

UNIVERZITA KARLOVA V PRAZE

PEDAGOGICKÁ FAKULTA

Katedra psychologie

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE:

Percepce dostatků a nedostatků u dětí s rizikem vzniku gramotnostních obtíží

Perception of strengths and difficulties with children with the risk of development
of literacy struggles

Autorka: Josefína Nováková

Vedoucí práce: doc. PaedDr. PhDr. Anna Kucharská, Ph.D.

Studijní program: B7701 Psychologie

Studijní obor: 7701R013 Psychologie-speciální pedagogika

Praha 2015

Čestné prohlášení:

Čestně prohlašuji, že jsem bakalářskou práci „*Percepce dostatků a nedostatků u dětí s rizikem vzniku gramotnostních obtíží*“, vypracovala samostatně, za pomoci odborných konzultací a rad doc. PaedDr. PhDr. Anna Kucharské, Ph.D., v souladu se zákonem č. 121/2000 Sb., o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon), ve znění pozdějších předpisů.“. Čerpala jsem pouze ze zdrojů, které jsou uvedeny v seznamu literatury.

V Praze dne.....

Podpis.....

PODĚKOVÁNÍ:

Tímto bych chtěla poděkovat především doc. PaedDr. PhDr. Anna Kucharské, Ph.D. za její odborné vedení, rady a pomoc a samozřejmě i za její bezbřehou trpělivost a laskavost. Velké poděkování patří i Bc. Heleně Podpěrové za zpracování statistických dat. Poděkování patří i pracovníkům projektu ELDEL, kteří se podíleli na sběru dat od dětí, rodičů a příbuzných a i ostatním spolupracovníkům, kteří se projektu účastnili. Na závěr bych ráda poděkovala Bc. Davidu Filípkovi za pomoc při stylistickém a formálním zpracování práce.

Abstrakt

Tato bakalářská práce zpracovává sebraná data v rámci projektu ELDEL, a to konkrétně dotazník SDQ (Googman, 1999). Tento dotazník vypracoval dětský neurolog a psychiatr Robert Goodman, který rozšířil dříve vzniklý dotazník pro rodiče od Michaela Ruttera (Rutter scale for completion by parents – A scale). SDQ dotazník vyplňovali rodiče dětí s vývojovou dysfázií, rodinným rizikem dyslexie a typicky se vyvíjejících dětí. SDQ dotazník byl součástí baterie, kterou rodiče vyplňovali v rámci projektu ELDEL. Cílem této bakalářské práce bylo zjistit, zda existuje statisticky významný rozdíl ve vnímání rodičů svých dětí mezi jednotlivými skupinami. A to jak v jednotlivých škálách, které SDQ dotazník zahrnuje, tak i v celkovém skóru, či ve všech třech skupinách navzájem.

Ve výzkumném vzorku, který tato bakalářská práce zpracovává, bylo celkem 133 dětí. Tyto děti byly rozděleny do 3 skupin podle informací získaných od rodičů. Po testování bylo zařazení dětí upravováno podle získaných skutečností.

Pro vyhodnocení dat byla použita kvantitativní analýza, ve které se zjistilo, že existují statisticky významné rozdíly ve vnímání rodičů svých dětí ze zkoumaných skupin dětí s NVŘ, RR, TV v celkovém získaném skóru, ale i v jednotlivých škálách. Konkrétní výsledky jsou podrobně popsány v empirické části této práce. Popis výsledků přihlíží k teoretickému popisu jednotlivých skupin a jejich specifik.

Klíčová slova: Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ,) vývojová dysfázie (SLI), dyslexie, rodinné riziko dyslexie, vnímání rodičů, hodnocení

Abstract

This bachelor thesis was executed by data collection within the ELDEL project in form of a questionnaire SDQ (Goodman, 1999). This questionnaire was designed by a pediatric neurologist and psychiatrist Robert Goodman, who expanded earlier created questionnaire for parents by Michael Rutter (Rutter scale for completion by parents – A scale). This questionnaire aimed for parents with children with specific language impairment, children with family risk of Dyslexia and children with typical development. SQD questionnaire was a part of a battery, which parents underwent within the ELDEL project. The aim of this bachelor thesis was to find out, whether there is a statistically significant difference in the parents perception of their children between individual groups. In the individual scales, which are included in the SDQ questionnaire, in the overall score or between the score of individual groups.

There were 133 children in the experimental sample, which this bachelor thesis examines. These children were divided into 3 groups based on information retrieved from their parents. After the testing, the placement of each individual was adjusted based on acquired data.

After the data evaluation a quantitative analysis was used, which uncovered that there are statistically significant differences in the parent's perception of their children in examined groups of children with specific language impairment, children with family risk of Dyslexia and children with typical development especially in the overall score but also in individual scales. The exact results are thoroughly described in the empirical part of this thesis. The description of the results takes into account the theoretical description of individual groups and their specifics.

Key Words: Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ) , children with specific language impairment (SLI), dyslexia, children with family risk of dyslexia, perception, evaluation

Obsah

Úvod.....	7
1 Teoretická část	9
1.1 Předškolní věk.....	9
1.1.1 Emoční vývoj.....	9
1.1.2 Sociální vývoj	10
1.1.3 Sociální porozumění	11
1.1.4 Vrstevníci.....	12
1.1.5 Předškolák a rodiče	12
1.1.6 Výchova.....	13
1.1.7 Výchovné prostředky	13
1.1.8 Styly výchovy	14
1.1.9 Rodina a specifické poruchy učení	15
1.1.10 Vývoj řeči	16
1.2 Dyslexie	17
1.2.1 Příčiny vzniku dyslexie.....	18
1.2.2 Diagnostika dyslexie.....	19
1.2.3 Diagnostika dyslexie v předškolním věku – tzv. riziko vzniku dyslexie....	19
1.2.4 Dyslexie a rodiče	21
1.2.5 Dyslexie a percepce rodičů	22
1.2.6 Dyslexie a ADHD a ADD	22
1.2.7 Dyslexie a sociální chování	23
1.2.8 Dyslexie a emoce	24
1.3 Dysfázie	24
1.3.1 Příčina vzniku dysfázie.....	26
1.3.2 Diagnostika dysfázie.....	26
1.3.3 Dysfázie a rodiče	27
1.3.4 Dysfázie a hyperaktivita	28
1.3.5 Dysfázie a sociální chování	28

1.3.6	Dysfázie a emoce	29
2	Empirická část.....	30
2.1	Projekt ELDEL	30
2.2	SDQ dotazník.....	30
2.2.1	Emocionální symptomy (ES).....	31
2.2.2	Problémové chování (PBCH)	31
2.2.3	Hyperaktivita a nepozornost (HN).....	31
2.2.4	Problémy vzájemného vztahu (PVV)	32
2.2.5	Prosociální chování (PSCH)	32
2.2.6	Hodnocení dotazníku	32
2.3	Uvedení do problematiky.....	32
2.3.1	Cíle práce a hypotézy.....	33
2.3.2	Respondenti	38
2.3.3	Průběh sběru dat.....	39
2.3.4	Základní rozdělení sledovaného vzorku	39
2.4	Analýza dat a statistické zpracování	41
2.4.2	Zhodnocení výsledků jednotlivých škál	44
	DISKUZE.....	54
	ZÁVĚR.....	62
	LITERATURA.....	64
	PŘÍLOHY.....	67

Úvod

Téma „*Percepce dostatků a nedostatků u dětí s rizikem vzniku gramotnostních obtíží*“ jsem si vybrala proto, že je to velice blízké téma mně samotné. Řadím se mezi jedince, kteří trpí specifickou poruchou učení, a to dysortografií a lehkou dyslexií. Jelikož sama vím, jak moc důležitá je podpora rodičů, jejich percepce dítěte, jejich chování a jednání, rozhodla jsem se zkoumat toto téma hlouběji.

Tato práce se zaměřuje na téma percepce dítěte s rizikem vzniku gramotnostních obtíží, mezi které patří děti z tzv. rodinného rizika dyslexie a děti s vývojovou dysfázií. Je velice důležité, jak sami rodiče děti vnímají, kde vidí jasné nedostatky, ale i zda vnímají naopak jejich přednosti. Dítě trpící SPU nebo dysfázií může být pro rodinu zátěž, rodiče se takovému jedinci musí věnovat více než dětem s typickým vývojem. Běžné řešení domácích úkolů je časově náročnější, rodiče svému dítěti zpravidla pomáhají více a po delší dobu než intaktním vrstevníkům. Proto jsem využila možnosti věnovat se předškolním dětem s určitou potencialitou vzniku gramotnostních obtíží a sledovat pohled rodičů na ně již v tomto věku.

Ve své práci se zaměřuji na to, jak rodiče vnímají předškoláka, který by mohl mít v budoucnu gramotnostní obtíže. Neznamená to však, že zkoumám, jaké dítě skutečně je. Zajímá mne pouze pohled rodičů na jejich dítě. To, jak rodiče své děti vnímají, ovlivňuje jejich chování k nim. Nejdůležitější je, aby dětem byli podporou, tím kdo povzbudí a pomůže a nenechá ho propadnout zoufalství.

První problémy u dítěte trpícího specifickou poruchou učení (SPU) jsou již patrné v předškolním věku, kdy děti mohou zaostávat v určitých činnostech oproti vrstevníkům, avšak diagnostiku, zda dítě skutečně trpí specifickou poruchou učení, lze provést až po nástupu do základní školy. Přesto je možné u dětí s rizikem vzniku SPU již v předškolním věku vysledovat specifické rysy v chování, které mohou na možnost SPU poukazovat. Jednou z ohrožených kategorií je dítě z tzv. rodinného rizika dyslexie – tedy rodiny, ve které se specifické poruchy učení již vyskytují. Dítě s vývojovou dysfázií se v předškolním věku projevuje zejména problémy v rozvoji řeči a jazykových dovednostech, ve školním věku se mohou rozvinout nedostatky ve čtení, psaní a počítání.

V této práci se zaměřuji i na to, zda už v předškolním věku dítěte jsou rodiče schopni jednotlivé odchylky zachytit, a to nejen ty negativní, ale i pozitivní, protože je jistý předpoklad, že děti, které budou v budoucnu trpět SPU, mají zároveň specifické rysy, ve kterých vynikají. Pozitivní stránky osobnosti lze očekávat i u dětí s vývojovou dysfázií.

1 Teoretická část

1.1 Předškolní věk

Předškolní věk je datován do období mezi třetím a šestým či sedmým rokem dítěte. Přesná hranice není dána, protože nejde jen o fyzický věk, ale i o sociální zlom, kterým je vstup dítěte na základní školu (Vágnerová, 1999). Někdy se předškolní věk též nazývá „*období, kdy se kladou základy socializace*“ (Říčan, 2004, s. 119). Tedy období s největším rozvojem začleňování jedince do společnosti (Říčan, 2004). Erikson hovoří o věku iniciativy, kdy je u dětí hlavní potřeba sebeprosazení a aktivity (in Vágnerová, 1999). Můžeme také hovořit o tzv. věku mateřské školy (Langmeier, Krejčířová, s. 87, 2006.). V tomto věku je zde patrný velký zájem dítěte o svět, kdy si vytváří jakýsi obraz světa, a manifestuje se v typickém dotazování „*Proč?*“ či „*Co to je?*“.

1.1.1 Emoční vývoj

Děti předškolního věku již lépe rozumí svým emočním požitekům. Jsou schopny je regulovat, zvláště pak negativní emoce, jako je například zlost a vztek. Objevuje se již kritičnost k vlastnímu chování. Předškolní děti se lépe orientují i v emocích druhých lidí. Uvědomují si, že emoce nemají jednoznačný význam, nebo že jedinec nemusí své pocity dávat vždy najevo. Na konci předškolního období děti plně chápou, že některé situace mohou vyvolat negativní i pozitivní emoce zároveň a že projevené emoce se nemusí shodovat s prožitkem. Jedinci, kteří jsou schopni orientovat se v emocích ostatních lidí, bývají v kolektivu více oblíbeni (Vágnerová, 2012).

Emoční regulace se neustále vyvíjí, ale pokud je nějaký prožitek velice silný, často ještě selhává a dítě se přestává kontrolovat. Emoční prožívání závisí i na typu temperamentu. Proto důležitou složkou pro rozvoj regulace emocí je orientace ve vlastních či cizích pocitech a hlavně schopnost mluvit (Vágnerová, 2012).

Předškolní děti již dokážou přijmout náhradu za matku a odejít na celý den do mateřské školy, dále jsou více samostatné. Dokážou přijmout rozumové vysvětlení,

pokud je použit přiměřený jazyk tomuto věku (Langmeier, Langmeier, Krejčířová, 1998).

1.1.2 Sociální vývoj

Děti v předškolním věku se socializují také již mimo rodinu. Jedná se o období, kdy přecházejí mezi rodinnou a institucí či dalšími sociálními skupinami. Předškolní děti rozvíjejí svoji individualitu díky interakci s ostatními lidmi. Navazují vztahy s ostatními vrstevníky i s dospělými, což je podstatné pro další vývoj osobnosti dítěte. Učí se novým sociálním schopnostem, rozvíjí se komunikace a interakce s lidmi mimo rodinu. Postupně se děti identifikují se třemi základními sociálními prostředími, (Vágnerová, 2012):

- **Rodina** – zdroj bezpečí a jistoty, základní sociální skupina.
- **Vrstevníci** – skupina předškoláků kolem dítěte, která je důležitá pro diferenciaci vztahů, které jsou nezbytné k osamostatnění jedince.
- **Mateřská škola** – prostředí, kde jedinec získává nové sociální dovednosti.

V tomto období je však stále nejdůležitější rodinné prostředí, kde vzniká primární socializace. Socializace zahrnuje tři vývojové aspekty (Langmeier, Krejčířová, 2006):

1. Sociální reaktivita

V sociální reaktivitě se vyvíjejí diferencované sociální a emoční vztahy k lidem ve společenském okolí dítěte, a to jak v užším okruhu, tak ve vzdálené společnosti.

2. Sociální kontrola a hodnotová orientace

Zde se vyvíjí systém norem, které dítě přejímá od dospělých na základě zákazů, povolení a příkazů, které jsou mu udávány. Dítě tak získává přirozené hranice, ve kterých se pohybuje.

3. Sociální role

Jedná se o vzorce chování, které jsou od společnosti očekávané vzhledem k pohlaví, věku a společenskému postavení. Jedinec zastává několik rolí, a to i v předškolním věku, jako je například syn/dcera či spolužák v mateřské škole (Langmeier, Krejčířová, 2006). Dítě se musí samo naučit rozlišovat jednotlivé sociální role a podle nich se

následně chovat. Toto může být problém u dětí trpících ADHD, které sociální role velice těžko rozlišují a chovají se ve všech rolích identicky (Vágnerová, 2012).

V předškolním věku se naplno začíná rozvíjet vývoj sociálních kontrol. Ačkoliv mnoho věcí bylo v útlejším věku tolerováno, nyní je již na dítě vyvíjen tlak, aby se chovalo společensky přijatelně. Dítě by při vstupu do mateřské školy mělo být schopné dodržovat hygienu, obléknout se a zvládat veškerou činnost sebeobsluhy. Od tří let by měla být sebekontrola dítěte dobře vyvinutá, řídí se svým vnitřním hlasem, co je správné či nikoliv. Občasné hlasité příkazy, které si dítě samo dává, jsou patrné ještě při nástupu na základní školu. Vývoj sociálních kontrol je velmi úzce vázán na rodinné prostředí, ve kterém jedinec vyrůstá. Faktorem, který silně ovlivňuje vývoj sociálních kontrol v rodině, je způsob výchovy. Výsledky jsou odlišné při použití tělesných trestů či spíše liberálnější výchovy (Langmeier, Krejčířová, 2006).

1.1.3 Sociální porozumění

Základy sebepojetí se pokládají již v batolecím věku, kdy jsou již děti schopny rozlišit pohlaví, vnímat, že jsou děti. V předškolním věku se již dítě dokáže lépe popsát po fyzické stránce, například jaké má vlasy, oči, vlastní preference, co by rádo či nerado, nebo co je jeho vlastnictví. U dítěte nastupuje socializace emočního prožívání, kdy je schopné své pocity regulovat a lépe je vyjadřovat. Díky porozumění vlastním pocitům se dítě učí prožívat a chápat pocity ostatních. Velice důležité je, aby bylo dítě s rodičem emočně vyladěné, čímž se pokládají základy empatie. Děti v předškolním období připisují emoce i hračkám a pomocí hry se učí, jak s jednotlivými emocemi nakládat. Narůstá i schopnost pocitů vlastní viny, hrdosti či studu. Zároveň je patrný značný nárůst prosociálního chování, kdy je například dítě schopné ostatní utěšovat (Langmeier, Krejčířová, 2006). Základ prosociálního chování pramení z nápodoby, proto je důležitá identifikace. Míra prosociálního chování je závislá na rodinném modelu (Vágnerová, 2012). V předškolním věku dítě stále vnímá paralelu mezi pocity a chováním (Langmeier, Krejčířová, 2006).

1.1.4 Vrstevníci

Podle studií bylo zjištěno, že ve vývoji prosociálního chování hraje velkou roli, zda má jedinec sourozence a zda se pohybuje v prostředí s ostatními dětmi (Vágnerová, 2012). Děti musí tak od útlého věku vyjednávat a chápat pocity druhých dětí při výměně hraček či přání. Děti jsou více citlivé a chápavé k vnitřním pocitům druhých. Pokud je dítě v úzkém kontaktu s vrstevníky, ať už se sourozenci či spolužáky z mateřské školy, tak má prokazatelně rychlejší vývoj emočních a sociálních dovedností (Langmeier, Krejčířová, 2006). Vztahy mezi vrstevníky jsou vyrovnané díky stejným kompetencím a podobnému sociálnímu statusu, ale poskytují dítěti méně jistoty nežli dospělí. Vztahy s vrstevníky pomáhají předškolnímu dítěti v socializaci a ovlivňují kognitivní i emotivní oblasti. Interakce s vrstevníky je důležitá pro uspokojení potřeb jedince a získávání nových zkušeností. Předškolní děti se musí naučit s vrstevníky soupeřit, prosadit se, ale i spolupracovat či projevit solidaritu. (Vágnerová, 2012). Pokud má předškolní dítě potřebu sociálního kontaktu s vrstevníky, je to známka zralosti osobnosti (Vágnerová, 1999).

Odraz porozumění druhým je nejvíce patrný v symbolické hře, kdy si dítě zkouší jednotlivé životní situace a reakce na ně v bezpečném prostředí hry. I díky hře se učí, jak se druzí mohou v rozličných situacích cítit a zároveň si tyto sociální situace i vyzkoušet (Langmeier, Krejčířová, 2006).

1.1.5 Předškolák a rodiče

V předškolním věku je podstatné, aby dítě mělo jistotu a bezpečí v rodině. Stále více se zajímá o vrstevníky, velice rádo s nimi tráví svůj čas, ale je důležité, aby pociťovalo bezpečí domova, kam se vrací. Děti v předškolním věku přisuzují rodičům až všemocnost, což je utvrzuje v pocitu bezpečí (Vágnerová, 2012). V předškolním věku již děti vnímají odlišně matku a otce. Od otce zpravidla očekávají autoritu, která stanovuje hranice a pravidla, a to včetně trestů. Od matky očekávají spíše vyslechnutí, utěšení, pohlázení a ochranu. Tyto tradiční role se ovšem v naší společnosti již tak striktně nedodržují, v mnoha případech může docházet k záměně rolí, kdy matka je ta, která trestá a otec je ten, kdo utěšuje (Langmeier, Krejčířová, 2006).

V předškolním věku dochází k identifikaci s rodiči, kdy dítě přejímá hodnoty, postoje a přání rodičů za své. Tato identifikace se nejvíce projevuje ve svědomí, kdy dítě jedná podle norem rodičů. Děti rády napodobují rodiče. Chlapci chtějí být tak silní jako je tatínek, dívky si například půjčují oblečení maminek, aby byly stejně krásné jako ony. Dítě, které je plně identifikované s rodiči, je před ostatními brání a hájí jejich postoje či názory (Langmeier, Krejčířová, 2006). Brání svoje rodiče například při komunikaci se spolužáky: „*Můj tatínek má největší svaly!*“ (Říčan, 2004).

Pro zdravý vývoj dítěte je důležité mít zastoupeny v rodině oba dva elementy, a to jak mužský, tak ženský. Pokud jsou rodiče rozvedeni a dítě je v péči výhradně jednoho rodiče, schází druhý element. I kdyby rodič sebe více chtěl, nemůže plnohodnotně zastat oba dva elementy sám (Langmeier, Krejčířová, 2006). Může zde být problém i v chybějícím sexuální modelu (Vágnerová, 1999). Děti v předškolním věku se sice od rodičů postupně odpoutávají a stávají se samostatnými jednotkami, ale na druhou stranu více touží po bezpečí či po pohlazení.

1.1.6 Výchova

„*Výchova je proces vzájemného působení (interakce) toho, kdo něčemu učí, a toho, kdo se tím sám učí*“ (Langmeier, Krejčířová, 2006, s. 263.). Skrze výchovu je utvářena osobnost dítěte. Ale více než rozkazy a zákazy, které rodiče dítěti dávají, působí na výchovu samotný vzor rodičů, jak oni sami se chovají k ostatním členům rodiny či k okolí.

Každý rodič si stanovuje výchovné cíle, které jsou odrazem jeho vlastního hodnotového systému a dále z předpokladů dítěte. Pro hodnotový systém rodičů je základem systém rodin, ze kterých pocházejí a zkušenosti, které je doposud ovlivnily (Langmeier, Krejčířová, 2006).

1.1.7 Výchovné prostředky

Každý rodič volí jiné výchovné prostředky, kterými se snaží dítě motivovat k dosažení cíle. Tyto prostředky jsou postaveny na základech principu zpevnování žádoucího chování a naopak vyhasínání nežádoucího chování (Langmeier, Krejčířová, 2006). Hlavní prostředkem výchovy jsou pak odměny a tresty, ale i nápodoba

(Vágnerová, 2012). Obecně jsou odměny účinnější nežli tresty a měly by ve výchově převládat. Oba dva tyto výchovné prostředky mají svůj vliv na výchovu. Je důležité, aby rodiče dokázali použít obou dvou prostředků tak, aby byly adekvátně zastoupeny. Odměny nemusí mít formu pouze materiální, může se jednat i o pochvalu (Langmeier, Krejčířová, 2006).

Pro vytváření osobnosti dítěte je podstatné, aby byly odměny a tresty zároveň i správně aplikovány. Například tresty mohou mít negativní vliv na dítě a vývoj jeho osobnosti. Nepřiměřený trest může vyvolat negativní emocionální reakci dítěte, jako je strach či úzkost. Pokud se takový trest opakuje, může ovlivnit rysy osobnosti dítěte ve formě plachosti, úzkosti, neprůbojnosti či projevováním antisociálního chování (Langmeier, Krejčířová, 2006).

Neadekvátní tresty mohou děti vnímat jako nespravedlnost. Zvláště v situacích, kdy je jedinec trestán za něco, co sám není schopen ovlivnit, jako například trest za nepozornost u dětí trpících ADHD (Langmeier, Krejčířová, 2006).

1.1.8 Styly výchovy

Dalším důležitým faktorem ovlivňujícím vývoj jedince je výchovný styl, kterým rodič působí na své dítě.

Známe 3 základní výchovné styly:

1) Autoritativní styl – rodič klade důraz na bezpodmínečnou poslušnost dítěte, není zde prostor pro nějaké diskuze, rodič je pro dítě naprostá autorita.

2) Liberální styl – tento styl klade důraz na ponechání co největší volnosti dítěti bez jasných rozkazů či omezování.

3) Demokratický styl – je středem mezi předchozími výchovnými styly, kdy je dítě jasně respektováno jako samostatná bytost, která má svá přání a potřeby, ale zároveň respektuje svého rodiče. Tento rodič přistupuje k dítěti spíše jako jeho starší kamarád či partner. Tento styl je založen na společném rozhovoru a hledání optimálních kompromisů. (Langmeier, Krejčířová, 2006).

Toto základní rozdělení výchovných stylů neumožňuje vždy jasně určit, jakým stylem je dítě vychovááno. V některých situacích se rodiče přiklánějí spíše

k liberálnímu stylu výchovy, v jiných k autoritativnímu. Mohou zde být i rozdíly mezi rodiči, kdy jeden vyznává jiný styl výchovy nežli druhý (Langmeier, Krejčířová, 2006).

Mezi nevhodné styly výchovy řadíme:

Rozmazlující výchova – kdy se ve výchově projevuje až „opičí láska“, dítě vše smí.

Zavrhuující výchova – při tomto stylu výchovy dávají rodiče najevo své city odmítání či nesouhlasu, a to jak otevřeně, tak skrytě.

Nadměrně ochraňující výchova – rodič se snaží přespříliš chránit svoje dítě, kdy svojí ochranou ovšem brání dítěti získávat dovednosti, které potřebuje pro svůj zdárný rozvoj.

Perfekcionistická výchova – výchova, při které rodič vyžaduje po dítěti perfektní výkony doma, ve škole, ale i při mimoškolních aktivitách. Často klade na dítě nepřiměřené nároky, které nemůže dítě vzhledem k věku splnit.

Nedůsledná výchova – kolísavá výchova, kdy rodič reaguje na některé situace velice liberálně, jindy naopak přísně. Nastává i v situaci, kdy jeden rodič zastává liberální styl a druhý naopak autoritativní.

Zanedbávající, zneužívající dítě, týrající či deprivující výchova – krajní styl výchovy, kdy je ohrožen vývoj dítěte (Langmeier, Krejčířová, 2006).

1.1.9 Rodina a specifické poruchy učení

V předškolním věku jsme již schopni u dítěte identifikovat první problémy spojené se specifickými poruchami učení, a to zvláště díky oblastem, ve kterých je dítě opožděno. Je možné, že si rodiče nemusejí přímo uvědomovat budoucí gramotnostní potíže dítěte, ale mohou si všimnout průvodních projevů, které u dětí s rizikem vzniku specifických poruch učení vykazuje (např. hyperaktivita, nesoustředěnost, problémy ve vyjadřování). Zvláštní skupinou jsou pak děti s rodinným rizikem dyslexie, což jsou případy, kdy se objevuje specifická porucha učení v rodině opakovaně (Kucharská, 2004). Všímaví rodiče se zkušeností přítomnosti problému ve čtení, psaní, počítání (např. u jejich sourozenců, rodičů, ale také třeba u staršího sourozence dítěte) častěji věnují pozornost tomu, jak se dítě vyvíjí v předškolním věku a přemýšlejí o jeho budoucích obtížích. Také rodiče s dysfázií mohou pociťovat obavy o budoucí vývoj dítěte.

Péče o dítě s evidovanými problémy nebo s potencialitou školních obtíží, je ve větší míře na matce, která se vrhne do role ochránitelky a pomocnice. Snaží se s dítětem cvičit v oblastech, kde se projeví nedostatky. Je ta, co podporuje, povzbuzuje. Otcové se většinou staví do role ochránců potomka, jelikož si nechtějí připustit, že by jejich dítě mohlo být jakkoliv odlišné. Na oba dva rodiče je to tlak. Così je jinak než by mělo být, jinak než si mysleli, že bude. Může docházet i ke konfrontaci se sourozenci, kdy může být dítě srovnáváno jak se starším, tak i mladším sourozencem, v tom co dovede či nedovede. Tento fakt může významně ovlivnit sebepojetí dítěte. Rozdíly ve vnímání dítěte se specifickými poruchami učení jsou závislé i na pohlaví dítěte. U dívek je větší tolerance nežli u chlapců. Je to také dáno tím, že dívky jsou trpělivější a více se snaží, což rodiče vidí a kladně hodnotí. Podobně to může být i u dítěte s dysfázií.

Velice pomáhají pedagogicko-psychologické poradny, kdy rodičům vysvětlí problematiku specifických poruch učení a vývojové dysfázie a uklidní je. Následně rodiče navedou správným směrem, jak by měli s dítětem pracovat. Velmi často také vyslovená diagnóza rodičům uleví.

Je velice důležité, aby rodiče přijali fakt, že jejich dítě trpí specifickou poruchou učení. Věnovali se mu a našli mu odvětví například mimoškolních aktivit, kde děti dosahují dobrých výsledků, např. ve sportu, což posiluje jejich sebevědomí. Důležitým faktem je rozdělení práce s dítětem tak, aby jeden rodič nebyl přetěžován. To by mohlo vést k „syndromu rodičovského vysílení“ (Švancarová in Kucharská, 1999).

1.1.10 Vývoj řeči

Děti v předškolním věku jsou již schopny vyjádřit své pocity, přání a jsou schopny respektovat komunikační pravidla. V řeči se ještě silně projevuje kognitivní egocentrismus, kdy děti charakterizují skutečnosti ze svého pohledu či některá podstatná fakta nezmíní vůbec (Vágnerová, 1999). Dochází také k občasnému opomenutí zmínění důležitých fakt, protože jsou pro ně jasné. Kolem 4. roku předškolní děti dokáží rozlišit, zda mluví s dospělými, vrstevníky či s mladšími dětmi. Celkovou komunikaci dokáží tomuto faktu přizpůsobit (Vágnerová, 2012). Ve 4 letech již děti používají složitější větná spojení, poté i souvětí. Objevují se v řeči ale i agramatismy

či nepřesnosti, problém dělá i časová posloupnost. V předškolním věku je pro dítě významnou složkou egocentrická řeč, kdy dítě mluví samo k sobě. Skrze egocentrickou řeč se dítě reguluje, vyjadřuje svoje pocity či ji využívá jako prostředek myšlení (Vágnerová 1999).

1.2 Dyslexie

„Dyslexie je specifická porucha projevující se neschopností naučit se číst, postihující základní znaky čtenářského výkonu, rychlost, správnost, techniku a porozumění čtenému textu, přestože se dítěti dostává běžného výukového vedení, má průměrnou inteligenci a sociokulturní příležitost. Je podmíněna poruchami v základních poznávacích schopnostech, přičemž tyto poruchy jsou často konstitučního původu.“ (Matějček, s. 19, 1995).

Dyslexie je jedna z nejčastějších poruch učení, jejímž projevem je ztížená schopnost učit se číst. Patří do kategorie specifických poruch řeči a jazyka (Matějček, Vágnerová, 2006). Dyslexii bychom mohli volně přeložit jako potíže se slovy. U specifických poruch učení, a tím i u dyslexie, není jasně vytyčená příčina. Mezinárodní dyslektická asociace a Národní institut zdraví a vývoje dítěte v USA popisují ve své definici dyslexii jako poruchu učení neurobiologického původu (Matějček, Vágnerová, 2006). Obecně se hovoří o tom, že tato porucha může být buďto vrozená, nebo získaná poškozením mozku (Jucovičová, Žáčková, 2008). Z. Matějček hovoří i o názoru, že tato porucha není dána geneticky ani mozkovým poškozením, ale je zde deficit v procesu zrání mozku, a to zejména v dynamice vývoje. Toto narušení vývoje se týká jednotlivých struktur v různých etapách vývoje mozku. Deficit posléze ovlivňuje schopnosti, které jsou důležité k učení čtení. Mezi ty bychom mohli zařadit oblasti zrakového vnímání či integrace pohybových a smyslových podnětů. Díky těmto faktům se první problémy objevují ve sféře vnímání, později projevem opožděného vývoje v oblasti psycholingvistické (Matějček, 1987).

Jedinci s dyslexií mají největší problém v rozpoznání a zapamatování jednotlivých písmen, zejména těch, která jsou si díky grafickému znázornění nejblíže, jako je b-d či t-j. Dále tento problém nemusí mít kořeny pouze v grafickém znázornění, ale i ve zvukových aspektech jednotlivých písmen, jako je například b-p, a-e

(Jucovičová, Žáčková, 2008; Zelinková, 2015). Tato porucha se nejčastěji projevuje v rychlosti a plynulosti čtení, správném čtení či porozumění čtenému textu. V české populaci trpí dyslexií 3 % dětí, kdy většina z těchto dětí potřebuje odbornou pomoc (Matějček, Vágnerová, 2006).

1.2.1 Příčiny vzniku dyslexie

Autoři mnoha studií, jako jsou E. Grigorenko (2000), Smith (2001), Fisher (2002) se kloní k názoru, že dyslexie je geneticky podmíněna. Dokladují, že byla jasně prokázána dědičnost u vysokého procenta dyslektických dětí. Během posledních let bádání byly potvrzeny konkrétní geny, které by se měly podílet na rozvoji dyslexie. Nejde však pouze o geny, dochází zde k interakci specifického genového kódu s prostředím. U dyslexie je možno mluvit o genetické zátěži, kdy byly zkoumány jednotlivé části mozku a byly zde odhaleny buněčné anomálie. Tyto anomálie musely vzniknout v prvním trimestru těhotenství, což poukazuje na vliv genetického kódu. (Zelinková, 2015). Na toto poukazují i studie zaměřené na dyslektické děti a na jejich rodiče či studie jednovaječných dvojčat s dyslexií. Bylo prokázáno, že dyslexie je dědičná. Na toto téma provedli studii *Genetical Investigations in Dyslexie* M. Zahálková, V. Vrzal a E. Klobouková (1972). V jejich výzkumu měli vzorek 65 dyslektiků, kdy se jim u 29 dětí potvrdila dyslektická zátěž v rodině, což je 45 % dětí ze zkoumaného vzorku.

Dyslexii je možné diagnostikovat až na prvním stupni základní školy, ale už v předškolním věku můžeme zachytit chování, které je typické pro dyslektiky. Můžeme u dětí s rodinným rizikem dyslexie pozorovat nemotornost v hrubé i jemné motorice, problémy v interakci s vrstevníky, nedočkavost či sklony k hyperaktivnímu chování, obtíže v rýmování či slabší schopnost dodržení instrukcí.

Teorie neuropsychologického vývoje jsou novodobé, a to díky novým zobrazovacím technikám, mezi které bychom mohli zařadit magnetickou rezonanci a mozkovou tomografii. Díky těmto technikám bylo prokázáno, že mozek dyslektika funguje jinak než u běžného jedince (Zelinková, 2012).

Další z teorií se opírá o hormonální změny. Nadměrná hladina mužského hormonu testosteronu má negativní vliv na prenatální vývoj levé hemisféry, která je zodpovědná za vývoj řeči (Zelinková, 2012; Matějček, 1987).

Biochemické změny jsou brány taktéž v potaz díky výzkumům, ve kterých bylo zjištěno, že 32 % dyslektiků má v těle nižší hladinu nenasycených mastných kyselin, které jsou přímo spojovány s horší pozorností a potížemi při čtení. Při testovém podávání chybějící látky se jedinci zlepšili. Tato teorie stále není plně ověřena (Zelinková, 2008; Zelinková, 2009; Matějček, Vágnerová, 2006).

Díky těmto teoriím je jednoznačné, že dyslexie nemá jasného viníka, ale jde pravděpodobně o souběh více faktorů.

1.2.2 Diagnostika dyslexie

Dyslexie se zpravidla diagnostikuje až po nástupu dětí na základní školu, a to zpravidla nejdříve ve 2. ročníku. Dětem je ponechán čas na to, aby se naučily správně číst. Při diagnostice dyslexie prochází dítě rozhovorem s vyšetřujícím psychologem, zkouškou hlasitého čtení, kde se sledují složky jako je rychlost čtení, počet chyb, stupeň čtenářských návyků, porozumění čtenému textu, průvodní chování při čtení a tiché čtení. Další částí testu je „zkouška psaní a pravopisu“. Velice důležitou složkou testování dyslektiků je testování inteligence, kdy jedinci mají specifické nedostatky ve schopnostech, které jsou potřebné ke čtení, ale ostatní schopnosti jsou na normální úrovni. Nedílnou součástí anamnézy dítěte je rozhovor s rodiči či s pedagogy. Někdy jsou testy doplňovány i o testy sebepojetí, většinou v dotazníkové formě (Matějček, 1987).

1.2.3 Diagnostika dyslexie v předškolním věku – tzv. riziko vzniku dyslexie

Jak již bylo zmíněno, diagnostika se provádí až ve školním věku. Moje práce se zaměřuje na děti předškolního věku, proto nelze s určitostí tvrdit, že jsou dyslektici. Děti v předškolním věku ještě nemají osvojené základy čtení a psaní, proto není diagnostika možná. Můžeme ovšem již u těchto dětí pozorovat deficity na úrovni sluchové, řečové, v rychlosti průběhu psychických procesů, v sekvenční analýze,

zrakovém vnímání a v neposlední řadě i v krátkodobé a dlouhodobé paměti. Důležité je, aby již v tomto věku byly případné deficity rozpoznány, následně posilovány a rozvíjeny oblasti, ve kterých jedinec selhává. Podpora rozvoje a posilování silných stránek dítěte plní funkci motivační (Zelinková, 2012). Dále může být věnována pozornost dětem, jejichž sourozenec nebo rodič (anebo jiný příbuzný) trpěl problémy ve čtení, psaní, počítání. Tzv. riziko dyslexie je v poslední době aktuálním tématem (Kucharská, 2014).

V předškolním věku je možno již rozlišit děti, které by mohly trpět dyslexií, a to díky problémům v řeči. Mohou se projevovat nesprávnou artikulací zapříčiněnou chybným rozlišováním jemných rozdílů ve výslovnosti. Některé rozdíly nemusí vnímat vůbec. Dále můžeme zmínit i opožděný vývoj řeči, který je jeden z nejvýznamnějších ukazatelů dyslexie v tomto věkovém období. Většinou se projevuje tím, že děti na věci či objekty ukazují, ale nedoprovází to řečí. Také mohou nahrazovat slova neurčitými výrazy jako je „to“ či „ta věc“. Projevuje se i zpomalené vybavování jednotlivých slov (Zelinková, 2012).

Pokud dítě projevuje tyto známky opoždění vývoje řeči či nesprávné artikulace a v rodině již je dyslektická zátěž, je vhodné dítě ve věku 4-5 let vyšetřit. Toto vyšetření neprokazuje dyslexii, ale pouze poukazuje na možnou predispozici k ní. Díky této predispozici mohou rodiče modifikovat své chování a snažit se dítěti více číst, zpívat si s ním, učit dítě říkadla či básničky (Zelinková, 2012).

Marta Bogdanowic (1993) vypracovala testovací baterii pro zjišťování rizika dyslexie v předškolním věku. Test obsahuje 21 otázek a vyplňují jej rodiče nebo pedagogové. Stanovila 7 okruhů, které se nejčastěji vyskytovaly u dětí s dyslexií a podle nich sestavila otázky do dotazníku (Zelinková, 2008):

- Pohybová neobratnost v rámci hrubé motoriky: dítě špatně běhá, je pohybově neobratné, špatně se zapojuje do pohybových her, s obtížemi se učí jezdit na kole.
- Pohybová neobratnost v rámci jemné motoriky: dítě má obtíže v sebeobsluze, např. při zapínání knoflíků, šněrování bot, při manipulačních hrách (např. navlékání korálků) apod., tyto činnosti vykonává s nechtí.

- Špatná senzomotorická (zrakově pohybová) koordinace: dítě neumí stavět věž z kostek, kreslí neochotně a primitivně, v odpovídajícím věku neumí nakreslit kruh, čtverec, trojúhelník.
- Opožděný vývoj v oblasti laterality: dítě až do konce předškolního věku používá střídavě buď pravou, nebo levou ruku.
- Opožděný vývoj prostorové orientace a orientace v tělovém schématu.
- Poruchy vývoje zrakové pozornosti a paměti: bezradnost v kresbě, obtíže ve skládání obrázků, např. puzzle.
- Opožděný vývoj řeči: nesprávná artikulace většího počtu hlásek, obtíže ve výslovnosti složitých výrazů (Zelinková, s. 80-81, 2008).

1.2.4 Dyslexie a rodiče

Matějček a Vágnerová provedli výzkum kvality informovanosti rodičů o dyslexii, při kterém použili baterii otázek v publikaci od M. Bogdanowicz (in Matějček, Vágnerová, 2006). V první části dotazníku se zaměřili na obecnou informovanost rodičů o problému dyslexie. Bylo zjištěno, že v České republice je na vysoké úrovni. Ve druhé části dotazníku se zaměřili na názory rodičů na problémy spojené s dyslexií. Zabývali se i postoji rodičů ke svým dětem trpící dyslexií. První část byla zaměřena na charakteristiky, které matky udávaly o svém dítěti (např. je pomalé a nestíhá), druhá část byla zaměřena na to, co nejčastěji udávali otcové. Část výzkumu se dotazovala na spokojenost se školskými zařízeními a učitelkami, poslední část se věnovala tomu, jak rodiče vnímají vlastní dyslektické dítě. Většina z nich udávala, že jde o zátěžovou situaci, ale každý z rodičů ji prožívá specifickým způsobem. To ovlivňují hlavně zkušenosti rodičů, osobnostní vybavení či postavení v rodině a společnosti. Nejčastějšími problémy, na které poukázal test, jsou: trpělivost, důslednost, stres spojený s přípravou do školy (Matějček, Vágnerová, 2006).

Pro rodiče je velice složité přijmout skutečnost, že jejich dítě trpí dyslexií. Často se snaží tuto skutečnost popírat a měnit odborníka, který by jim potvrdil, že jejich dítě je zdravé a netrpí žádnou poruchou učení. Reakce rodičů na danou skutečnost, že dítě trpí dyslexií, může být doprovázeno silnými emocemi. Mohou být ve škále od pocitu viny, vzteku, až k vzájemnému obviňování partnerů, čím je to vina. K celkovému zhoršení

domácí atmosféry může přispívat i fakt, že jeden z rodičů problém přijímá a druhý jej odmítá. To může vést ke konfliktu mezi rodiči, což má nepříznivý vliv na dítě a rodinné prostředí. Jsou i rodiče, kteří diagnózu dyslexie nikdy nepřijmou (Zelinková, 2012).

Pro dítě je důležité, aby rodiče diagnózu přijali a snažili se podporovat a rozvíjet jeho zdravé sebevědomí. Dítě jinak může trpět pocitem méněcennosti, protože si uvědomuje, že není tak úspěšné jako sourozenec a že se mu rodiče musí více věnovat. Toto může vyústit až do přílišné závislosti dítěte na rodičích či narušením procesu vývoje (Zelinková, 2008).

1.2.5 Dyslexie a percepce rodičů

Děti trpící dyslexií mají tendenci hodnotit se nepříznivěji oproti intaktní populaci (Matějček, Vágnerová, 2006). Stejně tak hodnotí ostatní osoby, ať už rodiče nebo učitele. Například pokud se dětem něco povede, přisuzují to štěstí či náhodě, nikoli svým schopnostem. Dyslektické děti mohou mít také problémy ve sféře sociální komunikace, kdy nejsou schopné správně identifikovat mimiku či gesta a stejně tak mohou někdy nevhodně reagovat ony samy. Často nedokáží jasně projevit, co samy chtějí. Vzhledem k popsaným obtížím výše je zřejmé, že výchova jedince s poruchami učení je náročnější než u ostatních dětí. Děti s dyslexií mají problémy s pozorností, v sociální komunikaci a zvládnutí emocí (Matějček, Vágnerová, 2006). Jedná se o zátěž pro rodiče a jejich vnímání potomka, kdy ho hodnotí jako problémovějšího, zvláště pokud jedinec má sourozence, který žádnou poruchou učení netrpí (Zelinková, 2012).

1.2.6 Dyslexie a ADHD a ADD

Téměř 50 % dětí s dyslexií trpí také ADHD (Attention Deficit Hyperactivity Disorder) neboli poruchou pozornosti spojenou s hyperaktivitou. Nebo také ADD, což je porucha pozornosti, kdy dítě má hladinu aktivace v normě. ADD se považuje za jednu ze subkategorií ADHD. V rámci ADHD se jedná i o problémy s impulzivitou, někdy i agresivitou. Příčina vzniku ADHD je opět kombinací několika vlivů. Jde o teratogeny v těhotenství, jakou jsou toxiny, drogy, alkohol, atd. Dále pak o dědičné vlivy (Zelinková, 2012).

Mezi největší problémy u dětí s dyslexií a ADHD či ADD uvádějí rodiče pomalost při provádění kognitivních operací, obtížnější navazování sociálních kontaktů a denní snění. Dále pak mají děti sklony k úzkostnému chování. V některých případech je zjevné tzv. ADHD s agresivitou, kdy se u dětí projevuje nedostatek snášenlivosti, tendence k hádavosti, antisociální chování či celková nesnášenlivost.

Při diagnostice ADHD jsou stanovena kritéria, která sledují projevy jak v rodinném, tak školním prostředí. Kritéria jsou rozdělena do dvou skupin. Aby mohlo být ADHD diagnostikováno, je potřeba, aby v každém úseku přetrvával určitý počet kritérií alespoň 6 měsíců (Zelinková, 2009; Jucovičová, Žáčková, 2008).

Problémy v chování, které byly výše popsány, se mohou objevovat už v předškolním věku, kdy diagnóza SPU nebyla ještě přidělena právě proto, že existuje komorbidita mezi SPU a ADHD/ADD. Problémové chování se tak může dotýkat i dětí ze skupiny rodinného rizika dyslexie, se kterou pracujeme v této práci.

1.2.7 Dyslexie a sociální chování

Děti s dyslexií mají ve velké míře potíže v sociálním chování. Pokud dítě s dyslexií trpí současně ADHD, je tento fakt ještě umocněn. Je to dáno tím, že se tyto jedinci déle a s více opakováními učí sociálnímu chování. Často si nemohou vybavit jména spolužáků, mohou se k nim chovat zbrkle a obecně mají větší nechuť navazovat sociální kontakty. S větší měrou se u nich projevuje neverbální komunikace, která někdy může vést až k agresii. V mnoha výzkumech se provádělo sociometrické šetření školního kolektivu. Bylo zjištěno, že děti trpící dyslexií jsou v kolektivech méně oblíbené (Zelinková, 2008).

Jak již bylo zmíněno, děti s dyslexií mohou mít problém v sociálním chování, ať už jde o navazování sociálních kontaktů či o prosociální chování. Ty mohou vyústit v problémy výchovné, jako jsou záchvaty neovladatelného vzteku, neposlušnost, odmítnutí a agrese, nebo až k asociálnímu chování, jako je lhaní a podvádění, ale i šikana a krádeže (Zelinková, 2008).

Všechny tyto obtíže se mohou dostavovat již v předškolním věku a mohou se týkat i skupiny dětí s rodinným rizikem dyslexie.

1.2.8 Dyslexie a emoce

Jak již bylo naznačeno, dyslektické děti jsou více dráždivé. Jejich emoce mohou být více umocněné než u intaktní populace. Jedinci trpící dyslexií jsou více podráždění, impulzivnější, mají tendence k projevům vzteku a agrese. Projevují se často strachy ze selhání, že zklamou rodiče či učitele (Matějček, Vágnerová, 2006). Už v předškolním věku si mohou rodiče všimnout emočních obtíží, tedy nikoli jen u dětí s dyslexií, ale také u dětí s rodinným rizikem dyslexie.

1.3 Dysfázie

Dysfázie je porucha, která postihuje vývoj řeči. Tuto vývojovou poruchu lze charakterizovat jako „*specificky narušený vývoj řeči, projevující se ztíženou schopností nebo neschopností naučit se verbálně komunikovat, i když podmínky pro rozvoj řeči jsou přiměřené*“ (Škodová, Jedlička, s. 110, 2007). Přiklání se i k názoru, že se jedná o nezralost či poškození fungování centrální nervové soustavy (Kutálková, 2005), nebo jako následek poruchy centrálního zpracování řečového signálu (Škodová, Jedlička, 2007). Dysfázií trpí ve větším procentu chlapci než dívky (Škodová, Jedlička, 2007; Kutálková, 2005). Jedním z hlavních symptomů dysfázie je nerovnoměrný vývoj řeči a jazykových schopností a dovedností. Mezi viditelné znaky bychom mohli zařadit nesrozumitelný projev, výraznější „patlavost“ až úplnou nemluvnost (Škodová, Jedlička, 2007). Příznaky dysfázie jsou patrné i v jiných oblastech, než je jenom řeč, a to především:

- *v nerovnoměrném vývoji, kdy rozdíl mezi zráním jednotlivých složek může dosahovat i několika let,*
- *v diskrepanci mezi verbálními a neverbálními schopnostmi,*
- *v narušení zrakového vnímání,*
- *v narušení sluchového vnímání,*
- *v narušení paměťových funkcí,*
- *v narušení orientace v prostoru,*
- *v narušení motorických funkcí,*
- *v lateralitě*

(Škodová, Jedlička, s. 112, 2007)

Jedinci trpící dysfázií mohou mít postižené jakékoliv složky řečového procesu. Zpravidla se dělí na formu senzorickou nebo motorickou, případně se jedná o kombinaci obou dvou.

Senzorická neboli percepční receptivní dysfázie se projevuje poruchami rozumění řeči, paměti, ale i vnímání. Vývoj řeči nemusí být zcela opožděn. Jedinci často nemají problém se slovní zásobou, ne zcela chápou význam slov. Jsou schopni mluvit plynule, ale používají slova z vlastního slovníku a není jim rozumět. Největší problémy u senzorické dysfázie je dekodování řeči.

Motorická dysfázie zasahuje oblast vlastní schopnosti vyjadřování. U tohoto druhu dysfázie jedinec lépe rozumí slovům a slovním spojením či větám oproti senzorické dysfázii, ale vývoj řeči je vždy opožděn. Problém je i ve vlastním rozšiřování aktivního slovníku. Jedinci se často více spoléhají na neverbální způsoby komunikace. U motorické dysfázie si hůře zapamatovávají motoricko-kinetický vzorec slova. Je pro ně těžší si v danou chvíli pojem vybavit a aplikovat. Mnoho jedinců trpí smíšeným typem dysfázie (Škodová, Jedlička, 2007).

Mezi charakteristické znaky dysfázie zařazujeme (Kutálková 2002, s. 45):

1. Celkově chudá řeč, malá slovní zásoba s převahou substantiv, zvětšuje se jen velmi pomalu a výrazně se odlišuje od vyjadřování vrstevníků, časté záměny slabik nebo vynechání slov.
2. Věty jsou obsahově chudé, stereotypní, stavba věty je velmi jednoduchá a chaotická. Nápadná je dlouhotrvající absence zvrtných zájmen, pomocných tvarů slovesa „býti“, nesprávné použití pádu po předložkách a záměny slovesných vidů (dysgramatismus). Vyjadřovací pohotovost je omezená, obtíže při hledání vhodného slova, časté obsahové nepřesnosti a záměny slov významově různých, ale zvukově podobných.
3. Často se objevuje tendence číst a psát (často prostřednictvím počítače) jako náhradní způsob komunikace. Svědčí to o dobré vnitřní řeči a poruše expresivního charakteru.

Mimo příznaky v řeči lze najít i nerovnoměrný vývoj osobnosti a rozdíly ve schopnostech, které dítě dosáhlo (Kutálková, 2002).

O dysfázii lze hovořit, pokud dítě nemluví i po třetím roce života, nebo mluví podstatně méně, než je v tomto věku běžné (Kutálková, 2005, 2002).

1.3.1 Příčina vzniku dysfázie

Stejně tak jako u dyslexie není i etiologie vzniku dysfázie zcela jasná. Kutálková hovoří o postižení vývoje kognitivních funkcí vlivem prenatálního, perinatálního či postnatálního poškození mozku. Jednou z možných příčin v prenatálním stádiu jsou opět teratogeny, které působily na plod. K těm bychom mohli zařadit alkohol, drogy, léky, RTG záření atd., ale i nedonošenost jedince (Kutálková, 2002). Další z možných příčin je tzv. porodní trauma (Škodová, Jedlička, 2007). V postnatálním období bychom mohli hovořit o dlouhotrvající dětské žloutence nebo vliv virového onemocnění.

Genetická zátěž je dalším z možných vlivů na vznik dysfázie (Kutálková, 2005; Škodová, Jedlička, 2007). Až u 20-25 % dysfatických dětí se objevuje problém s řečí v rodině. U dysfázie ale není jasný genom, který by byl za vznik postižení zodpovědný (Škodová, Jedlička, 2007).

Za příčinu vzniku dysfázie pokládáme vliv více faktorů a nelze jednoznačně určit jen jednu příčinu.

1.3.2 Diagnostika dysfázie

Na vyšetření dysfázie by se měl podílet kolektiv odborníků složený z lékaře, psychologa a speciálního pedagoga. Základním vyšetřením by mělo být vyšetření všech složek řeči, sluchu, ale i vývoj osobnosti jako takové. Další z doporučených postupů je neurologické vyšetření EEG či tomografie, ale nález může být negativní (Škodová, Jedlička, 2007). Problém s dysfázií nemusí být primárně neurologického původu. Dalším z důležitých kroků by mělo být speciálně pedagogické a logopedické vyšetření se zaměřením na orientaci v prostoru a čase, lateralitu, motorické funkce, sluchové vnímání, zrakové vnímání, řeč – percepce a exprese, grafomotoriku, čtení, psaní, počítání, paměť – aktivita a koncentrace pozornosti (Škodová, Jedlička, 2007).

Při diagnostice je důležité zaměřit se i na prostředí, ve kterém jedinec vyrůstá, a to konkrétně na:

- mluvní vzor – rychlost tempa či melodie řeči, větná stavba u dospělých, používaná slovní zásoba v komunikaci s dítětem,

- výchovný styl – zde se mohou objevit obtíže u autoritativního výchovného stylu, kdy se může dostavit opožděný vývoj řeči jako reakce na stres; může se jednat i o nedostatky v rychlosti reakce matky na dítě, kdy se mohou komunikačně míjet,
- výchovné metody – z hlediska faktu, jestli má dítě dostatek podnětů, nebo je naopak přesyceno podněty,
- emoční deprivace – dítě se snaží navazovat kontakt s pečující osobou, ale je odmítáno; toto se může objevit například u nechtěného dítěte,
- disproporce mezi požadavky – rodiče mohou své dítě přetěžovat, nebo naopak mu neposkytovat dostatek podnětů, neadekvátně hodnotit jeho možnosti,
- nadměrné sledování televize – jedná se zde o aktivitu zacílenou především na zrak,
- hospitalizace – dysfázie se může objevit jako následek stresu z nemocničního prostředí a narušujícím okolnostem, které brzdí řečový vývoj jedince (Kutálková, s. 11, 2002).

1.3.3 Dysfázie a rodiče

Děti s dysfázií mají omezenou schopnost komunikovat už před vstupem do základní školy. Mnoho z nich je v šesti letech nezralé pro vstup do základní školy, a proto u nich dochází k odkladu školní docházky (Škodová, Jedlička, 2007). Díky etiologii dysfázie lze očekávat, že jedinci budou trpět i dyslexií či dysgrafií (Kutálková, 2002). Dysfatici trpí podobnými projevy chování jako dyslektici. Shodně se objevují problémy s přílišnou závislostí na rodičích, pocity méněcennosti a strachu z neúspěchu. Může docházet až k emoční labilitě, kdy se u jedinců může projevovat vztek a velké změny nálad. Děti s dysfázií se mohou vyhýbat komunikaci a navazování sociálních kontaktů v důsledku strachu ze selhání v komunikaci díky omezeným řečovým schopnostem. Děti se stydí mluvit s učiteli, ale i se spolužáky (Sovák, 1984). Po vstupu na základní školu ubývá obtíží s řečí a přibývá ve sféře učení. U některých ale může stále převládat problém s výslovností určitých slov (Kerekretiová, 2009).

Stejně jako dyslektici, i dysfatici mají problém s vyjadřováním, který pramení z omezené slovní zásoby (Kerekretiová, 2009). Pro rodiče je velká zátěž vychovávat dítě trpící dysfázií, která často nepříznivě ovlivňuje celkové klima rodiny a péče vyžaduje více času než u dětí s typickým vývojem.

1.3.4 Dysfázie a hyperaktivita

Ve studii „*Family history interview of a broad phenotype in specific language impairment and matched controls*“ (Kalnak, Peyrard-Janvid, Sahlén, Forssberg, 2012) bylo zjištěno, že je větší pravděpodobnost dědičnosti u jedinců s ADHD než s dysfázií, ovšem tyto poruchy se mohou překrývat. Jedinci trpící ADHD mají obecně problém s jazykem. Pokud je zde komorbidita s dysfázií, je problém umocněn, dochází k obtížím v paměťové prostorové orientaci, kognitivních schopnostech, typické jsou i obtíže v rozhodování u úkolů, které jsou pro jedince nové a nejsou dosud zautomatizovány. Na tyto skutečnosti poukazují studie „*A comparison of working memory profiles in school-aged children with Specific Language Impairment, Attention Deficit/Hyperactivity Disorder, Comorbid SLI and ADHD and their typically developing peers*“ (Hutchinson, Bavin, Efron, Sciberras, 2012).

Stejně jako děti trpící komorbiditou dyslexie a ADHD, tak děti s dysfázií a hyperaktivitou jsou více emočně labilní, mohou se u nich projevit záchvaty vzteku, podráždění, silná náladovost až nesnášenlivost. Děti s vývojovou dysfázií mívají problém s identifikací vlastních emocí. Velmi těžko jsou schopni je vyjádřit, řečový deficit to jen umocňuje. Díky neschopnosti své pocity sdělit může docházet k emocionálnímu napětí, které je ventilováno vzteklým chováním. Podobně jako dyslektici mají problém i s identifikací pocitů vůči ostatním osobám, jakou jsou rodiče, učitelé a kamarádi. Tyto obtíže zasahují už od raných etap vývoje dítěte, netýkají se pouze školního věku.

1.3.5 Dysfázie a sociální chování

Díky narušenému řečovému procesu se děti s dysfázií hůře zapojují do komunikace s ostatními. Mají problém s vyjadřováním svých pocitů, potřeb a stejně tak nerozumí pocitům druhých. Proto děti trpící dysfázií mají tendenci stahovat se do sebe a nevyhledávají sociální komunikaci. Zároveň se stydí za svůj handicap a bojí se reakce okolí (Sovák, 1984).

Ve své studii „*The relationships between social behavior and severity of language impairment*“ K. I. Hart, M. Fujiki, B. Briston a C. H. Hart (2004), která byla prováděna na Birgham Young University, zmiňují, že děti s dysfázií byly v sociální

interakci zdrženlivější než ostatní. Nesnažily se samy zahájit jakoukoliv interakci, zvláště pokud bylo přítomno u interakce více dětí. Tato rezervovanost byla dána sociální nejistotou či strachem. Poukazují, že tato zdrženlivost může vést k odmítavému postoji vrstevníků až k sociálnímu vyčlenění. Děti s dysfázií se samy posuzovaly jako osamělé. Dívky s dysfázií měly vyšší prosociální chování než chlapci, ale neovlivnilo to jejich oblíbenost.

Prosociální chování dětí bylo ovlivněno mírou nutné komunikace. Děti trpící dysfázií byly prosociální, ale v situacích, která nevyžadovala příliš komunikace či žádnou. Například pokud spolužákovi spadla nějaká věc na zem, ochotně ji podaly, protože zde nemusely komunikovat. Pokud se jednalo o prosociální chování, kde jedinci museli vstoupit do komunikace, byli zdrženlivější (Hart, Fujiki, Bristona a Harta, 2004).

1.3.6 Dysfázie a emoce

Děti trpící dysfázií mívají problém ve vyjadřování vlastních pocitů a v pochopení pocitů ostatních, díky tomu se mohou dostávat do konfliktů. Nedokáží adekvátně emoce zpracovat. Proto jsou více podrážděné, popudlivé. Může se u nich projevovat náladovost, vzteklost, někdy spojená i s agresí. Mohou trpět strachem ze vstupování do interakcí a obavami z reakce okolí na svůj řečový handicap. Tyto děti se cítí jistěji v těch situacích, které jsou jim dobře známy a mají je zautomatizovány. Pokud je situace pro jedince nová, nastupují zde pocity strachu, méněcennosti. Tyto pocity mohou vést až k psychosomatickým obtížím, jako jsou bolesti hlavy, nevolnost, v některých případech až zvracení (Sovák, 1984). Potíže se mohou manifestovat již ve věkové skupině předškoláků, tedy ve věkové skupině, kterou sledujeme.

2 Empirická část

Empirická část mé bakalářské práce je věnována SDQ dotazníku (Googman, 1999), který byl použit v projektu ELDEL. Tento dotazník se snaží zachytit rozdíly ve vnímání rodičů svých dětí. Pracovalo se třemi skupinami, dvěmi skupinami experimentálními – dětmi trpícími dysfázií a dětmi s rodinným rizikem dyslexie a skupinou kontrolní – dětmi typického vývoje. Jedná se vždy o děti předškolního věku.

Jde o kvantitativní studii, která používá prvky induktivní i deskriptivní statistiky.

1.4 Projekt ELDEL

ELDEL je zkratkou, která označuje mezinárodní projekt „*Enhancing Literacy Development in European Languages*“, který se dá volně přeložit jako Rozvoj gramotnosti v evropských jazycích. Tento projekt se zabývá vzděláváním mladých vědců a dále programy, které jsou zaměřeny na výzkum gramotnosti v evropských zemích. ELDEL je prováděn v rámci 7. rámcového programu Evropské unie, a to v programu Lidé, Marie Curie Action. Do projektu ELDEL se zapojila i Pedagogická fakulta Univerzity Karlovy v Praze v letech 2008-2012. Cílem projektu ELDEL jsou analýzy a rozvoj gramotnosti u dětí v různých evropských zemích se zohledněním na kulturní odlišnosti v jednotlivých zemích (Sotáková, 2012, www.eldel.eu).

1.5 SDQ dotazník

SDQ je krátký behaviorální a emocionální screeningový dotazník pro děti od 3 do 16 let. Je to jeden z nejrozšířenějších nástrojů pro screening psychopatologie u dětí. Jednotlivé složky dotazníku hodnotí rodiče nebo učitelé, v našem případě rodiče. Tento dotazník je velice citlivý na změny v chování v průběhu času, proto je možné ho použít i pro dlouhodobé sledování (Mason, Chmelka, Thompson, 2012). SDQ má 3 základní verze, a to základní, rozšířenou a follow-up neboli následující. Dotazník má mnoho variant, které se přizpůsobují věku osob, které jsou zkoumány (www.sdqinfo.com).

SDQ dotazník vypracoval dětský neurolog a psychiatr prof. Robert Goodman, který rozšířil a zdokonalil již v té době zastaralou verzi Rutterova dotazníku (Rutter scale for completion by parents – A scale). Nová verze byla obohacena o kladné hodnocení vlastností jedince a dále na relevantnější pokrytí jeho nedostatků. Díky

provedené faktorové analýze na dětech s normální inteligencí, bylo odhaleno 5 různých škál, a to: Emocional Symptom scale (emocionální symptomy), Conduct problems scale (problémové chování), Hyperactivity – Inattention scale (hyperaktivita a nepozornost), Peerproblem Scale (problémy vzájemného vztahu), Prosocial scale (prosociální chování) (Traxlerová, 2006).

V dotazníku předností a nedostatků, který byl v tomto výzkumu použit, jsou testovány následující škály:

1.5.1 Emocionální symptomy (ES)

Tato škála se zaměřuje na emoční projevy dítěte. Rodiče zde hodnotí emoční projevy svého dítěte, například, jestli se jim zdá být dítě často podrážděné, ustrašené či dokonce ustarané. Dotazuje se i na celkové naladění dítěte, zda je častěji nešťastné či smutné. Otázky se týkají i samostatnosti dítěte, zvláště v nových situacích. Emocionální škála se dotýká i psychosomatických projevů, kdy se dotazuje na to, zda si dítě stěžuje na nevolnosti či bolesti hlavy.

1.5.2 Problémové chování (PBCH)

Ve škále problémového chování rodiče hodnotili otázky, které se zaměřovaly na afektivní chování, jako je zvládání vzteku. Otázky se dotýkaly i inklinace ke lži a nečestnému chování či krádežím. Dále pak problémového vztahu se spolužáky, jako je šikana či fyzické potyčky. Jedna z otázek se dotazovala na poslušnost dítěte vůči dospělým.

1.5.3 Hyperaktivita a nepozornost (HN)

Ve škále hyperaktivity a nepozornosti rodiče odpovídali na dotazy, které se týkaly typických projevů hyperaktivity. Proto byly otázky zaměřeny na klidnost dítěte, zda zvládne dokončit zadaný úkol. Další byly zacíleny na soustředěnost dítěte a na jeho reakce na rušivé elementy. Rodiče hodnotili, zda je dítě rozvážené a přemýšlí nežli započne nějakou činnost, či zda jedná impulzivně.

1.5.4 Problémy vzájemného vztahu (PVV)

Tato škála se zaměřuje na vztah dítěte s ostatními dětmi a dospělými. Rodiče hodnotili, jestli jejich dítě společnost vyhledává, nebo je spíše samotářský typ, jak je dítě oblíbené v kolektivu, nebo naopak, zda ho děti šikanují. Má-li dobrého kamaráda nebo i více, zda vyhledává společnost dospělých.

1.5.5 Prosociální chování (PSCH)

Ve škále prosociálního chování rodiče hodnotili, jak často jejich děti dobrovolně pomáhají ostatním, zda jsou empatické k pocitům druhých lidí. Jak dítě reaguje na to, když se v jeho okolí někdo zraní, zda je z toho smutné. Otázky se dotýkaly i ochoty dětí půjčit či podělit se o různé věci, jaký má dítě vztah k mladším dětem, jak se k nim chová.

1.5.6 Hodnocení dotazníku

Rodiče odpovídali na škále: Není pravda – Tak trochu pravda – Pravda.

Každá z odpovědí měla příslušné hodnocení. U prosociální škály bylo bodové hodnocení obráceně oproti škálám ostatním.

Jednotlivá skóre za odpovědi dle škály se sčítaly dohromady. Na základě výsledného součtu se děti řadily do oblasti „normální“, „hraniční“ nebo „abnormální“. Každá z oblastí má své bodové rozpětí.

1.6 Uvedení do problematiky

Jedinci trpící dysfázií či specifickými poruchami učení mohou vykazovat známky odlišného chování než běžné děti, jak již bylo zmíněno v kapitolách o dyslexii a vývojové dysfázii. Obecně platí, že tito jsou jedinci více citliví, mohou být emočně labilní, často dochází ke komorbiditě dyslexie či dysfázie s ADHD, které má své popsané projevy. Stejně tak specifické poruchy učení či dysfázie mohou ovlivňovat prosociální chování.

V této práci se zaměříme na dotazník SDQ, který rodiče vyplňovali. SDQ byl zaměřen na jednotlivé složky chování, které by mohly být odlišné od běžné populace. Nejedná se ovšem o to, zda rodiče odpovídali skutečně, jaké děti jsou, ale jak je rodiče

vnímají. Skutečné projevy dítěte, a to, jak rodiče své děti vnímají, se může naprosto lišit, toto ale není předmětem našeho zkoumání. My se zaměřujeme pouze na vnímání rodičů v jednotlivých výzkumných skupinách a zjišťujeme, zda je mezi nimi statisticky významný rozdíl.

1.6.1 Cíle práce a hypotézy

Tato práce si klade za cíl identifikovat, zda jsou statisticky významné rozdíly ve vnímání rodičů svých dětí mezi třemi skupinami, a to u dětí s vývojovou dysfázií (NVŘ), s rodinným rizikem dyslexie (RR) a s typickým vývojem (TV). Zkoumáme, zda se projeví rozdíly ve vnímání rodičů mezi všemi skupinami. Dále pak zda se statisticky významně liší skupiny v konkrétních škálách (emocionální symptomy, problémové chování, hyperaktivita a nepozornost, problémy vzájemného vztahu a prosociálního chování).

Konkrétní výzkumné cíle:

1. Zda bude významný rozdíl v celkovém skóru u hodnocení dětí v souhrnu všech 3 skupin (RR, NVŘ, TV), zda nalezneme rozdíl v celkovém skóru mezi skupinami. Zde porovnat a zhodnotit výsledky.
2. Porovnání rozdílů mezi skupinami ve škále emocionálních symptomů. Nalezené výsledky interpretovat a zhodnotit.
3. Porovnání rozdílů mezi skupinami ve škále problémového chování. Nalezené výsledky interpretovat a zhodnotit.
4. Porovnání rozdílů mezi skupinami ve škále hyperaktivity a nepozornosti. Nalezené výsledky interpretovat a zhodnotit.
5. Porovnání rozdílů mezi skupinami ve škále problémů vzájemného vztahu. Nalezené výsledky interpretovat a zhodnotit.
6. Porovnání rozdílů mezi skupinami ve škále prosociálního chování. Nalezené výsledky interpretovat a zhodnotit

Na základě stanovených cílů nyní stanovím hypotézy, které budou předmětem statistického zkoumání:

H1 Celkový skór

H1 A Předpokládáme, že je statisticky významný rozdíl mezi všemi třemi skupinami v celkovém skóru, a to na 5% hladině významnosti.

H1 B Předpokládáme, že není statisticky významný rozdíl mezi skupinami NVŘ a RR v celkovém skóru.

H1 C Předpokládáme, že je statisticky významný rozdíl mezi skupinami NVŘ a TV v celkovém skóru, a to na 5% hladině významnosti.

H1 D Předpokládáme, že je statisticky významný rozdíl mezi skupinami RR a TV v celkovém skóru, a to na 5% hladině významnosti.

Jedinci s rodinným rizikem dyslexie a vývojové dysfázie se pravděpodobně od typicky vyvíjejících dětí liší v projevech všech složek, kterých se dotazník SDQ dotýká. Předpokládáme, že v celkově získaném skóru budou mezi všemi třemi skupinami rozdíly.

Odlišnost mezi skupinami také předpokládáme mezi skupinami NVŘ a TV, RR a TV, kdy předpokládáme rozdíl v hodnocení rodičů celého dotazníku. Mezi skupinami NVŘ a RR nepředpokládáme významný statistický rozdíl díky jejich podobnosti. Jak bylo popsáno, tyto skupiny mají typické obtíže, které by se měly prokázat ve všech škálách (škála emocionálních symptomů, škála problémového chování, škála hyperaktivity a nepozornosti, škála problémů vzájemného vztahu). Proto by měly být zjištěny rozdíly mezi sledovanými skupinami v celkovém skóru, který je tvořen na základě těchto škál.

H2 Škála emocionálních symptomů

H2 A Předpokládáme, že je statisticky významný rozdíl mezi třemi skupinami ve škále emocionálních symptomů, a to na 5% hladině významnosti.

H2 B Předpokládáme, že není statisticky významný rozdíl mezi skupinami NVŘ a RR ve škále emocionálních symptomů.

H2 C Předpokládáme, že je statisticky významný rozdíl mezi skupinami NVŘ a TV ve škále emocionálních symptomů, a to na 5% hladině významnosti.

H2 D Předpokládáme, že je statisticky významný rozdíl mezi skupinami RR a TV ve škále emocionálních symptomů, a to na 5% hladině významnosti.

Jedinci trpící dyslexií a vývojovou dysfázií mohou mít problém v emocionální sféře. Dyslektici jsou více dráždiví, projevuje se u nich emoční labilita a mají sklony ke vzteklému až agresivnímu chování oproti typicky se vyvíjejícím dětem. Dalším faktorem, který ovlivňuje emocionální prožívání u dyslektiků je strach z neúspěchu. (Matějček, Vágnerová, 2006). A i když pracujeme zatím s dětmi s rizikem dyslexie, předpokládáme, že u části z nich se tyto problémy mohou objevit už v předškolním věku a ovlivní tak výkon celé skupiny.

I jedinci s vývojovou dysfázií mohou mít problémy v emocionální sféře. Sovák (1984) popisuje, že děti s dysfázií mají díky svému handicapu v oblasti řeči problémy s vyjadřováním vlastních emocí a prožívání. Tento fakt ovlivňuje i jejich empatii k ostatním lidem, kdy se mohou dostat až do konfliktní situace. Děti s vývojovou dysfázií mohou být více podrážděné, vzteklé, či u nich dochází k velké proměnlivosti nálad. Stejně jako dyslektické děti trpí i dysfatici velkým strachem ze selhání či pocitem méněcennosti (Sovák, 1984).

Díky těmto skutečnostem předpokládáme, že bude statisticky významný rozdíl všech tří skupin, ale i v porovnání skupin navzájem. U porovnání skupin RR a NVŘ předpokládáme, že díky podobným emocionálním projevům nebude mezi skupinami statisticky významný rozdíl.

H3 Škála problémového chování

H3 A Předpokládáme, že je statisticky významný rozdíl mezi třemi skupinami ve škále problémového chování, a to na 5% hladině významnosti.

H3 B Předpokládáme, že není statisticky významný rozdíl mezi skupinami NVŘ a RR ve škále problémového chování.

H3 C Předpokládáme, že je statisticky významný rozdíl mezi skupinami NVŘ a TV ve škále problémového chování, a to na 5% hladině významnosti.

H3 D Předpokládáme, že je statisticky významný rozdíl mezi skupinami RR a TV ve škále problémového chování, a to na 5% hladině významnosti.

Díky problémům v emocionalitě jsou nasnadě problémy ve sféře sociálního chování u dětí s vývojovou dysfázií a u dětí s rodinným rizikem dyslexie. Děti s dyslexií jsou více emočně labilní, impulzivní či více dráždivé (Matějček, Vágnerová, 2006).

Díky tomuto faktu mohou mít problém s navazováním kontaktů s vrstevníky, kdy může docházet k potyčkám, rvačce či až k šikaně. Dá se proto předpokládat, že i u dětí v předškolním věku s rizikem dyslexie se tento problém může vyskytovat.

Děti s vývojovou dysfázií mají problémy v oblasti řeči, tento handicap se může odrazit v kontaktu s vrstevníky, kdy je pro tyto jedince obtížnější navazování sociálních kontaktů. Dysfatické děti mohou mít problém i u rozlišování emocí u dospělých, kdy je mohou chybně interpretovat a poté se chovat neposlušně. Dalšími z přidružených problémů může být i asociální chování či inklinace ke lži.

Díky těmto faktům předpokládáme, že bude mezi skupinami statisticky významný rozdíl ve skóru škály problémového chování. Dále pak předpokládáme statisticky významný rozdíl mezi skupinami NVŘ a RR oproti TV. Mezi skupinami RR a NVŘ nepředpokládáme statisticky významný rozdíl díky podobnosti obou skupin.

H4 Škála hyperaktivity a nepozornosti

H4 A Předpokládáme, že je statisticky významný rozdíl mezi třemi skupinami ve škále hyperaktivity a nepozornosti, a to na 5% hladině významnosti.

H4 B Předpokládáme, že není statisticky významný rozdíl mezi skupinami NVŘ a RR ve škále hyperaktivity a nepozornosti.

H4 C Předpokládáme, že je statisticky významný rozdíl mezi skupinami NVŘ a TV ve škále hyperaktivity a nepozornosti, a to na 5% hladině významnosti.

H4 D Předpokládáme, že je statisticky významný rozdíl mezi skupinami RR a TV ve škále hyperaktivity a nepozornosti, a to na 5% hladině významnosti.

Až 50 % dětí s dyslexií trpí hyperaktivitou. Mezi projevy můžeme nalézat impulzivitu, roztěkanost, pomalost při provádění kognitivních operací či denní snění. Mohou zde být i problémy v navazování kontaktů s vrstevníky, inklinace k hádavosti (Zelinková, 2012, 2009). Týká se to proto i dětí s rodinným rizikem dyslexie.

Děti trpící vývojovou dysfázií mohou trpět hyperaktivitou, kdy se jejich problémy s řečí ještě umocňují. Mohou mít obtíže v paměťové prostorové orientaci, problémy v rozhodování. Hyperaktivita může ještě více umocnit jejich emoční labilitu, kdy mohou být děti více agresivní či vzteklé (Hutchinson, Bavin, Efron, Sciberras, 2012).

Díky těmto faktorům předpokládáme, že bude mezi skupinami statisticky významný rozdíl, a to jak v porovnání všech tří skupin, tak i v porovnání mezi jednotlivými skupinami ve skóru škály hyperaktivity a nepozornosti. Předpokládáme největší statistický rozdíl mezi skupinami RR a TV, NVŘ a TV. Mezi skupinami RR a NVŘ nepředpokládáme statisticky významný rozdíl díky podobnosti obou skupin.

H5 Škála problémů vzájemného vztahu

H5 A Předpokládáme, že je statisticky významný rozdíl mezi třemi skupinami ve škále problémů vzájemného, a to na 5% hladině významnosti.

H5 B Předpokládáme, že není statisticky významný rozdíl mezi skupinami NVŘ a RR ve škále problémů vzájemného vztahu.

H5 C Předpokládáme, že je statisticky významný rozdíl mezi skupinami NVŘ a TV ve škále problémů vzájemného vztahu, a to na 5% hladině významnosti.

H5 D Předpokládáme, že je statisticky významný rozdíl mezi skupinami RR a TV ve škále problémů vzájemného vztahu, a to na 5% hladině významnosti.

Jak již bylo řečeno, děti s dyslexií a rodinným rizikem dysfázie jsou více emočně labilní s častými projevy záchvatů vzteku či agrese. U dětí trpících vývojovou dysfázií je dále problém v oblasti řeči, z čehož pramení strach z navazování sociálních kontaktů s vrstevníky. Tyto děti se ze strachu z interakce s ostatními vrstevníky mohou stahovat do sebe, tento fakt může vést až k sociálnímu vyčlenění jedince či k odmítavému postoji spolužáků (K.I.Hart, Fujiki, Briston, C.H. Hart, 2004).

Děti s dyslexií se učí delší dobu sociálnímu chování oproti dětem s typickým vývojem, může se jim stát, že zapomenou jména spolužáku či se k nim mohou chovat zbrkle. Bylo zjištěno, že děti trpící dyslexií jsou ve školních kolektivech méně oblíbené (Zelinková 2008). Může se to týkat i předškolních dětí, které sice zatím nemají diagnózu SPU potvrzenou, nicméně mohou podobnými problémy trpět (nebo alespoň část dětí ze skupiny rodinného rizika dyslexie).

Z výše uvedených faktů předpokládáme, že bude statisticky významný rozdíl mezi skupinami v celkovém porovnání všech tří skupin a mezi jednotlivými skupinami navzájem. Předpokládáme, že se děti s RR a NVŘ lišit nebudou.

H6 Škála prosociálního chování

H6 A Předpokládáme, že je statisticky významný rozdíl mezi třemi skupinami ve škále prosociálního chování, a to na 5% hladině významnosti.

H6 B Předpokládáme, že není statisticky významný rozdíl mezi skupinami NVŘ a RR ve škále prosociálního chování, a to na 5% hladině významnosti.

H6 C Předpokládáme, že je statisticky významný rozdíl mezi skupinami NVŘ a TV ve škále prosociálního chování, a to na 5% hladině významnosti.

H6 D Předpokládáme, že je statisticky významný rozdíl mezi skupinami RR a TV ve škále prosociálního chování, a to na 5% hladině významnosti.

Emoční labilita a nevyrovnanost dětí s vývojovou dysfázií a dětí s rodinným rizikem dyslexie ovlivňuje i prosociální chování. Jedinci trpící dyslexií mají problém s učením, se sociálním chováním a ve správném pochopení emocí ostatních lidí, díky těmto faktům je nasnadě, že tito jedinci jsou méně prosociální, což může být vztaženo i na skupinu dětí s rodinným rizikem dyslexie. U dětí s vývojovou dysfázií je problém v řečové sféře, kdy se jedinci bojí interakce. Prosociální chování je pak ovlivněno mírou nutné komunikace, kdy jedinci byli více prosociální, pokud věděli, že není potřeba mluvit (K.I.Hart, Fujiki, Briston, C.H. Hart, 2004).

Předpokládáme, že bude statisticky významný rozdíl mezi všemi třemi skupinami. Dále rozdíl mezi jednotlivými skupinami navzájem. Nejvíce patrný rozdíl by měl být mezi skupinami NVŘ a TV, RR a TV. Mezi skupinami RR a NVŘ naopak by neměly být rozdíly zjištěny.

1.6.2 Respondenti

Respondenti byli osloveni pomocí letákové kampaně, která byla aplikována ve školských poradenských zařízeních (pedagogicko-psychologických poradnách) a školách. Během této distribuce nebyly poskytovány pouze letáky a brožury, ale zároveň byli pracovníci daných zařízení seznámeni s problematikou. Respondenti byli z celé České republiky, kdy nejvíce jich bylo z Prahy, Ústeckého a Středočeského kraje. Celkem se přihlásilo 160 zájemců z řad rodičů a příbuzných dětí (Podpěrová, 2013).

Během tříletého výzkumu byla některými respondenty ukončena spolupráce z důvodů zdravotních komplikací, nezájmu rodičů dále spolupracovat, stěhování rodiny, či se změnila diagnóza dítěte (Podpěrová, 2013).

Po prvotních informacích získaných od rodičů byly děti rozřazeny do třech skupin, viz tabulka 1. Toto rozřazení bylo následně měněno podle výsledků získaných v testech (Podpěrová, 2013).

Tabulka 1. Rozdělení dětí do skupin

TV	Typicky se vyvíjející děti	Kontrolní skupina, děti, které netrpí žádnou vývojovou vadou. Rodiče neuváděli, že by se v rodině objevilo SPU.
NVŘ	Narušený vývoj řeči	Skupina dětí trpící specifickými nedostatky v oblasti řeči (vývojová dysfázie).
RR	Rodinné riziko dyslexie	Skupina dětí, která je hrožena rodinou zátěží dyslexie. Rodina projevuje obavy z projevení specifické poruchy učení a již zaznamenaly určité nedostatky, které by mohly signalizovat dyslexii.

1.6.3 Průběh sběru dat

Pro respondenty, kteří se přihlásili do tříletého výzkumu, byl vypracován dotazník, a to jak pro děti, tak pro jejich rodiče či příbuzné. Tuto baterii vyplňovali hned v první etapě výzkumu T1. Dotazník sloužil k lepšímu rozřazení dětí do jednotlivých skupin (RR, NVŘ, TV). Baterie pro rodiče obsahovala i *Dotazník pro dospělé*, který byl vypracován podle Smythe (2003), ADQ a Kessler et al. ASRS (2005) a který měl určit, zda-li dítě nepatří do skupiny RR. Další součástí bylo *Rodinné interview*, kde rodiče hovořili o jazykových a řečových schopnostech dítěte (NVŘ) či obavách z možného vývoje (RR) – zachycovalo rodinou anamnézu. Poté rodiče vyplnili *Dotazník předností a nedostatků dítěte* (SDQ), který je pro mou práci stěžejní.

1.6.4 Základní rozdělení sledovaného vzorku

Ve sledovaném vzorku bylo celkem 113 dětí ze 160 zájemců. Během průběhu výzkumu někteří výzkum opustili z důvodů stěhování, nechtěli dále spolupracovat, či byla dítěti vyvrácena původní diagnóza. Děti byly rozděleny do 3 skupin: rodinné riziko dyslexie (RR), děti trpící dysfázií (NVŘ) a typicky se vyvíjející děti (TV). Ve skupině RR bylo 29,21 % dětí, ve skupině NVŘ 30,97 % a ve skupině TV 39,82 % dětí.

V tabulce 2 můžeme vidět i věkové rozpětí dětí zaznamenané v měsících, kdy průměr u RR je 67,1 u NVŘ 65,8 a TV 68,0 měsíce. Věkový průměr dětí je velice vyrovnaný. Pouze u NVŘ můžeme vidět vyšší hodnoty u směrodatné odchylky, kdy nejmladšímu dítěti bylo 58,0 měsíců a nejstaršímu 84,0. Ve skupině TV je nejstaršímu 75,2 měsíce a nejmladšímu 61,2. U skupiny RR jsou rozdíly nejmenší. Nejstaršímu bylo 73,8 měsíců a nejmladšímu 61,3.

Průměrný věk dětí se pohybuje v rozpětí 65,8 – 68,0. A to u RR je průměrný věk 67,1 měsíců (SD = 3,6), u NVŘ 65,8 (SD = 5,2) a u TV 68,0 (SD = 3,3). Věk dětí je velmi vyrovnaný, pouze u NVŘ je největší rozptyl ve věku.

Tabulka 2. Počet dětí a jejich věk v jednotlivých skupinách

Vzorek		RR	NVŘ	TV	Celkem
Počet dětí		33	35	45	113
Věk v měsících	Min	61,3	58,0	61,2	58
	Max	73,8	84,0	75,2	84
	Průměr	67,1	65,8	68,0	66,97
	Medián	67,3	66,5	69,0	67,29
	SD	3,6	5,2	3,3	4,18

V tabulce číslo 3 vidíme rozdělení dětí podle pohlaví. Chlapců je více, ale pouze v nevýznamné míře. Dívek bylo celkem 55, což je 48,67 % a chlapců 58, to odpovídá 51,33 %. Jak již bylo zmíněno, v literatuře (Matějček 1995) se hovoří o tom, že chlapci trpí ve větší míře specifickou poruchou učení i vývojovou dysfázií nežli dívky. V našem zkoumaném vzorku je ale poměr dívek a chlapců vyrovnaný. Ve skupině RR bylo 17 dívek a 16 chlapců což je 51,52 % dívek a 48,48 % chlapců. Ve skupině NVŘ bylo 11 dívek a 24 chlapců což je 31,43 % dívek a 68,57 % chlapců. Je zřejmé, že zde převažuje počet chlapců nad dívkami. Stejně je to i u rodinného rizika dyslexie, ale zde je poměr obou pohlaví vyrovnaný. V kontrolní skupině typického vývoje je 27 dívek a 18 chlapců, což je 60 % dívek a 40 % chlapců. Zde převažují dívky. Tento fakt může být dán i tím, že se do projektu hlásilo více respondentů s dívkami (Kucharská, 2014).

Tabulka 3. Pohlaví dětí ve sledovaných skupinách

Pohlaví		Dívky				Chlapci			
Skupina		RR	NVŘ	TV	Celkem	RR	NVŘ	TV	Celkem
Počet		17	11	27	55	16	24	18	58
Věk v měsících	Min	61,3	60,7	61,2	60,7	61,3	57,8	63,1	57,8
	Max	73,2	67,7	72,0	73,2	73,8	83,5	75,2	83,5
	Průměr	66,7	65,0	67,2	66,6	67,4	66,2	68,8	67,3
	Medián	66,1	66,5	68,1	66,6	67,5	66,0	68,9	68,3
	SD	3,7	2,5	3,3	3,4	3,5	6,0	3,1	4,8

Z tabulky 2 a 3 je jasně vidět, že jsou zkoumané vzorky dětí vyrovnané a nejsou mezi nimi významné rozdíly, což je velice důležité pro správné zpracování dat.

1.7 Analýza dat a statistické zpracování

Pro testování hypotéz bylo důležité zjistit, zda sledovaný vzorek má normální rozdělení. Toto testování se používá zvláště při výzkumu v pedagogice, psychologii či biologii. Normální rozdělení pracuje s náhodnými veličinami, které se odlišují pouze v nepatrných parametrech (Škaloudová, 1998). Byl proveden Shapiro-Wilkův test normality a bylo zjištěno, že rozdělení v některých škálách nesplňuje kritéria normality (viz přílohy č. 4, 5, 6 – je-li p-hodnota větší než 0,1, normalita se nezamítá).

Ve skupině rodinného rizika bylo normální rozdělení pouze u emocionální škály ($p=0,06$), hyperaktivity a nepozornosti ($p=0,0410$) a v celkovém skóru ($p=0,490$), ostatní škály mají nerovnoměrné rozdělení (škála problémového chování $p=0,00$ a škála prosociálního chování $p=0,00$).

Ve skupině dětí s vývojovou dysfázií měly normální rozdělení pouze škály hyperaktivity a nepozornosti ($p=0,198$) a celkový skór ($p=0,627$). U ostatních škál byla zamítnuta normalita rozdělení (emocionální škála $p=0,000$, problémové chování $p=0,000$, problémy vzájemného vztahu $p=0,006$ a prosociální chování $p=0,000$).

Ve skupině typického vývoje měla data charakter normálního rozdělení opět u škály hyperaktivity a nepozornosti ($p=0,065$) a u celkového skóru ($p=0,089$). U ostatních škál bylo nerovnoměrné rozložení (emocionální škála $p=0,000$, problémové chování $p=0,000$, problémy vzájemného vztahu $p=0,000$ a prosociální chování $p=0,000$).

Vzhledem k dosaženému výsledky byly v dalších výpočtech při testování hypotéz aplikovány neparametrické testy. Pro hledání odpovědi na otázku, zda jsou tři výzkumné skupiny shodné (TV vs. RR vs. NVŘ), byl použit neparametrický Kruskal-Wallisův test. Při hledání rozdílů mezi sledovanými skupinami (TV vs. RR, TV vs. NVŘ, RR vs. NVŘ) pak byl užit neparametrický Man Whitney U-test.

1.7.1.1 Hypotéza 1 - celkový skór v dotazníku SDQ

Tato kapitola se zabývá rozdíly mezi skupinami v celkovém dosaženém skóru, a to jak v Kruskal-Wallisově testu pro všechny tři skupiny navzájem, tak Man Whitney U- testu pro srovnání jednotlivých skupin navzájem NVŘ a RR, NVŘ a TV, RR a TV.

H1 A Předpokládáme, že je statisticky významný rozdíl mezi všemi třemi skupinami v celkovém skóru, a to na 5% hladině významnosti.

K testu více nezávislých souborů byl použit Kruskal-Wallisův test. Tento test se používá na porovnání tří souborů, tedy i pro naše skupiny RR, NVŘ, TV.

Tabulka 4. Kruskal-Wallisův test porovnání všech tří skupin v celkovém skóru SDQ

Kruskal-Wallisův test	
Skupiny RR, NVŘ, TV	CS
Chi-Square	7,23
Asymp. Sig.	0,027

Hypotézu H1 A nezamítáme, protože výsledky uvedené v tabulce nám ukázaly, že existuje statisticky významný rozdíl mezi pozorovanými skupinami (RR, NVŘ, TV) v celkovém skóru hodnocení ($p=0,027$). Tento výsledek jsme předpokládali díky odlišnosti jednotlivých skupin. Potvrdilo se, že rodiče celkově hodnotili statisticky významně jinak své děti. Je tedy významný rozdíl ve vnímání svých dětí v testu všech tří skupin. Můžeme se nyní podívat, zda se bude lišit výsledek v celkovém skóru také ve všech skupinách navzájem, jak jsme předpokládali.

H1 B Předpokládáme, že není statisticky významný rozdíl mezi skupinami NVŘ a RR v celkovém skóru.

Tabulka 5. Porovnání skupin RR a NVŘ v celkovém skóru

Skupina RR a NVŘ	CS
Man Whitney U – test	569,5
Asymp. Sig. (2-tailed)	0,922

Z výše uvedených výsledků v tabulce 8 se hypotéza *H1 B* nezamítá, protože nevidíme statisticky významné rozdíly ($p=0,922$) ve vnímání rodičů svých dětí, v celkovém skóru, mezi skupinami dětí rodinného rizika a dětí s vývojovou dysfázií. Tento fakt jsme předpokládali díky podobnosti v jednotlivých sférách, kterých se dotazník dotýká. Děti s vývojovou dysfázií a s rodinným rizikem dyslexie jsou si v mnoha ohledech velmi podobné, vykazují podobné projevy chování ve všech našich zkoumaných oblastech. Rodiče obou skupin je hodnotí ve sledovaných jevech, pro které je postaven dotazník, podobně.

H1 C Předpokládáme, že je statisticky významný rozdíl mezi skupinami NVŘ a TV v celkovém skóru, a to na 5% hladině významnosti.

Tabulka 6. Porovnání skupin NVŘ a TV v celkovém skóru

Skupina NVŘ a TV	CS
Man Whitney U – test	559,5
Asymp. Sig. (2-tailed)	0,027

Hypotéza *H1 C* se nám potvrdila, protože v porovnávání skupin NVŘ a TV se prokázaly statistické významné rozdíly v celkovém skóru ($p=0,027$). Tento fakt je potvrzením skutečností z teoretické části, která popisuje odlišnosti oproti typicky se vyvíjejícím dětem v jednotlivých škálách. Celkově se tedy prokázal statisticky významný rozdíl ve vnímání rodičů dětí s vývojovou dysfázií a typicky se vyvíjejícími dětmi. Tímto se nám potvrzuje, že skutečně existují markantní rozdíly mezi typicky se vyvíjejícími dětmi a dětmi s vývojovou dysfázií a dětmi typického vývoje, jak je pociťují rodiče.

H1 D Předpokládáme, že je statisticky významný rozdíl mezi skupinami RR a TV v celkovém skóru, a to na 5% hladině významnosti.

Tabulka 7. Porovnání skupin RR a TV v celkovém skóru

Skupina RR a TV	CS
Man Whitney U – test	513,5
Asymp. Sig. (2-tailed)	0,02

Statisticky významný rozdíl vidíme u celkového skóru ($p = 0,02$), čímž se nám potvrzuje hypotéza *H1 D*. Stejně jako skupina s vývojovou dysfázií, tak děti s dyslexií mohou být odlišné v jednotlivých složkách oproti typicky se vyvíjejícím dětem z pohledu rodičů. Například v emocionální labilitě, popudlivém chování, v horším navazování sociálních kontaktů s vrstevníky či menší míře prosociálního chování. Díky tomuto výsledku můžeme vidět, že v celkovém součtu vnímají rodiče jinak děti s rizikem dyslexie oproti typickému vývoji.

1.7.2 Zhodnocení výsledků jednotlivých škál

V této kapitole se zabýváme jednotlivými škálami. Budeme hodnotit nejdříve srovnání všech tří skupin navzájem (Kruskal-Wallisův test) a pak porovnání skupin mezi sebou (TV vs. RR, TV vs. NVŘ a RR vs. NVŘ), a to testem ManWhitney-U.

1.7.2.1 H2 Škála emocionálních symptomů

Tabulka č. 8. Škála emocionálních symptomů

Škála emocionálních symptomů	
Skupiny RR, NVŘ, TV	
Kruskal-Wallisův test	
Chi Square	6,015
Asymp. Sig.	0,049
Skupina RR a NVŘ	
Man Whitney U -test	435
Asymp. Sig. (2-tailed)	0,075
Skupina NVŘ a TV	
Man Whitney U -test	731
Asymp. Sig. (2-tailed)	0,572
Skupina RR a TV	
Man Whitney U -test	514,5
Asymp. Sig. (2-tailed)	0,018

H2 A Předpokládáme, že je statisticky významný rozdíl mezi třemi skupinami ve škále emocionálních symptomů v celkovém skóru, a to na 5% hladině významnosti.

V Kruskal-Wallisově mezi třemi skupinami se prokázal statisticky významný rozdíl na 5% hladině významnosti ($p=0,049$). Proto se hypotéza *H2 A* nezamítá. Znamená to, že mezi třemi skupinami navzájem existuje statisticky významný rozdíl v dosažené hodnotě emocionální škály, skupiny nejsou srovnatelné. Pohled rodičů na své děti sledovaných tří skupin se tedy liší. V dalším hodnocení budeme zjišťovat, které skupiny se nejvíce liší navzájem – tato odlišnost se zřejmě promítá i do celkového srovnání skupin.

H2 B Předpokládáme, že není statisticky významný rozdíl mezi skupinami NVŘ a RR ve škále emocionálních symptomů.

Při porovnání skupin dětí s rodinným rizikem dyslexie a dětmi s vývojovou dysfázií, RR a NVŘ ($p=0,075$) vidíme, že rozdíly mezi skupinami nejsou statisticky významné. Díky tomuto faktu je zřejmé, že děti s rodinným rizikem dyslexie a dysfatické děti mají z pohledu rodičů podobné emoční projevy. Jak popisuje literatura, projevy dysfatických a dyslektických v emocionální sféře jsou velice podobné, mohou být tedy podobné i skupiny dětí s dysfázií a rodinným rizikem dyslexie. Obě dvě testované skupiny jsou více dráždivé, popudlivé, může u nich docházet k agresivnímu chování či vzteklosti (Sovák 1984, Matějček, Vágnerová, 2006).

H2 C Předpokládáme, že je statisticky významný rozdíl mezi skupinami NVŘ a TV ve škále emocionálních symptomů, a to na 5% hladině významnosti.

Hypotézu *H2 C* zamítáme, jelikož hodnoty nedosáhly hladiny statistické významnosti ($p=0,572$). Podobné symptomy emoční lability a dráždivosti u dyslektických jsou popisovány rovněž u jedinců trpících vývojovou dysfázií. Statisticky významný rozdíl mezi dysfatickými a dětmi s typickým vývojem se nepotvrdil, u hodnocení rodičů ve škále emocionálních symptomů nebyl zjištěn rozdíl.

H2 D Předpokládáme, že je statisticky významný rozdíl mezi skupinami RR a TV ve škále emocionálních symptomů, a to na 5% hladině významnosti.

Hypotéza *H2 D* se nám potvrdila, statisticky významný rozdíl mezi skupinami RR a TV skutečně existuje ($p=0,018$). V našem výzkumu se tedy prokázalo, že je statisticky významný rozdíl ve vnímání rodičů u dětí s rodinným rizikem dyslexie a dětí s typickým vývojem. Děti s rodinným rizikem dyslexie jsou více emočně labilní, dráždivější a mohou více projevovat vztek či agresi oproti typicky se vyvíjejícím dětem. Dalším z faktorů může být, že dyslektické děti trpí ve větší míře pocitem viny a strachu ze selhání. (Matějček, Vágnerová, 2006). Podobné projevy se zřejmě mohou dotýkat i předškoláků s rodinným rizikem dyslexie. Rodiče je více hodnotí jako děti s emocionálními obtížemi než rodiče dětí typického vývoje.

1.7.2.2 H3 Škála problémového chování

Tabulka č. 9. Škála problémového chování

Škála problémového chování	
Skupiny RR, NVŘ, TV	
Kruskal-Wallisův test	
Chi Square	2,135
Asymp. Sig.	0,344
Skupina RR a NVŘ	
Man Whitney U -test	569
Asymp. Sig. (2-tailed)	0,915
Skupina NVŘ a TV	
Man Whitney U -test	661
Asymp. Sig. (2-tailed)	0,205
Skupina RR a TV	
Man Whitney U -test	627,5
Asymp. Sig. (2-tailed)	0,229

H3 A Předpokládáme, že je statisticky významný rozdíl mezi třemi skupinami ve škále problémového chování, a to na 5% hladině významnosti.

Hypotézu *H3 A* zamítáme, protože se nenašel statisticky významný rozdíl mezi všemi třemi skupinami ($p=0,344$). Můžeme tedy konstatovat, že v dotazníku SDQ nevnímají rodiče odlišně děti s rodinným rizikem dyslexie a děti s vývojovou dysfázií oproti dětem s typickým vývojem ve sféře problémového chování. Tento výsledek je

potvrzením i toho, že se nenašel statisticky významný rozdíl ani v testování jednotlivých skupin navzájem.

H3 B Předpokládáme, že není statisticky významný rozdíl mezi skupinami NVŘ a RR ve škále problémového chování.

Nejmenší statistický rozdíl je ve skupině NVŘ a RR ($p=0,915$), díky tomu hypotézu *H3 B* potvrzujeme. Tento statisticky nevýznamný rozdíl je nejspíše opět dán shodnými projevy u obou skupin. Literatura popisuje (Zelinková, 2008; Sovák 1984), že jedinci jsou více emočně labilní, dráždiví, se sklony k agresivnímu chování, jak bylo popsáno v kapitole o škále emočních symptomů. Díky tomu můžeme vyvozovat důsledky problémového chování, které mají základ v emocionální složce. Výsledek porovnání těchto skupin je statisticky nejvíce nevýznamný, a to ve všech testovaných škálách a v porovnání všech skupin.

H3 C Předpokládáme, že je statisticky významný rozdíl mezi skupinami NVŘ a TV ve škále problémového chování, a to na 5% hladině významnosti.

Hypotézu *H3 C* zamítáme, protože výsledek nedosáhl na 5% hladinu významnosti ($p=0,205$). Výsledek poukazuje na to, že rodiče dětí s vývojovou dysfázií nevnímají statisticky významně své děti odlišně v porovnání se skupinou typicky se vyvíjejících dětí ve škále, která hodnotí některé problémy v chování.

H3 D Předpokládáme, že je statisticky významný rozdíl mezi skupinami RR a TV ve škále problémového chování, a to na 5% hladině významnosti.

V porovnání skupin RR a TV ($p=0,229$) se neprojevil statisticky významný rozdíl na 5% hladině významnosti, proto se hypotéza *H3 D* zamítá. Tento fakt mohl být dán tím, že jsme testovali děti s rodinným rizikem dyslexie, nikoli s potvrzenou diagnózou.

1.7.2.3 H4 Škála hyperaktivity a nepozornosti

Tabulka č. 10. Škála hyperaktivity a nepozornosti

Škála hyperaktivity a nepozornosti	
Skupiny RR, NVŘ, TV	
Kruskal-Wallisův test	
Chi Square	6,294
Asymp. Sig.	0,043
Skupina RR a NVŘ	
Man Whitney U -test	484,5
Asymp. Sig. (2-tailed)	0,25
Skupina NVŘ a TV	
Man Whitney U -test	530
Asymp. Sig. (2-tailed)	0,012
Skupina RR a TV	
Man Whitney U -test	625,5
Asymp. Sig. (2-tailed)	0,233

H4 A Předpokládáme, že je statisticky významný rozdíl mezi třemi skupinami ve škále hyperaktivity a nepozornosti, a to na 5% hladině významnosti.

Při celkovém hodnocení všech tří skupin vidíme statisticky významný rozdíl mezi jednotlivými skupinami ($p=0,043$), proto hypotézu *H4 A* potvrzujeme. Tato skutečnost je nejspíše dána tím, že jedinci s vývojovou dysfázií a dyslexií ve velké míře trpí komorbiditou s ADHD. Předpokládáme komorbiditu s ADHD i u testované skupiny dětí s rodinným rizikem dyslexie. Hyperaktivita má pak své jasné projevy, jako je neposednost, roztržitost či obtíže v kognitivních schopnostech. Proto jasně vidíme statisticky významný rozdíl v hodnocení všech tří skupin.

H4 B Předpokládáme, že není statisticky významný rozdíl mezi skupinami NVŘ a RR ve škále hyperaktivity a nepozornosti.

Mezi skupinami RR a NVŘ ($p=0,25$) nevidíme statistický významný rozdíl, proto se hypotéza *H4 B* nezamítá. Tento fakt může být dán opět tím, skupina NVŘ a RR si je velice podobná, zvláště co se týká možné komorbidity s ADHD, která ohrožuje obě testované skupiny.

H4 C Předpokládáme, že je statisticky významný rozdíl mezi skupinami NVŘ a TV ve škále hyperaktivity a nepozornosti, a to na 5% hladině významnosti.

Mezi skupinami NVŘ a TV je statisticky významný rozdíl ($p=0,012$), díky tomu hypotézu *H4 C* potvrzujeme. Jedná se i o největší statistický rozdíl v rámci celého testu. Tento výsledek potvrzuje, že se u jedinců s vývojovou dysfázií dochází k velmi časté komorbiditě s ADHD, jak dokládá zmíněný článek „*Family history interview of a broad phenotype in specific language impairment and matched controls*“. Hyperaktivita je doprovázena specifickým chováním. Toto chování bylo podchyceno otázkami týkajícími se klidnosti dítěte, neposednosti či zbrklosti. Díky tomuto výsledku můžeme potvrdit, že děti s vývojovou dysfázií projevují ve statisticky významné míře chování typické pro ADHD.

H4 D Předpokládáme, že je statisticky významný rozdíl mezi skupinami RR a TV ve škále hyperaktivity a nepozornosti, a to na 5% hladině významnosti.

U porovnávaných skupin RR a TV ($p=0,233$) jsme nezaznamenali statisticky významné rozdíly mezi skupinami, proto hypotézu *H4 D* zamítáme. Tento fakt může být ovlivněn skutečností, že v této skupině byli jedinci s rodinným rizikem dyslexie, nikoli s potvrzenou diagnózou specifické poruchy učení, a to konkrétně dyslexie. Děti trpící dyslexií mohou trpět komorbiditou s ADHD, ale nemusí. Díky tomuto faktu nejsou statisticky významné rozdíly mezi skupinami a výsledek se ani nepohybuje v marginálních hodnotách.

1.7.2.4 H5 Škála problémů vzájemného vztahu

Tabulka č. 11. Škála problémů vzájemného vztahu

Škála problémů vzájemného vztahu	
Skupiny RR, NVŘ, TV	
Kruskal-Wallisův test	
Chi Square	3,278
Asymp. Sig.	0,194

Tabulka č. 11 - pokračování

Skupina RR a NVŘ	
Man Whitney U -test	555,5
Asymp. Sig. (2-tailed)	0,782
Skupina NVŘ a TV	
Man Whitney U -test	606,5
Asymp. Sig. (2-tailed)	0,069
Skupina RR a TV	
Man Whitney U -test	632,5
Asymp. Sig. (2-tailed)	0,245

H5 A Předpokládáme, že je statisticky významný rozdíl mezi třemi skupinami ve škále problémů vzájemného vztahu, a to na 5% hladině významnosti.

Hypotézu *H5 A* zamítáme, jelikož hodnota ($p=0,194$) nedosáhla staticky významné hodnoty na hladině 5 %. Výsledek potvrzuje, že mezi skupinami není rozdíl ve vnímání rodičů svých dětí. Tento výsledek je dán tím, že ani ve srovnání jednotlivých skupin mezi sebou se nenašel statisticky významný rozdíl (pouze skupina NVŘ a TV se pohybuje na hladině marginálních hodnot), který by potvrzoval, že jedinci s vývojovou dysfázií a s rodinným rizikem dyslexie trpí problémy vzájemného vztahu, jako je navazování sociálních kontaktů, potyčky mezi spolužáky či dokonce šikana.

H5 B Předpokládáme, že není statisticky významný rozdíl mezi skupinami NVŘ a RR ve škále problémů vzájemného vztahu.

Neexistuje signifikantní rozdíl mezi skupinami RR a NVŘ, kdy ($p=0,782$). Díky tomuto výsledku hypotézu *H5 B* potvrzujeme. Děti s vývojovou dysfázií mají problém v komunikaci, tím i v navazování kontaktů s vrstevníky, který pramení z jejich strachu ze selhání. Ale i jedinci s rodinným rizikem dyslexie mívají problém v sociální oblasti. Může to vyplývat z toho, jak popisuje (Zelinková, 2012), že děti s dyslexií mohou mít problém ve správném identifikování mimiky a gest. Dalším faktorem, který může děti negativně ovlivňovat, je jejich nízké sebevědomí a strach ze selhání (Zelinková, 2012). Tyto projevy pak můžeme shodně nalézat i u dětí s rodinným rizikem dyslexie a jak se prokázalo, neliší se od skupiny dětí s vývojovou dysfázií.

H5 C Předpokládáme, že je statisticky významný rozdíl mezi skupinami NVŘ a TV ve škále problémů vzájemného vztahu, a to na 5% hladině významnosti.

Hypotézu *H5 C* zamítáme, neboť porovnání skupin NVŘ a TV přináší pouze marginální statistickou významnost rozdílů mezi sledovanými skupinami ($p=0,069$). Zde můžeme předpokládat, že je to zapříčiněno deficitem v oblasti řeči dětí s vývojovou dysfázií vůči typicky se vyvíjejícím dětem. Jak bylo popsáno v teoretické části, jedinci s vývojovou dysfázií bývají zdrženlivější vůči svým spolužákům, což může vést k tomu, že dítě nemá tolik kamarádů. Na tuto tematiku byla například koncipována otázka týkající se oblíbenosti dítěte v kolektivu či zda má nějaké kamarády.

H5 D Předpokládáme, že je statisticky významný rozdíl mezi skupinami RR a TV ve škále problémů vzájemného vztahu, a to na 5% hladině významnosti.

Mezi skupinami RR a TV ($p=0,245$) není na hladině významnosti 5 % pozorovaná statistická významnost, hypotézu *H5 D* zamítáme. Tento výsledek může být dán tím, že děti s rodinným rizikem dyslexie nemají problém v komunikaci, což u dysfatických dětí je naopak největší problém v sociální sféře.

1.7.2.5 H6 Škála prosociálního chování

Tabulka č.12. Škála prosociálního chování

Škála prosociálního chování	
Skupiny RR, NVŘ, TV	
Kruskal-Wallisův test	
Chi Square	3,288
Asymp. Sig.	0,193
Skupina RR a NVŘ	
Man Whitney U -test	517,5
Asymp. Sig. (2-tailed)	0,449
Skupina NVŘ a TV	
Man Whitney U -test	605
Asymp. Sig. (2-tailed)	0,066
Skupina RR a TV	
Man Whitney U -test	658,5
Asymp. Sig. (2-tailed)	0,372

H6 A Předpokládáme, že je statisticky významný rozdíl mezi třemi skupinami ve škále prosociálního chování, a to na 5% hladině významnosti.

V testu všech tří skupin ($p=0,193$) nenacházíme statisticky významný rozdíl ve vnímání rodičů prosociálního chování u svých dětí. Nenacházíme statisticky významné rozdíly ani v porovnání skupin mezi sebou navzájem.

H6 B Předpokládáme, že není statisticky významný rozdíl mezi skupinami NVŘ a RR ve škále prosociálního chování.

Ve skupině RR a NVŘ ($p=0,449$) také není statisticky významný rozdíl, a proto se hypotéza *H6 B* potvrdila. Hodnota nedosahuje statistické významnosti. Výsledek může být důsledkem toho, že děti s vývojovou dysfázií mohou být méně prosociální díky strachu z nutné komunikace. Děti s rodinným rizikem dyslexie mohou mít problém vcítit se do pocitů druhých lidí. Rodiče obou skupin dětí nevnímají své děti statisticky významně odlišně v prosociálním chování.

H6 C Předpokládáme, že je statisticky významný rozdíl mezi skupinami NVŘ a TV ve škále prosociálního chování, a to na 5% hladině významnosti.

V porovnání mezi skupinami NVŘ a TV ($p=0,066$) se neprokázala statistická významnost, ale pohybuje se pouze na marginální úrovni. Proto hypotézu *H6 C* zamítáme. Jak je popsáno v článku „*The relationships between social behavior and severity of language impairment* (Hart, Fujiki, Bristona, Hart, 2012), jedinci trpící vývojovou dysfázií mají problém s prosociálním chováním. Tento fakt je primárně ovlivněn nutnou mírou komunikace jedince. Děti s vývojovou dysfázií mají obavy, že by mohly selhat na poli komunikace. Pokud daná situace nevyžaduje komunikaci, děti se chovaly více prosociálně. Díky tomu se hodnota pohybuje v marginálních hodnotách. Tzn., že děti s vývojovou dysfázií se chovají prosociálně, ale jen za určitých podmínek. Díky těmto skutečnostem můžeme usuzovat, že se hodnoty nepohybují na 5% hladině významnosti.

H6 D Předpokládáme, že je statisticky významný rozdíl mezi skupinami RR a TV ve škále prosociálního chování, a to na 5% hladině významnosti.

Mezi skupinami RR a TV ($p=0,372$) nebyl zaznamenán statisticky významný rozdíl ve vnímání rodičů prosociálního chování dětí mezi jednotlivými skupinami. Dyslektické děti nemají problém v komunikaci, a proto pro ně není překážkou chovat se více prosociálně. Je zde nasnadě, že i dyslektické děti (a podobně děti s rodinným rizikem dyslexie) mívají problém v prosociálním chování, a to díky možným problémům v identifikaci emocí ostatních, ale nám se tento fakt statisticky významně nepotvrdil. Hypotézu *H6 D* tak zamítáme.

Diskuse

Stěžejním tématem této práce bylo zjistit, zda existuje statisticky významný rozdíl ve vnímání rodičů svých dětí mezi třemi skupinami na základě dotazníku *Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ)* v rámci projektu ELDEL. Skupiny byly tvořeny dětmi s vývojovou dysfázií (NVŘ), rodinným rizikem dyslexie (RR) a s typickým vývojem (TV). Celkem jsme měli informace od 113 respondentů. Děti byly předškolního věku. Celkový věkový průměr dětí byl 66,95 měsíců.

Dotazník SDQ byl rozdělen do pěti škál, kde rodiče hodnotili projevy chování svých dětí. Dotazník obsahoval škálu emocionálních symptomů (ES), škálu problémového chování (PBCH), škálu hyperaktivity a nepozornosti (HN), škálu problémů vzájemného vztahu (PVV) a škálu prosociálního chování (PSCH). Rodiče odpovídali na škále „není pravda“, „tak trochu pravda“ a „pravda“. Každé z hodnocení mělo stanovené bodové ohodnocení. Vyhodnocoval se i získaný celkový skór.

V tabulce č. 13. přinášíme přehled stanovených hypotéz včetně jejich potvrzení či zamítnutí. Existující rozdíly mezi skupinami jsou pro přehlednost označeny tučně.

Tabulka č. 13. Přehled výsledků

	Srovnání skupin	Hypotéza	Potvrzení hypotéz	
Celkový skór	TV x RR x NVŘ	Existuje rozdíl mezi skupinami	Hypotéza potvrzena	p=0,027
	RR vs. NVŘ	Není rozdíl mezi skupinami	Hypotéza potvrzena	p=0,922
	NVŘ vs. TV	Existuje rozdíl mezi skupinami	Hypotéza potvrzena	p=0,027
	RR vs. TV	Existuje rozdíl mezi skupinami	Hypotéza potvrzena	p=0,02
Škála emocionálních symptomů	TV x RR x NVŘ	Existuje rozdíl mezi skupinami	Hypotéza potvrzena	p=0,049
	RR vs. NVŘ	Není rozdíl mezi skupinami	Hypotéza potvrzena	p=0,075
	NVŘ vs. TV	Existuje rozdíl mezi skupinami	Hypotéza se zamítá	p=0,572
	RR vs. TV	Existuje rozdíl mezi skupinami	Hypotéza potvrzena	p=0,018
Škála problémového chování	TV x RR x NVŘ	Existuje rozdíl mezi skupinami	Hypotéza se zamítá	p=0,344
	RR vs. NVŘ	Není rozdíl mezi skupinami	Hypotéza potvrzena	p=0,915

	NVŘ vs. TV	Existuje rozdíl mezi skupinami	Hypotéza se zamítá	p=0,205
	RR vs. TV	Existuje rozdíl mezi skupinami	Hypotéza zamítnuta	p=0,229
Škála problémového chování	TV x RR x NVŘ	Existuje rozdíl mezi skupinami	Hypotéza se zamítá	p=0,344
	RR vs. NVŘ	Není rozdíl mezi skupinami	Hypotéza potvrzena	p=0,915
	NVŘ vs. TV	Existuje rozdíl mezi skupinami	Hypotéza se zamítá	p=0,205
	RR vs. TV	Existuje rozdíl mezi skupinami	Hypotéza se zamítá	p=0,229
Škála hyperaktivity a nepozornosti	TV x RR x NVŘ	Existuje rozdíl mezi skupinami	Hypotéza potvrzena	p=0,043
	RR vs. NVŘ	Není rozdíl mezi skupinami	Hypotéza potvrzena	p=0,25
	NVŘ vs. TV	Existuje rozdíl mezi skupinami	Hypotéza potvrzena	p=0,012
	RR vs. TV	Existuje rozdíl mezi skupinami	Hypotéza se zamítá	p=0,233
Škála problémů vzájemného vztahu	TV x RR x NVŘ	Existuje rozdíl mezi skupinami	Hypotéza zamítnuta	p=0,194
	RR vs. NVŘ	Není rozdíl mezi skupinami	Hypotéza potvrzena	p=0,782
	NVŘ vs. TV	Existuje rozdíl mezi skupinami	Hypotéza se zamítá	p=0,069
	RR vs. TV	Existuje rozdíl mezi skupinami	Hypotéza se zamítá	p=0,245
Škála prosociálního chování	TV x RR x NVŘ	Existuje rozdíl mezi skupinami	Hypotéza se zamítá	p=0,193
	RR vs. NVŘ	Není rozdíl mezi skupinami	Hypotéza potvrzena	p=0,449
	NVŘ vs. TV	Existuje rozdíl mezi skupinami	Hypotéza se zamítá	p=0,066
	RR vs. TV	Existuje rozdíl mezi skupinami	Hypotéza se zamítá	p=0,245

Celkový skór

Obě dvě skupiny, jak NVŘ, tak RR, mají jasné specifikace oblastí možných potíží a odlišností od typicky se vyvíjející skupiny dětí. Proto byla jako první hlavní hypotéza stanovena s předpokladem statisticky významného rozdílu mezi sledovanými třemi skupinami navzájem v celkovém skóru. Hypotézu jsme potvrdili ($p=0,027$). Díky tomuto výsledku se nám potvrdil předpoklad, že existuje statisticky významný rozdíl,

jak vnímají své děti rodiče ve skupině s vývojovou dysfázií (NVŘ), rizikem rodinné dyslexie (RR) a typickým vývojem (TV). Celkový skór je hlavní výsledek testu, úročí se v něm další skóry dílčích škál. Můžeme tedy konstatovat, že tento hlavní skór odlišuje vnímání dětí typického vývoje od dětí s rizikem vzniku gramotnostních obtíží.

Další hypotézy se zaměřovaly na významný statistický rozdíl v získaném celkovém skóru mezi jednotlivými skupinami. Mezi skupinami RR a NVŘ se neprokázal statisticky významný rozdíl ($p=0,922$), proto byla hypotéza potvrzena. Tato skutečnost je s největší pravděpodobností dána podobností mezi oběma skupinami, které prokazují podobné znaky chování v jednotlivých škálách, na které byl dotazník zaměřen. Mezi skupinami NVŘ a TV se prokázal statisticky významný rozdíl ($p=0,027$). Tímto se nám hypotéza potvrdila, protože existuje statisticky významný rozdíl ve vnímání rodičů svých dětí. Tento výsledek dokladuje, že je rozdíl ve vnímání rodičů dětí s vývojovou dysfázií a hodnocení dětí s typickým vývojem. Děti s vývojovou dysfázií se jeví jejich rodičům z hlediska posuzovaných oblastí jako více problémové než intaktní vrstevníci.

I při porovnání skupin RR a TV ($p=0,02$) se nám potvrdila hypotéza o statisticky významném rozdílu v celkovém skóru. Děti s rodinným rizikem dyslexie mají v mnoha ohledech stejné projevy chování jako dyslektici, u kterých již byla diagnóza dyslexie potvrzena. Tyto projevy chování jsou v mnoha ohledech odlišné od dětí s typickým vývojem a rodiče předškolních dětí tyto odlišnosti vnímají. Na určité sféry možných oblastí potíží byly přesně formulovány otázky v jednotlivých škálách. Konkrétní rozbor dílčích obtíží by mohl proto sloužit pro poradenské intervence.

Druhý hlavní okruh našeho výzkumu se zaměřil na to, zda existují statisticky významné rozdíly mezi skupinami v jednotlivých škálách.

Škála emocionálních symptomů

Děti s vývojovou dysfázií a rodinným rizikem dyslexie ve velké míře trpí problémy v emocionální sféře. Dyslektické děti mohou být popudlivé, vzteklé a impulzivní. Mohou trpět pocitem méněcennosti, či strachu ze selhání (Matějček, Vágnerová, 2006). Podobné projevy můžeme pozorovat i u dětí s rodinným rizikem dyslexie. Děti s vývojovou dysfázií mají problém v řeči, což může ovlivňovat jejich vyjadřování pocitů, strach ze vstupování do interakcí s ostatními lidmi. Stejně jako

dyslektici, tak i dysfatické děti jsou více vzteklé, podrážděné a popudlivé (Sovák, 1984).

V testu porovnání všech tří skupin a získaného skóru ve škále emocionálních symptomů jsme hypotézu potvrdili ($p=0,049$), kdy se získané hodnoty pohybují na hladině statistické významnosti. Všechny tři skupiny se tedy v pohledu svých rodičů liší v hodnocení emocionality.

Obě dvě rizikové skupiny – jak děti s dysfázií, tak děti s rodinným rizikem dyslexie jsou ohroženy zvýšenou emocionalitou (ustrašenost) či psychosomatickými obtížemi (Matějček, Vágnerová, 2006), jak bylo popsáno v teoretické části práci. Náš předpoklad byl správný, statisticky významný rozdíl mezi skupinami NVŘ a RR nebyl potvrzen ($p=0,075$), proto jsme hypotézu nezamítli.

Naopak byl zjištěn rozdíl v příslušném skóru mezi skupinami RR a TV, děti s rodinným rizikem dyslexie jsou oproti svým vrstevníkům vnímány jako více citlivé či s emočními problémy, jak je koncipována daná škála ($p=0,018$). Za zajímavé považujeme, že oproti tomu porovnání skupin NVŘ a TV nepřineslo percepci očekávaných rozdílů u rodičů dětí s dyfázií, oproti rodičům dětí typického vývoje, jak jsme předpokládali ($p=0,572$). Přestože někteří autoři na emoční problém této skupiny upozorňují (Sovák, 1984), je možné, že rodiče více vnímají problémy v řeči, nikoli emoční stav svého dítěte. Naopak u dětí s rodinným rizikem mohou rodiče více vnímat obtíže, neboť problémy s gramotností nejsou ještě v centru jejich pozornosti (u některých dětí se mohou rozvíjet problémy ve čtení či psaní až po nástupu do školy).

Škála problémového chování

Další škála je zaměřena na problémy v chování, jedná se o tzv. afektivní problémy, ze kterých může vycházet problémové chování, jako je například špatné zvládnání negativních emocí, jako je vztek, hádky aj. Dále se může jednat o problémy se spolužáky, kde může docházet k fyzickým potyčkám či dokonce k šikaně (Zelinková, 2008). Díky tomu, že děti s rodinným rizikem dyslexie a vývojovou dysfázií mohou mít problém s vlastními emocemi, mohou hůře identifikovat emoce ostatních. Nemusí být proto vždy citlivé ke druhým dětem, ve vztahu k dospělým zase nemusí být vždy poslušné k autoritám, mohou se uchýlovat i např. ke lži.

Z výsledků Kruskal-Wallisova testu vyplývá, že však nebyl zjištěn rozdíl mezi třemi sledovanými skupinami ($p=0,334$). Formulovanou hypotézu o rozdílech mezi

skupinami jste tedy zamítli. Výsledek je proto pozitivní, rodiče rizikových dětí definované problémy v předškolním věku nevnímají. Zda to bude platit i po vstupu do školy nemůžeme ale tvrdit. Předškolní vzdělávání je spíše volnějšího charakteru, bez nároků na výkon, a tak je možné, že podobné problémy v chování se mohou objevit až v zátěžové situaci školního výkonu, ve kterém mohou selhávat obě sledované skupiny.

Dosažené výsledky dále potvrzují i dílčí srovnání sledovaných skupin navzájem. Nebyly zjištěny rozdíly v hodnocení dysfatičů a dětí s rodinným rizikem oproti běžným vrstevníkům ($p=0,205$; $p=0,229$) a ani obou rizikových skupin navzájem ($p=0,915$). Přesto by bylo zajímavé sledovat rizikové děti po nástupu do školy, zda se percepce rodičů nezmění.

Škála hyperaktivity a nepozornosti

Děti s vývojovou dysfazií ve velké míře mohou trpět komorbiditou s ADHD. Tito jedinci mohou mít problémy v paměťové prostorové orientaci, kognitivních schopnostech, či problémy v rozhodování. (*A comparison of working memory profiles inschool-aged children with Specific LanguageImpairment, Attention Deficit/Hyperactivity Disorder, Comorbid SLI and ADHD and their typically developing peers*“ (Hutchinson, Bavin, Efron, Sciberras, 2012). Také děti s dyslexií trpí až v 50 % ADHD. Jedinci pak mohou mít problém v úzkostném chování, v pomalosti při kognitivních operacích, či v obtížnějším navazování sociálních kontaktů (Zelinková, 2012). Stejně projevy můžeme nacházet i u dětí s rodinným rizikem dyslexie. Proto jsme také předpokládali, že se obě rizikové skupiny budou lišit ve škále hyperaktivity a nepozornosti, jak hodnotí dílčí projevy jejich rodiče, od hodnocení rodičů intaktních vrstevníků. Očekávaný rozdíl byl potvrzen, skupiny se vzájemně liší ($p=0,043$).

Při dalším rozboru rozdílů mezi skupinami navzájem byl potvrzen statisticky významný rozdíl mezi skupinami NVŘ a TV ($p=0,012$). Rodiče u dětí s vývojovou dysfazií signifikantně vnímají rozdíly v hyperaktivitě a nepozornosti oproti typicky se vyvíjejícím dětem. Zda je více problémová hyperaktivita nebo problémy v pozornosti by umožnila další analýza odpovědí v dílčích otázkách v dotazníku, která však nebyla vzhledem k rozsahu práce možná.

Naopak rozdíly mezi dětmi s rodinným rizikem dyslexie a jejich běžně se vyvíjejícími se vrstevníky nebyly potvrzeny ($p=0,233$), rodiče dětí s rodinným rizikem dyslexie nevnímají své děti jako více hyperaktivní a nepozorné. Výsledek je možná

ovlivněn tím, že ne všechny děti této skupiny budou dyslexií skutečně trpět, je to jen určitá potencialita, navíc ještě ne všechny skutečně mohou trpět ADHD, zatímco u dětí s dysfázií se jedná již o potvrzenou diagnózu, u které je potvrzena komorbidita až u 50% případů. Ve shodě s očekáváním nebyl zjištěn rozdíl mezi skupinami NVŘ a RR ($p=0,25$).

Škála problémů vzájemného vztahu

Jedinci trpící vývojovou dysfázií a dyslexií mohou mít problém v emocionalitě a v navazování sociálních kontaktů. Mohou být díky svému zbrklému či impulzivnímu chování vrstevníky odmítáni. Někdy tyto děti inklinují spíše ke kontaktu s dospělými, nebo se mohou do sebe uzavírat a být spíše samotářští (Sovák, 1984).

V porovnání všech tří skupin se hypotéza o statisticky významné odlišnosti mezi skupinami zamítá ($p=0,194$). Rodiče nehodnotili svoje děti z jednotlivých skupin statisticky významně odlišně. Popisované rozdíly v literatuře se u našich předškolních dětí neprojeví. V potaz je však možné brát také věk dětí – předškolák je v prostředí mateřské školy veden učitelkou, vztahy mezi dětmi jsou spíše nahodilé, kamarádství mezi dětmi je proměnlivé. Učitelky mateřských škol si sice mohou všimnout dětí s problémy ve vztazích, případné potyčky či nepochopení se řeší domluvou a zpravidla nejsou dramatinovány. Větší nárok na samostatnost a schopnost spolupráce mezi dětmi se projevuje až ve školním věku. Proto by bylo zajímavé zjistit, zda tento sledovaný parametr by se neuplatnil pozitivně ve školním věku.

Vzhledem k výše uvedeným faktům nás proto nepřekvapí, že nebyly shledány rozdíly ani v detailnější sledování hodnot mezi dílčími výzkumnými skupinami – žádný rozdíl nebyl prokázán (NVŘ vs. RR $p=0,782$; NVŘ vs. TV $p=0,069$; RR vs. TV $p=0,245$)

Škála prosociálního chování

Jedinci trpící rodinným rizikem dyslexie mohou mít problém v navazování sociálních kontaktů či v prosociálním chování. Jedním z důvodů může být špatná schopnost identifikace pocitů druhých lidí. Děti s vývojovou dysfázií mohou být také ve větší míře méně prosociální. Na tento fakt poukazuje studie „*The relationships between social behavior and severity of language impairment*“ (Hart, Fujiki, Bristona a Hart, 2012), která hovoří o tom, že dysfatické děti jsou více prosociální v situacích, kde

nemusí komunikovat. Pokud si prosociální chování vyžadovalo komunikaci, byly tyto děti zdrženlivější.

Ani v této oblasti sledovaného chování, podobně jako v oblasti problémového chování, nebyly zjištěny rozdíly mezi skupinami ($p=0,193$), neexistují tedy rozdíly v percepci rodičů žádné ze sledovaných skupin, jak hodnotí prosociální chování svých dětí. Podobný výsledek byl zjištěn i v dílčím srovnání skupin navzájem, ani zde rozdíly nebyly zjištěny (NVŘ vs. TV $p=0,066$; RR vs. TV $p=0,245$; $p=0,372$, RR vs. NVŘ $p=0,449$). Lze diskutovat, že kromě neexistujících rozdílů mezi dětmi může mít vliv i určitá „nezkušenost“ rodičů s hodnocením této kvality. V předškolním věku je dítě ještě hodně pod vedením svého rodiče, větší nároky na komunikační dovednosti i schopnost navazovat kontakty a spolupracovat může mít až základní škola.

Shrnutí nejdůležitějších výsledků

V našem testování percepce rodičů dětí se prokázaly statisticky významné rozdíly, a to hlavně v celkovém skóru, a to jak v porovnání mezi všemi třemi skupinami, tak i v porovnání skupin NVŘ a TV, RR a TV.

Mezi skupinami NVŘ a RR se v celkovém skóru neprojevíly statisticky významné rozdíly, tento fakt jsme předpokládali. Toto je nejspíše dáno tím, že jsou si skupiny velice podobné v projevech chování u jednotlivých škál, na které je dotazník SDQ zaměřen. Dále je pak patrný statisticky významný rozdíl mezi skupinami RR a TV v emocionální škále. Zde se potvrzují teoretická východiska emoční labilitu u dětí s rodinným rizikem dyslexie. Statisticky významný rozdíl byl i v testu všech tří skupin taktéž v emocionální škále.

Statisticky významný rozdíl byl i mezi skupinami NVŘ a TV ve škále hyperaktivity a nepozornosti, který potvrzuje častou komorbiditu vývojové dysfázie a ADHD. Stejně tak nacházíme statisticky významný rozdíl i u testu všech tří skupin ve škále hyperaktivity a nepozornosti.

V neposlední řadě stojí za zmínění i výsledky ve škále problémů vzájemného vztahu a prosociálního chování – ve sledovaných výzkumných skupinách nebyly rozdíly zjištěny.

Závěrem lze zmínit, že jsme se v rámci bakalářské práce nevěnovali skutečným dostatkům a nedostatkům dětí. Naším cílem bylo zmapovat, jak rodiče či nejbližší rodina své děti s vývojovou dysfázií a rodinným rizikem dyslexie vnímá. To jak je dítě

vnímáno, nemusí zcela odrážet skutečnost, jaké dítě je. Do percepce dítěte se promítá zkušenost rodičů, jejich výchovné styly a nároky na dítě. Hodnocení rodičů může být ovlivněno například sourozenci. Pozitivní či negativní zkušenost se sourozencem rizikového dítěte může posouvat percepci rodičů jedním či druhým směrem. Dále může hrát roli osobnost rodiče, jeho vlastnosti, jako je např. úzkostnost, ale také hodnotová orientace a mnoho dalších proměnných. V dalším zkoumání by bylo možné testovat, zda percepce rodičů odpovídá skutečným projevům dítěte. Popřípadě jaké vlivy ovlivňují rodiče v jeho hodnocení.

Dále by bylo možno sledovat, jak se vnímání rodičů mění v čase a zopakovat SDQ dotazník po určité době. Tak by se mohlo zjistit, zda se percepce rodičů mění či nemění. Tato proměnlivost hodnocení by byla zvláště zajímavá u skupiny dětí s rodinným rizikem dyslexie, kdyby se opakovala až po potvrzení či vyvrácení diagnózy dyslexie na prvním stupni základní školy. Je zde možnost, že na jedné straně rodiče mohli být na určité projevy chování přecitlivělí díky rodinnému riziku dyslexie, na druhé straně ale i tím, že problémy některých dětí se projeví až po nástupu do školy. Další posuny v percepci rodičů by mohly být dány i školní situací – předškolní vzdělávání nepřináší tak velkou zátěž jako vzdělávání školní, problémy mnoha dětí si rodiče uvědomí pravděpodobně až po nástupu do školy.

Mezi možnostmi podrobnějšího bádání by bylo i rozdělení dětí podle pohlaví. Zda se výrazně liší, jak vnímají rodiče dívky, a jak vnímají chlapce, včetně odlišné percepce z hlediska rizikových skupin a pohlaví.

Závěr

Tato bakalářská práce na téma „*Percepce dostatků a nedostatků u dětí s rizikem vzniku gramotnostních obtíží*“, se zabývá problematikou percepce dětí s dysfázií a s rodinným rizikem dyslexie v dotazníku SDQ.

V teoretické části tato práce seznamuje s problematikou předškolního věku a specifik daného věkového období, jako je emoční vývoj, sociální vývoj a porozumění, vztahy s vrstevníky, s rodiči, ale i vývoj řeči. Dále se zabývá tématem specifických poruch učení a rodinou. Ve druhé kapitole se věnuje specifické poruše učení - dyslexii. A to jejímu vzniku, diagnostice v předškolním věku, ale i dyslexii a rodině, komorbiditou s ADHD, dyslexii a sociálnímu chování a emocím, ale i rodinném riziku dyslexie, což je skupina, se kterou jsme pracovali v tomto výzkumu. Další kapitola je věnována vývojové dysfázii a zde se nachází podkapitoly o příčinách vzniku vývojové dysfázie, diagnostice v předškolním věku, dysfázii a rodičům, vývojové dysfázii a ADHD a v neposlední řadě vývojové dysfázii a emočnímu a sociálnímu chování.

V empirické části byl popsán projekt ELDEL. V rámci tohoto projektu byly děti nashromážděny a podle prvotních informací byly rozděleny do tří skupin (NVŘ, RR a TV). V další kapitole je popsán dotazník SDQ, který byl v rámci testování dětí v projektu ELDEL použit. Tento dotazník se skládá z pěti škál, které jsou popsány v následujících podkapitolách. Patří sem škála emocionálních symptomů, škála problémového chování, škála hyperaktivity a nepozornosti, škála problémů vzájemného vztahu a škála prosociálního chování. Následující kapitoly se věnují uvedení do problematiky, respondentům, průběhu sběru dat a v neposlední řadě cílům a hypotézám této výzkumné práce.

Hlavním úkolem této práce bylo zjistit, zda existují statisticky významné rozdíly ve vnímání rodičů dětí mezi skupinami dětí s vývojovou dysfázií a rodinným rizikem dyslexie oproti skupině dětí s typickým vývojem. Byly stanoveny hlavní hypotézy ve vztahu k jednotlivým částem dotazníku – nejdříve vzhledem k celkovému skóru a následně k dílčím škálám dotazníku SDQ.

Předpokládali jsme, že mezi skupinami bude v celkovém skóru nalezen statisticky významný rozdíl, což se potvrdilo. Dotazník tedy diferencuje mezi

sledovanými skupinami – dětmi typického vývoje a dětmi s rizikem vzniku gramotnostních obtíží (dětmi s dysfázií, dětmi s rodinným rizikem dyslexie).

V druhé části práce byly sledovány rozdíly mezi skupinami v dílčích škálách. Jako nejcitlivější k rozdílům mezi skupinami se jevila škála emocionálních symptomů, škála hyperaktivity a nepozornosti. Naopak nebyly potvrzeny rozdíly mezi skupinami ve škálách problémů vzájemného vztahu, problémového a prosociálního chování.

V závěrečné diskusi je rekapitulace zjištěných výsledků a jejich popis společně s poznatky autorů, kteří se danou problematikou zabývají. V neposlední řadě jsou v diskusi zmíněny možnosti pro další bádání s tímto dotazníkem a výzkumným vzorkem.

Literatura

HART, K.I., FUJIKI, M., BRITON, B., HART, C.H., *The relationships between social behavior and severity of language impairment*, Journal of Speech, Language and Hearing Research, 2004 , DOI:1092-4388/04/4703-0647

HUTCHINSON, E., BAVINE, E., EFRON, D., SCIBERRAS, E., *A comparison of working memory profiles inschool-aged children with Specific LanguageImpairment, Attention Deficit/Hyperactivity Disorder, Comorbid SLI and ADHD and their typically developing peers*, Child Neuropschol., 2012, DOI: 10.1080/09297049.2011.601288

JUCOVIČOVÁ, D., ŽÁČKOVÁ, H.. *Dyslexie*. 2.vyd. Praha: D+H, 2008. ISBN 978-80-903869-7-6

KALNAK, N., PEYRARD-JANVID, M., SAHLÉN, B., FORSBERG, H., *Family history interview of a broad phenotype in specific language impairment and matched controls*, Genes Brain Behav. 2012, DOI: 10.1111/j.1601-183X.2012.00841.x.

KEREKRÉTIÓVÁ, A. et al. *Základy logopédie*. Bratislava: Univerzita Komenského, 2009. ISBN 978-80-223-2574-5

KUCHARSKÁ, A. *Riziko dyslexie: Pregramotnostní schopnosti a dovednosti a rozvoj gramotnosti v rizikových skupinách*. Praha: Univerzita Karlova, Pedagogická fakulta, 2014. 286 s, ISBN 978-80-7290-784-7

KUCHARSKÁ, A. *Specifické poruchy učení a chování*. Praha: Portál, s.r.o., 1999, ISBN 80-7178-294-7

KUCHARSKÁ, A., ŠVANCAROVÁ D., *Bezstarostné roky?*, Praha: Scientia, 2004, ISBN 80-7183-291-X

KUTÁLKOVÁ, D., *Opožděný vývoj řeči. Dysfázie*. 1. vyd. Praha: Septima, 2002, ISBN 80-7216-177-6

LANGMEIER, J. *Vývojová psychologie* . Praha: Grada Publishing, a.s., 1998 ISBN: 80-7169-195-X.

- LANGMEIER, J., KREJČÍŘOVÁ, D. *Vývojová psychologie*, Praha: Grada Publishing, a.s., 2006, ISBN 80-247-1284-9
- MASON, W.A., CHMELKA M.B., THOMPSON, R.W., *Responsiveness of the Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ) in a Sample of High-Risk Youth in Residential Treatment W.*, Child and Youth Care Forum, 2012, DOI: 10.1007/s10566-012-9179-5
- MATĚJČEK, Z. *Dyslexie*, Praha: Státní pedagogické nakladatelství, 1987, SPN 0-72-24/1
- MATĚJČEK, Z., VÁGNEROVÁ, M. (ed.). *Sociální aspekty dyslexie* Praha: Nakladatelství Karolinum, 2006, ISBN 80-246-1173-2
- MATĚJČEK, Zdeněk. *Dyslexie-specifické poruchy čtení*. 3.vyd. Jinočany: H&H, 1995. ISBN 80-85787-27-X
- PODPĚROVÁ, H. , *Děti s narušeným vývojem řeči skrze dotazník CCC-2*, Praha 2013, Bakalářská práce, Univerzita Karlova v Praze. Pedagogická fakulta
- ŘÍČAN, P. *Cesta životem, Vývojová psychologie*, Praha: Portál, s.r.o., 2004, ISBN 80-7367-124-7
- SOTÁKOVÁ, H. *ELDEL projekt. Pedagogika: časopis pro vědy o vzdělávání a výchově*. Praha: Pedagogická fakulta UK. 2012, roč. LXII, č. 1 - 2. s. 211-216. ISSN 0031-3815
- SOVÁK, M. *Logopedie předškolního věku*, Praha: Státní pedagogické nakladatelství, 1984, 14-484-86
- ŠKALOUDOVÁ, A. *Statistika v pedagogickém a psychologickém výzkumu*. Praha: Pedagogická fakulta UK, 1998, ISBN 80-86039-56-0
- ŠKODOVÁ, E., JEDLIČKA, I. *Klinická logopedie*. Praha : Portál, 2007 ISBN 978-80-7367-340-6

TRAXLEROVÁ, M., *Strengths and diffuculties questionnaire: charakteristika, psychometrické vlastnosti a možnosti využití nástroje*, Bakalářská práce, Brno 2006, Masarykova univerzita, Fakulta sociálních studií

VÁGNEROVÁ, M. *Dětství a dospívání*. Praha: Nakladatelství Karolinum, 2012, ISBN 978-80-246-2153-1

VÁGNEROVÁ, M. *Vývojová psychologie*. Praha: Nakladatelství Karolinum, 1999, ISBN 80-7184-803-4

ZAHÁLKOVÁ, M., VRZAL, V., KLOUBKOVÁ, E., *Genetical Investigations in Dyslexia*, Journ of Medical Genetics, 1972

ZELINKOVÁ, O. *Dyslexie v předškolním věku*, Praha: Portál, s.r.o., 2008, ISBN 978-80-7367-321-5

ZELINKOVÁ, o., *Poruchy učení*. Praha, Portál s.r.o., 2009, ISBN 978-80-7367-514-1

Internetové zdroje

www.sdqinfo.com

.

Přílohy

Seznam příloh

Příloha 1: Počet dětí a jejich věk v jednotlivých skupinách

Příloha 2: Pohlaví dětí ve sledovaných skupinách

Příloha 3: Celkové rozdělení skupin

Příloha 4: Testování normálního rozdělení v NVŘ skupině pro všechny škály.

Příloha 5: Testování normálního rozdělení v RR skupině pro všechny škály.

Příloha 6: Testování normálního rozdělení v TD skupině pro všechny škály.

Příloha 7: Kruskal Wallisův test

Příloha 8: Man Whitney U – test pro porovnání skupin NVŘ a RR

Příloha 9: Man Whitney U – test pro porovnání skupin NVŘ a TV

Příloha 10: Man Whitney U – test pro porovnání skupin RR a TV

Příloha 1

Počet dětí a jejich věk v jednotlivých skupinách

Vzorek		RR	NVŘ	TV	Celkem
Počet dětí		33	35	45	113
Věk v měsících	Min	61,3	58,0	61,2	58
	Max	73,8	84,0	75,2	84
	Průměr	67,1	65,8	68,0	66,97
	Medián	67,3	66,5	69,0	67,29
	SD	3,6	5,2	3,3	4,18

Příloha 2

Pohlaví dětí ve sledovaných skupinách

Pohlaví		Dívky				Chlapci			
Skupina		RR	NVŘ	TV	Celkem	RR	NVŘ	TV	Celkem
Počet		17	11	27	55	16	24	18	58
Věk v měsících	Min	61,3	60,7	61,2	60,7	61,3	57,8	63,1	57,8
	Max	73,2	67,7	72,0	73,2	73,8	83,5	75,2	83,5
	Průměr	66,7	65,0	67,2	66,6	67,4	66,2	68,8	67,3
	Medián	66,1	66,5	68,1	66,6	67,5	66,0	68,9	68,3
	SD	3,7	2,5	3,3	3,4	3,5	6,0	3,1	4,8

Příloha 3

Celkové rozdělení skupin

Skupina	Hodnota	Scales					Celkové skóre
		ES	PBCH	HN	PVV	PSCH	
RR	průměr	2,33	1,70	4,24	1,79	8,45	10,06
	SD	1,65	1,61	2,45	1,95	1,68	4,59
	rozptyl	2,73	2,59	6,00	3,80	2,82	21,06
	medián	2	1	4	1	9	11
	modus	1	2	4	0	10	11
	min	0	0	0	0	5	2
	max	6	6	9	6	10	19
NVŘ	průměr	1,69	1,66	4,91	1,66	8,17	9,91
	SD	1,71	1,39	2,41	1,37	1,79	4,78
	rozptyl	2,93	1,94	5,79	1,88	3,21	22,85
	medián	1	1	5	1	9	9
	modus	0	1	5	1	9	6
	min	0	0	0	0	4	1
	max	6	5	9	5	10	21
TV	průměr	1,53	1,36	3,60	1,13	8,80	7,62
	SD	1,77	1,54	2,28	1,25	1,53	4,12
	rozptyl	3,12	2,37	5,20	1,57	2,35	17,01
	medián	1	1	4	1	9	7
	modus	0	0	5	0	10	3
	min	0	0	0	0	4	1
	max	7	5	9	4	10	19

Příloha 4

Testování normálního rozdělení v NVŘ skupině pro všechny škály.

NVŘ	Shapiro-Wilksův test normality
	Sig.
ES	0,000
PBCH	0,004
HN	0,198*
PVV	0,006
PSCH	0,000
CS	0,627*

*p = 0,05

Příloha 5

Testování normálního rozdělení v RR skupině pro všechny škály.

RR	Shapiro-Wilksův test normality
	Sig.
ES	0,060*
PBCH	0,000
HN	0,410*
PVV	0,000
PSCH	0,000
CS	0,490*

*p = 0,05

Příloha 6

Testování normálního rozdělení v TD skupině pro všechny škály.

TV	Shapiro-Wilksův test normality
	Sig.
ES	0,000
PBCH	0,000
HN	0,065**
PVV	0,000
PSCH	0,000
TV	0,089**

**p = 0,01

Příloha 7

Kruskal Wallisův test

Kruskal Wallisův test						
Skupiny RR, NVŘ, TV	ES	PBCH	HN	PVV	PSCH	CS
Chi-Square	6,015	2,135	6,294	3,278	3,288	7,23
Asymp. Sig.	0,049	0,344	0,043	0,194	0,193	0,027

Příloha 8

Man Whitney U – test pro porovnání skupin NVŘ a RR

Skupina NVŘ a RR	ES	PBCH	HN	PVV	PSCH	CS
Man Whitney U – test	435	569	484,5	555,5	517,5	569,5
Asymp. Sig. (2-tailed)	0,075	0,915	0,25	0,782	0,449	0,922

Příloha 9

Man Whitney U – test pro porovnání skupin NVŘ a TV

Skupina NVŘ a TV	ES	CPS	HS	PPS	PSS	CS
Man Whitney U – test	731	661	530	606,5	605	559,5
Asymp. Sig. (2-tailed)	0,572	0,205	0,012	0,069	0,066	0,027

Příloha 10

Man Whitney U – test pro porovnání skupin RR a TV

Skupina RR a TV	ES	PBCH	HN	PVV	PSCH	CS
Man Whitney U – test	514,5	627,5	625,5	632,5	658,5	513,5
Asymp. Sig. (2-tailed)	0,018	0,229	0,233	0,245	0,372	0,02