OCENA RYZYKA DYSLEKSJI U DZIECI SIEDMIOLETNICH

DYSLEXIA RISK ASSESSMENT IN SEVEN-YEAR-OLD CHILDREN

Dariusz Skawiński[1, 2], Agata Horecka-Lewitowicz[3], Monika Szpringer[3], Agnieszka Zaworska-Winiarska[3], Piotr Lewitowicz[4], Sławomir Dutkiewicz[1]

[1] Zakład Profilaktyki i Epidemiologii Nowotworów, Instytut Zdrowia Publicznego
Wydział Nauk o Zdrowiu Uniwersytetu Humanistycznego-Przyrodniczego Jana Kochanowskiego w Kielcach
Kierownik Zakładu: dr hab. n. med. Sławomir Dutkiewicz prof. nadzw. UJK

[2] II Oddział Chorób Dziecięcych Wojewódzkiego Specjalistycznego Szpitala Dziecięcego w Kielcach
Ordynator Oddziału: dr n. med. Zdzisław Domagała

[3] Zakład Profilaktyki Społecznej, Instytut Zdrowia Publicznego
Wydział Nauk o Zdrowiu Uniwersytetu Humanistyczno-Przyrodniczego Jana Kochanowskiego w Kielcach
Kierownik Zakładu: dr hab. n. hum. Monika Springer prof. nadzw. UJK

[4] Zakład Fizjologii i Patofizjologii, Instytut Pielęgniarstwa i Położnictwa
Wydział Nauk o Zdrowiu Uniwersytetu Humanistyczno-Przyrodniczego Jana Kochanowskiego w Kielcach
Kierownik Zakładu: dr hab. n. med. Marek Kochmański prof. nadzw. UJK

STRESZCZENIE

Dysleksja rozwojowa to zaburzenie objawiające się trudnościami w nauce czytania, mimo stosowania konwencjonalnych metod nauczania, normalnej inteligencji i sprzyjających warunków społeczno-kulturowych. Jest spowodowana zaburzeniami podstawowych zdolności poznawczych, które są często uwarunkowane konstytucjonalnie. Jednym z podstawowych narzędzi służących do oceny ryzyka wystąpienia dysleksji jest Skala Ryzyka Dysleksji (SRD) Marty Bogdanowicz.

Celem pracy było określenie ryzyka wystąpienia dysleksji u dzieci ze środowiska wiejskiego oraz dysfunkcji rozwojowych najczęściej występujących u badanych uczniów klasy pierwszej i tego, jaki mają wpływ na naukę czytania i pisania. Przeprowadzono badanie z wykorzystaniem SRD wśród 90 dzieci, uczniów klas pierwszych ze środowiska wiejskiego. Stwierdzono ogólne ryzyko wystąpienia dysleksji u 20% badanych, dwukrotnie częściej u chłopców niż u dziewcząt. Przy czym u 17,8% dzieci stwierdzono pogranicze ryzyka, u 4,4% umiarkowane ryzyko, u żadnego dziecka nie stwierdzono wysokiego poziomu ryzyka dysleksji. Przeanalizowano również ryzyko dysleksji w poszczególnych podskalach SRD, chcąc rozpoznać dysharmonie rozwojowe dzieci z ryzykiem dysleksji. Najwyższe ryzyko dysleksji stwierdzono w zakresie motoryki małej – w 33,3% przypadkach, w zakresie koncentracji uwagi – w 25,5% przypadków i motoryki dużej – w 22,2% przypadków.

Wynik SRD jest podstawą do podjęcia istotnych decyzji o zastosowaniu właściwych form interwencji. Bardzo istotne jest jak najwcześniejsze wyodrębnienie grupy dzieci z ryzykiem dysleksji, monitorowanie ich rozwoju i wdrażanie postępowania terapeutycznego. Dzieci nieobjęte pomocą częściej mają trudności z przystosowaniem społecznym, może występować u nich niedojrzałość emocjonalna i społeczna, które rozwijają się na podłożu niepowodzeń szkolnych i niezaspokojenia potrzeb emocjonalnych dziecka.

Słowa kluczowe: zaburzenia neurorozwojowe, dysleksja rozwojowa, ryzyko dysleksji, skala ryzyka dysleksji.

SUMMARY

Dyslexia is a learning disorder which manifests itself as a difficulty in reading, in spite of using the conventional teaching methods, normal intelligence and a favorable social and cultural environment. It is caused by disorders of basic cognitive abilities that are often constitutionally conditioned. One of the major tool used to assess the risk of dyslexia is Skala Ryzyka Dysleksji (the Dyslexia Risk Scale) by Marta Bogdanowicz.

The aim of the project was to determine the risk of dyslexia in children from the rural environment, the most common developmental dysfunctions in the tested group of first grade students and the impact that they may have on the process of learning reading and writing. A study based on the SRD was conducted among 90 children, first grade students from the rural environment. The overall risk of dyslexia was found in 20% of respondents, twice as often in boys than in girls. While 17.8% of children had borderline risk, 4.4% had moderate risk and none of the children had high risk level of dyslexia. The risk of dyslexia was analyzed in each subscales of the SRD in order to recognize the developmental disharmony of children with such risk. The highest risk of dyslexia was found in respect of the fine motor skill – in 33.3% of cases, in respect of the concentration of attention – in 25.5% of cases, and in respect of gross motor skill – in 22.2% of cases.

The SRD feedback is the basis to make important decisions about the use of appropriate forms of intervention. It is crucial to identify a group of children with the risk of dyslexia as soon as possible, than monitor their development and implement therapeutic activities.

The non-assisted children often have difficulties in social adjustment, some of them may perform emotional and social immaturity, which occurs on the basis of failures at school and unsatisfied emotional needs of the child.

Key words: neurodevelopmental disorders, dyslexia, risk of dyslexia, the Dyslexia Risk Scale.

WSTĘP

Etymologicznie termin dysleksja określają dwa wyrazy: *dys* (grec.) – źle, ciężko i *lego* (łac.) – czytam [1]. Pierwszy opis specyficznych trudności w uczeniu się dotyczył zaburzeń czytania. Niemiecki lekarz Adolf Kussmaul opisał w 1878 roku mężczyznę, który nie mógł nauczyć się czytać mimo właściwego nauczania. Jego inteligencja nie odbiegała od normy. Kussmaul nazwał to zaburzenie „ślepotą czytania". Dziewięć lat później Rudolf Berlin – inny niemiecki lekarz – użył pierwszy raz terminu dysleksja. W 1925 roku amerykański neurolog Samuel Orton przedstawił pierwszą teorię dotyczącą powstawania zaburzeń czytania. W tym czasie powstały również opisy innych odmian specyficznych trudności w uczeniu się, które jednak nie były szerzej znane aż do 1939 roku, kiedy to Alfred Straus i Heinz Werner opublikowali charakterystykę dzieci z szeroko rozumianymi trudnościami w uczeniu się [2].

Istnieje wiele definicji zjawiska dysleksji, co związane jest z trudnościami zdefiniowania tej jednostki. W 1968 roku w Dallas (USA) Światowa Federacja Neurologów przyjęła następujące określenie: „specyficzna rozwojowa dysleksja to zaburzenie manifestujące się trudnościami w nauce czytania, mimo stosowania konwencjonalnych metod nauczania, normalnej inteligencji i sprzyjających warunków społeczno-kulturowych, jest spowodowana zaburzeniami podstawowych zdolności poznawczych, które często są uwarunkowane konstytucjonalnie" [3]. W 1992 roku Światowa Organizacja Zdrowia na konferencji w Genewie przyjęła Międzynarodową Statystyczną Klasyfikację Chorób i Problemów Zdrowotnych. W dokumencie tym można znaleźć wiele numerów statystycznych chorób odnoszących się do specyficznych trudności w nauce czytania i pisania, czyli zaburzeń dyslektycznych. Symbol F 81 oznacza grupę specyficznych rozwojowych zaburzeń umiejętności szkolnych. W obrębie tej grupy można wyróżnić m.in. takie jednostki jak: F 81.0 – „specyficzne zaburzenia czytania", F 81.1 – „specyficzne opóźnienie poprawnej pisowni" [4]. Aktualizacja ICD–10 z 1998 roku definiuje grupę F 81 jako: specyficzne zaburzenia rozwoju umiejętności szkolnych, gdzie F 81.0 to specyficzne zaburzenia czytania, F 81.1 – specyficzne zaburzenia analizy dźwiękowo-literowej [5].

Najczęściej stosowana obecnie definicja dysleksji została opublikowana w 1994 roku przez Towarzystwo Dysleksji im. Ortona. Brzmi ona: „dysleksja jest jednym z wielu różnych rodzajów trudności w uczeniu się; jest specyficznym zaburzeniem uwarunkowanym konstytucjonalnie; charakteryzuje się trudnościami w dekodowaniu pojedynczych słów, co najczęściej odzwierciedla niewystarczające zdolności przetwarzania fonologicznego; trudności w dekodowaniu pojedynczych słów są zazwyczaj niewspółmierne do wieku oraz innych zdolności poznawczych i umiejętności szkolnych; trudności te nie są wynikiem ogólnego zaburzenia rozwoju ani zaburzeń sensorycznych; dysleksja manifestuje się różnorodnymi trudnościami w odniesieniu do różnych form komunikacji językowej, często oprócz trudności w czytaniu dodatkowo pojawiają się poważne trudności w opanowaniu czynności pisania i poprawnej pisowni" [3].

Obecnie istnieje wiele teorii na temat przyczyn i istoty dysleksji. Według jednej z najbardziej rozpowszechnionych teorii według Richarda Davisa dysleksja nie jest skutkiem uszkodzenia mózgu ani nerwów, nie powstaje też z powodu wadliwej budowy ucha wewnętrznego lub gałki ocznej, natomiast jest wynikiem procesu myślenia i specyficzną reakcją na poczucie zamętu (dezorientacji). Dyslektycy preferują myślenie niewerbalne (myślenie obrazami). Słowa, które oznaczają realnie istniejące przedmioty, nie sprawiają im kłopotu. Natomiast nie są w stanie myśleć słowami (słowa pułapki), których znaczenia nie są w stanie zobrazować (białe plamy). Prowadzi to do dezorientacji [6].

Wśród pierwotnych przyczyn dysleksji wymienia się koncepcje opóźnionego dojrzewania ośrodkowego układu nerwowego (OUN), genetyczne (geny na chromosomach 1, 6, 15), organiczne, hormonalne. Najbardziej prawdopodobna jest koncepcja polietiologii – wielości odmiennych patomechanizmów dysleksji [7].

Często do terminu dysleksja dodaje się określenie „rozwojowa". Oznacza to, że opisywane trudności występują od początku nauki szkolnej, w odróżnieniu od dysleksji nabytej, tj. utraty już opanowanej umiejętności czytania i pisania, zwykle przez osoby dorosłe po przebytym uszkodzeniu mózgu [8]. Termin „ryzyko dysleksji" został po raz pierwszy zaprezentowany przez Martę Bogdanowicz w 1993 roku na XI Ogólnopolskiej Konferencji Polskiego Towarzystwa Dysleksji w Gdyni. Termin ten stosuje się wobec dzieci wykazujących wybiórcze zaburzenia rozwoju psychoruchowego, które mogą warunkować wystą-

pienie specyficznych trudności w czytaniu i pisaniu. Odnosi się on również do uczniów, którzy napotykają na pierwsze, lecz nasilone trudności w nauce – mimo inteligencji w normie, dobrze funkcjonujących narządów zmysłu, właściwej opieki wychowawczej i dydaktycznej w domu oraz szkole. Zaburzenia rozwoju mogą obejmować: sprawność językową, słuch fonematyczny, analizę słuchową, syntezę słuchową, analizę i syntezę wzrokową, spostrzeganie wzrokowe, motorykę dużą, motorykę małą, pamięć słuchową, pamięć fonologiczną, pamięć wzrokową, pamięć ruchową, lateralizację, orientację w schemacie ciała i przestrzeni. Zaburzenia mogą dotyczyć również współdziałania między poszczególnymi funkcjami [4].

Symptomy wskazujące na ryzyko wystąpienia dysleksji na kolejnych etapach rozwoju dziecka:

- w okresie niemowlęcym predyktorami trudności szkolnych są opóźnienia rozwoju ruchowego, np. dziecko nie raczkuje, ma trudności z równowagą, są minimalne objawy obniżenia tonusu mięśniowego;
- w okresie przedszkolnym: symptomy dysharmonii rozwoju – opóźnienie rozwoju mowy i funkcji językowych, funkcji wzrokowo-przestrzennych i motoryki rąk;
- w klasie I: dysharmonie rozwojowe nadal się utrzymują, pojawiają się trudności w czytaniu i pisaniu;
- w klasie II: jeżeli mimo ćwiczeń korekcyjno-kompensacyjnych stan się nie poprawia, uczeń powinien być poddany wstępnej diagnozie w kierunku dysleksji [7].

W 1993 roku rozpoczęto pierwsze prace nad stworzeniem metody przesiewowej służącej do oceny ryzyka dysleksji. Stworzono narzędzie badawcze pod postacią kwestionariusza ankiety – Skalę Ryzyka Dysleksji (SRD), w którym nauczyciel lub rodzic zaznaczał, czy wymienione objawy ryzyka dysleksji występują u jego dziecka i jeżeli tak – to w jakim nasileniu [4]. Wstępne badania nad trafnością diagnostyczną oraz normalizacją SRD miały miejsce w latach 1993–1995. Wykazały one, że wyniki SRD są istotnie skorelowane z wynikami testów rutynowo stosowanych w badaniach diagnostycznych, prowadzonych w poradniach psychologiczno-pedagogicznych, ale są jednocześnie znacznie krótsze od wspomnianych badań diagnostycznych i dlatego mogą być powszechnie stosowane. Uzyskano też zachęcające rezultaty, które wskazały na możliwość trafnego przewidywania postępów w nauce czytania i pisania na podstawie wyników SRD. Obecnie stosowana wersja SRD została zredagowana w 1997 roku i składa się z 21 pytań. Wyróżnia się w niej cztery główne podskale (motoryka, funkcje wzrokowe, funkcje językowe, uwaga). W podskali głównej motoryka wyróżniono podskalne szczegółowe: motoryka duża i motoryka mała, natomiast w podskali głównej funkcje językowe wydzielono podskalne szczegółowe: ekspresja i percepcja mowy. Badając dzieci Skalą Ryzyka Dysleksji, uzyskuje się odpowiedź na pytanie, czy w danym przypadku istnieje ryzyko wystąpienia specyficznych trudności w czytaniu i pisaniu. Porównując sumę ocen skali SRD i oceny poszczególnych sfer rozwoju z normami, można określić, czy u badanego dziecka występuje ryzyko dysleksji i jaki jest jego stopień. W tym celu poszczególnym wynikom przypisuje się określenia opisujące to ryzyko: wysokie ryzyko, umiarkowane ryzyko, pogranicze ryzyka, brak ryzyka. Wynik ogólny SRD jest podstawą do podjęcia istotnych decyzji o zastosowaniu właściwych form interwencji. Dlatego też przyjęto następujące zasady:

- stwierdzenie wyniku z pogranicza ryzyka dysleksji informuje o potrzebie wnikliwej, systematycznej obserwacji postępów w rozwoju i nabywaniu umiejętności szkolnych – czytania i pisania,
- wynik w obszarze umiarkowanego stopnia ryzyka dysleksji wskazuje, że należy udzielić dziecku pomocy, której celem byłoby wyrównanie stwierdzanych deficytów rozwojowych, potrzebna też jest dalsza obserwacja dziecka i powtórzenie badania po kilku miesiącach w celu dokonania oceny postępów w rozwoju,
- stwierdzenie wysokiego ryzyka dysleksji obliguje do podjęcia natychmiastowych działań, czyli przeprowadzenia badań diagnostycznych w poradni psychologiczno-pedagogicznej i skierowanie dziecka na ćwiczenia korekcyjno-kompensacyjne [4].

Potrzeba otoczenia opieką dzieci z fragmentarycznymi odchyleniami od norm rozwojowych, a wśród nich dzieci ze specyficznymi trudnościami w czytaniu i pisaniu jest coraz szerzej uzasadniana przez lekarzy, psychologów i pedagogów oraz przez władze oświaty. Badaniem i terapią tych dzieci zajmują się poradnie psychologiczno-pedagogiczne oraz poradnie zdrowia psychicznego. Rozwijają one działalność korekcyjną szczególnie wśród uczniów klas początkowych. Jednak z uwagi na wzrastającą liczbę dzieci z zaburzeniami parcjalnymi nie są one w stanie objąć procesem terapeutycznym wszystkich wymagających tego uczniów [9].

Celem terapii jest: usuwanie bezpośrednich przyczyn niepowodzeń szkolnych, wyrównywanie braków w wiadomościach i umiejętnościach, przywrócenie prawidłowych postaw uczniów wobec nauki [10]. Działania te mają umożliwić dalszą naukę dziecka w szkole. Efektywność pomocy dzieciom z ryzykiem dysleksji zależy od: poziomu inteligencji dziecka oraz umiejętności radzenia sobie z trudnościami,

wieku – im młodsze dziecko, tym szybciej następuje usprawnienie zaburzonych funkcji, zakresu zaburzeń, stopnia głębokości zaburzeń, stanu psychicznego dziecka, współpracy z rodzicami, zrozumienia ze strony szkoły [8].

System opieki nad dziećmi dyslektycznymi opiera się na zarządzeniu Ministra Edukacji Narodowej z 25 maja 1993 roku w sprawie zasad udzielania uczniom pomocy psychologicznej i pedagogicznej. Umożliwia ono objęcie kompleksową opieką psychologiczną i pedagogiczną dzieci z niepowodzeniami w uczeniu się we wszystkich rodzajach placówek szkolno-wychowawczych [11].

CEL PRACY

Celem pracy było określenie ryzyka wystąpienia dysleksji u dzieci ze środowiska wiejskiego oraz dysfunkcji rozwojowych najczęściej występujących u badanych uczniów klasy pierwszej i tego, jaki wpływ mają na naukę czytania i pisania.

MATERIAŁ I METODY

Badanie przeprowadzono w grudniu 2009 roku, a więc pod koniec pierwszego semestru, wśród uczniów klas I w dwóch szkołach wiejskich. Jedna z nich znajduje się w miejscowości Morawica w gminie Liszki w powiecie krakowskim, druga w miejscowości Kajetanów w gminie Zagnańsk w powiecie kieleckim. Badaniem objęto 90 dzieci w wieku 7 lat, 58 (65%) dziewczynek i 32 (35,5%) chłopców. Żadne z dzieci nie miało rozpoznanej przewlekłej choroby przebiegającej z niepełnosprawnością intelektualną. U badanych dzieci nie stwierdzono również istotnych zaniedbań środowiskowych oraz zaburzeń w funkcjonowaniu narządów zmysłów (np. wady wzroku).

W badaniu zastosowano opisaną już Skalę Ryzyka Dysleksji – SRD. Wykorzystano standaryzowany kwestionariusz ankiety zawierający 21 pytań. Odpowiedzi udzielało jedno z rodziców. Przeanalizowano wykształcenie rodziców, stwierdzając, że 11 (12,2%) miało wykształcenie podstawowe, 20 (22,2%) wykształcenie zawodowe, 40 (44,4%) wykształcenie średnie, a 19 (21,2%) wykształcenie wyższe. Przyjęto stopniowanie ocen w uzyskiwanych odpowiedziach od 1 do 4, gdzie 1 oznaczało, że dane zachowanie nigdy nie występuje, 2 – objaw występował czasami, 3 – występował często i 4 – zachowanie występowało bardzo często, z reguły zawsze. W wyniku przeprowadzonego badania oceniono, czy dane dziecko należy do grupy ryzyka dysleksji i jaki jest stopień tego ryzyka oraz oceniono poszczególne objawy ryzyka dysleksji przypisane do poszczególnych sfer rozwojowych odpowiadających podskalom głównym i szczegółowym w SRD.

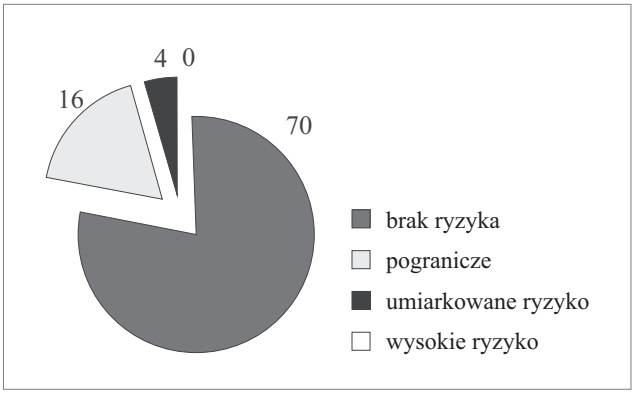
WYNIKI

Stosując narzędzie badawcze w postaci SRD, określono poziom ryzyka dysleksji u badanych dzieci. Spośród 90 badanych dzieci u 20 (22,2%) stwierdzono ryzyko występowania dysleksji, a u pozostałych 70 (77,8%) dzieci brak takiego ryzyka. Analizując stopień ryzyka u 16 (17,8%) dzieci, stwierdzono pogranicze ryzyka, u 4 (4,4%) umiarkowane ryzyko, u żadnego dziecka nie stwierdzono wysokiego poziomu ryzyka dysleksji.

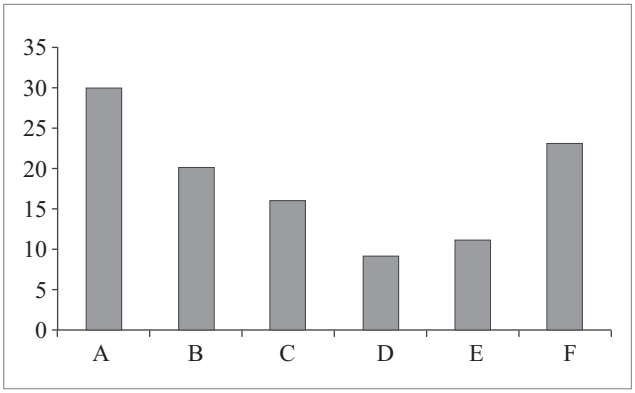
Stwierdzono, że wśród badanych dzieci ryzyko dysleksji częściej występowało u chłopców – 13 (14,4%) przypadków, 7 (7,8%) przypadków to dziewczynki. Przy czym u 16 (17,8%) dzieci stwierdzono ryzyko występowania dysleksji na poziomie granicznym. Wśród nich 10 (11,1%) to chłopcy, a 6 (6,7%) to dziewczynki. Natomiast spośród 4 (4,4%) dzieci z umiarkowanym ryzykiem dysleksji 3 (3,3%) to chłopcy, a 1 (1,1%) to dziewczynki.

Oceny ryzyka dysleksji nie kończy się na obliczeniach wyniku ogólnego. Zdarza się, że ogólny wynik mieści się w granicach normy, a u dziecka występuje ryzyko dysleksji spowodowane opóźnieniem rozwoju jednej ze sfer poznawczych. W kolejnej części badania opracowano wyniki dla poszczególnych sfer i ustalono, czy występują w nich opóźnienia, w jakim zakresie i w jakim nasileniu. Analizowano poziom motoryki małej i dużej, funkcji wzrokowych, funkcji językowych (percepcji i ekspresji), poziom koncentracji uwagi. Dokonano podziału ryzyka występowania dysleksji zgodnie z SRD na pogranicze ryzyka, umiarkowane ryzyko oraz wysokie ryzyko.

Najwyższe ryzyko dysleksji stwierdzono w zakresie motoryki małej w 30 (33,3%) przypadkach, z czego w 14 (15,5%) określono go jako pogranicze, w 11 (12,2%) było to ryzyko umiarkowane, a w 5 (5,6%) – wysokie. Nieco niższe ryzyko dysleksji stwierdzono w zakresie koncentracji uwagi i motoryki dużej. W zakresie koncentracji uwagi ryzyko to wystąpiło w 23 (25,5%) przypadkach, a jego poziom kształtował się następująco: pogranicze ryzyka – 12 (13,3%) przypadków, umiarkowane ryzyko – 7 (7,8%) przypadków, wysokie ryzyko – 4 (4,44%) przypadków. W zakresie motoryki dużej ryzyko dysleksji stwierdzono w 20 (22,2%) przypadkach, w 10 (11,1%) przypadkach było to pogranicze ryzyka, w 7



Rys. 1. Rozkład ryzyka dysleksji u badanych dzieci.



Rys. 2. Rozkład występowania ryzyka dysleksji w poszczególnych skalach, gdzie: A – motoryka mała, B – motoryka duża, C – funkcje wzrokowe, D – funkcje językowe (percepcja), E – funkcje językowe (ekspresja), F – koncentracja uwagi

Tabela 1. Rozkład występowania ryzyka dysleksji u badanych dzieci w zależności od płci i stopnia ryzyka

Płeć	Brak ryzyka		Występowanie ryzyka							
			Pogranicze		Umiarkowane		Wysokie		Łącznie	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Chłopcy	19	21,0	10	11,1	3	3,3	0	0	13	14,4
Dziewczynki	51	56,8	6	6,7	1	1,1	0	0	7	7,8
Razem	70	77,8	16	17.8	4	4,4	0	0	20	22,2

Tabela 2. Rozkład występowania ryzyka dysleksji w poszczególnych podskalach SRD

Funkcje		Brak ryzyka		Występowanie ryzyka							
				Pogranicze		Umiarkowane		Wysokie		Łącznie	
		N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
A	motoryka mała	60	66,7	14	15,5	11	12,2	5	5,6	30	33,3
B	motoryka duża	70	77,8	10	11,1	7	7,8	3	3,3	20	22,2
C	funkcje wzrokowe	74	82,2	8	8,9	6	6,7	2	2,2	16	17,8
D	funkcje językowe – percepcja	81	90,0	7	7,8	2	2,2	0	0	9	10,0
E	funkcje językowe – ekspresja	79	87,8	6	6,7	3	3,3	2	2,2	11	12,2
F	koncentracja uwagi	67	74,5	12	13,3	7	7,8	4	4,4	23	25,5

(7,8%) przypadkach określono umiarkowane ryzyko, a w 3 (3,3%) rozpoznano ryzyko wysokie.

Najniższy poziom ryzyka dysleksji stwierdzono w badanej grupie w zakresie funkcji językowej – percepcji. Rozpoznano go jedynie w 9 (10%) przypadkach, z czego 7 (7,8%) przypadków to pogranicze ryzyka, 2 (2,2%) umiarkowane ryzyko, natomiast nie stwierdzono żadnego przypadku z wysokim ryzykiem dysleksji w zakresie tej funkcji.

Szczegółowy rozkład występowania ryzyka dysleksji w badanej grupie wraz z podziałem na ryzyko w zakresie poszczególnych funkcji ocenianych w SRD przedstawia rysunek 2 i tabela 2.

DYSKUSJA

Coraz częściej osoby dyslektyczne i ich rodziny mówią otwarcie o swoich problemach związanych z czytaniem i pisaniem. Powstają ruchy samopomocowe rodziców dzieci dyslektycznych i towarzystwa działające na rzecz pomocy dzieciom dyslektycznym. Dzięki tym pozytywnym zjawiskom poprawiła się sytuacja społeczna dyslektyków [12]. Mimo to liczba dzieci dyslektycznych się nie zmniejsza. Szacuje się, że około 10–15% dzieci napotyka na trudności w uczeniu się pisania i czytania [13]. Polskie badania nad określeniem wskaźnika dysleksji w populacji

dzieci szkolnych ujawniły, że 13,1% dzieci jest dotkniętych tym zaburzeniem [14].

Wykorzystując SRD, przeprowadzono badanie w grupie 90 dzieci ze środowiska wiejskiego. Potwierdzono występowanie ryzyka dysleksji u około 22% dzieci. Jest to wynik zbliżony do badań przeprowadzonych przez Krystynę Kordas [15]. Natomiast w badaniach przeprowadzonych przez Martę Bogdanowicz oraz Annę Brzezińską odsetek takich dzieci był niższy i wyniósł około 10%. Rozkład procentowy dzieci z ryzykiem dysleksji na poszczególne przedziały – pogranicze ryzyka (17,8%), umiarkowane ryzyko (4,4%), wysokie ryzyko (0%) jest podobny do rozkładu w badaniach Marty Bogdanowicz. W badaniach Anny Brzezińskiej znacznie wyższy jest odsetek dzieci z wysokim ryzykiem dysleksji [16, 17].

W przeprowadzonych badaniach stwierdzono prawie dwukrotnie większą liczbę chłopców z ryzykiem dysleksji w stosunku do dziewcząt. Potwierdzają to autorzy podobnych badań. Podobne korelacje w występowaniu ryzyka dysleksji u chłopców i dziewcząt przedstawiła Teresa Żołyńska-Głuszek [18] oraz Maria Orwid i Kazimierz Pietruszewski [19], znacznie większą zaś przewagę liczby chłopców w stosunku do dziewcząt w grupie ryzyka dysleksji przedstawiła Anna Brzezińska [17].

W przeprowadzonych badaniach przeanalizowano ryzyko dysleksji w poszczególnych podskalach SRD, chcąc rozpoznać dysharmonie rozwojowe dzieci z ryzykiem dysleksji. Najwyższe ryzyko dysleksji stwierdzono w zakresie motoryki małej – w 33,3% przypadków, w zakresie koncentracji uwagi – w 25,5% przypadków i motoryki dużej – w 22,2% przypadków. Stwierdzony w pracy odsetek dzieci z zaburzeniami w zakresie motoryki małej jest wyższy niż w przypadku podobnych badań Anny Brzezińskiej i Krystyny Kordas [15, 17]. Odsetek dzieci z zaburzeniami koncentracji uwagi jest porównywalny do badań Krystyny Kordas oraz Elżbiety Kowalczyk i Izabeli Szmidt. Odsetek dzieci z zaburzeniami w zakresie motoryki dużej jest porównywalny do badań Krystyny Kordas, wyższy odsetek dzieci z ryzykiem dysleksji w podskali motoryki dużej przedstawiły natomiast Elżbieta Kowalczyk i Izabela Szmidt [15, 20].

W ostatnich kilkunastu latach można zaobserwować wzrastającą liczbę uczniów z ryzykiem dysleksji zgłaszanych do badań specjalistycznych. Zwiększa się przede wszystkim liczba dzieci młodszych, szczególnie z klasy pierwszej. Może to świadczyć o dobrych efektach programu informacyjnego dla rodziców i nauczycieli mającego na celu podniesienie świadomości społecznej i coraz wcześniejszego rozpoznawania tego problemu [17].

Dlatego też konieczne jest propagowanie badań przesiewowych mogących przyczynić się do wczesnego rozpoznania dzieci z ryzykiem dysleksji. Po przeprowadzeniu opisanych badań wydaje się, że bardzo dobrym narzędziem wykorzystywanym do ich przeprowadzenia jest Skala Ryzyka Dysleksji Marty Bogdanowicz, co potwierdzają autorzy podobnych opracowań [15, 17, 20].

Po przeprowadzeniu badań diagnostycznych, określeniu istoty zaburzenia i wszystkich czynników wpływających na jego obraz należy zaplanować oddziaływania najbardziej odpowiednie dla danego dziecka. Czasem dodatkowo konieczne jest poddanie dziecka z takimi trudnościami psychoterapii, aby obniżyć lęki związane z sytuacją szkolną, wzmocnić poczucie własnej wartości i nauczyć dziecko lepszego radzenia sobie w sytuacjach trudnych [21].

Bardzo istotne jest jak najwcześniejsze wyodrębnienie grupy dzieci z ryzykiem dysleksji, monitorowanie ich rozwoju i wdrażanie postępowania terapeutycznego. Dzieci nieobjęte pomocą częściej mają trudności z przystosowaniem społecznym, może występować u nich niedojrzałość emocjonalna i społeczna, które rozwijają się na podłożu niepowodzeń szkolnych i niezaspokojenia potrzeb emocjonalnych dziecka [22].

WNIOSKI

1. Skala Ryzyka Dysleksji to trafnie diagnozująca metoda przesiewowa, dzięki której można rozpoznać ryzyko dysleksji i odpowiednio zadbać o to, aby dziecko wcześnie otrzymało fachową pomoc.
2. Skala Ryzyka Dysleksji pozwala również na wczesne rozpoznanie dysharmonii w rozwoju psychoruchowym dziecka.
3. W ocenie wielu autorów należy podjąć starania, aby rozszerzyć populację dzieci podlegających przesiewowym badaniom za pomocą Skali Ryzyka Dysleksji z uwzględnieniem możliwości badań powtórnych np. po kilku miesiącach, które pomogą monitorować rozwój funkcji psychomotorycznych uczestniczących w czynnościach pisania i czytania.
4. Dziecko z ryzykiem dysleksji nie musi stać się uczniem dyslektycznym. Ważne jest, aby umieć rozpoznać wczesne trudności w nauce czytania i pisania, by móc jak najwcześniej przyjść mu z pomocą. Wszystko zależy od skutecznej interwencji oraz od udzielonego wsparcia.

PIŚMIENNICTWO

[1] Górniewicz E. Pedagogiczna diagnoza specyficznych trudności w czytaniu i pisaniu. Wydawnictwo Adam Marszałek, Toruń 1999; 1.
[2] Selkiewicz M. Dysleksja i inne trudności w czytaniu i pisaniu. Warszawa 1990; 15.
[3] Dąbrowska M. Moje dziecko jest dyslektykiem. Wydawnictwo Seventh Sea, Warszawa 2003; 9, 10.
[4] Bogdanowicz M. Ryzyko dysleksji – problem i diagnozowanie. Harmonia, Gdańsk 2008; 39, 43, 56, 63–65.
[5] ICD –10: Klasyfikacja zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania. Vesalius, IPiN, Warszawa 1998; 130–131.
[6] Davis R., Braun E. Dar dysleksji. Wydawnictwo Zysk i s-ka, Poznań 2002; 6.
[7] Bogdanowicz M. Epidemia dysleksji – naciągany problem czy fakt medyczny? Medical Tribune 2011; 5: 26–27.
[8] Brejnak W. Dysleksja. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2003; 23, 124.
[9] Borkowska T. Opieka nad dzieckiem dyslektycznym w szkole i rodzinie. Problemy Opiekuńczo-Wychowawcze 1999; 13 (799): 151.
[10] Czajkowska I, Herda K. Zajęcia korekcyjno-kompensacyjne. WSiP, Warszawa 1989; 43.
[11] Dziennik Ustaw z 1993 r., nr 6 poz. 19.
[12] Brzezińska A., Nerlo M. Ocena ryzyka dysleksji u dzieci w wieku przedszkolnym, wyniki badań pilotażowych. Forum Oświatowe 2003; 29 (2): 49–68.
[13] Snowling M, J. Dyslexia. Oxford, UK, Blackwell Publishers Ltd, 2001; 44.
[14] Jaklewicz H. Specyficzne zaburzenia rozwoju umiejętności szkolnych. W: Psychiatria dzieci i młodzieży. Red. I Namysłowska. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2004; 186–190.
[15] Kordas K. Wykorzystanie Skali Ryzyka Dysleksji do diagnozy dzieci sześcioletnich w wybranych przedszkolach łomżyńskich. BIP Urzędu Miejskiego w Łomży 2004.
[16] Bogdanowicz M. O dysleksji czyli specyficznych trudnościach w czytaniu i pisaniu – odpowiedź na pytania rodziców i nauczycieli, Wydawnictwo Popularnonaukowe LINEA, Lublin 1994; 56.
[17] Brzezińska A. Ocena ryzyka dysleksji u dzieci w wieku przedszkolnym przez rodziców i jej uwarunkowania. Edukacja 2004; 4: 39–54.
[18] Żołyńska-Głuszak T. Specyficzne trudności w czytaniu i pisaniu, czyli dysleksja rozwojowa. Annales Universitatis Mariae Curie-Skłodowska Lublin-Polonia Vol. 18 Sectio J 2005; 185–203.
[19] Orwid M, Pietruszewski K. Psychiatria dzieci i młodzieży, Collegium Medicum UJ, Kraków 1996.
[20] Kowalczyk E, Szmidt I. Ryzyko dysleksji problem i diagnozowanie. Poradnia Psychologiczno-Pedagogiczna w Mińsku Mazowieckim, IV Forum, Biuletyn Forum Nauczycieli Twórczych i Poszukujących, Mińsk Mazowiecki 2005.
[21] Święcicka M. Specyficzne trudności w uczeniu. W: Zaburzenia emocjonalne i behawioralne u dzieci. Red. T Wolańczyk, J Komender. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2005; 205–210.
[22] Jaklewicz H. Dysleksja rozwojowa. W: Psychiatria wieku rozwojowego. Red. A Popielarska, M Popielarska. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2000; 104–107.

Adres do korespondencji:

Dariusz Skawiński
Zakład Profilaktyki i Epidemiologii Nowotworów
Wydział Nauk o Zdrowiu UJK w Kielcach
25–317 Kielce, al. IX Wieków Kielc 19
e-mail: piorix@wp.pl
tel. 603 678 675