učiteli.

Při rozhovoru byly použity přímé otázky. Na konkrétní věci jsem se dotazovala přímo (56).

Písemný projev dítěte jsem získala formou diktátu a přepisu z testové baterie u dětí v běžné třídě i speciální třídě. Pak jsem písemný projev u dětí porovнала (42).

Data byla zpracována přehlednou formou pomocí tabulek a grafů. Výsledky jsou uvedeny v %.

3.2 Charakteristika výzkumného souboru

Výzkumná data byla získávána na základní škole prvního stupně ve Všerubech u Plzně a ve specializovaných třídách pro žáky se zdravotním postižením v Horní Bříze, Kaznějově a Nýřanech. Základní soubor: žáci druhých a třetích tříd.

1. Výběrový soubor: 24 dětí z druhé třídy základní školy a 21 dětí ze třetí třídy základní školy. Tento výběrový soubor jsem získala na základě rozhovoru s ředitelem školy, který mi poskytl informace o dětech v těchto třídách. Také jsem spolupracovala s třídními učitelkami a v každé třídě mi poskytli informace o jednotlivých žácích.

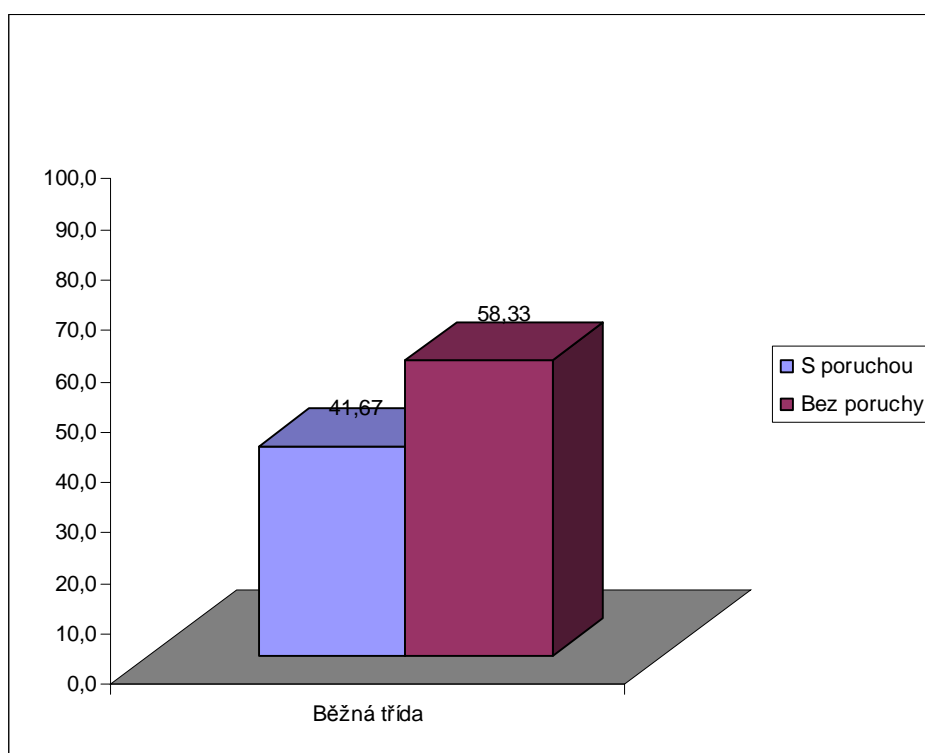
2. Výběrový soubor: 15 dětí z druhé a 10 dětí z třetí specializovaných tříd pro žáky se zdravotním postižením. Informace o těchto dětech jsem získala po konzultaci s pracovníkem Pedagogicko psychologické poradny.

Ve specializovaných třídách pro žáky se zdravotním postižením byl vybrán vždy stejný počet dětí k porovnání vzorku jedinců s grafomotorickými obtížemi v běžné třídě.

4. Výzkum.

4.1. Výzkum ve druhé třídě

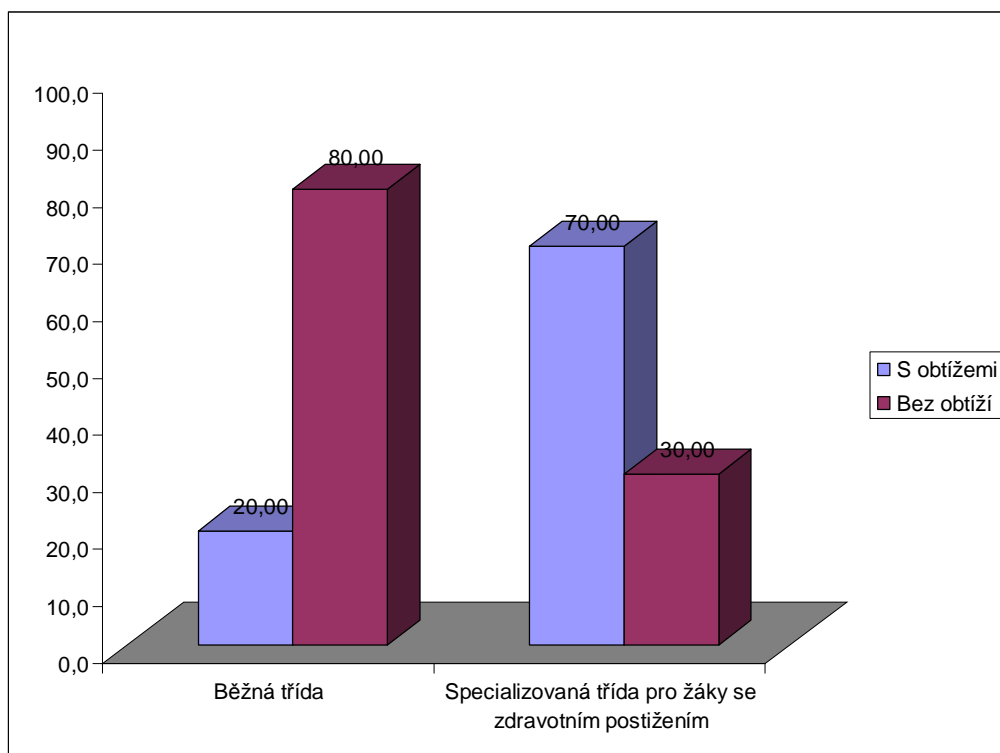
Graf 1 : Počet dětí s grafomotorickými poruchami ve druhé třídě v %



Zdroj: vlastní výzkum

V prvním grafu se ukázalo, že 10 dětí z 24 dětí ve 2. třídě běžné školy má grafomotorické obtíže. Aby bylo další porovnání adekvátní, vybrala jsem si také 10 jedinců z 2. specializované třídy pro žáky se zdravotním postižením.

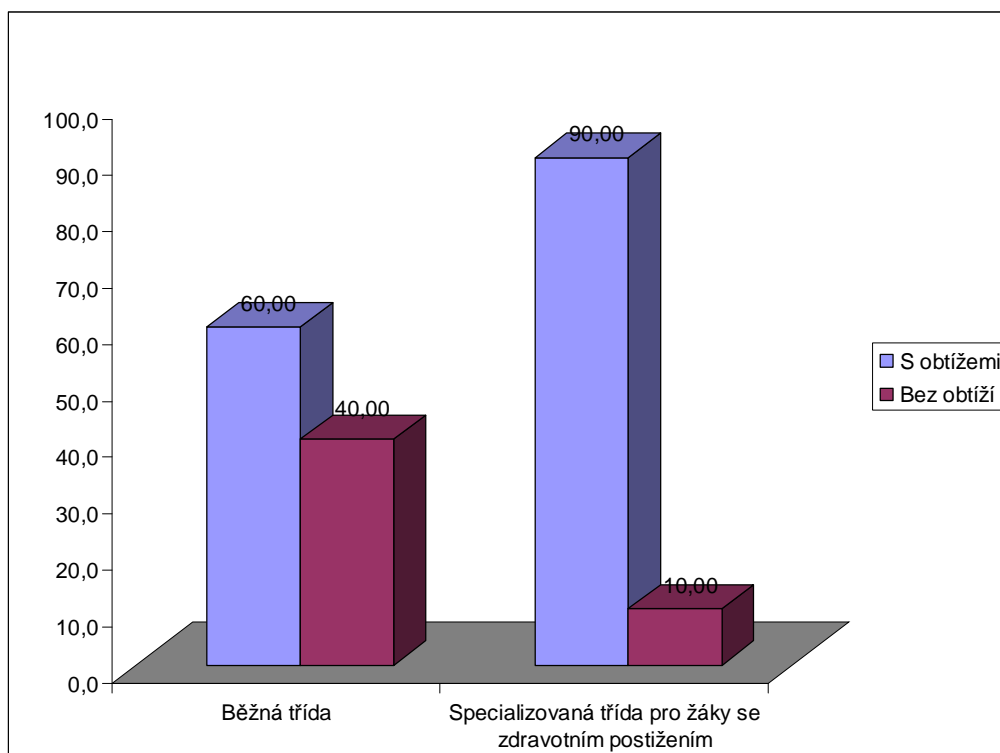
Graf 2: Neobratnost u dětí a porovnání tříd v %



Zdroj: vlastní výzkum

Graf 2 znázorňuje, kolik dětí má ve druhé třídě potíže s obratností. V běžné třídě má problémy s obratností 20 % dětí. Ve speciální třídě má tyto obtíže 70 % dětí. Děti mají poruchy koordinace a kontroly pohybů. Mají problémy s rovnováhou.

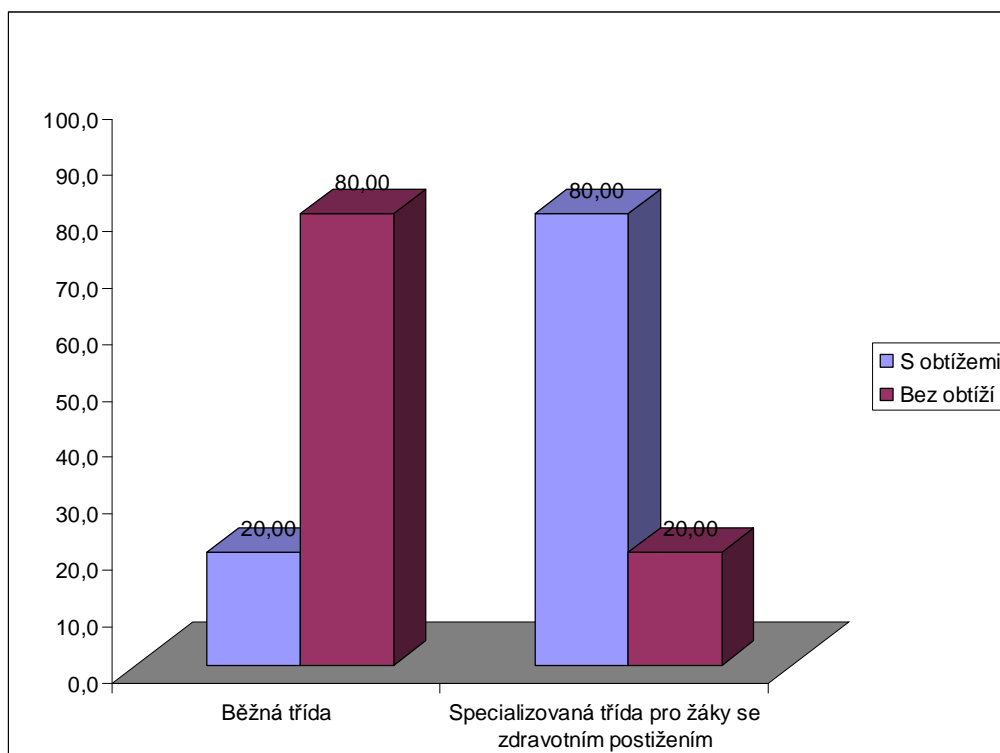
Graf 3: Špatná zručnosť v prstoch u dětí v %



Zdroj: vlastní výzkum

Graf 3 znázorňuje, jak jsou děti zručné v prstech a jak se tato porucha ve třídách liší. V běžné třídě je 60 % dětí, které mají obtíže s úchopy. Ve speciální třídě se nachází 90 % dětí s nešikovností v rukou a prstech.

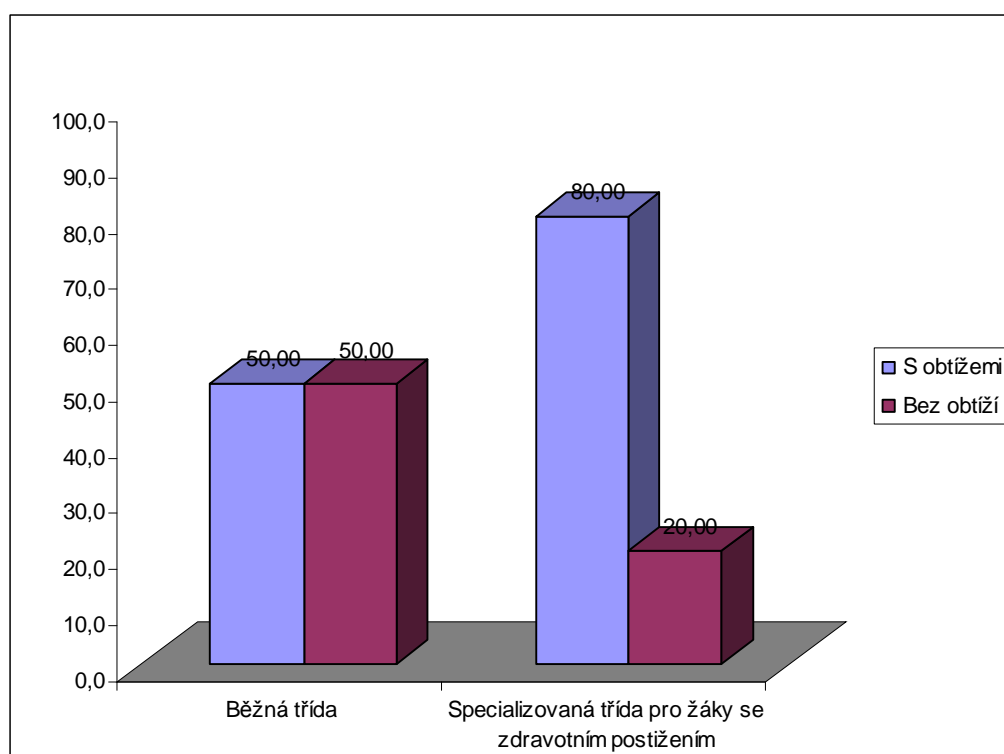
Graf 4: Jaký byl průběh porodu u dítěte v%



Zdroj: vlastní výzkum

Na grafu 4 je znázorněn průběh porodu u dětí s grafomotorickými obtížemi. Nejvíce dětí, které se narodily při komplikovaném porodu je ze speciální třídy a to až 80 % dětí. V běžné třídě se ukázalo jen 20 % dětí s problémovým porodem. Ve většině případech bylo dítě kojeno.

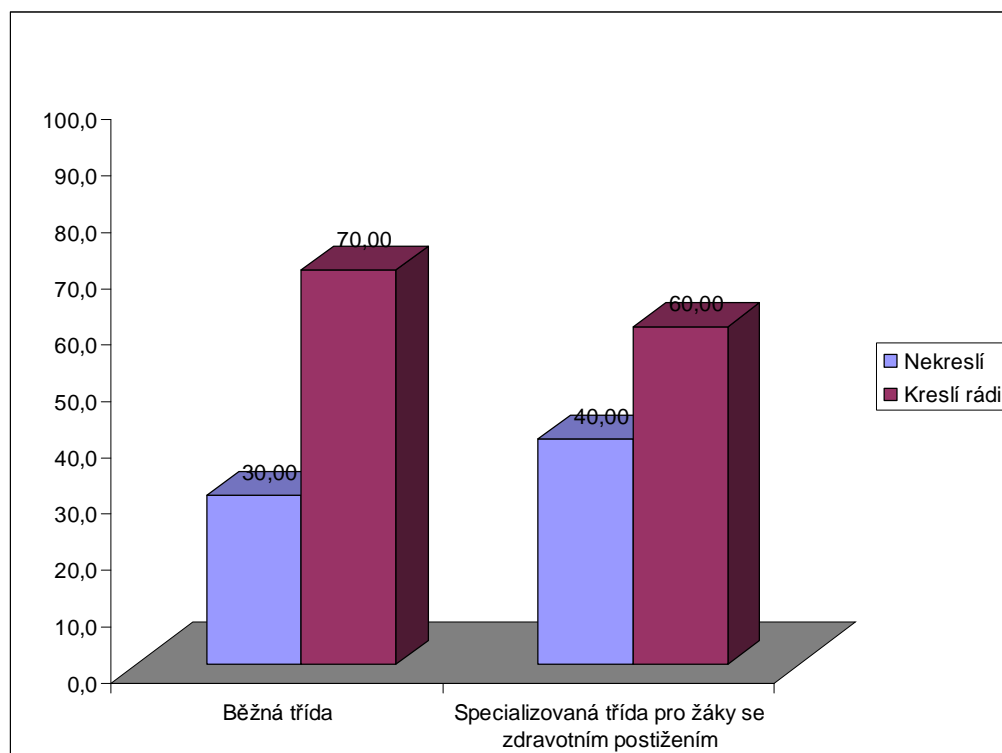
Graf 5: Křečovitě držení pera u dětí ve třídách v %



Zdroj: vlastní výzkum

Graf 5 ukazuje, kolik je ve třídách dětí s křečovitým držením těla. Děti, kterých se při držení pera (tužky) dopouští křečového úchopu, je v běžné třídě 50 % . Ve speciální třídě je 80 % dětí s křečovitým úchopem pera.

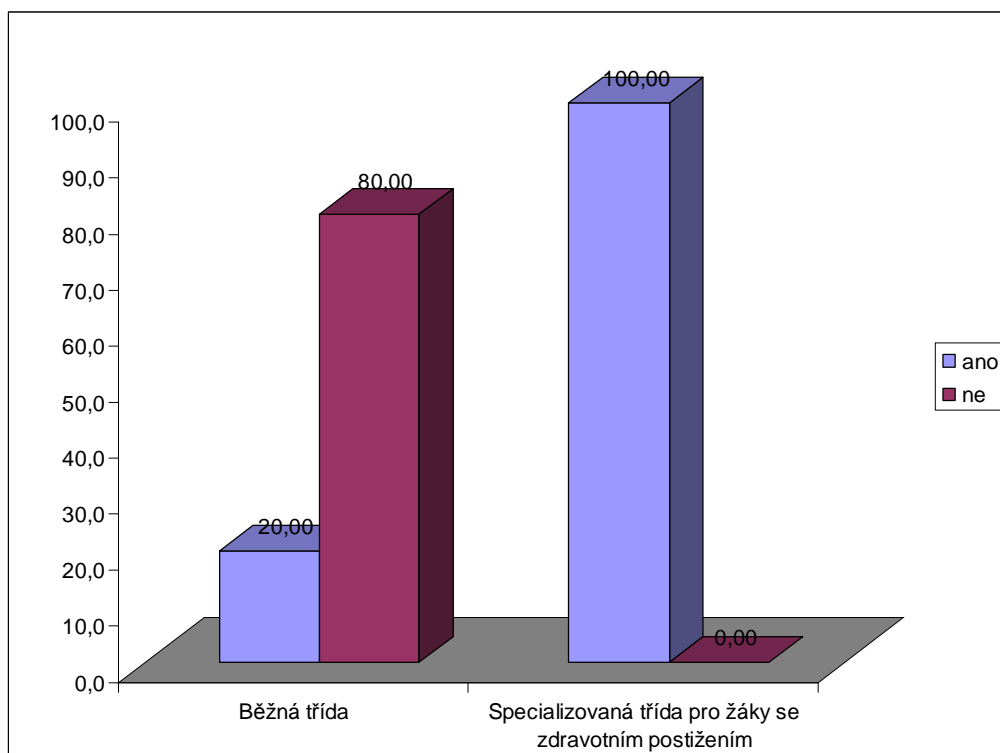
Graf 6: Vztah dítěte ke kreslení doma a ve škole v %



Zdroj: vlastní výzkum

Graf 6 ukazuje, jaký mají děti s grafomotorickými obtížemi vztah ke kreslení. V běžné třídě 30 % dětí nekreslí. Ve speciální třídě bylo označeno 40 % dětí, které nekreslí. Tyto děti mají záporný vztah ke kreslení. Děti, které kreslí rádi začaly brát pastelku do ruky kolem druhého roku věku.

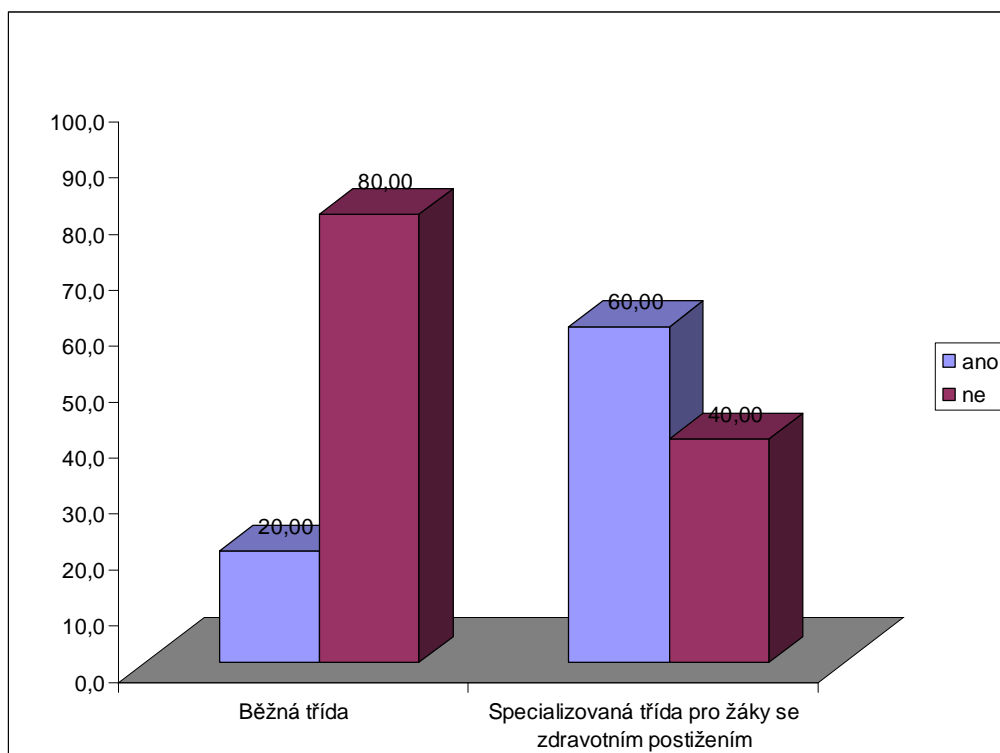
Graf 7: Dítě je v péči odborníka v %



Zdroj: vlastní výzkum

Graf 7 znázorňuje, kolik dětí dochází pravidelně k odborníkovi (např. foniatr, psycholog, neurolog,...). Odborníka navštěvuje z běžné třídy 20 % dětí s grafomotorickými obtížemi. Ze speciální třídy navštěvují odborníka všechny děti.

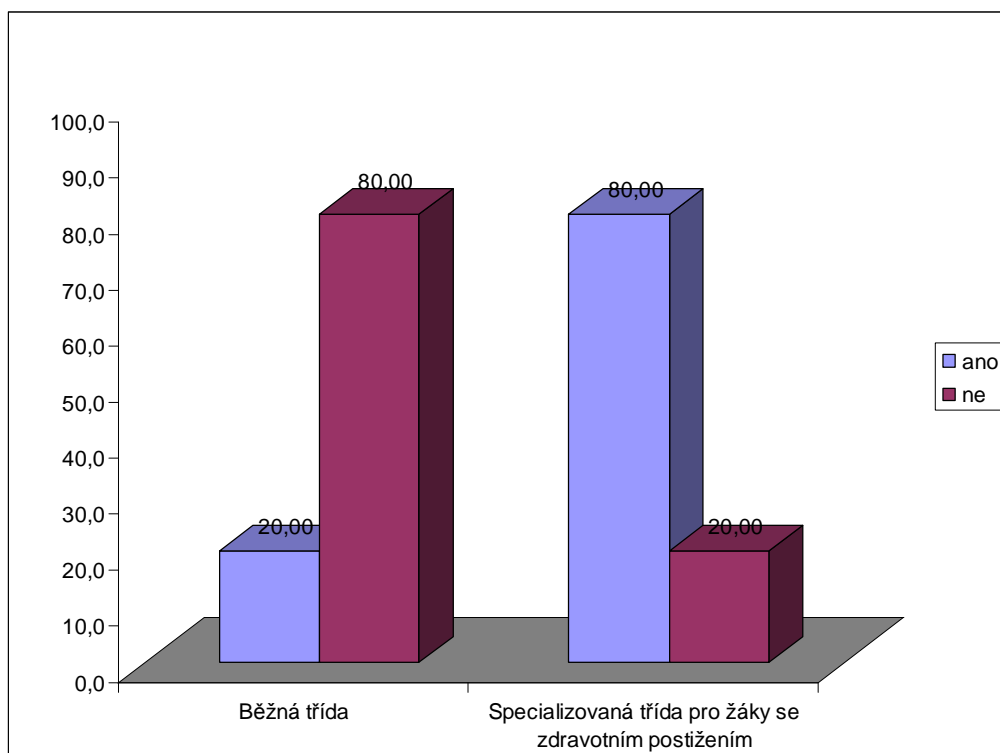
Graf 8: Děti, které jsou v péči logopeda v %



Zdroj: vlastní výzkum

Graf 8 znázorňuje, že logopeda navštěvuje 60 % dětí ze speciální třídy. Většina dětí z běžné třídy logopeda nepotřebuje, přesto však průzkum prokázal, že 20 % žáků běžné třídy logopeda navštěvuje.

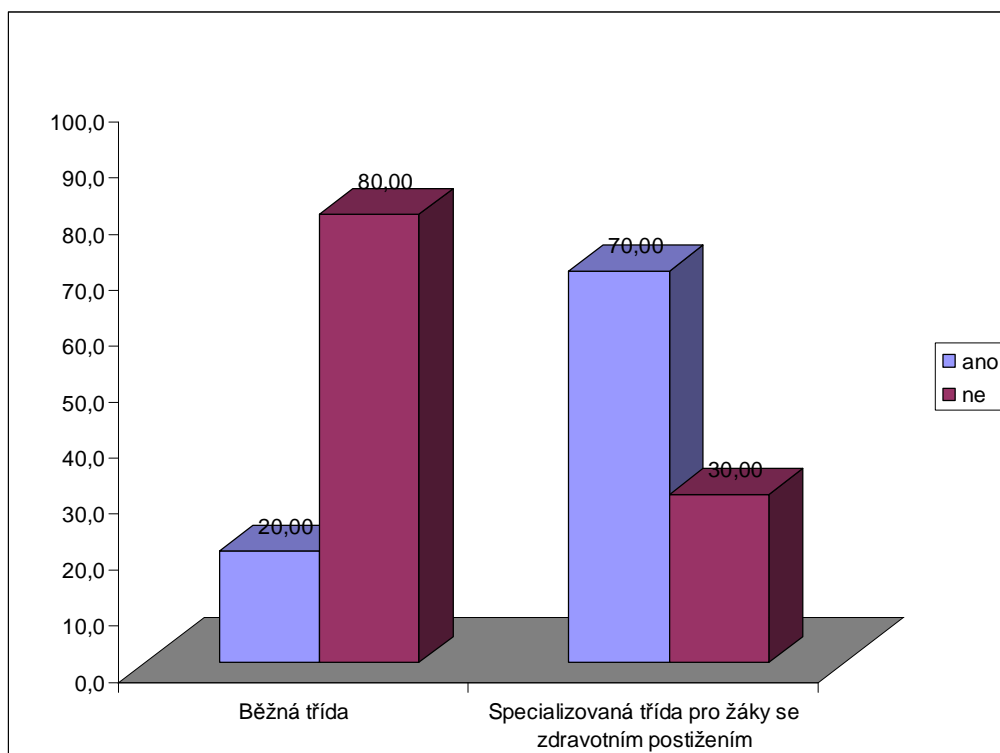
Graf 9. Děti s poruchou v grafickém projevu v 1. třídě v %



Zdroj: vlastní výzkum

Graf 9 ukazuje porovnání dětí s poruchou grafického projevu z prvního ročníku běžné a speciální třídy. Ve speciální třídě se nachází 80 % dětí s těmito obtížemi. Naopak v běžné třídě se nachází 20 % dětí s poruchami grafického projevu.

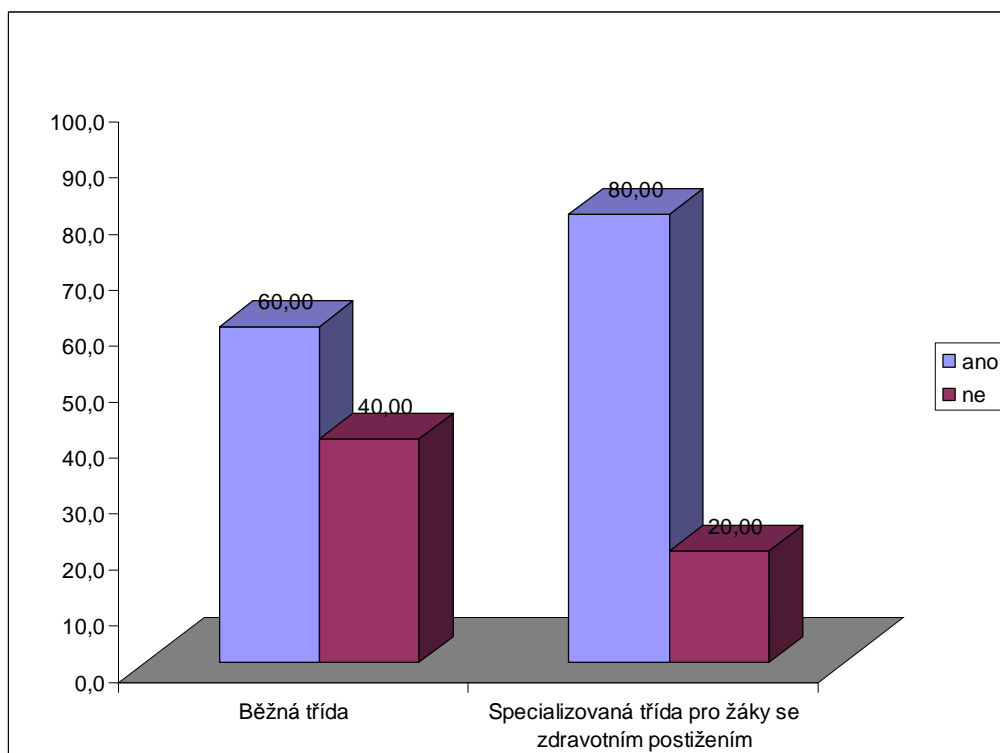
Graf 10: Děti s poruchou jemné motoriky v %



Zdroj: vlastní výzkum

Graf 10 ukazuje, kolik dětí má problémy s jemnou motorikou. Dítě nemá plynulé pohyby a rovněž má zhoršenou koordinaci rukou. Potíže s jemnou motorikou má 70 % dětí ve speciální třídě a 20 % dětí ve třídě běžné.

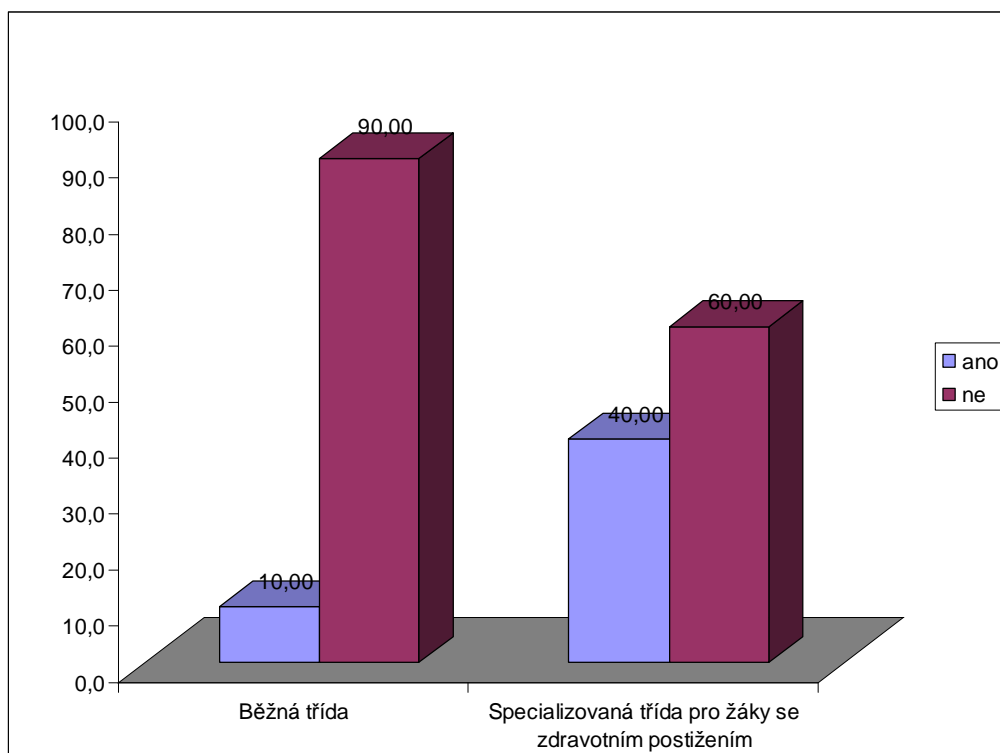
Graf 11: Výskyt hyperaktivity u dítěte v %



Zdroj: vlastní výzkum

Na grafu 11 je znázorněno, kolik dětí ve třídě je hyperaktivních. Většina dětí je nesoustředěných. 80 % dětí ze speciální třídy je hyperaktivních. V běžné třídě se nachází až 60 % hyperaktivních dětí.

Graf 12: Počet dětí s projevy LMD v %



Zdroj: vlastní výzkum

Graf 12 znázorňuje děti, které mají projevy LMD. V běžné třídě se objevuje 10 % dětí, které mají příznaky LMD. Ve škole specializované je 40 % dětí s těmito projevy.

Tabulka 13: Přehled zlepšení grafomotorických projevů u žáků 2. ročníku specializovaných tříd pro žáky se zdravotním postižením, kteří prošli nápravou v %

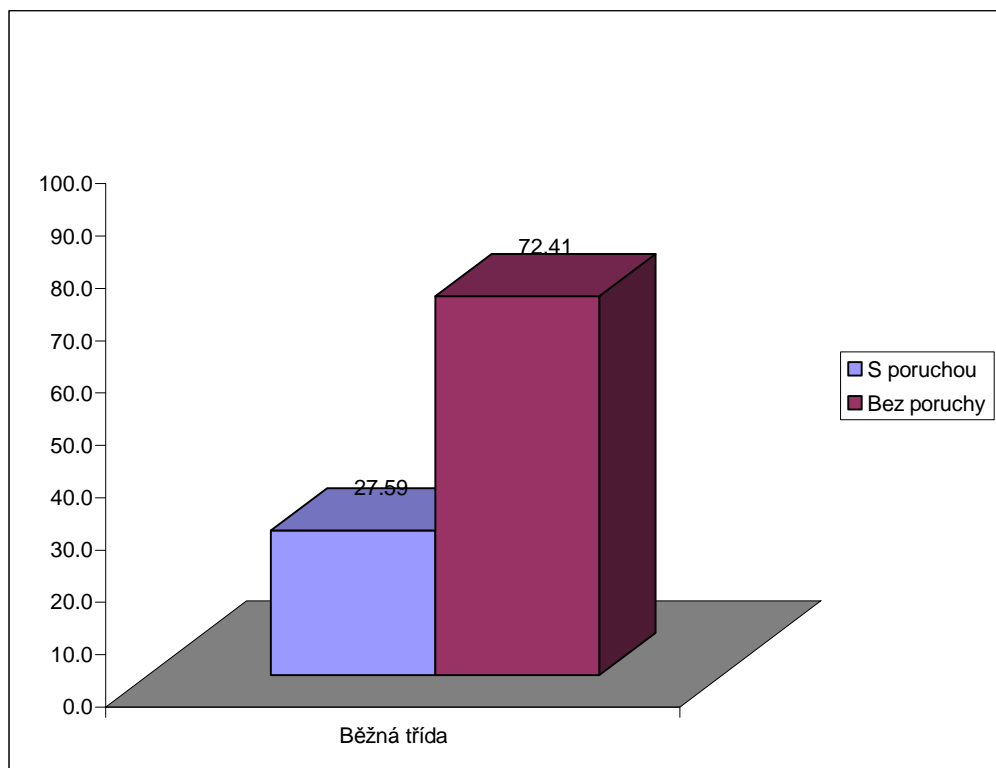
Grafomotorické projevy	Minimální zlepšení [%]	Průměrné zlepšení [%]	Výrazné zlepšení [%]
Celková grafomotorika ruky a kvalitativní zlepšení obsahové stránky písemného projevu a nekorektní úchop pera.	20	33	47

Zdroj: vlastní výzkum

Tabulka 13 nám ukazuje, do jaké míry se zlepšili jednotlivci ve druhém ročníku speciální školy, kteří prošli nápravou. 20 % dětí se v celkové grafomotorice ruky, obsahové stránce písemného projevu a v nekorektním úchopu pera zlepšilo minimálně. Průměrné zlepšení v grafomotorických projevech se ukázalo u 33 % dětí. Velmi překvapivé je výrazné zlepšení u 47 % dětí.

4.2. Výzkum ve třetí třídě

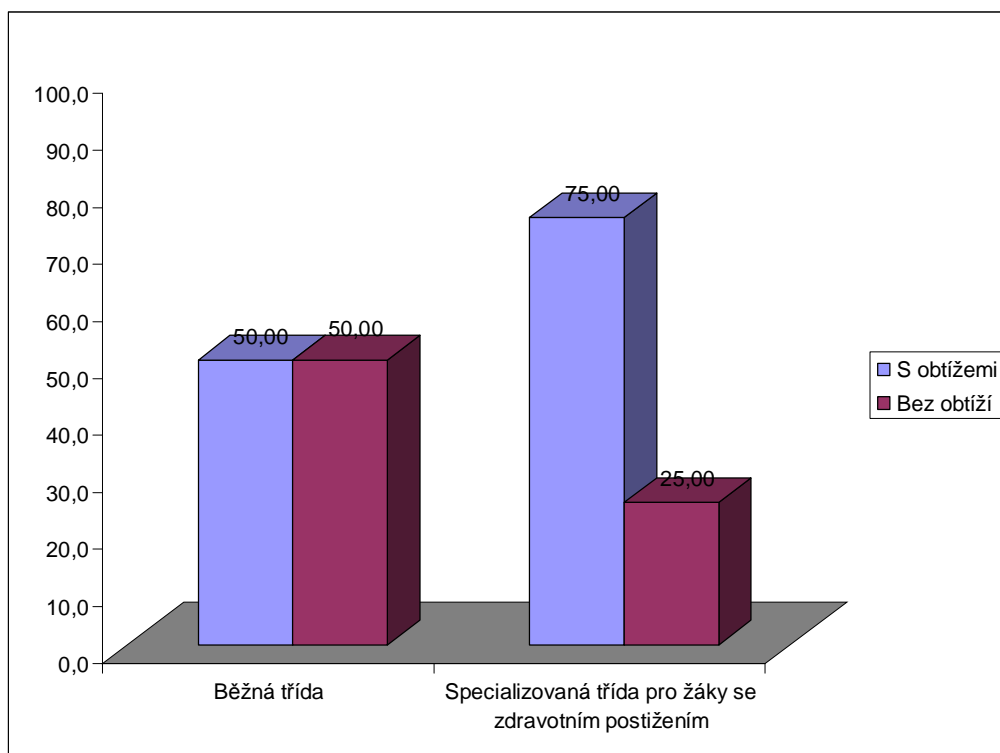
Graf 14 : Počet dětí s grafomotorickými obtížemi v běžné třídě v %



Zdroj: vlastní výzkum

Graf 14 ukazuje počet dětí s grafomotorickými poruchami ve 3. ročníku běžné třídy. Podle výsledků výzkumu se zde nachází 27,59 % dětí s poruchami grafomotoriky a 72,41 % dětí bez poruchy.

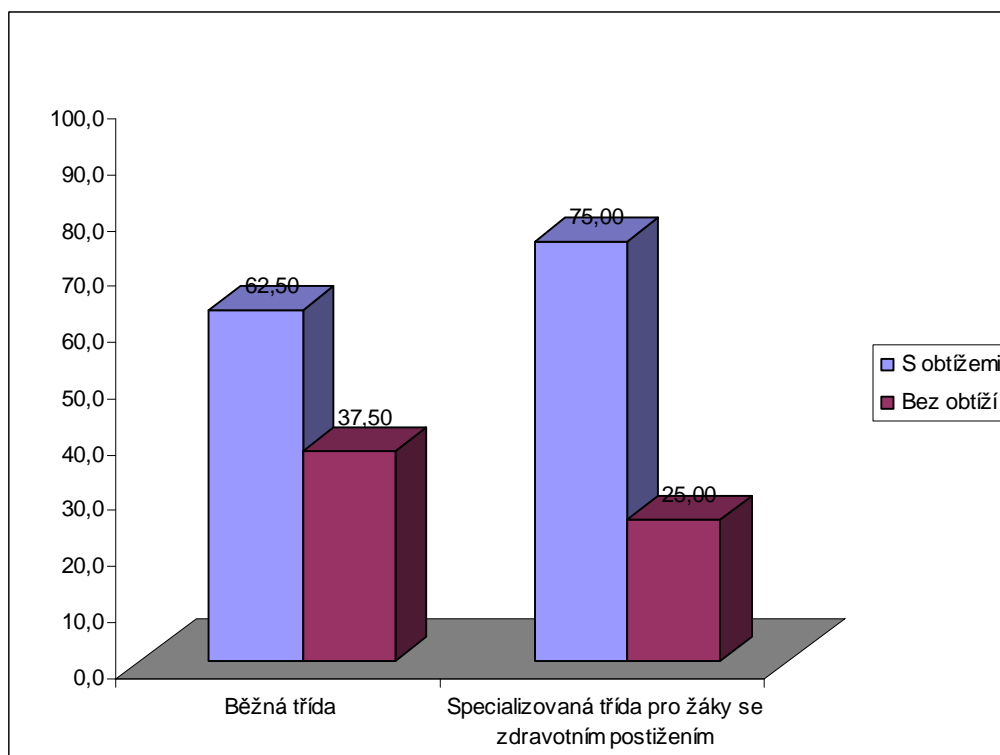
Graf 15: Neobratnost u dětí a porovnání tříd v %



Zdroj: vlastní výzkum

Graf 15 znázorňuje, kolik dětí má ve třetí třídě problém s obratností. V běžné třídě má problém s obratností 50 % dětí. Ve specializované třídě pro žáky se zdravotním postižením má tyto obtíže 75 % dětí.

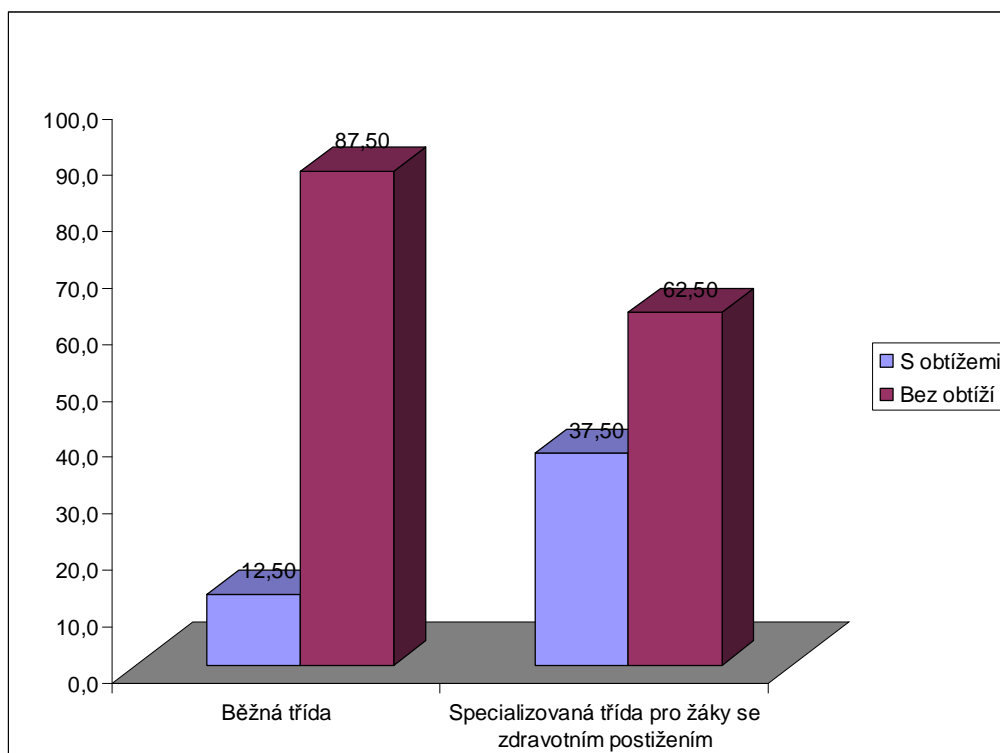
Graf 16: Špatná zručnosť v prstech u dětí v %



Zdroj: vlastní výzkum

Graf 16 prokázal, že v běžné třídě je 62,50 % dětí, které mají obtíže s úchopy a ve speciální třídě bylo takto označeno 75 % dětí.

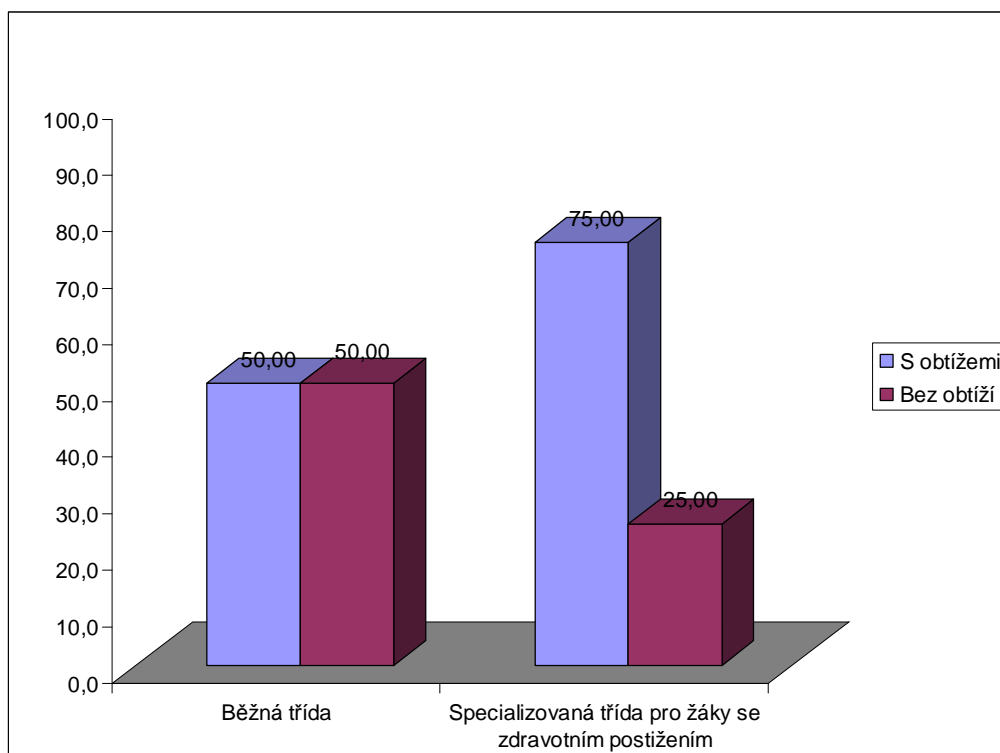
Graf 17: Jaký byl průběh porodu u dítěte v %



Zdroj: vlastní výzkum

Z grafu 17 je patrné, že v běžné třídě se ukázalo jen 12,50 % dětí s problémovým porodem. Ve specializované třídě se nalézají 37,50 % dětí, jejichž matky prodělaly komplikovaný porod.

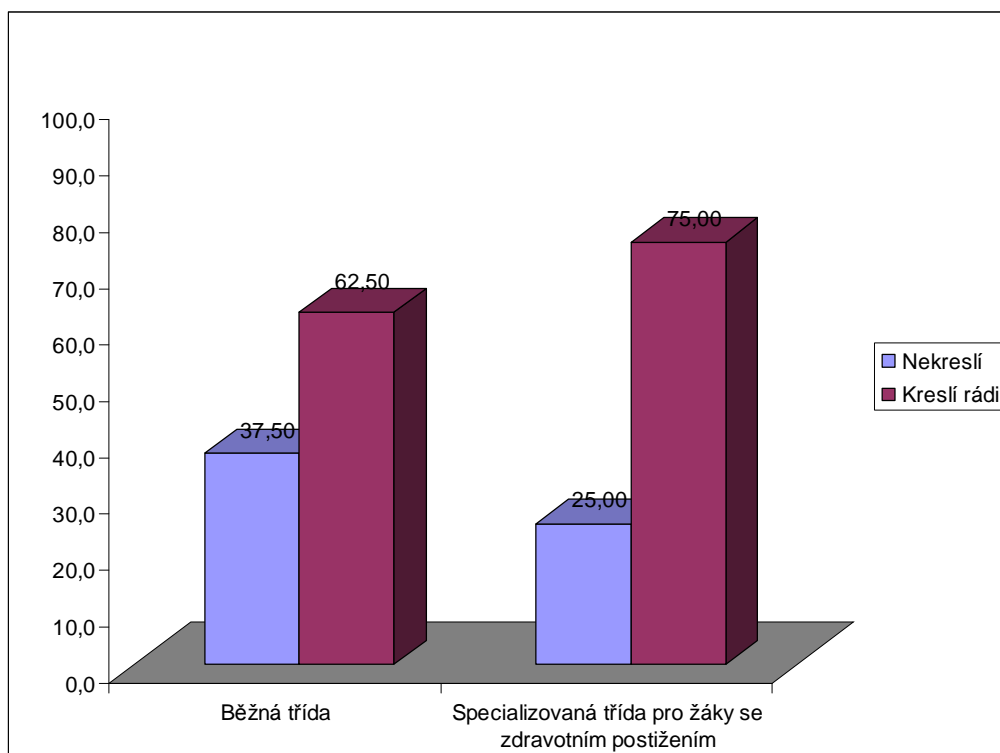
Graf 18: Křečovitě držení pera u dětí ve třídách v %



Zdroj: vlastní výzkum

Graf 18 ukázal, že dětí, které mají při držení pera (tužky) křečový úchop je v běžné třídě 50 % . Ve specializované třídě je 75 % dětí s křečovitým úchopem pera.

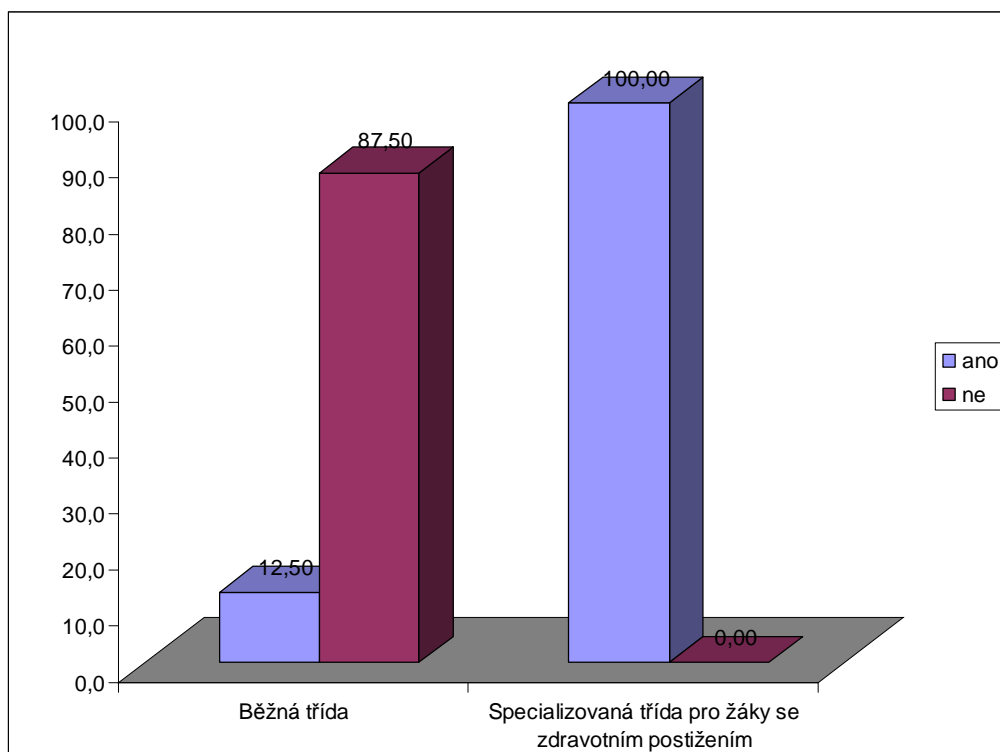
Graf 19: Vztah dítěte ke kreslení v %



Zdroj: vlastní výzkum

Graf 19 prokázal, že v běžné třídě nekreslí 37,5 % dětí. Ve specializované třídě má záporný vztah ke kreslení 25 % dětí.

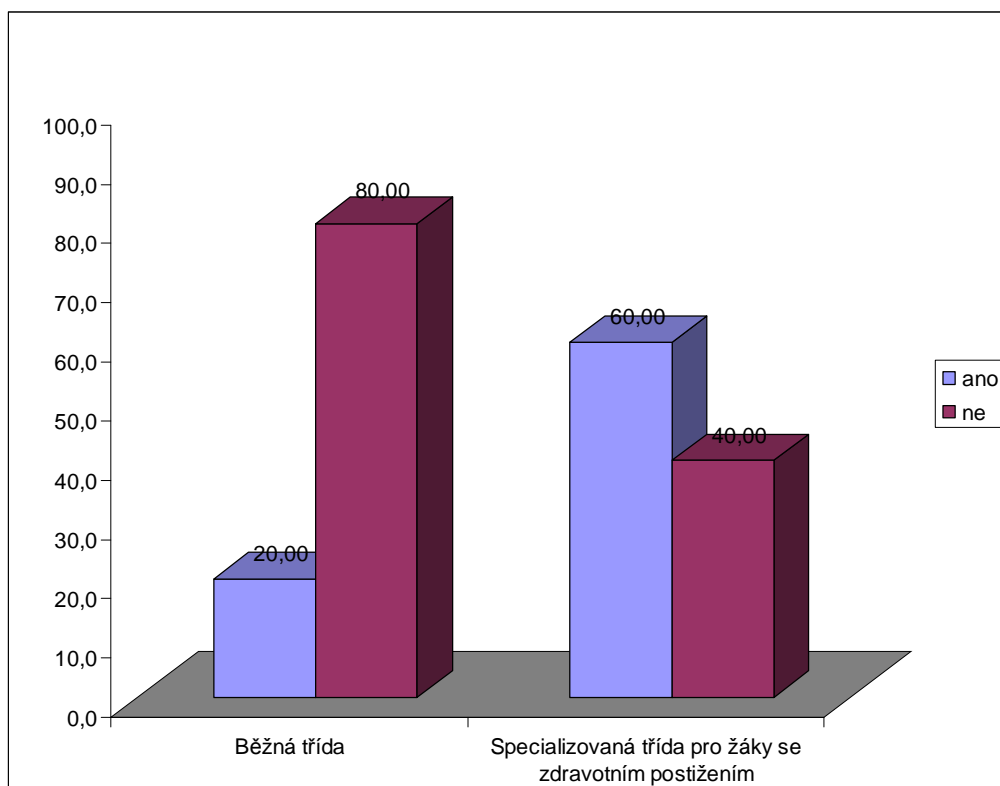
Graf 20: Dítě je v péči odborníka v %



Zdroj: vlastní výzkum

Graf 20 znázorňuje, že odborníka navštěvuje z běžné třídy 12,5 % dětí s grafomotorickými obtížemi. Ze specializované třídy navštěvuje odborníka 100 % dětí.

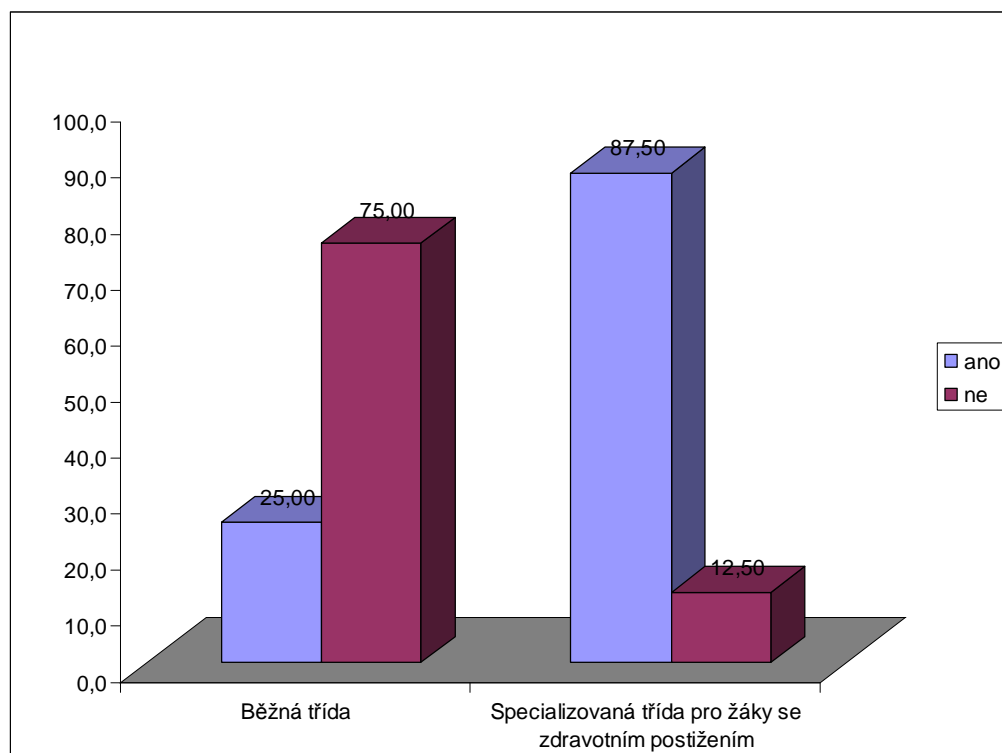
Graf 21: Děti, které jsou v péči logopeda v %



Zdroj: vlastní výzkum

Graf 21 znázorňuje, že logoped má v péči 20 % dětí z běžné třídy. Ve specializované třídě je 60 % dětí, kteří jeho péči také potřebují.

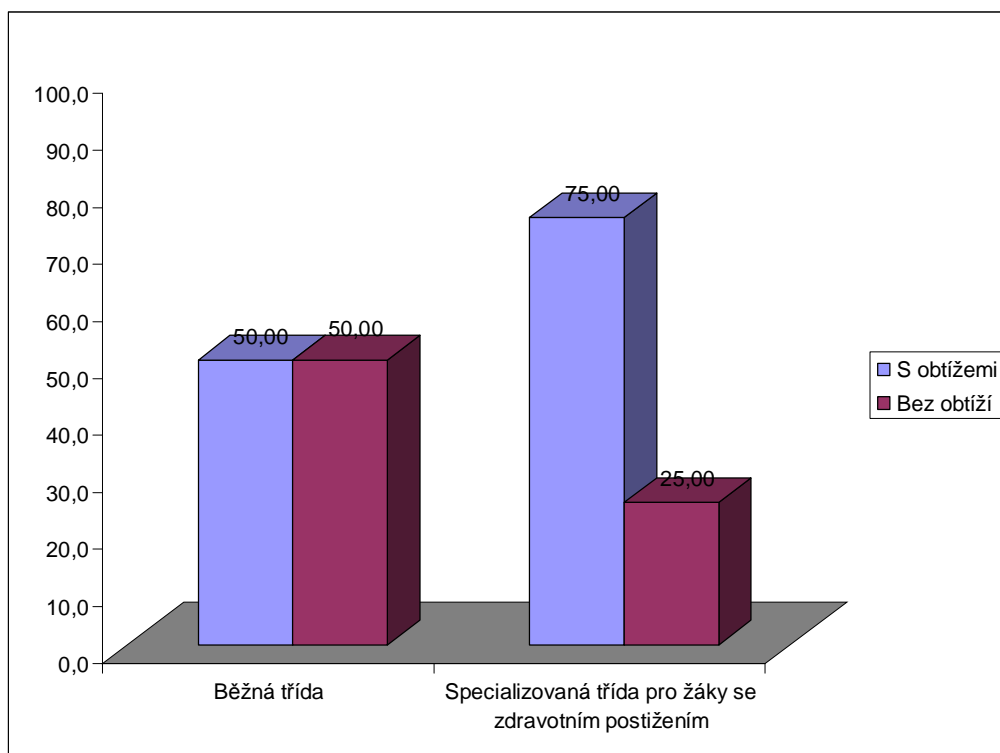
Graf 22: Porucha v grafickém projevu v 1. třídě v %



Zdroj: vlastní výzkum

Graf 22 ukazuje, kolik žáků třetího ročníku mělo problémy s grafickým projevem v 1. třídě. Výzkum prokázal, že zde jsou výsledky velmi rozdílné. Zatímco v běžné třídě bylo zjištěno 25 % dětí se špatným grafickým projevem v prvním ročníku, ve specializované třídě se nachází až 87,50 % dětí.

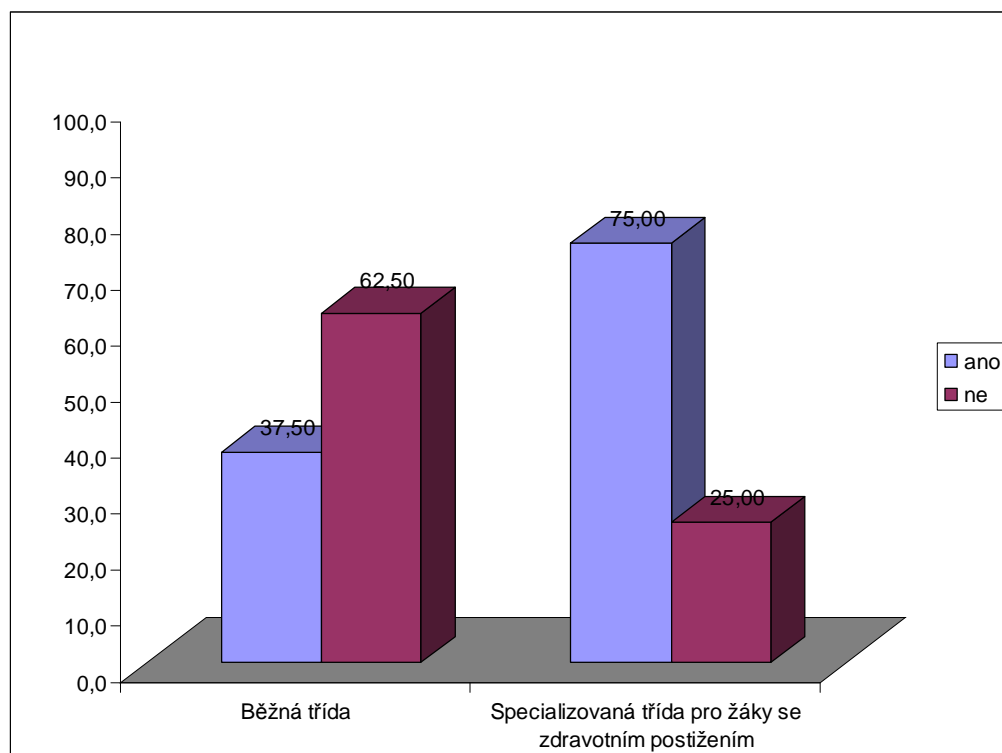
Graf 23: Děti s poruchou jemné motoriky v %



Zdroj: vlastní výzkum

Graf 23 ukazuje, poruchy jemné motoriky. Těmi se projevuje 50 % dětí v běžné třídě a 75 % dětí ve specializované třídě.

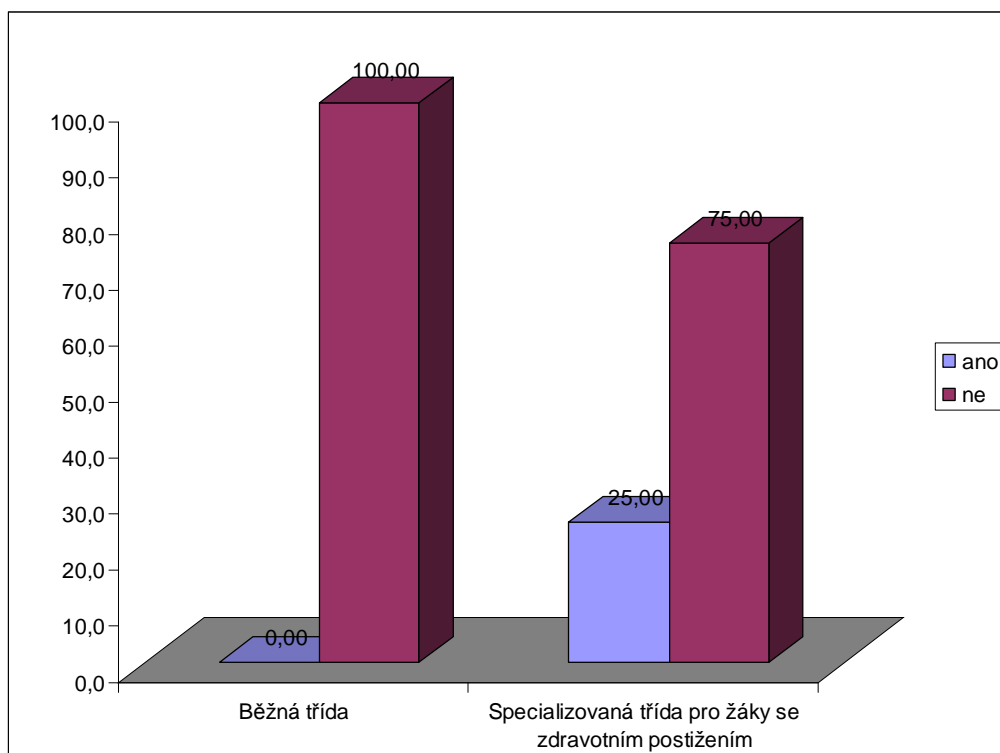
Graf 24: Výskyt hyperaktivity u dítěte v %



Zdroj: vlastní výzkum

Graf 24 porovnává hyperaktivitu u dětí. Výzkum prokázal, že v běžné třídě je 37,50 % hyperaktivních dětí a ve specializované třídě je 75 % dětí postižených hyperaktivitou.

Graf 25: Počet dětí s projevy Lehké mozkové dysfunkce (LMD) v %



Zdroj: vlastní výzkum

Z grafu 25 je zřejmé že v běžné třídě není žádný žák s projevy LMD a ve třídě specializované se nachází 25 % dětí s těmito projevy.

Tabulka 26: Přehled zlepšení grafomotorických projevů u žáků 3. ročníku specializovaných tříd pro žáky se zdravotním postižením, kteří prošli nápravou v %

Komplexní grafomotorické potíže	Minimální zlepšení [%]	Průměrné zlepšení [%]	Výrazné zlepšení [%]
Celková grafomotorika ruky a kvalitativní zlepšení obsahové stránky písemného projevu a nekorektní úchop pera.	10	30	60

Zdroj: vlastní výzkum

Tabulka 26 nám ukazuje do jaké míry se zlepšili jednotlivci ve třetím ročníku speciální školy, kteří prošli nápravou. 10 % dětí ze třetí třídy se zlepšilo jen minimálně, 30 % dětí průměrně a 60 % dětí dosáhlo výrazného zlepšení.

5. Diskuze

V dnešní době jsou specifické poruchy učení poměrně rozšířené a počet dětí s těmito obtížemi stále mírně narůstá. Toto téma je velice obsáhlé.

Po rozhovoru s třídním učitelem jsem zjistila, že na každé úplné základní škole je pro integrované žáky zajištěna zvláštní péče (nebo by měla být v současné době zajištěna). Je to takzvaná ANP (ambulantní nápravná péče). Jedná se o integraci z důvodů specifických poruch učení – dyslexie, dysgrafie, dysortografie, dyskalkulie. ANP zjišťují a provádějí učitelé, kteří prošli mnoha speciálními školeními nebo učitelé, kteří mají vystudovaný obor Speciální pedagogika na Pedagogické fakultě v Plzni. Na doporučení Pedagogicko-psychologické poradny se ANP s těmito žáky provádí 1x týdně asi 45 minut. Buď se pracuje s každým žákem individuálně nebo ve skupinách po 2 – 3 dětech. ANP probíhá většinou v době mimo vyučování. Žáci mají speciální sešity s více linkami, sešity na grafomotorická cvičení, zvláštní pracovní sešity a zvláštní čítanky, čtecí okénka, přehledy gramatiky vyvedené v barvách a mnoho dalších pomůcek. Speciálními pomůckami je vybaven také učitel, který ANP provádí (bzučák, měkké a tvrdé kostky,...). Škola dostává na integrované žáky finanční dotace, aby tuto péči integrovaným žákům poskytla zdarma. Žáci plní úkoly ve spolupráci s rodiči denně 20 – 30 minut. Bez této domácí přípravy je ANP neefektivní. Pokud rodiče s učitelem ANP nespolupracují, může PP integraci zrušit. Integraci těmito žákům uděluje PP na základě důkladných vyšetření (pedagogické a psychologické) na dobu 2 let. Poté musí následovat takzvané kontrolní vyšetření, které prokáže nutnost jejího prodloužení nebo je integrace zcela zrušena. Může také dojít k výrazné nápravě u dítěte. Integrovaní žáci i se svými rodiči navštěvují pravidelně Pedagogicko – psychologickou poradnu. Rodiče společně s učitelem, který provádí ANP, konzultují vývoj nápravy u žáků, popřípadě diskutují o nových problémech, které v mezidobí nastaly. Integrovaní žáci se učí podle takzvaných individuálních plánů, které jsou pro ně vždy začátkem školního roku vypracovány. Učitelé jednotlivých předmětů je musí dodržovat. Také hodnocení těchto žáků se řídí zvláštními směrnici. První vyšetření v PP (když má učitel podezření u žáka se SPU) se

provádí nejdříve koncem 2. pololetí 1. třídy nebo častěji v 1. pololetí třídy druhé. Čím dříve se SPU diagnostikují, tím lepší jsou výsledky při jejich odstraňování.

Ve své práci jsem se zaměřila na podrobnější výzkum grafomotorických obtíží. Odborné rozpoznání grafomotorických obtíží vyplývajících z odchylek ve vývoji jemné motoriky mohou potvrdit zkušení odborní pracovníci pedagogicko-psychologických poraden a speciálně pedagogických center na základě komplexního vyšetření. Heyrovská,. Právě na základě odborných posudků jednotlivých žáků ze specializované třídy pro žáky se zdravotním postižením byl proveden výzkum, jehož výsledky jsou popsány dále.

Součástí výzkumu bylo zjistit, kolik dětí v běžné třídě se potýká s grafomotorickými poruchami a v jaké míře se u nich vyskytují jednotlivé projevy těchto obtíží, které spolu úzce souvisejí. Poté byl proveden výzkum jednotlivých projevů grafomotorických poruch u dětí, jež navštěvují specializovanou třídu pro žáky se zdravotním postižením. Dále byly porovnány mezi sebou získané výstupy ze třídy běžné a třídy specializované pro žáky se zdravotním postižením.

Část výzkumu byla provedena na venkovské škole ve Všerubech u Plzně. Tuto školu jsem před několika lety navštívila a s učiteli se znám osobně. Díky znalosti tamějšího prostředí a ochotě pedagogů jsem získala potřebné informace o dětech ze 2. a 3. třídy, na něž byl výzkum zaměřen.

Výzkum se skládal z několika částí. V první části byla zjišťována ve spolupráci s třídními učiteli úroveň písemného projevu dětí formou diktátu a přepisu textu. Obtížnost a náročnost textu byla v jednotlivých ročnících odlišná vzhledem k věku dětí. Podklady pro tuto část výzkumu (vybraný text pro diktát a písemný přepis) byly získány v Pedagogicko psychologické poradně v Plzni. Rukopisy některých dětí s výraznými potížemi v písemném projevu jsou přiloženy v příloze.

V druhé části výzkumu byly vypracovány dva dotazníky. První byl určen pro učitele a otázky byly zaměřeny na sledování grafomotorických projevů u dítěte ve školním prostředí. Druhý dotazník byl určen rodičům. Otázky směřovaly spíše k celkovému vývoji dítěte a vzájemnému vztahu mezi dítětem a rodinou (viz příloha).

Dalším podkladem pro výzkum byly anamnézy dětí ze specializovaných tříd pro žáky se zdravotním postižením, které mi rovněž poskytl pracovník z Pedagogicko psychologické poradny. Na základě těchto anamnéz byly zjištěny úrovně a odlišnosti v jednotlivých grafomotorických projevech u dětí ve specializované třídě pro žáky se zdravotním postižením.

Před výkonem výzkumné části jsem měla obavy, že nezískám dostatečně velký vzorek dětí z běžné třídy, abych mohla porovnat jejich grafomotorické projevy s projevy u dětí ze specializované třídy pro žáky se zdravotním postižením. Z konzultace s pedagogem však vyplynulo, že i v běžné třídě se nachází několik žáků s poruchami grafomotoriky.

Před začátkem výzkumu byly stanoveny dvě výchozí hypotézy, které bylo potřeba tímto výzkumem ověřit.

V jedné z hypotéz bylo stanoveno, že děti s grafomotorickými poruchami se potýkají především s motorickou neobratností, s nešikovností v rukou a prstech, s křečovitým držetím pera, s nízkou soustředěností při výuce a se záporným vztahem ke kreslení a psaní. Tyto obtíže se častěji vyskytují v kombinaci ve své hyperaktivní či hypoaktivní formě. Negativně se promítají jak do formy, tak i do obsahu písemného projevu. Ve druhém ročníku běžné třídy byl celkový počet žáků 24 a u deseti jedinců byly diagnostikovány na základě písemného projevu a dotazníků grafomotorické poruchy. Aby bylo porovnání se speciální třídou objektivní, bylo vybráno po dohodě s pracovníkem Pedagogicko psychologické poradny také deset dětí ze 2. ročníku specializované třídy pro žáky se zdravotním postižením.

Na základě celkového výzkumu jednotlivých projevů ve druhé třídě se ukázalo, že problémy s obratností při tělesné výchově a náročných pohybových hrách má v běžné třídě 20 % dětí a 70 % dětí ve specializované třídě pro žáky se zdravotním postižením. Děti trpí poruchou koordinace a kontroly pohybů a mají problémy s rovnováhou. Podle literatury je zvládnutí hrubé motoriky základním předpokladem pro plný rozvoj jedince. Dovednosti zaměřené na tuto oblast, dopomohou dítěti k nabytí sebedůvěry a zdokonalení koordinace pohybů a prohloubení samostatnosti (1).

V běžné třídě je 60 % dětí, které mají obtíže s úchopy. Ve specializované třídě pro žáky se zdravotním postižením se nachází 90 % dětí s nešikovností v rukou a prstech.

Grafomotorické obtíže také souvisí s průběhem porodu. Děti narozené při komplikovaném porodu jsou ve specializované třídě pro žáky se zdravotním postižením zastoupeny 80 ti procenty oproti třídě běžné, v níž se nachází pouze 20 procent dětí, jejichž matky prodělaly komplikovaný porod.. Ve většině případů bylo dítě kojeno.

Dalším srovnávacím hlediskem bylo křečovité držení pera při psaní. Podle literatury je štipkový úchop velmi důležitý pro správný nácvik držení tužky. Štipku tvoří bříška palce a ukazováku, která působí proti sobě a při držení tužky by mělo postupně této síly ubývat (57).

Ukázalo se, že v běžné třídě je 50 % dětí s křečovitým úchopem a ve specializované třídě pro žáky se zdravotním postižením dokonce 80% dětí s tímto problémem.

Dále byl porovnán vztah těchto dětí ke kreslení. Děti, které kreslí rády, začínají brát pastelky do ruky již kolem druhého roku věku. Literatura uvádí, že v předškolním věku je úroveň jemné motoriky a grafomotoriky jedním z důležitých kritérií při posuzování způsobilosti k zahájení školní docházky. Metoda, která je nejčastěji používaná je Jiráskův orientační test školní zralosti. Obsahuje kresbu lidské postavy, auta nebo květiny, napodobení geometrických tvarů, psacího písma a skupiny teček (5). Předmětem výzkumu byly však děti, které ani ve druhém ročníku základní školy nekreslí. V tomto případě jsou výsledky zajímavé, neboť není výrazný rozdíl mezi třídou běžnou a specializovanou třídou pro žáky se zdravotním postižením. V běžné třídě nekreslí 30 % dětí. Ve specializované třídě pro žáky se zdravotním postižením má záporný vztah ke kreslení jen o 10 % více dětí.

Děti, které se potýkají s poruchami grafomotoriky, vyžadují stálou péči odborníka. Následující výsledky reprezentují, kolik dětí z vybraného vzorku navštěvuje pravidelně specialistu jako například psychologa, foniatra nebo neurologa. Zatímco v běžné třídě pomoc odborníka vyžaduje pouze 20% dětí, ve specializované třídě pro žáky se zdravotním postižením jeho pomoc potřebují všechny děti.

Z dotazníků pro rodiče také vyplývá, že 20 % dětí z běžné třídy pravidelně navštěvuje logopedickou poradnu a ze získaných anamnéz se ukázalo, že logopeda vyhledává 60 % dětí ze specializované třídy pro žáky se zdravotním postižením.

Žáků, u kterých byly poruchy grafického projevu prokázány již v době, kdy navštěvovali první ročník, bylo v běžné třídě potvrzeno 20 % a ve specializované třídě pro žáky se zdravotním postižením 80 %. U ostatních jedinců se poruchy grafomotorického projevu ukázaly později.

Literatura uvádí, že včasný a správný rozvoj hybnosti u dítěte do jednoho roku je vhodným ukazatelem tělesného a psychického zdraví dítěte. Pohyb probouzí myšlení a myšlení aktivizuje řeč (43). Snahou bylo zaměřit se na porovnání jemné motoriky u dětí z výše uvedených tříd. Tyto děti mají potíže s manipulací menších předmětů. Například mají problémy s navlékáním korálků na nit, nebo se zacházením s dětskou stavebnicí. Z výzkumu vyšlo najevo, že manipulace s drobnými předměty činí problémy 70 ti procentům dětí ze specializované třídy pro žáky se zdravotním postižením a 20 procentům dětí z běžné třídy.

Pokud se týká problému hyperaktivity, tak z dotazníků pro rodiče a pedagogy vyplynulo, že ve speciální třídě se nachází 80 % hyperaktivních dětí. Překvapivě mnoho dětí s hyperaktivními projevy odhalil výzkum i v běžné třídě a to 60 %.

Literatura uvádí, že LMD se projevuje neklidem, impulsivitou, nesoustředěností a výkyvy v náladě. Tyto znaky byly průzkumem vyzorovány u 10 % dětí z běžné třídy a u 40 % dětí ze třídy specializované pro žáky se zdravotním postižením. Pokud se u LMD nevěnuje pozornost, může vést k neurotizaci dítěte, depresím, antisociálnímu chování v dospívání a dospělosti, k problémům s alkoholem a drogami. Diagnostika u dítěte by měla být vždy komplexní. U LMD je důležitá samozřejmě prevence a včasné rozpoznání (60).

Porovnání grafomotorických projevů podle výše uvedených hledisek bylo provedeno také mezi třetími ročníky běžné třídy a specializované třídy pro žáky se zdravotním postižením. V běžné třídě třetího ročníku studuje 21 žáků, z nichž u osmi dětí byly výzkumem potvrzeny poruchy grafomotoriky. Pro objektivitu porovnání bylo vybráno opět 8 dětí z specializované třídy pro žáky se zdravotním postižením .

Část výzkumu provedená ve třetím ročníku běžné a specializované třídy se zaměřením na problémy s obratností ukázala, že v běžné třídě má problém s obratností 50 % dětí a ve specializované třídě pro žáky se zdravotním postižením má tyto obtíže 75 % dětí.

Dále byly porovnávány děti, které mají obtíže s úchopy. V běžné třídě se ukázalo 62,50 % dětí s problematickými úchopy a ve speciální třídě bylo takto označeno 75 % dětí.

Pokud se týká problematického porodu, tak z výzkumu je patrné, že v běžné třídě bylo zjištěno jen 12,50 % dětí s problémovým porodem. Oproti tomu se ve specializované třídě nalézají 37,50 % dětí, jejichž matky prodělaly komplikovaný porod.

Dalším porovnávacím hlediskem byl křečovitý úchop tužky nebo pera. V běžné třídě je 50 % dětí s křečovitými úchopy. Ve specializované třídě je takových dětí 75 %.

Záporným vztahem ke kreslení se v běžné třídě projevuje podle výzkumu 37,5 % dětí. Ve specializované třídě je dětí, které nerady kreslí překvapivě méně, než v běžné třídě, a sice jen 25 %.

Odborníka navštěvuje v běžné třídě třetího ročníku 12,5% dětí s grafomotorickými obtížemi. Ve specializované třídě navštěvují odborníka všechny děti.

Také péči logopeda vyžadují některé děti z běžné třídy, a to 20 % z celkového počtu v běžné třídě. S logopedem spolupracuje 60 % dětí ze specializované třídy.

Dalším cílem bylo porovnat, kolik žáků třetího ročníku mělo problémy s grafickým projevem v 1. třídě. Výzkum prokázal, že zde jsou výsledky velmi rozdílné. Zatímco v běžné třídě bylo zjištěno 25 % dětí se špatným grafickým projevem v prvním ročníku, ve specializované třídě se nachází až 87,50 % dětí.

Porovnání dětí, které se potýkají s problematickou jemnou motorikou ukázalo, že v běžné třídě je takových jedinců 50 % oproti 75 % jedinců ve třídě specializované.

Předposledním porovnávacím hlediskem byla hyperaktivita žáků. Z výsledků je patrné, že v běžné třídě je 37,50 % dětí s hyperaktivními projevy a ve specializované třídě je 75 % dětí postižených hyperaktivitou.

Projevy lehké mozkové dysfunkce nemá v běžné třídě žádný žák, ale ve třídě specializované se nachází 25 % dětí s těmito projevy.

Hypotéza obsahující tvrzení, že děti s grafomotorickými poruchami se potýkají především s motorickou neobratností, s nešikovností v rukou a prstech, s křečovitým držením pera, s nízkou soustředěností při výuce a se záporným vztahem ke kreslení a psaní, se mi zcela potvrdila po srovnání třídy běžné a třídy specializované pro žáky se zdravotním postižením. Velice mě překvapilo, že výsledky srovnání druhého ročníku běžné a specializované třídy pro žáky se zdravotním postižením z hlediska hyperaktivity, se od sebe příliš neliší a že i v běžné třídě průzkum prokázal poměrně vysoké procento hyperaktivních dětí.

Hypotéza obsahující výše uvedené tvrzení byla potvrzena i při porovnání třetího ročníku běžné a specializované třídy. Z této části výzkumu vyšlo hned několik zajímavých výsledků. Překvapující je zejména padesáti procentní zastoupení neobratných dětí v běžné třídě a stejné procento žáků běžné třídy má potíže s jemnou motorikou. Za zmínku stojí i porovnání jedinců z hlediska záporného vztahu ke kreslení. Zde bylo zjištěno, že v běžné třídě se nachází takových dětí o 12, 5 % více než ve třídě specializované.

Předmětem druhé hypotézy byl předpoklad, že intenzivní procvičování motoriky a grafomotoriky a odstraňování grafomotorických obtíží pomocí zaměřené specifické reedukační činnosti vede k podstatnému zlepšení úrovně grafomotorických dovedností. Grafomotorické cvičení je řízené pohybové cvičení. Pohyb je zaznamenáván graficky a cvičení se využívá k rozvoji jemné motoriky ruky a zrakové koordinace v mateřských školách a v prvních třídách základní školy. Podstatou grafomotorických cvičení je uvolnění svalových skupin paže, zápěstí a ruky, čímž se dosáhne vytvoření správných předpokladů k nácvičování psaní (55).

K nápravě se používají různé pomůcky, jako jsou například Šimonovy pracovní listy (viz. příloha 13.). Pro nácvičování grafomotoriky bývá doporučováno také např. kreslení prstem do krupičky, mouky apod. Pro rozvoj jemné motoriky by dítě mělo válet, mačkat, hnětat různé materiály. Dalšími vhodnými pomocnými materiály jsou například písek, hrubé kamínky, korálky a knoflíky. Ty se dávají do sáčků a děti pak po hmatu poznávají

co je uvnitř (57). Tyto metody mohou být nejen užitečné pro samotnou nápravu, ale také pro dítě zábavné. Dítě se při takovém cvičení déle soustředí a tento fakt přispívá k celkovému prodloužení časového intervalu, po který se dítě dokáže koncentrovat na požadovanou činnost.

I tato hypotéza se mi potvrdila, neboť anamnézy jedinců dokazují, že 80% dětí ze specializované třídy pro žáky se zdravotním postižením, které prošly nápravou se zlepšilo buď výrazně a nebo alespoň částečně. Pouze 20% dětí se zlepšilo minimálně. (příloha 6., 7.)

I výsledky anamnéz žáků třetího ročníku specializované třídy potvrdily tvrzení druhé hypotézy. Z dětí, které prošly nápravou se 60 % zlepšilo výrazně, 30 % částečně a pouze u 10 % bylo prokázáno zlepšení minimální. (viz příloha 4.a přílohy 8. a 9.)

Z anamnéz vyplynulo, že intenzivní a pravidelná spolupráce rodičů a kvalitní domácí příprava pomohla k viditelnému zlepšení grafomotoriky u dítěte.

Z celkového pohledu se zdá být úroveň grafomotorických projevů dětí ve druhém ročníku lepší než u dětí ve třetí třídě. To však může být způsobeno například tím, že ve třetí třídě je učivo náročnější než ve druhé třídě.

6. Závěr

Cílem této práce bylo porovnání projevů grafomotorických obtíží dítěte v běžné třídě základní školy a dítěte ve třídě specializované pro žáky se zdravotním postižením. Tento cíl byl splněn.

První hypotéza zněla, že děti s grafomotorickými poruchami se potýkají především s motorickou neobratností, s nešikovností v rukou a prstech, s křečovitým držením pera, s nízkou soustředěností při výuce a se záporným vztahem ke kreslení a psaní. Tyto obtíže se častěji vyskytují v kombinaci ve své hyperaktivní či hypoaktivní formě. Negativně se promítají jak do formy, tak i do obsahu písemného projevu.

Z výsledků výzkumu je jasně patrné, že první hypotéza byla potvrzena, a to jak v porovnání druhých ročníků, tak v porovnání třetích ročníků.

Druhá hypotéza zněla, že intenzivní procvičování motoriky a grafomotoriky a odstraňování grafomotorických obtíží pomocí zaměření specifické reedukační činnosti vede k podstatnému zlepšení úrovně grafomotorických dovedností. Důležitá je intenzivní domácí příprava. I tato hypotéza byla potvrzena jednoznačně v obou ročnících.

Práce by mohla najít uplatnění u učitelů základních škol. Učitel by měl být připraven na vyšší výskyt dětí s grafomotorickými obtížemi a dětí se specifickými poruchami učení ve třídě.

Problematiku grafomotorických obtíží lze řešit individuálním přístupem v jehož rámci je důležité dítěti věnovat zvýšenou péči a pozornost, dát mu prostor na seberealizaci a rozvoj vlastních nápadů. Zde je rozhodující stálá a intenzivní spolupráce pedagogů s rodiči. Rodiče každého takového dítěte by se měli ve svém volném čase ujmout role pedagoga a provádět s ním grafomotorická cvičení.

Zařazením dítěte do specializované třídy pro žáky se zdravotním postižením s upravenými učebními osnovami se snižuje náročnost a tlak jak na děti, tak na rodiče. Domnívám se, že je u nás stále nedostatečný počet specializovaných tříd pro žáky se specifickými poruchami učení vzhledem k stále vyššímu počtu dětí, které se potýkají s těmito poruchami.

Dle mého mínění by se do budoucna měla změnit struktura financování takovýchto zařízení. Především si myslím, že Ministerstvo školství, mládeže a tělovýchovy by mělo čerpat více peněžních prostředků na výstavbu a rozšiřování podobných zařízení ze vzdělávacích fondů a programů EU.

7. Seznam použitých

1. Andersonová, J. ,Fischgrundová, S. ,Lobascherová, M. *Dobry start do školy*. Praha: Portál, 1994. 115 s. ISBN 80-85282-92-5.
2. Bartoňová, M. *Kapitoly ze specifických poruch učení* 1.vyd. Brno: Masarykova univerzita v Brně, 2004. 128 s. ISBN 80-210-3613-3 0-060-9.
3. Bartoňová, M. *Kapitoly ze specifických poruch učení* 2. vyd. Brno: Masarykova univerzita v Brně, 2005. 152 s. ISBN 80-210-3822-5.
4. Bártlová,S., Hnilicová,H. *Vybrané metody a techniky výzkumu, Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví*. Brno, 2000. 118 s. ISBN 80-7013-311-2.
5. Bednářová, J., Šmardová,V. *Rozvoj grafomotoriky*. Brno: Computer Press, 2006. 80 s. ISBN 80-251-0977-1.
6. Borová, B. *Šimonovy pracovní listy. 4. Rozvoj myšlení a řeči*. 1. vyd. Praha: Portál, 1997.
7. Buriánek, J. *Sociologie*. Praha: Fortuna, 1996. 127 s. ISBN 80-7168-304-3.
8. Davido, R. *Kresba jako nástroj poznání dítěte*, Praha: Portál, s.r.o., 2001. 206 s. ISBN 80-7178-449-4.
9. Ditrich, P. *Pedagogicko-psychologická diagnostika*. Jihočany: HaH, 1993. ISBN 80-85467-06-2.
10. Dvořák, J. *Logopedický slovník*. 2. vyd., Žďár nad Sázavou: Logopedické centrum, 2001. 192 s. ISBN 80-902535-2-8.
11. Dosmán, M. *Jak se vyrábí sociologická znalost*. 3. vyd. Praha: Karolinum, 2000. 374 s. ISBN 80-246-0139-7.
12. *Dyskalkulie* [online].2006, [cit.28.1.2007] Dostupné z <<http://www.volny.cz/dyskalkulie/index1.htm>>
13. *Dyspraxie v České republice* [online].2005,[cit.18.3.2007] Dostupné z <<http://www.stripky.cz/nemoci/neurologie/dyspraxie.html>>
14. Hermová, S. *Psychomotorické hry*. Praha: Portál, 1997. 95 s. ISBN 80-7178- 139-8.

15. Heyrovská, Y., Hrbková H., Mašková I. *Nebojte se psaní: Náprava grafomotorických obtíží u dětí předškolního a školního věku*. Praha: tiskárna ČEZ, a.s., 1996.
16. Hrabal, V. *Pedagogicko psychologická diagnostika žáka*. Praha: SPN, 1989. ISBN 80-04-22149-1.
17. Charvátová-Kopicová, V. *Šimonovy pracovní listy. 7: Logopedická cvičení 2*. 1. vyd. Praha : Portál, 1997.
18. *Jak na specifické poruchy učení*. [online].2003, [cit. 19.1.2007], Dostupné z <<http://www.rodina.cz/clanek2877.htm>>
19. Jankovský, J. *Ucelená rehabilitace dětí s tělesným a kombinovaným postižením*. 1. vyd., Praha: Triton, 2001. 173 s. ISBN 80-7254-192-7.
20. Jucovičová D., Žáčková H. *Dysgrafie*. 1.vyd., Praha: B Print s.r.o, 2005. ISBN80 903579-2-X.
21. Kaprová, Z. *O problémech žáků s poruchami učení a cestách k jejich řešení*. Praha, 2000. 73 s. ISBN 80-86114-32-5.
22. Kárová, V. *Šimonovy pracovní listy. 8: Rozvoj logického myšlení*, vyd. 1. Praha: Portál, 1998. 64 s. ISBN 80-7178-224-6.
23. Kirbyová, A. *Nešikovné dítě: Dyspraxie a další poruchy motoriky*. Praha: Portál, 2000. 206 s. ISBN 80-7178-424-9.
24. Kocurová, M. *Integrace žáků se specifickou poruchou učení*. Praha: Univerzita Karlova v Praze, 2001. 229 s. ISBN 80-7290-060-9.
25. Kocurová, M. *Specifické poruchy učení a chování*. Plzeň: Západočeská univerzita v Plzni, 2000. 51 s. ISBN80-7082-705-X .
26. Kozlová, L. *Metodologie výzkumu* [on-line].2006, [cit. 12.2.2007], Dostupné z <http://www.eamos.cz/amos/ksb_305/2.htm >
27. Kukla, J. *K psychologii neprospěchu žáka* [online].2005, [cit. 18.11.2006] Dostupné z <<http://www.arcana.cz/cz/texty.php?art=38&cat=14> >
28. Křenková, J. *Dyskalkulie a její reedukace*. [online].2005, [cit. 13.2.2007] Dostupné z < <http://www.volny.cz/dyskalkulie/SPECPOR.htm> >

29. Looseová, C., A., Piekertová, N., Dienerová, G. *Grafomotorika pro děti předškolního věku*. Praha: Portál, 2001. 166 s. ISBN 80-7178-540-7.
30. Looseová, C., A., Piekertová, N., Dienerová, G. *Pracovní listy: Grafomotorika pro děti předškolního věku*. Praha: Portál, 2001. ISBN 80-7178-541-5.
31. Matějček, Z. *Dyslexie-Specifické poruchy učení*. Praha: H&H, 1995. 269 s. ISBN 80-85787-27-X.
32. Matějček, Z. *Dyslexie: Specifické poruchy čtení*. 3. vyd., Praha: H&H, 1995. 269 s. ISBN 80-85787-27-X.
33. Matějček, Z. a kol. *Sociální aspekty dyslexie*. Praha: Karolinum, Univerzita Karlova v Praze, 2006. ISBN 80-246-1173-2.
34. Mertin, V. *Individuální vzdělávací program*. Praha: Portál, 1995. ISBN 80-7178-033-4.
35. Michalová, Z. *Specifické poruchy učení a chování*. Praha: Univerzita Karlova v Praze, 2003. 46 s. ISBN 80-7290-115-X.
36. Michalová, Y. a kol. *Speciálně pedagogická čítanka*. Praha: Univerzita Karlova Pedagogická fakulta, 2004. 171 s. ISBN 80-7290-109-5.
37. Mlčochová, M. *Šimonovy pracovní listy. 1., Celkový rozvoj : Prostorová orientace. Základní barvy. Uvolňovací cviky. Kreslení a stříhání. Rozvoj paměti, myšlení a tvořivosti*. 1. vyd. Praha : Portál, 1996.
38. Mlčochová, M. *Šimonovy pracovní listy. 2., Obrázky : Rozvoj pozornosti. Cvičení postřehu. Zrakové diferenciaci. Rozvoj myšlení. Geometrické tvary*. 1. vyd. Praha : Portál, 1996.
39. Mlčochová, M. *Šimonovy pracovní listy 3.: Dokreslování*. Praha : Portál, 1996.
40. Mlčochová, M. *Šimonovy pracovní listy. 10, Rozvoj obratnosti mluvidel a nácvik*, 1.vyd., Praha : Portál, 1999. 32 s. ISBN 80-7178-289-0.
41. Monatová, L. *Pojetí speciální pedagogiky z vývojového hlediska*. 2. vyd., Brno: Paido, 1998. 85 s. ISBN 80-85931-60-5.
42. Novák, J. *Diagnostika vývojových poruch učení v Českém jazyce, Psychodiagnostika*. Brno, 1994.

43. Opatřilová, D. *Pedagogická intervence v raném a předškolním věku jedinců s dětskou mozkovou obrnou*. Brno: Tisk MSD, 2003. 52 s. ISBN 80-210-3242-1.
44. Pilařová, M. *Šimonovy pracovní listy. 5 grafomotorická cvičení, než začnu psát, budu si s pastelkou hrát*. 1.vyd., Praha: Portál, 1997. 32 s.
45. Pokorná, V. *Teorie a náprava vývojových poruch učení a chování*. Praha: Portál 2001. 333 s. ISBN 80-7178-570-9.
46. Pokorná, V. *Šimonovy pracovní listy. 9, Grafomotorika a kreslení*. 1. vyd. Praha : Portál, 1998. 48 s. ISBN 80-7178-225-4.
47. Průcha, J. *Alternativní školy*. 2. akt. vyd., Praha: Portál, 2004. 141 s. ISBN 80-7178-977-1.
48. Průcha, J., Waltterová, E., Mareš, J. *Pedagogický slovník*. 3 rozšířené vyd., Praha: Portál, 2001. 322 s. ISBN80-7178-579-4.
49. Renotírová, M. a kol. *Speciální pedagogika*. 1. vyd., 2003, ISBN 80-244-0646-2
50. Selikowitz, M. *Dyslexie a jiné poruchy učení*. Praha: Grada Publishing, spol. s.r.o., 2000. 313 s. ISBN 80-7169-773-7.
51. Sindelarová, B. *Předcházíme poruchám učení, Soubor cvičení pro děti v předškolním roce a v první třídě*. Praha: Portál, 1993. 63 s. ISBN 80-85282-70-4.
52. Spáčilová, H., Šubová, L. *Příprava žáka na psaní*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2004. 87 s. ISBN80 244 0761 2.
53. *Specifické poruchy učení* [online].2003, [cit. 19.12.2006] Dostupné z <http://216.239.59.104/search?q=cache:y8_wBkUC7w0J:www.zsohrada.cz/files/doc/kabinet_SPU.doc+Specifick%C3%A9+poruchy+u%C4%8Den%C3%AD&hl=cs&ct=clnk&cd=25&gl=cz>
54. *Specifické poruchy učení* [online]. 2004, [cit.15.2.2007] Dostupné z <http://www.jablko.cz/SPU/SPU/SPU_1.htm>
55. Svatoš, T. *Katedra pedagogiky a psychologie se představuje....*, Praha: Gaudeamus 1997, ISBN80-7041-182-2.
56. Svoboda, M., Krejčířová, D., Vágnerová, M. *Psychodiagnostika dětí a dospívajících*. Praha: Portál, 2001. 791 s. ISBN 80-7178-545-8.

57. Svobodová, J. *Metodika rozvoje grafomotoriky a počátečního psaní*. Praha: Institut pedagogicko-psychologického poradenství ČR, 2001.
58. Tymichová, H. *Nauč mě správně psát*. Praha: Práce 1994. 62 s. ISBN 80-208-0330-0.
59. Zelinková, O. *Poruchy učení*. Praha: Portál s.r.o., 2003. 263 s. ISBN 80-7178-800-7.
60. *Wikipedie: Specifické poruchy učení*. [online].2005, [cit. 18.11.2006] Dostupné z <<http://wikimediafoundation.org/wiki/Sponzorstv%C3%AD>>
61. *Wikipedie, Lehká mozková dysfunkce*. [online].2005, [cit. 18.1.2007] Dostupné z<http://cs.wikipedia.org/wiki/Specifick%C3%A9_poruchy_chov%C3%A1n%C3%AD_a_u%C4%8Den%C3%AD> 23.12.2006

8. Klíčová slova

grafomotorika

specifické poruchy učení

reedukace

integrace

specializované třídy pro děti se zdravotním postižením

hrubá motorika

jemná motorika

diagnostika

9. Přílohy:

Příloha 1.

Zákon 561/2004 Sb. §16

Vzdělávání dětí, žáků se speciálními vzdělávacími potřebami

- (1) Dítětem, žákem a studentem se speciálními vzdělávacími potřebami je osoba se zdravotním postižením, zdravotním znevýhodněním nebo sociálním znevýhodněním.
- (2) Zdravotním postižením je pro účely tohoto zákona mentální, tělesné, zrakové nebo sluchové postižení, vady řeči, souběžné postižení více vadami, artismus a vývojové poruchy učení nebo chování.
- (3) Zdravotní znevýhodnění je pro účely tohoto zákona zdravotní oslabení, dlouhodobá nemoc nebo lehčí zdravotní poruchy vedoucí k poruchám učení, chování, které vyžadují zohlednění při vzdělávání.
- (4) Sociálním znevýhodněním je pro účely tohoto zákona
 - a) rodinné prostředí s nízkým sociokulturním postavením, ohrožení sociálně patologickými jevy
 - b) nařízená ústavní výchova nebo uložená ochranná výchova
 - c) postavení azylanta, osoby požívající doplňkové ochrany a účastníka řízení o udělení mezinárodní ochrany na území ČR podle zvláštního právního předpisu
- (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 a 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 pomůcky poskytované školou. Dětem, žákům a studentům, kteří nemohou vnímat řeč sluchem, se zjišťuje právo na bezplatné vzdělávání pomocí nebo prostřednictvím znakové řeči. Dětem, žákům a studentům, kteří nemohou číst běžné číslo zrakem, se zjišťuje právo na vzdělávání s použitím Braillova hmatového písma. Dětem, žákům a studentům, kteří se nemohou dorozumívat mluvenou řečí, se zjišťuje právo na bezplatné vzdělávání pomocí nebo prostřednictvím náhradních způsobů dorozumívání.
- (8) Vyžaduje-li to povaha zdravotního postižení, zřizují se pro děti, žáky a studenty se zdravotním postižením školy, popřípadě v rámci školy jednotlivé třídy, oddělení nebo studijní skupiny s upravenými vzdělávacími programy. Žáci s těžkým mentálním postižením, žáci s více vadami a žáci s autismem mají právo se vzdělávat v základní škole speciální, nejsou-li vzdělávány jinak.
- (9) Ředitel mateřské školy, základní školy, základní školy speciální, střední školy a vyšší odborné školy může 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.
- (10) Ke zřízení jednotlivé třídy, oddělení nebo studijní skupiny s upravenými vzdělávacími programy v rámci školy podle odstavce 8 a ke zřízení funkce asistenta pedagoga podle odstavce 9 je v případě škol zřizovaných

ministerstvem či registrovanými církvemi nebo náboženskými společnostmi, kterým bylo přiznáno oprávnění k výkonu zvláštního práva zřizovat církevní školy, nezbytný souhlas ministerstva, v případě škol zřizovaných ostatními zřizovateli souhlas krajského úřadu.

Příloha 2.

Motorická funkce

Č.	Úkol	PL	P	L
1.	Střídavé rozpojování a spojování natažených prstů			
2.	Postupně se dotýkat palce ostatními prsty			
3.	Špetka			
4.	Střídání 2. a 3. prstem			
5.	Postupné pokládání prstů vyjma palce			
6.	Kmitání jazyka mezi koutky mírně rozevřených úst			
7.	Střídavé nafukování pravé a levé tváře			
8.	Jednu ruku dlaní, druhou v pěst sevřenou položíme na stůl, obě současně zvedneme, změníme sevření dlaně a natažení prstů, položíme. Opakujeme.			
9.	Opakované svírání obou rukou v pěst a opětná natažení za současného zvednutí rukou. Opakujeme.			
10	Zvedání ruky (předloktí) na pokyn.			

ROZBOR:

Audiomotorická koordinace

Č.	Percepce rytmické sestavy	Odp.	RS	Reprodukce rytmické sestavy	ES
1.	. - . - . - . -			
2.	.. - . - . - . - . -			. - . - . - . -	
3.	- - . -			- - -	
4.	.. . - . - . - . - . -			.. - . - . - . - . -	
5.	. - . - . - . - . -			. - . - . - . - . -	
6.	-			-	

Celkové a úspěšné

ROZBOR:

.....
Věc: Integrace dítěte

Jméno, Příjmení	dat. nar.	bydliště
Škola	třída	

Závěry vyšetření

Aktuální obtíže dítěte jsou natolik závažné, že je opravňují k zařazení do školského vzdělávacího programu ZŠ pro vzdělávání žáků se speciálně vzdělávacími potřebami podle zákona 561/2004 Sb. §16.

Nález platí pro účel školské statistiky.

- a) klasifikace zdravotního postižení – mentální, tělesné, zrakové, sluchové, vady řeči, souběžné postižení více vadami, artismus, vývojové poruchy učení, vývojové poruchy chování
- b) prognóza vývoje – postižení – regresivní
 - progresivní
 - předpoklad částečné nápravy
 - předpoklad úplné nápravy
- c) pracovník PPP se kterým lze průběžně spolupracovat a konzultovat individuální výchovně vzdělávací program
- d) doporučené formy vzdělávání
 - individuální integrace – běžná škola, speciální škola
 - skupinová integrace – běžná škola, třída, oddělení, studijní skupina ve speciální škole
 - ve školách samostatně zřízených pro žáky se zdravotním postižením
- e) individuálně spec. ped. práce mimo vyuč. dobu (.....hodin týdně)
 - účast dalšího odborníka
 - snížit počet dětí ve třídě
 - potřeba speciálních učeb. pomůcek
 - asistent pedagoga
- f) platnost posudku do..... V Plzni dne.....

Příloha 4.

Kazuistika

U matky tohoto chlapce proběhlo rizikové těhotenství a porod císařským řezem. V období věku batolete byl v péči neurologa pro záchvaty nám neznámé etiologie. Nyní je v péči logopeda. Foniatické vyšetření je bez nálezu. Během vyšetření, které proběhlo na MŠ byl chlapec euforický, bez tenze spolupracovat. V předškolním nechtěl kreslit a byl nápadně nezručný. Intelektové předpoklady jsou v hraničním pásmu. Jemná a hrubá motorika je výrazně neobratná. Psací náčiní drží nekorektním způsobem. Chlapec je velmi unavitelný, koncentrace pozornosti je nízká, snadno odklonitelná. Matka byla seznámena s výsledkem vyšetření a doporučením rozvíjet kreslený a grafomotorický projev, cvičit jemnou a hrubou motoriku (navlékání korálků, práce se stavebnicí,...), intenzivní logopedická péče a rozvoj paměti (básničky, říkadla).

Během 3. třídy dítě prošlo grafomotorickým kurzem: Nebojte se psaní, Náprava grafomotorických obtíží u dětí předškolního a školního věku(Heyrovská).

Došlo k výraznému zlepšení. Dítě má nyní korektní úchop psacího náčiní a kvalita písma se zlepšila.

Příloha 5.

Dotazník pro učitele

1. Jak se dítě chová ve škole?

je pohyblivé-je neklidné-je klidné-je nápadně nepohyblivé

2. Jaké je dítě v pohybových hrách a tělesné výchově?

obratné – neobratné

3. Jaká je u dítěte zručnost v rukou a prstech?

Šikovné - nešikovné

4. Má dítě křečovitě držení pera?

Ano - ne

5. Jak drží dítě pero (jaký má úchop)?

korektní - nekorektní

6. Tlačí dítě na psací náčiní?

Ano - ne

7. Má dítě kladný vztah ke kreslení?

ano-ne

9. Jaké ruce dává dítě přednost při kresbě, hře a jiných činnostech?

Pravé – levé - střídá je

10. Mělo dítě problémy grafického projevu již v 1. třídě?

Ano - ne

Dotazník pro rodiče

1. Byl porod u dítěte bez problému?

Ano - ne

2. Bylo dítě kojeno?

Ano - ne

3. Vyskytl se u dítěte tyto nemoci? (pokud ano zakroužkujte)

Spalničky-zarděnky-plané neštovice- příušnice-angíny-úraz hlavy-
zánět mozkových blan-spála- střevní onemocnění-kopřivka

4. Je dítě v péči nějakého odborníka? (např.psycholog, foniatr, neurolog,...)

Ano - ne

5. Je dítě v péči logopeda?

Ano - ne

6. Jaký vztah má dítě ke kreslení?

kreslí často- nekreslí-rád kreslí- nerad kreslí

7. Má dítě problémy s manipulací např.s korálky a se stavebnicí?

Ano - ne

8. Má dítě při psaní křečovitý úchop?

Ano - ne

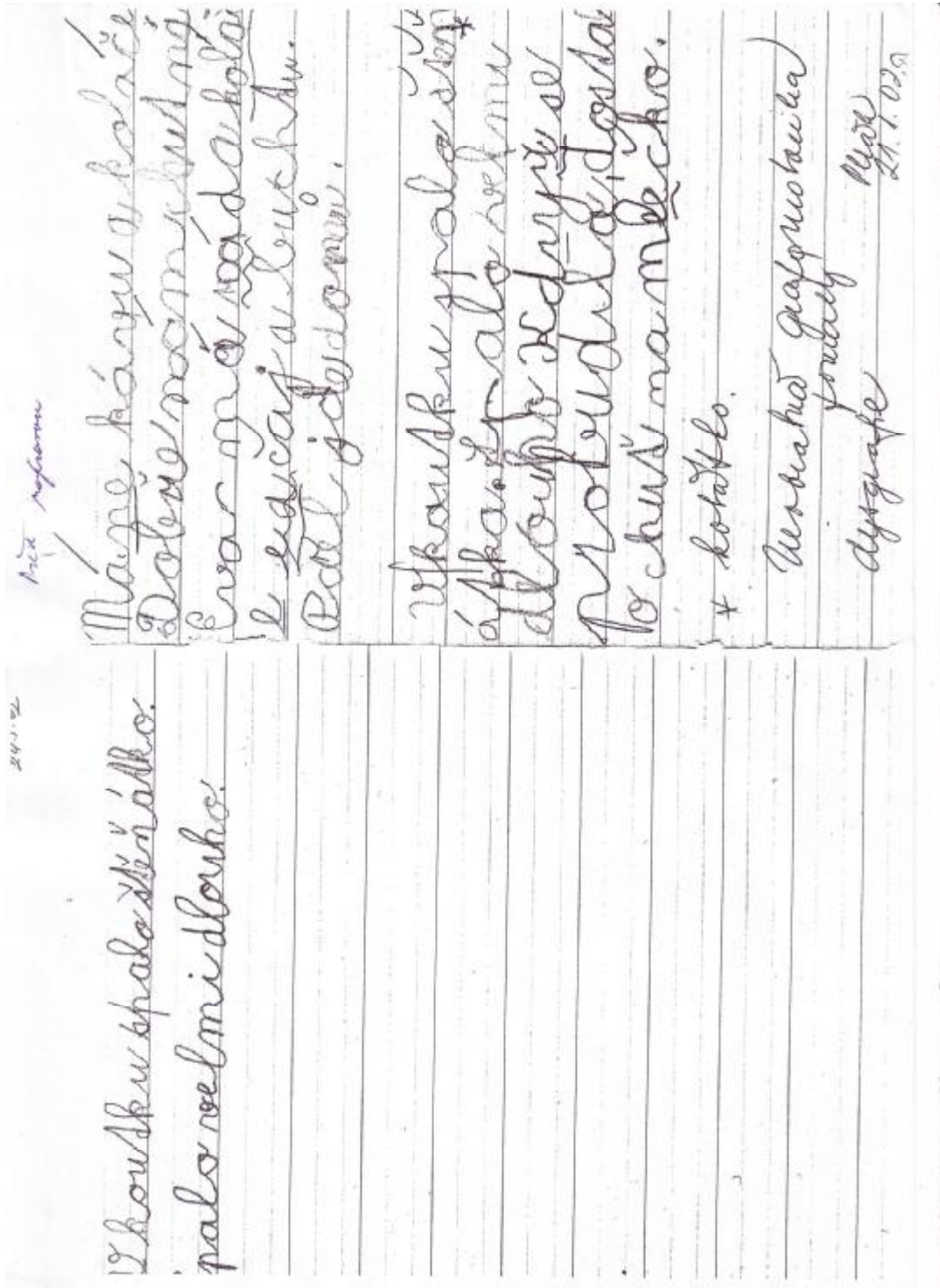
9. Používá dítě při psaní nesprávný úchop(chybné postavení prstů,
nepodložený prostředník pod tužkou,..)

Ano - ne

10. Mělo dítě problémy s grafickým projevem v 1.třídě?

Ano - ne

Příloha 6. Úroveň písma žáka ve druhé třídě před nápravou



Příloha 7. Úroveň písma žáka ve druhé třídě po nápravě

10. náprava

28 Záměna psacích písmen – m × n

m × n

Opiš stejnými barvami. Přečti.

nám <u>nám</u>	komin <u>kamin</u>
snám <u>snám</u>	nemoc <u>nemoc</u>
kmen <u>kmen</u>	kámen <u>kámen</u>
kmin <u>kmin</u>	možná <u>možná</u>

Maminka dá do omáčky smetanu.
Maminka dá do omáčky smetanu.

V zimním čase je mnoho nemocných.
V zimním čase je mnoho nemocných.

Opiš. Písmena m a n barevně podtrhni. Přečti.

mlyn <u>mlyn</u>	mnoho <u>mnoho</u>
nemá <u>nemá</u>	nemusi <u>nemusi</u>
zimní <u>zimní</u>	namaže <u>namaže</u>
kamna <u>kamna</u>	smetana <u>smetana</u>

Mamka si namaže kminový chléb máslem.
Mamka si namaže kminový chléb máslem.

Do masance dává maminka mandle.
Do masance dává maminka mandle.

2. 5. 01 28

Příloha 8. Úroveň písma žáka ve třetí třídě před nápravou

Před nápravou

1-238
Záznamový list č. 14

Vyšetření úrovně písemného projevu a pravopisu
DIKTÁT - PŘEPIS

Jméno, příjmení: _____		Datum vyš.: 16. 2. 05		
Ročník ZŠ: 2	Věk	r.	més.	Exam.: le

DIKTÁT Pro žáky od 3.roč.

Hlavní má zelený klobouk. ~~Časová rasová~~
 síťev. Myšic budou právníky, naše kostěná
 kloboučkouky.

pravidla celku ~~mg~~ ~~mitat~~

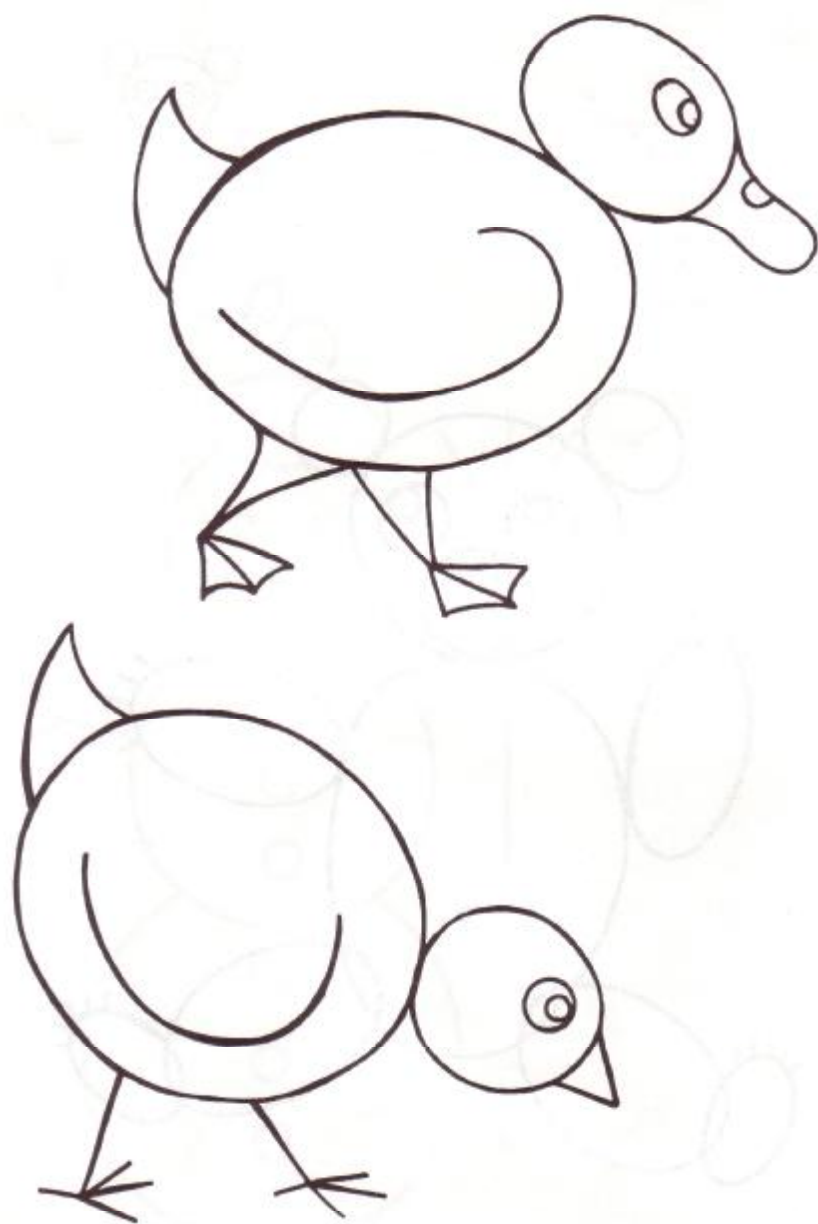
PŘEPIS TEXTU Chybně zapsaných slov: 8

hlusci, součarovití, nejje ménějí, fotografálí,
 projev dle brájinou, ~~vitěslav~~ ~~čt~~ ~~adány~~

117 (20)

ROZBOR: Chybně zapsaných slov: 8

Příloha 10. Pomůcka při grafomotorickém cvičení

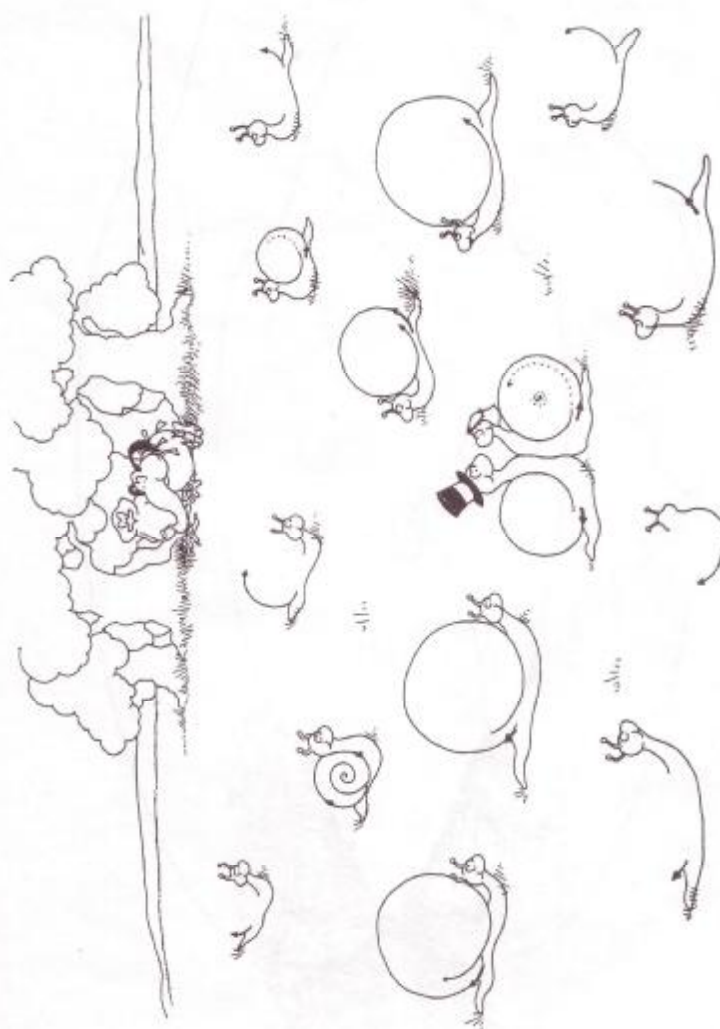


Příloha 11. Pomůcka při grafomotorickém cvičení

Obrázek 57

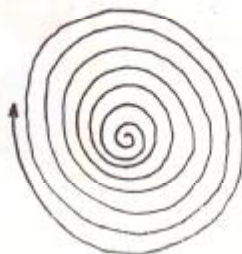
14. PŘÍBĚH

Při svém putování procházeli oba kamarádi kolem šnečí svatby.
Některé ulity šneků ještě nejsou úplné.
Prosím, dokresli je do konečné podoby.



Příloha 12. Pomůcka při grafomotorickém cvičení

Není to kroužek a není to klubičko.
Říká se tomu spirála.
Vlevo i doprava začíněj Aničko.
Kreslit se učíme odmála.



392 A 20886

Příloha 13. Šimonovy pracovní lity

14. Mrak

Malý, velký oblouček,
mrak je jako kloubček.

