

Diagnostika v zariadeniach poradenstva a prevencie a v prostredí škôl

Úvodný dokument

Zostavili : Mgr. Zuzana Vojtová, Mgr. Judita Malík, Mgr. Martina Uríková, Mgr. Lucia Lenická, PhDr. Emília Lazová, PhDr. Katarína Zborteková, PhDr. Dagmar Kopčanová, PhD., Mgr. Anton Kalina

Obsah I. úvodná časť

1. Legislatívne vymedzenie diagnostickej činnosti v zariadeniach poradenstva a prevencie a v prostredí škôl.....	3
2. Špecifiká diagnostiky detí.....	4
3. Etické zásady práce v procese diagnostiky	5
4. Prístupy k diagnostike v prostredí školy a v zariadení poradenstva a prevencie	7
4.1 Statické (normatívne, štandardizované) diagnostické prístupy (statická diagnostika) .	7
4.2 Dynamické (interaktívne, stimulačné) diagnostické prístupy (dynamická diagnostika)	8
5. Diagnostické metódy v zariadeniach poradenstva a prevencie	10
6. Diagnostický proces	15
6.1 Vedenie diagnostického rozhovoru, snímanie anamnézy, pozorovanie	15
6.2 Vytvorenie vzťahu	16
6.3 Formulácia predbežnej hypotézy	17
6.4 Stanovenie diagnostického cieľa a výber diagnostických metód a nástrojov.....	18
6.5 Analýza a interpretácia výsledkov diagnostického procesu	18
6.6 Odborné konzílium – koordinované stretnutie odborníkov	19
6.7 Diagnostický záver a formulácia ďalších opatrení.....	19
6.8 Vedenie výstupného rozhovoru	20
6.9 Správa z diagnostického vyšetrenia	20
7. Diagnostická činnosť na jednotlivých stupňoch podpory	21
8. Obsahové štandardy pre diagnostickú činnosť.....	23
8.1 Štruktúra obsahového štandardu diagnostiky	24
9. Literatúra.....	24

Úvodný dokument „Diagnostika v zariadeniach poradenstva a prevencie a v prostredí škôl“ uvádza diagnostické postupy a princípy využiteľné odbornými zamestnancami (ďalej len „OZ“) (psychológom, špeciálnym pedagógom, sociálnym pedagógom, liečebným pedagógom, logopédom, školským psychológom, školským logopédom) a školským špeciálnym pedagógom (ďalej len „ŠŠP“). Popisuje všeobecné podmienky diagnostickej situácie a štandardné postupy vyšetrení s pomocou rôznych typov diagnostických metód. Nájdeme v ňom vymedzenie účastníkov diagnostiky, hlavné prístupy diagnostiky, rozbor diagnostického procesu, ale aj opis používaných klinických a testových metód. V závere dokumentu sú metodické informácie k zostaveným obsahovým štandardom pre diagnostiku.

Diagnostické obsahové štandardy nadväzujú na popis výkonu odbornej činnosti diagnostika. Dopĺňajú

uvedené procesné kroky o obsah odbornej činnosti podľa zamerania diagnostického procesu. V štandarde Výkon odbornej činnosti diagnostika obsahuje popis základných krokov v danej činnosti, teda diagnostický rozhovor, úvaha o predbežnej anamnéze a tomu prispôsobený výber a administrácia konkrétnych testov a diagnostických batérií. Diagnostický proces je vedený k stanoveniu diagnostického záveru. Diagnostickú činnosť realizovanú v školách a špeciálnych výchovných zariadeniach zvlášť vymedzujú výkonové štandardy pre odborné činnosti pedagogických a odborných zamestnancov v školách a štandardy pre odborné činnosti v špeciálnych výchovných zariadeniach. Diagnostické obsahové štandardy uvádzajú metódy a diagnostické nástroje pre konkrétne oblasti diagnostiky.

1. Legislatívne vymedzenie diagnostickej činnosti v zariadeniach poradenstva a prevencie a v prostredí škôl

V zariadeniach poradenstva a prevencie sa vykonáva odborná činnosť v súlade so zákonom č. 245/2008 Z. z. o výchove a vzdelávaní a o zmene a doplnení niektorých zákonov (ďalej len „školský zákon“), vyhláškou 24/2022 Z.z. o zariadeniach poradenstva a prevencie a s prihliadnutím na zákon č. 138/2019 Z. z. o pedagogických zamestnancoch a odborných zamestnancoch a o zmene a doplnení niektorých zákonov.

Vo všetkých školách, zariadeniach poradenstva a prevencie a v špeciálnych výchovných zariadeniach (ďalej len „školy a školské zariadenia“) OZ a ŠŠP vykonávajú odborné činnosti v zmysle zákona.

OZ a ŠŠP, ktorí realizujú diagnostickú činnosť v školách a školských zariadeniach, je pre svoju činnosť odborne pripravený v súlade s vyhláškou č. 1/2020 Z. z. o kvalifikačných predpokladoch pedagogických zamestnancov (ďalej len „PZ“) a odborných zamestnancov (ďalej len „OZ“). OZ/PZ sa pre zvyšovanie svojej odbornosti priebežne zoznamuje s novými diagnostickými postupmi a nástrojmi.

OZ poskytuje odborné činnosti s ohľadom na požiadavky/potreby dieťaťa/žiaka, zákonného zástupcu (ďalej len „ZZ“) v súlade s etickými princípmi.

Cieľovou skupinou odbornej činnosti diagnostika sú deti/žiaci vo veku od narodenia do ukončenia prípravy na povolanie¹.

V zmysle § 2 písm. c) školského zákona pod pojmom „žiak“ rozumieme fyzickú osobu, ktorá sa zúčastňuje na výchovno-vzdelávacom procese v základnej škole, strednej škole, v škole pre deti a žiakov so špeciálnymi výchovno-vzdelávacími potrebami a základnej umeleckej škole.

V rámci textu používame aj pojem klient. Klientom rozumieme osobu (dieťa/žiak, rodič/zákonný zástupca, pedagogický zamestnanec), prípadne ďalší subjekt žiadajúci o odbornú starostlivosť.

Odborný zamestnanec zariadenia poradenstva a prevencie poskytuje odborné činnosti na základe žiadosti ZZ nepľnoletého dieťaťa alebo žiadosti pľnoletého dieťaťa, na základe rozhodnutia podľa

¹ § 130 ods. 1 zákona 245/2008 Z.z. o výchove a vzdelávaní (školský zákon)

osobitného predpisu², žiadosti orgánu sociálnoprávnej ochrany detí a sociálnej kurately, žiadosti riaditeľa školy, ktorú dieťa navštevuje, alebo ním povereného pedagogického zamestnanca (ďalej len „PZ“) alebo OZ alebo vlastného podnetu.

V prostredí školy to môže byť pedagogický zamestnanec, ktorý podáva žiadosť o poskytnutie odbornej činnosti so súhlasom rodiča/ZZ.

2. Špecifiká diagnostiky detí

V rámci diagnostického procesu identifikujeme silné a slabé stránky dieťaťa/žiaka, jeho potreby a odporúčame efektívnu formu poskytovanej odbornej starostlivosti. Diagnostický proces vedieme s dôrazom na potenciál dieťaťa/žiaka a dynamický rozvoj poskytovania starostlivosti tak, aby sme zabezpečili podporu vo výchove a vzdelávaní, a tým podnecovali jeho potenciál. Diagnostika sa realizuje v psychologickej, špeciálnopedagogickej, liečebnopedagogickej, logopedickej a sociálnopedagogickej forme.

Neoddeliteľnou súčasťou diagnostického procesu je tímová spolupráca a komunikácia všetkých zúčastnených OZ so zapojením ZZ alebo plnoletého žiaka.

Na diagnostickom procese sa podieľajú všetci odborníci, ktorí s dieťaťom a jeho ZZ prichádzajú do styku, a svojimi odbornými znalosťami tak môžu prispieť k platným diagnostickým záverom a adekvátnej implementácii navrhovaných odborných intervencií a podporných opatrení. V diagnostike by mal prevažovať dynamický prístup, nielen statické normatívne hodnotenie diagnostických výsledkov.

Pozitívne, ale reálne formulovanie diagnostických záverov môžu dať klientovi nádej na zvládnutie problému, a tým aj podporiť jeho motiváciu ťažkosti a záťažové situácie efektívne zvládať.

Osobnosť dieťaťa sa vyvíja, jej štruktúra a rysy sú nestabilné. Je potrebné rozlíšiť vývinové faktory a nezrelosť od typickej dynamiky osobnosti a patologických rysov.

Pri vyšetrovaní detí je potrebné brať do úvahy množstvo jeho špecifík.

Špecifiká diagnostiky detí:

1. Psychický vývin dieťaťa je rýchlejší než u dospelých, vývinové obdobia sú kratšie; pre diagnostiku je nutná znalosť jednotlivých vývinových procesov.

2. U detí sa ťažšie odlišujú tzv. hraničné stavy, prejavy duševných ochorení a širšia norma od patológie. Čím je dieťa mladšie, tým je rozlíšenie ťažšie; ťažšia je aj diferenciálna diagnostika u detí. U detí je nutné poznať kvalitu ich myslenia, prejavy fantázie, úroveň hry atď.

² Napríklad § 37 ods. 2 zákona č. 36/2005 Z. z. o rodine a o zmene a doplnení niektorých zákonov v znení zákona č. 175/2015 Z. z., § 12 zákona č. 305/2005 Z. z. o sociálnoprávnej ochrane detí a o sociálnej kuratele a o zmene a doplnení niektorých zákonov v znení neskorších predpisov.

3. Dieťa je viac než dospelý závislé na svojom sociálnom prostredí, je teda nutné pri výbere metód i pri interpretácii výsledkov brať do úvahy jeho životné podmienky.
4. Dieťa potrebuje podporu a istotu, hlavne v nových a záťažových situáciách – neistota, strach, separačná úzkosť môžu narúšať priebeh vyšetrenia a skresľujú diagnostické výsledky.
5. V diagnostike detí majú metódy špecifickú mieru využiteľnosti, väčšina nástrojov vyžaduje spoluprácu vyšetrovaného a určitú stabilitu správania, deti bývajú ľahko unaviteľné, ich pozornosť je labilnejšia, majú nižšiu schopnosť introspekcie.
6. Z toho všetkého vyplýva i ťažšia interpretácia výsledkov, u mladších detí býva predikcia vývinu menej presná, obmedzujeme preto predikciu na najbližšie vývinové obdobie.
7. Psychodiagnostika adolescentov má ďalšie špecifiká súvisiace s komplikovanými procesmi a zmenami dospievania (Svoboda, 2009).

3. Etické zásady práce v procese diagnostiky

Diagnostická činnosť v prostredí školy a v zariadeniach poradenstva a prevencie pomáha popísať a zadefinovať príčiny, prejavy a dôsledky ťažkostí detí v predškolskom a školskom prostredí. Jej výsledok je pre dieťa dôležitý z hľadiska poskytnutia následnej starostlivosti a podporných opatrení v rodine a škole. Vzhľadom na tento dosah na život dieťaťa je diagnostická činnosť oblasťou, v ktorej dôležitú úlohu zohrávajú okrem odborných aj etické aspekty.

Okrem výsledku odbornej činnosti je v súvislosti s etikou dôležitý aj jej proces, najmä z hľadiska etickej zásady o neublížovaní. V diagnostike detí je to ešte citlivejšie kvôli nezrelosti nervovej sústavy a nedostatku sociálnych zručností, ktoré spôsobujú zhoršené zvládanie stresu vyplývajúceho z diagnostickej situácie.

Etické témy sa dotýkajú viacerých úrovní tvorby, distribúcie a používania diagnostických nástrojov. Z hľadiska tvorby a distribúcie diagnostických nástrojov je dôležité, aby spĺňali základné metodologické požiadavky, ako sú objektivita, validita a reliabilita, a tiež aby analýzy a koeficienty informujúce o vlastnostiach nástroja boli uvedené v príručke diagnostického nástroja. Dôležitá je aj otázka štandardizácie, teda procesu získavania populačných noriem, ktorá by tiež mala byť v príručke diagnostického nástroja popísaná. Zodpovednosťou vydavateľa diagnostického nástroja je zároveň zabezpečiť nástroj pred nekontrolovaným šírením a neodborným použitím (Halama, 2005).

Z hľadiska používania diagnostických nástrojov ide najmä o etické zásady týkajúce sa odbornosti a kompetencie OZ, ochranu súkromia klienta a dôvernosť informácií, právo na spravodlivé zaobchádzanie a právo dozvedieť sa výsledky diagnostického procesu.

V tejto kapitole popíšeme niektoré základné situácie a zásady v oblasti diagnostiky detí, s ktorými OZ prichádza do kontaktu.

Informovaný súhlas

Proces udelenia informovaného súhlasu s poskytovaním odborných činností nie je len formálnou záležitosťou. Ide o nástroj, ktorým vyjadrujeme klientovi (dieťaťu, plnoletému klientovi a ZZ) rešpekt, získavame ho pre angažovanú spoluprácu, pomáhame mu porozumieť relevantným skutočnostiam vrátane následkov účasti aj neúčasti na diagnostike, rizikám a dostupným alternatívam.

Diagnostika sa vykonáva na základe vopred daného informovaného súhlasu plnoletého dieťaťa alebo zákonného zástupcu, zástupcu zariadenia alebo poručníka, ak ide o nepľnoleté dieťa, ktorý obsahuje v zrozumiteľnej forme informácie o odbornej činnosti a o právach a povinnostiach dieťaťa, zákonného zástupcu alebo poručníka súvisiacich s odbornou činnosťou.³

V škole sa realizuje orientačná diagnostika v súlade s činnosťou podpornej úrovne druhého stupňa v systéme poradenstva a prevencie⁴.

Aj keď dieťa neudeluje informovaný súhlas, stále mu môžeme vyjadriť rešpekt, informovať ho o vyšetrení a zapojiť ho do rozhodovania o niektorých okolnostiach vyšetrenia. Etický kódex Americkej psychologickéj asociácie (APA, 2017, str. 6, 3.10 b) odporúča: „Osobám, ktoré nie sú právne spôsobilé poskytnúť informovaný súhlas, psychológovia 1. poskytnú primerané vysvetlenie, 2. snažia sa o súhlas jednotlivca, 3. berú do úvahy preferencie a najlepšie záujmy jednotlivca, 4. zaobstarajú si primerané dovoľenie od ZZ, ak takýto náhradný informovaný súhlas povoľuje alebo vyžaduje zákon.

Ochrana detí pred zaťažujúcimi informáciami

Súčasťou diagnostického procesu je získavanie anamnestických údajov často v rozhovore s ZZ. Prítomnosť dieťaťa pri anamnestickom rozhovore môže byť preň zaťažujúca, keďže sa venujeme podrobným školským či rodinným ťažkostiam, ktorým dieťa ešte nemusí rozumieť. OZ by mal dieťa chrániť pred týmito informáciami a s týmto zámerom plánovať stretnutia s dieťaťom a ZZ.

Oboznamovanie s výsledkom vyšetrenia

Jedným z práv testovaného klienta je právo na informácie o výsledkoch vyšetrenia. Táto súčasť diagnostiky je dôležitá aj napriek časovej náročnosti, náročnosti na špecifické zručnosti v tejto oblasti a nožnej nedôvere OZ v to, či má zmysel dávať dieťaťu spätnú väzbu.

Poskytnutie spätnej väzby dieťaťu a ZZ umožňuje pocítiť zaangažovanie do poradenského procesu, pomáha im ujasniť si svoje ťažkosti, vidieť nové perspektívy a nájsť nádej v budúcom vývoji situácie (Tharinger et al., 2007). Je to dôležitý nástroj v motivácii dieťaťa a ZZ pre ďalšie intervencie na úrovni školy a školského zariadenia.

Princípy poskytovania výsledkov vyšetrenia sumarizujú Tharingerová a kolektív autorov (2007) nasledovne:

- Poskytnúť zreteľné vysvetlenie účelu a zvýrazniť dôležitosť roly dieťaťa.
- Vytvoriť empatický priestor na bezpečné vyjadrenie dieťaťa o tom, čo sa mu počas vyšetrenia páčilo a čo nie, a ako celý proces prežívalo.

³ § 2 ods. 5 vyhlášky 24/2022 Z.z o zariadeniach poradenstva a prevencie

⁴ § 131 ods.3 písm. a) zákona 245/2008 Z.z. o výchove a vzdelávaní (školský zákon)

- Prispôbiť komunikáciu vývinovej úrovni dieťaťa.
- Zapojiť blízku osobu, ktorá má s dieťaťom dobrý vzťah (ZZ, učiteľ).

OZ môžu pri vysvetľovaní niektorých problémov/ťažkostí detí využiť rôzne dostupné publikácie a letáky (napr. o poruchách učenia, o Aspergerovom syndróme a pod.).

Koordinácia diagnostiky v rámci multidisciplinárneho tímu

V rámci multidisciplinárneho tímu často býva skloňovaná téma diagnostiky v škole a zariadení poradenstva a prevencie. Väčšina výkonových diagnostických nástrojov nemôže byť v krátkom časovom intervale opakovane použitá, lebo výsledok potom nie je dostatočne validný. To prináša so sebou výzvu, ako a ktoré diagnostické nástroje použije napríklad školský psychológ, aby neredukoval možnosť ich použitia v zariadení poradenstva a prevencie, v prípade nutnosti komplexnej diagnostiky a správy zo zariadenia poradenstva a prevencie. Riešenie týchto situácií sa nevyhne dôslednej koordinácii a komunikácii v multidisciplinárnom tíme (ďalej len „MDT“).

Prenos informácií tretím stranám

Poradenská práca s deťmi v sebe obsahuje prácu s ich sociálnym prostredím, najmä ZZ a školou. Zariadenia poradenstva a prevencie komunikujú so školským podporným tímom (ďalej len „ŠPT“). ŠPT komunikuje o dieťati s učiteľmi, prípadne s pedagogickým asistentom. Zároveň informácie, ktoré sa OZ dozvedel pri diagnostike dieťaťa, sú dôverné.

Pri riešení týchto situácií navrhujeme dodržiavať tieto zásady:

- Transparentnosť

S dieťaťom aj ZZ hovoríme o tom, ako budeme s informáciami nakladať, pýtame si súhlas na konkrétne poskytnutie údajov škole (napr.: „Budem hovoriť s učiteľkou o tom, aké pomôcky potrebuješ na hodine.“).

- Vysvetlenie dôsledkov

ZZ aj dieťa potrebujú vedieť, kvôli čomu škola potrebuje napr. správu z vyšetrenia, na čo ju použije a aké dôsledky môže mať, keď ju nedostane (napr. nemôže urobiť individuálny vzdelávací plán).

- Reflektovanie obáv

Je potrebné podnecovať rozhovor s dieťaťom aj ZZ o obavách z toho, ako budú informácie použité (napr.: „Čo keď učiteľ bude o tom hovoriť pred celou triedou?“), vyjadriť porozumenie a zvážiť, či sú alebo nie sú opodstatnené.

4. Prístupy k diagnostike v prostredí školy a v zariadení poradenstva a prevencie

Rozmanité spektrum prístupov k diagnostickej činnosti, ktoré sú uplatňované v zariadeniach poradenstva a prevencie/v školách je možné rozdeliť do dvoch základných kategórií: statické a dynamické prístupy v diagnostike.

4.1 Statické (normatívne, štandardizované) diagnostické prístupy

(statická diagnostika)

Tieto prístupy vychádzajú z nasledujúcich predpokladov:

- a) úroveň výkonu relatívne presne identifikuje aktuálne schopnosti dieťaťa/žiaka,
- b) samostatný výkon poskytuje najpresnejšiu informáciu k celkovému posúdeniu jednotlivých schopností dieťaťa/žiaka,
- c) cieľom statických prístupov je predikcia vývinu a zaradenie dieťaťa/žiaka do jednotlivých diagnostických kategórií podľa zistenej úrovne jeho schopností, zručností a predpokladov. Statické prístupy umožňujú porovnanie výkonov dieťaťa/žiaka s relevantnou populačnou normou, vzájomné porovnanie výsledkov cieľových (diagnostických) skupín a poskytujú metrické hodnoty na stanovenie aktuálnej úrovne meraných charakteristík.

Statická diagnostika predstavuje štandardizované meranie procesov, stavov a vlastností dieťaťa/žiaka (s akcentom na určenie závažnosti stavu), ktorého cieľom je porovnanie výkonu jednotlivca s relevantnou populačnou normou, identifikácia pásma schopností alebo stanovenie formátu váženého skóre (Z-skóre, percentil, sten, T-skóre, IQ skóre a iné).

Nástroje statickej diagnostiky obsahujú súbory úloh, ktoré dieťa/žiak rieši s minimálnym alebo žiadnym uplatnením spätnej väzby. Poskytovanie spätnej väzby je v rámci statickej diagnostiky interpretované ako jeden z významných zdrojov štandardnej chyby merania. Výsledky statickej diagnostiky neposkytujú presné informácie o príčine nedostatočných výkonov alebo zlyhania dieťaťa/žiaka v štandardizovanej testovej situácii. Výsledky sú zamerané na stanovenie záveru (diagnózy) a často priamo neslúžia na nastavenie účinnej intervencie zameranej na rozvoj možností a potenciálu diagnostikovaného dieťaťa/žiaka. Umožňujú síce spoľahlivo určiť závažnosť aktuálneho stavu, prípadne jeho príčiny, ale neumožňujú odpovedať na to, ako zmeniť aktuálny stav dieťaťa/žiaka. Výsledkom statickej diagnostiky je najčastejšie informácia o úrovni aktuálneho výkonu dieťaťa/žiaka v rámci diagnostikovanej oblasti.

Diagnostické nástroje, ktorých psychometrické charakteristiky (objektivita, validita, reliabilita) na dané použitie nie sú spoľahlivo potvrdené, nemožno použiť v rámci cieľov presnej statickej (normatívnej, štandardizovanej) diagnostiky.

4.2 Dynamické (interaktívne, stimulačné) diagnostické prístupy (dynamická diagnostika)

Prístupy vychádzajú z nasledujúcich predpokladov:

- a) psychické procesy, stavy a niektoré vlastnosti sú vysoko modifikovateľné, diagnostický cieľ je primárne zameraný na identifikáciu stupňa ich modifikovateľnosti a nie na určenie ich aktuálnej úrovne,
- b) dynamický prístup skúmajúci proces zmeny poskytuje významnejšie informácie o možnostiach dieťaťa/žiaka ako analýza jeho aktuálneho stavu,
- a) cieľom dynamickej diagnostiky je poznať vývinové možnosti (potenciál dieťaťa/žiaka) a navrhnuť ciele intervencie na ich efektívnu realizáciu.

Dynamické prístupy vychádzajú z L. S. Vygotského koncepcie zóny najbližšieho vývoja, Piagetovej teórie kognitívneho vývoja, koncepcie systematiky kognitívnych deficitných funkcií R. Feuersteina a koncepcie modifikovateľnosti psychických procesov A. Kozulina. Tieto prístupy sú zamerané na identifikáciu potenciálu diagnostikovaného dieťaťa/žiaka prostredníctvom analýzy jeho výkonových procesov. Zameriavajú sa na zmysluplné prepojenie diagnostických zistení s cieľenou intervenčnou stratégiou, stimuláciou a rozvojom jednotlivých diagnostikovaných oblastí dieťaťa/žiaka. Nezistujú, aká je aktuálna úroveň jednotlivých skúmaných oblastí, ale aký je celkový potenciál dieťaťa/žiaka – čo všetko dokáže zvládnuť a naučiť sa, ak mu budú vytvorené vhodné podmienky.

Dynamická diagnostika umožňuje poznávanie a využívanie jednotlivých schopností dieťaťa/žiaka v jeho konkrétnej životnej realite, s akcentom na stimuláciu, rozvoj a uplatnenie jeho potenciálu. Nezameriava sa na aktuálny stav, neidentifikuje aktuálnu úroveň psychických procesov, stavov a vlastností dieťaťa/žiaka porovnateľnú s príslušnou populačnou normou, ale predovšetkým na proces zmeny a rozvoja individuálnych charakteristík. Jej cieľom je identifikovať pozitívne aspekty vývinu dieťaťa/žiaka, určiť vhodný smer jeho rozvoja a poskytnúť komplexný obraz o jeho predpokladoch a možnostiach. Uskutočňuje sa prostredníctvom aktívneho učenia, spätnej väzby, stimulácie a vzájomnej interakcie dieťaťa/žiaka a odborného zamestnanca. Sleduje najmä procesy vývinu vnímania, učenia, myslenia a riešenia problémov. Diagnostický proces je zameraný na modifikáciu rôznych psychických štruktúr dieťaťa/žiaka a pozorovaní zmien v sledovaných štruktúrach aplikáciou intervenčnej (stimulačnej, vzdelávacej) inštrukcie v prostredí testovej situácie. Dynamická diagnostika umožňuje okrem identifikácie potenciálu dieťaťa/žiaka najmä efektívne spojenie diagnostických a intervenčných odborných činností. Spája testovú situáciu s intervenciami prostredníctvom systematicky aplikovaných (stimulačných, vzdelávacích) inštrukcií, ktoré umožňujú dieťaťu/žiakovi poznať dôležité princípy riešenia prezentovaných testových úloh a zadaní. Dynamická diagnostika umožňuje porozumenie procesu riešenia určitého typu úloh a pozorovanie zmien, ktoré v procese riešenia tohto typu úloh nastupujú vplyvom intervenčnej inštrukcie a učenia.

Cieľom dynamickej diagnostiky je neposudzovať rigidne, mechanicky a izolovane výkony v diagnostických skúškach, ale prepájať jednotlivé zistenia v širších súvislostiach. Teda identifikovať nielen kvantitu, ale predovšetkým kvalitu zmien, ktoré nastanú u dieťaťa/žiaka po aplikácii určitej intervenčnej stratégie, pretože je významnejšie spoznať perspektívu psychických procesov, stavov a vlastností alebo konkrétnych schopností, ku ktorej dieťa/žiaka možno vhodným vedením priviesť, ako len opísať aktuálny stav jeho vývinu.

Treba upozorniť, že na základe výsledkov dynamickej diagnostiky nie je možné hodnotiť výkony dieťaťa/žiaka vzhľadom na populáciu (napr. podpriemerný, priemerný či nadpriemerný).

K úskaliam dynamickej diagnostiky patrí predovšetkým časová náročnosť dynamicky realizovaného diagnostického vyšetrenia, nedostatočná reliabilita a validita niektorých metód dynamickej diagnostiky a nutnosť komplexného vzdelávania odborných zamestnancov v oblasti teoretických východísk prístupu a zručnostiach zameraných na pružnú a precíznu kombináciu a praktickú aplikáciu jednotlivých dynamických prístupov. Dynamické diagnostické prístupy sú v súčasnosti uplatňované najčastejšie v oblasti diagnostiky kognitívnych schopností. Interaktívne dynamické princípy je relevantné vhodne aplikovať i v oblasti diagnostiky parciálnych psychických procesov, špeciálnych

schopností, akademických zručností (čítanie, písanie, matematické schopnosti) a osobnostných predpokladov.

Tab. č.1 Základné rozdiely medzi statickou a dynamickou diagnostikou (Lidz In Taylor, 2000, str. 24)

	Dynamická diagnostika	Statická diagnostika
Správanie examinátora	interaktívne; vysoká úroveň spätnej väzby	neutrálne; nízka úroveň spätnej väzby
Správanie dieťaťa/žiaka	aktívne	reaktívne
Cieľ	zameranie na proces, zmenu	zameranie na produkt, výsledok, výkon
Predpoklady	zisťované charakteristiky sú modifikovateľné	zisťované charakteristiky sú stabilné
Princíp	zóna najbližšieho vývinu	úroveň aktuálneho vývinu

5. Diagnostické metódy v zariadeniach poradenstva a prevencie

V odbornej literatúre nenachádzame jednotné univerzálne delenie diagnostických metód a nástrojov, pretože ich je možné posudzovať z rôznych hľadísk. Napr. podľa formy a spôsobu administrácie (individuálne, skupinové, testy typu ceruzka – papier, hodnotiace, interpretačné a i.), podľa ich štruktúry (verbálne, performačné, projektívne, prístrojové) či podľa ich funkcie (inteligentné testy, testy psychických funkcií, testy osobnosti a interpersonálnych vzťahov, dotazníky postojov a záujmov).

V zariadeniach poradenstva a prevencie ich môžeme rozdeliť podľa problému/žiadosti, s ktorými klient do poradne prichádza a z ktorých vychádzame pri stanovení diagnostického cieľa. V našom prehľade budeme zohľadňovať aj vývinové hľadisko.

Základné stavebné kamene diagnostického procesu tvoria klinické metódy a postupy. Využívame ich v priebehu celého kontaktu s dieťaťom/žiakom a jeho rodinou. Ide o základné, najstaršie metódy, ktorými je možné získať informácie o človeku. Tieto metódy sú uplatňované naprieč širokým spektrom odborov. Ide o pozorovanie a rozhovor. Záznamy z rozhovoru a pozorovania sú súčasťou spisovej dokumentácie dieťaťa/žiaka.

V rozhovore sa zameriavame na zmapovanie alebo analýzu určitej situácie alebo problému. Záznam z rozhovoru možno robiť v jeho priebehu tak, aby to nerušilo plynulosť, alebo po jeho ukončení. Validita rozhovoru býva kolísavá. Závisí od skúsenosti OZ, presnosti jeho záznamu a od vlastností dieťaťa/žiaka – veku, úprimnosti, schopnosti sebareflexie, vyjadrovacích schopností aj od témy rozhovoru. Spoľahlivosť je ovplyvnená ochotou klienta hovoriť pravdu, jeho pamäťou, vekom a témou. Tiež schopnosťou pozorného počúvania a presnosťou záznamu zo strany OZ.

V rozhovore je potrebné citlivo spojiť ľudský a odborný prístup. Prejaveným záujmom o klienta a jeho problém, jeho akceptovaním ako rovnocenného partnera, empatickým a nehodnotiacim prístupom sa

vytvára atmosféru dôvery a bezpečia, ktorá podporuje potrebnú kooperáciu v diagnostickom procese.

Špecifickým typom rozhovoru je **anamnestický rozhovor**. Ten sa typicky uskutočňuje v úvode poradenského stretnutia. Cieľom je získanie relevantných údajov z minulosti dieťaťa/žiaka, ktoré pomáhajú vysvetliť jeho súčasný stav. Realizuje sa formou riadeného rozhovoru a zápisu v prítomnosti dieťaťa/žiaka, jeho rodičov/ZZ, iného člena rodiny alebo vyplnením anamnestického dotazníka. Anamnéza zahŕňa **rodinnú anamnézu** (vek, zdravotný stav, vzdelanie, povolanie rodičov, blízkych príbuzných a súrodencov, úplnosť/neúplnosť rodiny, sociálno-ekonomické pomery v rodine, výchovné postupy atď.). V **osobnej anamnéze** sa zameriavame na priebeh tehotenstva matky, termín a priebeh pôrodu, popôrodnú adaptáciu dieťaťa, raný psychomotorický a rečový vývin, osvojenie hygienických, sebaobslužných a stravovacích návykov, pobyt a adaptáciu na jasle a materskú školu (ďalej len „MŠ“), nástup zaškolenia, školskú úspešnosť, návyky, záujmy a voľnočasové aktivity, sociálne vzťahy, zlovyky a výchovné ťažkosti, u adolescentov na študijné a profesijné zameranie a eroticko-sexuálny vývin. Súčasťou osobnej anamnézy môže byť aj **zdravotná anamnéza** s údajmi o prekonaných ochoreniach, vrozenom alebo získanom zdravotnom znevýhodnení. Anamnézu môže poskytnúť samotné dieťa/žiak, alebo informácie získavame od rodičov/ZZ, z lekárskych správ, z pedagogického hodnotenia učiteľov či z predošlých psychologických alebo špeciálnopedagogických vyšetrení.

Vlastný **diagnostický rozhovor** je základnou, no zároveň jednou z najťažších diagnostických metód, hoci býva podceňovaný pre zdanlivú ľahkosť a nevedeckosť. Musí mať formu pokojnej a trpezlivej konverzácie. Rozhovor s detským klientom má svoje špecifiká. Tému i slovník je potrebné prispôbiť veku dieťaťa/žiaka. Odporúča sa používať prirodzený hovorový, nie maznavý jazyk. U predškolákov je možné používať aj imaginatívne alebo rozprávkové techniky – rozhovor s gašparkom, rolu rozprávkovvej bytosti či kúzelníka. Adolescentom je možné ponúknuť aj vykanie. Rozhovor je vedený nedirektívne, s rešpektovaním spontaneity dieťaťa/žiaka.

Diagnostickým rozhovorom sa získavajú informácie o názoroch, postojoch, prianiach a obavách, o vnútornom svete dieťaťa/žiaka, ktoré sa nedajú získať pozorovaním. Môže mať neriadenú formu, keď si dieťa/žiak sám určí jeho tému. Pri riadenej forme OZ alebo ŠŠP cieľným spôsobom získava informácie o osobnosti dieťaťa/žiaka. Môže prebiehať ako štandardizovaný alebo štruktúrovaný rozhovor, keď sú počet, poradie a formulácia otázok usporiadané a stanovené. Pri čiastočne štandardizovanom rozhovore je cieľ a zámer stanovený, ale poradie a formuláciu otázok nie je potrebné dodržiavať. Voľný rozhovor má určený cieľ, no prostriedky jeho dosiahnutia nie sú stanovené. Každý rozhovor možno rozčleniť na úvod, jadro a záver. Kým v úvode ide o spoločné naladenie a otvorenie sa dieťaťa/žiaka na poskytnutie diagnostických informácií, v závere rozhovoru môže prísť k emočnému uvoľneniu napätia. Jadro rozhovoru je zamerané na získanie požadovaných informácií. Pri vedení rozhovoru možno postupovať od všeobecnejších ku konkrétnejším údajom, alebo od jednotlivých k všeobecnejším výpovediam, od menej osobných k intímnejším témam, alebo k striedaniu emocionálnych otázok s neutrálnymi.

Pozorovanie je primárna, najprirodzenejšia a nenahraditeľná diagnostická metóda. Spočíva v zámernom a plánovitom vnímaní, ktoré je zamerané na určitý cieľ. Pozorovanie môže byť orientačné, keď nie je vymedzený predmet pozorovania a neriadime sa pritom pravidlami. Pri zámernom systematickom pozorovaní je dopredu stanovený cieľ a plán. Pozornosť sa sústreďuje iba na podstatné

stanovené javy. V diagnostickom procese rozlišujeme pozorovanie dieťaťa/žiaka v priebehu samotného vyšetrenia – ako reaguje na zadávanie testovacích úloh, na ťažkosti pri ich plnení, na úspech/neúspech. Všimame si jeho zovňajšok, mimiku, gestiku, rečové a emocionálne prejavy, sociálne správanie, vzťah k objektom (manipulácia s testovacím materiálom), vzťah k sebe (sebavedomé vystupovanie, frustračná tolerancia, sebaopodceňovanie). Všimame si aj jeho reakcie a správanie k svojim rovesníkom v škole, rodičom/ZZ, neverbálnu komunikáciu, správanie pri hre. Pozorovanie môže prebiehať aj v prirodzenom prostredí, napr. počas vyučovania, v domácom prostredí.

Druhý typ pozorovania je samostatný diagnostický prostriedok, do ktorého patrí metóda nepozorovaného pozorovania, keď sa odstráni rušivý vplyv prítomnosti pozorovateľa. Pritom sa využíva jednosmerné zrkadlo alebo videozáznam.

Výhodou pozorovania je, že nepotrebujeme k nemu veľa pomôcok a skúsenému pozorovateľovi môže poskytnúť cenné informácie o dieťati/žiakovi. Na druhej strane môžeme pozorovať iba vonkajšie prejavy dieťaťa/žiaka, jeho vzhľad, správanie, reč, avšak nie jeho intelekt, iba spôsob riešenia problémov, ani jeho city, iba ich prejavy.

Analýza spontánnych výtvorov a školských prác môže byť dôležitým zdrojom doplňujúcich informácií a môže prispieť k dosiahnutiu správneho záveru. Najčastejšie ide o kresby, výtvarné a písomné prejavy alebo výsledky hry. Ich analýza a interpretácia si vyžadujú najmä odbornú skúsenosť. Na rozdiel od informácií získaných od rodičov či učiteľa sú menej zaťažené subjektivitou. Interpretáciu týchto zistení, hlavne ak majú závažné dôsledky pre dieťa a jeho rodinu, je vždy nutné overiť ďalšími metódami.

V prípade vyšetrenia v zariadení poradenstva a prevencie ide predovšetkým o (Vágnerová, Klégrová, 2008, s. 35):

- analýzu písomných prejavov dieťaťa v jeho školských a domácich zošitoch, v kontexte vyšetrenia v zariadení poradenstva a prevencie je to najmä súčasť špeciálnopedagogického vyšetrenia, predstavujú zdroj informácií o frekvencii a povahe chýb, ktorých sa žiak v škole dopúšťa,
- analýzu detskej kresby, hlavne spontánnych výtvorov, sú veľmi cenným zdrojom informácií o vnútornom svete dieťaťa/žiaka,
- spôsob úpravy osobného teritória.

Kresbové diagnostické metódy stoja na hranici medzi metódami výkonovými a projektívnymi. Rôzne spôsoby použitia umožňujú rôznu úroveň interpretácie. V kresbe sa odráža množstvo javov, napr. kognitívne schopnosti, jemná motorika a senzomotorická koordinácia, vizuálna percepcia, vlastnosti pozornosti a tiež emočné prežívanie a temperament dieťaťa/žiaka, ale aj postoje k sebe a ostatným. Pri výkonovom použití analyzujeme formálnu stránku kresbového prejavu (ťah, tlak, spôsob realizácie atď.). Pri projektívnom prístupe nás zaujíma obsahová stránka kresby, ktorú na základe následného rozhovoru s dieťaťom/žiakom určitým spôsobom interpretujeme.

V diagnostike detí raného veku sa používajú skríniny a **vývinové škály** na diagnostiku raného psychomotorického vývinu, zistenia funkčnosti, zrelosti a integrity centrálnej nervovej sústavy (Ďalej

len „CNS“), s dôrazom na včasné zachytenie vývinových oneskorení a porúch. Škály dokážu pomerne presne v prvom roku života dieťaťa zachytiť stredne ťažké a ťažké mentálne, motorické a senzorické poruchy. U detí od dvoch rokov aj ľahšie stupne postihnutia. Vyšetrenie sa začína spravidla pozorovaním spontánnych reakcií a hry dieťaťa, následne ponukou hračiek, kociek, knižiek a nakoniec motorických aktivít. Výsledkom vývinovej diagnostiky nie je iba určenie dosiahnutého vývinového stupňa, ale aj odhad pravdepodobných príčin odchýlok od normy a predikcia prognózy ďalšieho vývinu. Rodičov dieťaťa je potrebné informovať o výsledkoch, prípadnej potrebe ďalších odborných vyšetrení a následnej odbornej intervencii. Medzi najčastejšie používané u nás patria Gessellova vývinová škála, Bayleyovej vývinové škály a Mníchovská funkčná vývinová diagnostika. Vývinové škály majú predovšetkým empirický základ a ich výsledkom je posúdenie psychomotorickej zrelosti dieťaťa, pričom dokážu odlíšiť defekt od normy.

Na hodnotenie rozumových schopností detí a žiakov v predškolskom a školskom veku sa používajú **testy kognitívnych schopností a inteligencie**. Vychádzajú síce z rôznych teórií inteligencie, podľa toho, na ktoré jej zložky kladú dôraz, no vo všeobecnosti je možné inteligenciu vnímať ako komplexnú vlastnosť, ktorá zahŕňa schopnosť myslieť, schopnosť učiť sa a schopnosť adaptácie. Vágnerová (in Říčan et al., 2006) upozorňuje, že pri diagnostike rozumových schopností je potrebné zohľadniť špecifikum jednotlivých vývinových fáz podľa vekových kategórií, faktor prostredia, v ktorom dieťa vyrastá, a faktor individuálnej variability.

Je možné ich používať už u trojročných detí, pričom je potrebné brať do úvahy väčší vplyv emočných faktorov a aktuálne prežívanie na ich výkon. Zistené hodnoty formátu IQ v predškolskom, ale i školskom veku vyjadrujú aktuálny stav a môžu sa v čase meniť. Pri interpretácii výsledkov je potrebné zohľadniť sociálno-ekonomické a rodinné zázemie dieťaťa/žiaka. Pre klientov cudzincov alebo zo sociálne znevýhodňujúceho prostredia je vhodné použiť kultúrne nezávislé metódy. Majú spravidla neverbálnu formu, na rozdiel od kultúrne závislých. Výsledok vyšetrenia inteligenčným testom môžu ovplyvňovať aj mimointelektové faktory, ako postoj dieťaťa k vyšetrovaniu, jeho výkonová motivácia, aktuálny zdravotný stav alebo emočné naladenie, čo je potrebné zohľadniť pri interpretácii výsledkov.

Podľa štruktúry rozlišujeme inteligenčné testy jedno- a viacdimenziálne, verbálne, neverbálne, performačné, kombinované batérie. Podľa spôsobu administrácie na individuálne alebo skupinové, môžu mať formu ceruzka – papier, ale aj elektronickú podobu.

V inteligenčných testoch, najmä v testových batériách je možné zachytiť profil vývinu jednotlivých kognitívnych schopností. Pri zistení ich nerovnomerného vývinu je vhodné doplniť zistenia použitím **testov špeciálnych schopností**, ktoré sú cielené na úzku oblasť psychiky. Medzi ne patria testy vývinu zrakového vnímania zamerané na vizuomotorickú koordináciu, odlíšenie figúry od pozadia, vnímanie konštantnosti tvaru, vnímanie priestorových vzťahov a polohy. Metódy na diagnostiku sluchového vnímania rozlišujúce sluchovú diferenciáciu, analýzu a syntézu sluchových vnemov. Ďalej sú to metódy na diagnostiku hrubej, jemnej motoriky a laterality. Testy pozornosti na zistenie rozličných vlastností pozornosti. Testy krátkodobej pracovnej, dlhodobej, vizuálnej a verbálnej pamäti. Metódy na diagnostiku reči a komunikačnej schopnosti, ktoré hodnotia ich formálnu stránku (výslovnosť, plynulosť) a obsahovú zložku (vyjadrovacie schopnosti, slovnú zásobu).

Do kategórie testov špeciálnych schopností možno zahrnúť aj metódy zisťujúce školskú spôsobilosť,

ktoré obsahujú úlohy zamerané na jemnú motoriku, predmatematické a matematické predstavy, schopnosť koncentrácie pozornosti, porozumenie obsahu hovorenej reči a sociálne zručnosti.

Na zisťovanie úrovne a kvality osvojenia reči a základného trívia sa používajú metódy zamerané na *diagnostiku špeciálnych schopností hovorenia, čítania, písania a počítania*. Na základe analýzy a zhodnotenia výkonu v týchto metódach – počtu správnych riešení, charakteru a počtu chýb, tempa riešenia predkladaných úloh, usudzujú, či ide o spomalenie alebo nerovnomerný vývin, resp. o špecifickú vývinovú poruchu učenia.

Veľkú skupinu tvoria **projektívne metódy**. Šípek (in Svoboda et al., 2001) ich charakterizuje ako málo štruktúrované úlohy umožňujúce neobmedzené množstvo odpovedí, maskovacie testovacie techniky, ktoré majú všeobecný nešpecifický prístup k testovaniu osobnosti, ktoré sú účinné pri odhaľovaní skrytých alebo nevedomých aspektov osobnosti a vyžadujú si klinickú analýzu. Svoboda (Svoboda et al., 2001) ich delí na verbálne techniky, grafické a techniky voľby či manipulačné.

Ďalšou veľkou diagnostickou skupinou sú **dotazníky**. Vychádzajú z princípu subjektívnych výpovedí diagnostikovaného klienta o jeho vlastnostiach, citoch, postojoch názoroch, záujmoch a spôsoboch správania v rôznych situáciách. Používajú sa u detí/žiakov najskôr v strednom a staršom školskom veku, pretože ich použitie si vyžaduje nielen zvládnutie čítania s porozumením, ale aj schopnosť sebareflexie a schopnosť sformulovať adekvátnu odpoveď.

Výhodou dotazníkov je ľahká, rýchla administrácia a vyhodnotenie, no najmä to, že v krátkom čase je možné získať značné množstvo údajov. Medzi nevýhody patria nízka schopnosť objektívneho sebahodnotenia a možný zámer dieťaťa/žiaka podávať sociálne žiaduce odpovede. Snahou o objektívnejšie údaje sú validizačné alebo verifikačné škály, tzv. Iži skóre. Nie všetky položky dotazníka majú rovnakú mieru symptomatickej valencie, preto sa odporúča v následnom rozhovore urobiť jeho rozbor a doplnenie projektívnymi metódami. Svoboda et al. (2001) delí dotazníky na jedno- a viacdimerionálne a dotazníky pre rodičov a učiteľov. Niektorí autori medzi dotazníkové metódy zaraďujú aj sebaopisovacie škály.

V objektívnych testoch osobnosti je dieťa/žiak postavený pred úlohy alebo situácie, pri riešení ktorých sa v jeho správaní manifestujú jeho osobnostné rysy, návyky a potreby. Výhodou sú vysoká validita, spoľahlivosť a cenné informácie o klientovi. Väčšinou však postihujú iba určitý rys osobnosti a neposkytujú komplexný pohľad.

Prehľad diagnostických metód pre deti/žiakov a adolescentov uzatvárajú **posudzovacie škály**. Umožňujú posúdiť určitú skutočnosť v rámci vymedzeného kontinua. Sú prehľadné, ľahko sa hodnotia. Slúžia na sebahodnotenie alebo hodnotenie rôznych ľudí, ich výkonov, spôsobov správania, záujmov alebo sociálnej pozície v skupine.

Informácie o konkrétnych diagnostických metódach a ich použití budú súčasťou špeciálnej časti obsahových štandardov. Prehľad najčastejšie používaných diagnostických metód v zariadeniach poradenstva a prevencie bude prístupný v prílohe k obsahovým štandardom.

Štandardné **diagnostické metódy** musia spĺňať základné metodologické požiadavky (vedecky overený základ, objektivitu, validitu, reliabilitu, štandardizáciu na populácii, pre ktorú sú určené). Ich používanie si vyžaduje odbornú kvalifikáciu osôb, ktoré ich vykonávajú podľa štandardného postupu. Výsledky diagnostických metód, najmä ich interpretácia, môžu významne ovplyvniť život diagnostikovaného klienta. Pri niektorých metódach je potrebné absolvovať aj vzdelávací kurz, resp. získať skúsenosť pod supervíziou. V praxi sa však používajú aj diagnostické postupy a nástroje, ktoré boli vydané v zahraničí a nemajú naše populačné normy alebo normy sú staršie ako 15 rokov. Pri ich interpretácii je potrebná opatrnosť a skúsenosť, je vhodné používať ich iba ako doplnkové metódy alebo ako súčasť dynamickej diagnostiky.

6. Diagnostický proces

Nasledujúca kapitola obsahovo dopĺňa a objasňuje jednotlivé kroky výkonového štandardu Diagnostika, ktorý definuje základnú líniu procesných krokov s relevantnými výstupmi diagnostického procesu a v závere uvádza indikátor daného štandardu. Diagnostickú činnosť procesne definujú aj jednotlivé výkonové štandardy odbornej činnosti pre OZ a ŠŠP v škole. Diagnostika v rámci raného veku je procesne definovaná vo výkonovom štandarde pre rané poradenstvo.

6.1 Vedenie diagnostického rozhovoru, snímanie anamnézy, pozorovanie

Cieľom diagnostického rozhovoru je zistiť informácie o dieťati/žiakovi a jeho súčasnej situácii, o vývine problému, doterajších spôsoboch riešenia problému, vnútorných zdrojoch, protektívnych a rizikových faktoroch životnej histórie dieťaťa/žiaka a jeho funkčných oblastiach. Súčasťou môže byť aj anamnestický rozhovor, ak neprebehol už skôr a je pre diagnostiku dôležitý.

Počas rozhovoru je dôležité vyjasniť s dieťaťom/žiakom a rodičom/ZZ ich očakávania a zrealizovať ich s tým, čo je možné od diagnostiky očakávať, aké sú možné závery a ako diagnostika prebieha. Vytvorenie nepísanej dohody/kontraktu predpokladá, že všetci zúčastnení (väčšinou dieťa/žiak a rodič) porozumeli, ako diagnostika prebieha, čo sú jej dôsledky aj dôsledky jej neuskutočnenia, ako budú informácie sprístupnené, a súhlasili s uskutočnením diagnostiky.

Počas diagnostického rozhovoru zbierame čiastkové údaje aj pomocou pozorovania. Diagnostický rozhovor je pre odborného zamestnanca opakujúca sa situácia a niektoré väčšie odlišnosti v správaní klienta môžu viesť k tvorbe predbežných hypotéz. Zároveň netreba zabúdať, že pozorovanie nám umožňuje vidieť iba niektoré vonkajšie znaky a výsek správania a je silno ovplyvnené našim subjektívnym hodnotením. Odborný zamestnanec by mal byť schopný rozpoznať ako haló efekt, mýty, predsudky a rôzne subjektívne skreslenia vstupujú do procesu tvorby predbežnej hypotézy.

Záver diagnostického rozhovoru tvorí analýza všetkých získaných údajov vedúca k tvorbe predbežnej hypotézy.

Dôležitou časťou diagnostického rozhovoru je práca s rodičmi s ťažiskom na posilňovanie ich rodičovských kompetencií. Okrem zisťovania problémov a ťažkostí je potrebné klásť otázky, ktoré

pomôžu rodičovi uvedomiť si silné stránky dieťaťa/žiaka, všimnúť si zlepšenia, uvidieť pozitívne perspektívy a dôležitosť úlohy rodiča vo vývine dieťaťa.

6.2 Vytvorenie vzťahu

Diagnostický proces sa týka vyšetrujúceho, klienta/dieťaťa/žiaka a jeho rodiny. Obyčajne sa realizuje v prostredí zariadenia poradenstva a prevencie, resp. v školskom prostredí. Je dôležité, aby prostredie, kde sa vyšetrenie odohráva, bolo fyzicky aj psychologicky bezpečné.

Vyšetrenie môžeme chápať ako sociálnu interakciu medzi dieťaťom/žiakom, rodičom, ktorá sa prejavuje individuálne špecifickým spôsobom, a OZ, ktorý sa správa viac menej štandardne.

Najvýznamnejším prvkom pri rozhovore a vyšetrení je atmosféra chápatosti, prívetivosti a záujmu, ktoré OZ vytvára. Dieťa/žiak a jeho rodina potrebujú cítiť, že sú vítaní, rešpektovaní a chápaní. Postoj nádeje a prospešnosti by mal prenikať do všetkých interakcií s dieťaťom/žiakom a jeho rodinou.

Kvalita vzťahu medzi vyšetrujúcim, dieťaťom/žiakom a jeho rodinou má významný vplyv na spoluprácu v procese diagnostiky a následných odporúčaníach.

Rečový prejav dieťaťa/žiaka sa počas vyšetrenia prejavuje v závislosti od vnútornej motivácie komunikovať. Je potrebné vytvorením atmosféry bezpečia a dôvery prelomiť komunikačnú bariéru.

Pred samotnou diagnostikou aj počas nej pracujeme na vytvorení vzťahu s dieťaťom/žiakom a rodičom. Vytvorenie bezpečného vzťahu je základom emocionálnej pohody dieťaťa/žiaka aj rodiča, čím zmiernujeme vplyvy stresu, ktorý situácia vytvára. Zároveň pomáhamo dieťaťu/žiakovi podať čo najlepší výkon, a teda prispievame k objektívnym (validným) záverom diagnostického procesu. Samotný spôsob, akým dieťa/žiak nadväzuje vzťah a komunikuje so vzťahovou osobou, nám poskytuje čiastkové informácie o jeho sociálnom a emocionálnom vývine.

Na začiatku samotného vyšetrenia je potrebné nechať dieťaťu/žiakovi dostatok času na adaptáciu na nové prostredie a situáciu. Dieťa by malo začať pracovať až po prekonaní počiatočného napätia, neistoty, strachu alebo iných emócií, ktoré by mohli ovplyvniť jeho výkon. V tomto môže byť veľmi nápomocná voľba prvej metódy, ktorá by mala byť zaujímavá a nie veľmi náročná.

Na vytvorenie bezpečného vzťahu s dieťaťom/žiakom a rodičom je dôležité:

1. Byť zrozumiteľný a transparentný

Obom, berúc do úvahy vek, vzdelanie a sociokultúrne prostredie, vysvetlíme, kto sme, kvôli čomu k nám prišli a čo môže byť výsledkom nášho stretnutia (vyšetrenia).

2. Vyjadrovať záujem

Autenticky sa zaujímate o dieťa/žiaka a rodiča, nielen kvôli získaniu informácií.

3. Vyjadrovať porozumenie

Dieťa/žiak nám svojím správaním, svojou hrou aj tým, čo hovorí, ukazuje, ako sa má, ako sa cíti a ako rozumie tomu, čo sa s ním práve deje. Reagovať na tieto prejavy pomáha dieťa/žiaka upokojiť a vyvíjať bezpečie. Aj s rodičom je potrebné pracovať na bezpečnom vzťahu, vnímať situáciu z jeho pohľadu a rešpektovať ho.

4. Vnímať klientov/žiakov s rešpektom ako partnerov, nie ako objekt starostlivosti

Zaujímate sa o ich názor, preferencie v súvislosti s diagnostickým procesom. Rodiča aj dieťa/žiaka zapájame do rozhodovania v situáciách, v ktorých je to možné.

Kvalita vzťahu medzi vyšetrujúcim, dieťaťom/žiakom a jeho rodinou má významný vplyv na spoluprácu v procese diagnostiky a pri následných odporúčaníach.

6.3 Formulácia predbežnej hypotézy

Predbežná hypotéza predstavuje významný nástroj získavania, hodnotenia a interpretácie informácií o problémoch/ťažkostiach dieťaťa/žiaka získaných z anamnestických údajov, pedagogickej charakteristiky, úvodného rozhovoru a výsledkov predchádzajúcej odbornej starostlivosti. Predbežná hypotéza predstavuje myšlienkový proces (návrh) vysvetlenia a riešenia problému/ťažkosti alebo určitej životnej situácie dieťaťa/žiaka prichádzajúceho do odbornej starostlivosti. Znamená vytvorenie predpokladanej odpovede na riešenie problému/ťažkosti alebo životnej situácie, s ktorým dieťa/žiak prichádza alebo v ktorej sa práve nachádza. Je to kognitívna schéma, ktorá vzniká z preliminárnych informácií o dieťati/žiakovi a odborných poznatkoch, skúsenostiach, odborného úsudku a predstavivosti odborného zamestnanca.

Ak majú byť určité problémy/ťažkosti alebo životné situácie riešiteľné odbornou starostlivosťou, musí byť možné ich formulovať do tvaru predbežnej hypotézy. Predbežnú hypotézu možno vyjadriť jednou vetou, ktorá obsahuje náčrt toho, čo chceme zistiť, ako to chceme zistiť, prečo to chceme zistiť a ako budeme výsledky zistení interpretovať, hodnotiť a realizovať. Jej pravdivosť alebo nepravdivosť odborný zamestnanec postupne overuje a tak konkretizuje a napĺňa ciele odbornej starostlivosti o dieťa/žiaka.

Až po formulácii predbežnej hypotézy odborný zamestnanec vyberá stratégiu a metódy jej verifikácie, tzn. stratégiu, dizajn a metódy odbornej starostlivosti. Aplikácia jednotlivých diagnostických/poradenských/intervenčných prístupov a metód overuje platnosť predpokladov/predikcií/formulovaných v predbežnej hypotéze.

Bez formulácie predbežnej hypotézy je proces odbornej starostlivosti nesystematický, improvizovaný a voľba odborných prístupov a metód len náhodná. Krátka písomná formulácia predbežnej hypotézy v osobnom spise klienta umožňuje prehľadné a revíziu myšlienkových východísk a odborných postupov celého procesu odbornej starostlivosti. Je nevyhnutnou súčasťou inkluzívneho a konziliárneho prístupu v rámci odbornej starostlivosti.

Príklad:

Z preliminárnych informácií zistíme, že žiak prvého ročníka ZŠ, pochádzajúci zo sociálne znevýhodneného prostredia, dosahuje výrazne podpriemerné vzdelávacie výsledky vo väčšine vzdelávacích predmetov. V rámci odbornej starostlivosti musí OZ spoľahlivo overiť, či všeobecný neprospech nesúvisí so zníženou úrovňou všeobecných rozumových schopností žiaka. To je prvá predbežná hypotéza. Na jej overenie OZ aplikuje odborné postupy zamerané na hodnotenie úrovne všeobecných rozumových schopností. Ak OZ zistí, že úroveň všeobecných schopností žiaka je výrazne podpriemerná, môže považovať predbežnú hypotézu za potvrdenú. Proces odbornej starostlivosti je následne zameraný na implementáciu rôznych podporných opatrení súvisiacich s uvedeným zistením. V prípade, že OZ zistí, že žiak dosahuje výsledky v rámci širšieho populačného priemeru alebo nadpriemeru, predbežnú hypotézu zamietá a formuluje novú predbežnú hypotézu o inej príčine

všeobecného neprospechu žiaka. Napríklad predbežnú hypotézu, že všeobecný neprospech žiaka je podmienený nedostatočnou výchovnou a vzdelávacou starostlivosťou zo strany rodičov. Proces odbornej starostlivosti je následne zameraný na poznávanie rodinných vzťahov a rodinného prostredia. Voľba metód a nástrojov, ktorými sa nová hypotéza overuje, závisí od odborných teoretických a praktických skúseností odborného zamestnanca. Výsledky zisťovania môžu potvrdiť platnosť novej predbežnej hypotézy a proces odbornej starostlivosti je potom zameraný na implementáciu podporných opatrení, ktoré umožňujú riešenie vzťahovej alebo rodinnej situácie. Nová predbežná hypotéza však nemusí byť potvrdená a je potrebné formulovať ďalšie predbežné hypotézy. Napríklad že vzdelávacie problémy žiaka sú indukované deficitmi parciálnych poznávacích procesov alebo školským prostredím. Proces overovania predbežných hypotéz smeruje k identifikácii podstatných príčin vzdelávacích problémov žiaka, implementácii efektívnych podporných opatrení a tým k naplneniu cieľov odbornej starostlivosti. Vďaka formulácii predbežných hypotéz je celý proces odbornej starostlivosti systematický, kvalifikovaný a kedykoľvek revidovateľný.

6.4 Stanovenie diagnostického cieľa a výber diagnostických metód a nástrojov

Východiskom pri stanovení diagnostického cieľa je formulovanie predbežnej hypotézy. Diagnostický proces smeruje k overeniu predbežnej hypotézy. V rozhovore s klientom/ZZ OZ upresní diagnostický cieľ a spoločne nastavia postup diagnostického procesu. Diagnostický cieľ určuje, ktoré oblasti, potreby a javy budú predmetom diagnostického skúmania.

Na základe diagnostického cieľa sa realizuje výber, administrácia a vyhodnotenie relevantných diagnostických metód a nástrojov zohľadňujúc kultúrne, jazykové, sociálne zázemie a špecifiká dieťaťa/žiaka.

V procese diagnostikovania dochádza k situáciám, pri ktorých je predbežná hypotéza zamietnutá a objavuje sa nová hypotéza. Z nej vyplynie aj nový diagnostický cieľ a vyberajú sa ďalšie diagnostické metódy a nástroje.

Diagnostické vyšetrenie má identifikovať silné a slabé stránky dieťaťa/žiaka a jeho sociálneho prostredia, jeho potreby a stanoviť prognózu ďalšieho vývinu a podporných opatrení.

6.5 Analýza a interpretácia výsledkov diagnostického procesu

V diagnostickom procese sa spravidla používa viacero diagnostických metód a nástrojov v závislosti od dôvodu vyšetrenia. Dobrá príprava a správne použitie metód a nástrojov sú nutným predpokladom na posúdenie situácie dieťaťa/žiaka, ale samotné výsledky použitých diagnostických metód a nástrojov nie sú diagnostickým záverom.

Ak vnímame diagnostický proces ako prvý krok na ceste k efektívnej pomoci deťom a žiakom, alebo je krokom overenia progresu v nastavenej starostlivosťi, nemôže byť jeho záverom strohé konštatovanie výsledkov použitých metód. Až na základe kvalitnej odbornej analýzy výsledkov môžeme dôjsť k

identifikácii silných a slabých stránok dieťaťa/žiaka/triedy/rodiny, s ktorými možno ďalej pracovať. Cieľom diagnostického procesu v poradenskom a školskom prostredí nie je stanovenie diagnózy ako v klinickom prostredí. Hoci sa niektoré diagnostické nástroje používajú aj na klinické účely, ich využitie v školstve je cieleňé na nastavenie individuálnych edukačných a podporných opatrení. Diagnostika sa bez kvalitnej analýzy, vzťahujúcej sa na dôvody, pre ktoré bola vykonaná, nezaobíde.

V širokej škále podporných opatrení a heterogenity vstupných faktorov nie je možné navrhnúť individuálnu starostlivosť len na základe súhrnnej diagnózy. Interindividuálne rozdiely v potrebách diagnostikovaných osôb sú také významné, že nie je možné navrhnúť jednotné podporné opatrenia pre celú skupinu osôb s rovnakými schopnosťami. Rozvíjanie silných stránok a eliminácia slabých stránok v komplexnom rozvoji osobnosti môžu byť efektívne iba v prípade zváženía faktorov podieľajúcich sa na tomto procese. Preto je potrebné analyzovať:

1. príčiny ťažkostí (ak sú) – zistiť, čo sa podieľa na ich vzniku a intenzite prejavov, ako aj charakter príčiny a reparabilitu,
2. silné stránky – identifikovať schopnosti, na ktorých je možné stavať edukačnú (príp. inú) podporu,
3. faktory prostredia – rodinné, školské a i., najmä s cieľom nájdenia systému spoločného pôsobenia,
4. doterajšie postupy – výsledky doterajšej podpory, ak bola poskytnutá.

Na základe analýzy a interpretácie diagnostických výsledkov je následne možné formulovať závery tak, aby vytvorili komplexný obraz o možnostiach následnej starostlivosti a návrhu podporných opatrení. Pri interpretácii výsledkov je dôležitý adresát. Ak má byť vysvetlenie jasné a účelné, musí formálne aj obsahovo zohľadňovať to, komu je určené, s dôrazom na jeho podiel v navrhovaných postupoch.

6.6 Odborné konzílium – koordinované stretnutie odborníkov

Zmyslom spolupráce odborníkov v rámci multidisciplinárneho tímu je komplexné nazeranie na potreby dieťaťa a jeho rodiny. Odborné konzílium zvoláva v prípade potreby koordinátor klienta na základe vlastného uváženia alebo na podnet iného odborného zamestnanca, člena multidisciplinárneho tímu v zariadení poradenstva a prevencie a v škole.

Koordinátor klienta je samostatný odborný zamestnanec, ktorý sa podieľa na realizácii odbornej starostlivosti a sprevádza klienta odbornou starostlivosťou poskytovanou v škole a v zariadení poradenstva a prevencie. Na základe stanovenej oblasti, ktorú je potrebné posúdiť, sa určí zoznam prizvaných odborníkov. Členovia odborného konzília okrem odborných a pedagogických zamestnancov môžu byť aj zástupcovia z iných rezortov a ďalšie osoby zainteresované v starostlivosti o dieťa/žiaka.

6.7 Diagnostický záver a formulácia ďalších opatrení

Diagnostický záver je formulovaný vzhľadom na dôvod/účel diagnostického vyšetrenia. Zohľadňuje požiadavku uvedenú žiadateľom o diagnostické vyšetrenie (klientom, zákonným zástupcom alebo inštitúciou, ktorá žiada zariadenie poradenstva a prevencie o stanovisko).

Pri správach z diagnostických vyšetrení určených primárne školám je nevyhnutné stanoviť odporúčanú podporu vo výchove a vzdelávaní. Ide najmä o odporúčania odborných intervencií, informácie o nevyhnutnej potrebe zapojenia ďalších pedagogických a odborných zamestnancov do procesu vzdelávania, popísanie vplyvu zistených skutočností na edukačný proces, kompenzačných a edukačných pomôcok a spôsobu úpravy metód, foriem a obsahu vzdelávania, skúšania a hodnotenia.

6.8 Vedenie výstupného rozhovoru

Výstupný rozhovor v diagnostickom procese slúži na konzultovanie záverov a z nich vyplývajúcich podporných opatrení s dieťaťom/žiakom a jeho zákonným zástupcom. Súčasťou býva aj dohoda o pokračovaní ďalšej odbornej činnosti (poradenstvo, terapia, reedukácia a pod.).

Výstupný rozhovor pomáha dieťaťu/žiakovi a jeho zákonnému zástupcovi porozumieť zisteným záverom, prijať podporné opatrenia a spolupodieľať sa na nich. Nejde len o strohé poskytnutie informácií. Odborný zamestnanec si overuje, ako dieťa/žiak a rodič/ZZ záverom rozumejú, ako ich vedia začleniť do kontextu riešenia problému, s ktorým prišli. Pre rodiča aj samotné dieťa môže byť ťažké prijať niektoré závery a odporúčania z procesu odbornej starostlivosti. Preto súčasťou výstupného rozhovoru môže byť aj pomoc s emóciami, ktoré situácia u rodiča/ZZ alebo dieťaťa/žiaka vyvolala. Výstupný rozhovor sa môže stať začiatkom ďalšej odbornej starostlivosti.

6.9 Správa z diagnostického vyšetrenia

Výsledkom komplexných vyšetrení, ktoré dieťa/žiak absolvuje, je správa z diagnostického vyšetrenia. Dieťa/žiak a rodič/ZZ sú o výsledkoch vyšetrenia a možnosti ďalšej poskytovanej odbornej starostlivosti informovaní v osobnom rozhovore.

Správu z diagnostického vyšetrenia vystavuje zariadenie poradenstva a prevencie na požiadanie rodiča (zákonného zástupcu) dieťaťa, ktorému je po vypracovaní odovzdaná. Školy alebo školské zariadenia majú právo zisťovať a spracúvať osobné údaje o deťoch a žiakoch v rozsahu, ktorý stanovuje § 11 ods. 6 školského zákona, teda vrátane údajov o ich fyzickom a duševnom zdraví i mentálnej úrovni a výsledkov pedagogicko-psychologického vyšetrenia.

Súčasťou každej správy z diagnostického vyšetrenia sú kvantitatívne a kvalitatívne údaje (formulované vo forme slovného hodnotenia) z použitých diagnostických metód a nástrojov spolu s ostatnými údajmi získanými pred vyšetrením (anamnestické údaje, údaje z pedagogickej charakteristiky, zo vstupného rozhovoru), v priebehu vyšetrenia (relevantné informácie z rozhovorov a interpretácie výsledkov aplikovaných metód), závery a odporúčania z odbornej starostlivosti.

Štruktúru a obsah správy z diagnostického vyšetrenia upravuje Ministerstva školstva, vedy, výskumu a športu SR, pričom obsah je potrebné prispôbiť účelu, na aký sa správa vydáva.

1. **Dôvod vyšetrenia**, uvedie sa podnet a jeho iniciátor.
2. **Anamnéza** (osobná, rodinná, školská, zdravotná – diferencovať podľa dôvodu vyšetrenia a adresáta správy, uvádzať len tie anamnestické údaje, ktoré majú vzťah k dôvodu vyšetrenia).
3. **Špecifikácia vyšetrenia**: psychologické, špeciálnopedagogické, oboje (môže byť v jednej správe).

4. **Použité metódy** – pri testových nástrojoch ich presný názov (napr. progresívne matice), pri ostatných metódach ich opis (napr. pozorovanie dieťaťa pri hre, pozorovanie žiaka v testovej situácii, rozhovor s rodičom dieťaťa o výchovných a vzdelávacích problémoch).
5. **Správanie dieťaťa počas vyšetrenia** uvedie sa, či sa s dieťaťom podarilo nadviazať kontakt, či dieťa spolupracovalo a pod.
6. **Výsledky vyšetrenia** – opis najdôležitejších zistení vzťahujúcich sa na to, čo bolo predmetom vyšetrenia, prípadne ďalších zistení, ktoré pôvodné zameranie vyšetrenia rozširujú. Majú byť opísané slabé i silné stránky dieťaťa/žiaka a ich možný dosah na výkony, správanie alebo prežívanie dieťaťa/žiaka.
7. **Záver** – stručné zosumarizovanie výsledkov vystihujúce podstatu zistení s vyjadrením, či ide o žiaka so špeciálnymi výchovno-vzdelávacími potrebami podľa § 2 písm. j) školského zákona a jeho špecifikácie podľa § 2 písm. k) až q) školského zákona, súčasťou ktorej môže byť uvedenie diagnózy. Pri uvedení suspektnej diagnózy nemôže byť dieťa/žiak zaradený do kategórie detí/žiacov so špeciálnymi výchovno-vzdelávacími potrebami.
8. **Odporúčania** – návrh v akom type triedy/školy ma prebiehať vzdelávanie. Súčasťou vyjadrenia je aj opis podmienok, ktoré by mali byť základe výsledkov odborných vyšetrení pri vzdelávaní dieťaťa/žiaka zabezpečené (napr. bezbariérové prostredie, kompenzačné pomôcky a pod.). Odporúčania majú vychádzať z príslušného vzdelávacieho programu, zo vzdelávacích programov pre žiakov so zdravotným znevýhodnením alebo nadaním (§ 94 ods. 2 alebo § 103 ods. 5 školského zákona), ak je to potrebné, majú zahŕňať návrh na modifikáciu učebného obsahu, prípadne vzdelávanie podľa individuálneho vzdelávacieho programu (v niektorých alebo všetkých vyučovacích predmetoch), odporúčanie k vzdelávacím a výchovným metódam, nárokom na materiálno-technické zabezpečenie i k hodnoteniu žiaka a odporúčanú formu odbornej personálnej podpory. Uvedie sa tiež, či je pri vzdelávaní dieťaťa/žiaka nevyhnutná pomoc asistenta učiteľa. Ak sa odporúča vypracovať individuálny vzdelávací program, odporúčania majú vystihnúť podstatu modifikácií, ktoré má tento program obsahovať. V tejto časti je vhodné uviesť aj odporúčania pre rodičov dieťaťa, resp. zákonného zástupcu, napr. aké korekčné cvičenia môže pre dieťa využiť, ako má s dieťaťom komunikovať, ako dieťa motivovať, stimulovať a pod.
9. **Dátum vyšetrenia** - ak sa ich realizovalo viac, uviesť dátumy vyšetrení.

Odporúčanie na asistenta učiteľa – uvádza sa iba v prípade, keď je jeho pomoc v škole indikovaná.

7. Diagnostická činnosť na jednotlivých stupňoch podpory

1. stupeň podpornej úrovne je⁵ adresovaná všetkým deťom/žiakom MŠ, ZŠ a SŠ. Podpora sa poskytuje v bežnom prostredí dieťaťa v škole. Východiskom je komplexná pedagogická diagnostika zameraná na všetky aspekty celostného rozvoja dieťaťa (potreby v oblasti učenia, identifikácia talentov, nadania, ťažkostí vo vzdelávaní, sociálne a rodinné vzťahy, klíma v triede atď.). Diagnostika ako odborná činnosť na pedagogickú diagnostiku nadväzuje na 2. stupni podpornej úrovne.

2. Stupeň podpornej úrovne⁶ je adresovaná všetkým deťom/žiakom. Zacieľuje sa na optimalizovanie a podporenie procesu ich výchovy a vzdelávania. Uskutočňuje sa v školskom prostredí dieťaťa/žiaka počas jeho výchovno-vzdelávacej činnosti v triede i mimo triedy, resp. po vyučovaní v rámci aktivít školského klubu detí, celodenných výchovných programov alebo v rámci individuálneho vzdelávania.

⁵ § 131 ods. 2 zákona 245/2008 Z.z. o výchove a vzdelávaní (školský zákon)

⁶ § 131 ods. 3 zákona 245/2008 Z.z. o výchove a vzdelávaní (školský zákon)

Na 2. stupni podpory školský špeciálny pedagóg a odborný zamestnanec školy v spolupráci s centrom poradenstva a prevencie vykonávajú diagnostiku ako odbornú činnosť na úrovni **orientačnej diagnostiky**, v úzkej spolupráci s podpornou úrovňou 1. stupňa.

Orientačná diagnostika je zameraná na prvotnú identifikáciu oblastí, ktoré neumožňujú dieťaťu/žiakovi optimálny priebeh vzdelávania, a môže slúžiť ako podklad ku komplexnej diagnostike.

Na 3. stupni podpornej úrovne⁷ OZ z centra poradenstva a prevencie realizujú odbornú diagnostickú činnosť, zameriavajú sa na deti/žiacov, u ktorých podpora 2. stupňa sa ukázala ako nepostačujúca a naďalej zažívajú prekážky v prístupe k výchove a vzdelávaniu, javia symptómy rizikového vývinu, či už kognitívneho, emocionálneho alebo sociálneho. V takom prípade prebieha na 3. stupni odborná diagnostická činnosť na úrovni **základnej, čiastkovej a komplexnej diagnostiky**.

Základná diagnostika sa opiera o základnú odbornú analýzu získaných údajov o dieťaťu/žiakovi, využíva netestové metódy (napr. analýzu činnosti, pozorovanie, rozhovor, anamnestické údaje). Je orientovaná na poznanie dieťaťa/žiaka v jeho celistvosti. Jej výsledkom sú základné odporúčania ZZ, pre PZ/OZ a školský podporný tím k napĺňaniu výchovno-vzdelávacích potrieb dieťaťa/žiaka, bez špeciálnej úpravy výchovno-vzdelávacieho procesu.

Čiastková diagnostika sa zameriava na zistenie úrovne jednotlivých psychických funkcií, schopnosti alebo stavu ako doplnenie základnej diagnostiky (pamäť, pozornosť, osobnosť a pod.). Jej výsledkom môžu byť odporúčania pre pedagogických zamestnancov k napĺňaniu výchovno-vzdelávacích potrieb dieťaťa/žiaka, pre školský podporný tím k poskytovaniu odbornej činnosti, na odporúčanie komplexnej diagnostiky.

Komplexná diagnostika sa zameriava na vyšetrenie viacerých psychických funkcií, schopností a stavov, prípadne charakteristík, na účely stanovenia diagnostického záveru. Vychádza z predchádzajúcich druhov diagnostickej činnosti. Služi na potvrdenie alebo vyvrátenie diagnostickej hypotézy. Väčšinou zhŕňa diagnostickú činnosť viacerých odborných zamestnancov (psychológ, špeciálny pedagóg, logopéd a pod.) aj mimo rezortu školstva (napr. psychiater). Jej výsledkom sú odporúčania pre ZZ, pedagogických/odborných zamestnancov k napĺňaniu výchovno-vzdelávacích potrieb dieťaťa/žiaka a k potrebe a nastaveniu odborných činností v školskom podpornom tíme.

Odborné činnosti **4. stupňa podpornej úrovne⁸** sa realizujú prevažne v Centre poradenstva a prevencie.

Jeho odborní zamestnanci poskytujú **komplexnú multidisciplinárnu starostlivosť deťom/žiakom**, pričom ich odborná činnosť nadväzuje na predchádzajúcu odbornú činnosť na podpornej úrovni 1., 2., 3. stupňa a dopĺňa ju. Odborná činnosť môže prebiehať aj formou terénnej činnosti Diagnostická činnosť prebieha na úrovni **komplexnej, diferencielnej a špecializovanej diagnostiky**.

Špecializovaná diagnostika dopĺňa komplexnú diagnostiku, zameriava sa na podrobnejšiu a cielenejšiu analýzu stavu s cieľom doplnenia alebo prehĺbenia diagnostického záveru. Diferenciálna diagnostika dopĺňa komplexnú diagnostiku, je to postup, pri ktorom sa stanovuje presný diagnostický záver spomedzi niekoľkých, ktoré majú rovnaké alebo veľmi podobné príznaky.

5. stupeň podpornej úrovne⁹ sa zameriava na poskytovanie odbornej činnosti deťom zo zdravotným postihnutím alebo deťom v ranom veku (0-5 rokov). Realizuje sa v Špecializovanom centre poradenstva a prevencie. Odborná diagnostická činnosť na tomto stupni podpory zahŕňa **komplexnú, vysokošpecializovanú diferencielnu diagnostiku**.

Vysoko špecializovaná diferencielna diagnostika je postup, pri ktorom sa stanovuje presný diagnostický záver spomedzi niekoľkých, ktoré majú rovnaké alebo veľmi podobné príznaky u detí so zdravotným postihnutím.

⁷ § 131 ods. 4 zákona 245/2008 Z.z. o výchove a vzdelávaní (školský zákon)

⁸ § 131 ods. 5 zákona 245/2008 Z.z. o výchove a vzdelávaní (školský zákon)

⁹ § 131 ods. 6 zákona 245/2008 Z.z. o výchove a vzdelávaní (školský zákon)

8. Obsahové štandardy pre diagnostickú činnosť

Na základe kvalitatívnej analýzy realizovanej diagnostickej činnosti v systéme PaP a odbornej diskusie v rámci expertných skupín boli identifikované hlavné oblasti diagnostickej činnosti. Pre tieto oblasti boli zostavené uvedené obsahové diagnostické štandardy:

- diagnostika vývinovými škálami v ranom veku,
- diagnostika kognitívnych schopností,
- diagnostika lateralita,
- diagnostika motoriky a motorického vývinu,
- diagnostika zrakovej percepcie a percepčnej záťaže,
- diagnostika sluchovej percepcie,
- diagnostika pozornosti a pracovného tempa,
- diagnostika pamäti,
- diagnostika organickej integrity,
- diagnostika čitateľských kompetencií,
- diagnostika písania a pravopisu,
- diagnostika matematických kompetencií,
- diagnostika osobnosti,
- diagnostika rodinných vzťahov,
- diagnostika sociálnych vzťahov,
- diagnostika komunikačnej schopnosti.

Komplexný diagnostický prístup pre jednotlivé oblasti špeciálnych vzdelávacích potrieb je spracovaný v obsahových štandardoch – intervenčná časť v kapitole **špecifiká diagnostického procesu**. Diagnostická činnosť je vymedzená v obsahových štandardoch zameraných na odbornú starostlivosť poskytovanú deťom/žiakom:

- s vývinovými poruchami učenia,
- s poruchami správania,
- s pervazívnymi vývinovými poruchami,
- so sluchovým postihnutím,
- so zrakovým postihnutím,
- s telesným postihnutím,
- s mentálnym postihnutím,
- s viacnásobným postihnutím,
- s intelektovým nadaním,
- s emočnými poruchami v detstve a v dospievaní
- s narušenou komunikačnou schopnosťou.

Špecifiká diagnostiky vymedzujú aj obsahové štandardy pre oblasť:

- chorí a zdravotne oslabení žiaci/deti,
- oneskorený psychomotorický vývin a oslabené zmyslové vnímanie v ranom veku,
- školská spôsobilosť,

- kariérová výchova a kariérové poradenstvo.

8.1 Štruktúra obsahového štandardu diagnostiky

Zostavené obsahové štandardy diagnostiky vymedzujú danú diagnostickú činnosť v uvedených siedmich oblastiach:

1. **Prostredie** – popisuje vhodné prostredie na diagnostiku danej schopnosti v nadväznosti na charakter použitých metód a povinného zabezpečenia, zohľadňuje etické, materiálo-technické, príp. ďalšie špecifiká.
2. **Kompetenčný rámec** – určuje, kto môže vykonávať danú diagnostickú činnosť.
3. **Vzťah** – popisuje špecifiká diagnostickej činnosti v súvislosti s navodením raportu a vytvorením základných podmienok pri diagnostike pre dieťa/žiaka. Budovaním vzťahu zabezpečujeme elimináciu nežiaducich premenných a ich vplyvu na dosahovaný výkon dieťaťa/žiaka v diagnostickom procese.
4. **Účel/indikácia** – definuje, na aký účel bude daná diagnostika realizovaná a kedy sa realizuje aj v rámci diferenciálnej diagnostiky.
5. **Metódy a postupy** – popisuje metódy a postupy, ktoré sú odporúčané alebo povinné na vykonanie, aby bol daný diagnostický výkon považovaný za štandardne uskutočnený.
6. **Diferenciálna diagnostika** – popisuje vybrané aspekty vyhodnocovania, prípadne postupy na doplnenie ďalších metód a postupov v nadväznosti na predchádzajúce výsledky. Poskytuje základné rámce na odborné zváženie ďalších diagnostických postupov, príp. kritériá na vylúčenie alebo potvrdenie predbežnej hypotézy.
7. **Nastavenie podporných opatrení** – určuje základný návrh ďalších opatrení nediagnostického charakteru v nadväznosti na zistené skutočnosti.

9. Literatúra

American Educational Research Association, American Psychological Association. National Council on Measurement in Education (2014). Standards for Educational and Psychological Testing. Washington, DC: The American Educational Research Association. [online] [citované 2021-5-20]. Dostupné na internete: [Open Access Files - THE STANDARDS FOR EDUCATIONAL AND PSYCHOLOGICAL TESTING](https://www.era.net/standards) (testingstandards.net).

American Psychological Association (2017). Ethical Principles of Psychologists and Code of Conduct. Washington, DC: American Psychological Association. [online] [citované 2021-5-20]. Dostupné na internete: [APA Ethical Principles of Psychologists and Code of Conduct \(2017\)](https://www.apa.org/ethics).

DOČKAL, V., FARKAŠOVÁ, D., KUNDRÁTOVÁ, B., ŠPOTÁKOVÁ, M. [online] [citované 2021-9-9]. Dostupné na internete: <https://vudpap.sk/odborny-portal/informacie/informacie-pre-odbornych-a-pedagogickych-zamestnancov/vudpap-informacie-pre-odbornych-sprava-z-diagnostickeho-vysetrenia-dietata/>.

HALAMA, P. 2005. Princípy psychologické diagnostiky. Trnava: Filozofická fakulta Trnavskej univerzity v Trnave, 2005. 202 s. ISBN 80-8082-032-5.

ŘÍČAN, P., KREJČÍŘOVÁ, D., et al. 2006. *Dětská klinická psychologie*. 4., přepracované a doplněné vydání. Praha: Grada, 2006. 608 s. ISBN: 978-80-247-1049-5.

SVOBODA, M. 2010. *Psychologická diagnostika dospělých*. 4. vyd. Praha: Portál, 2010. 344 s. ISBN 978-80-7367-706-0.

SVOBODA, M., KREJČÍŘOVÁ, D., VÁGNEROVÁ, M. 2001. *Psychodiagnostika dětí a dospívajících*. 1. vyd. Praha: Portál, 2001. 791 s. ISBN 80-7178-545-8.

TAYLOR, M. H. 2000. *Dynamic Assessment With Pre-school Children: Implementation Integrity and Perceptions by Various Stakeholders of Relative Usefulness*. Dundee: University of Dundee.

THARINGER et al.. 2008. *Assessment Feedback With Parents and Preadolescent Children: A Collaborative Approach*. *Professional Psychology: Research and Practice*. 39/6, 600 – 609.

VÁGNEROVÁ, M., KLÉGRVÁ, J. 2008. *Poradenská psychologická diagnostika dětí a dospívajících*. 1. vyd. Praha: Karolinum, 2008. 540 s. ISBN 978-80-246-1538-7.

VAŠEK, Š. 2008. *Základy speciální pedagogiky*. 4. doplnené vydanie. Bratislava: Sapiencia s. r. o., 2008. 226 s. ISBN 978-80-89229-11-6.

Vyhláška Ministerstva školstva Slovenskej republiky č. 24/2022 Z. z. o zariadeniach poradenstva a prevencie.

Zákon č. 245/2008 Z. z. o výchove a vzdelávaní (školský zákon) a o zmene a doplnení niektorých zákonov.

Obsah II. část - diagnostické obsahové standardy

1. Diagnostika kognitivních schopností	26
2. Diagnostika psychomotorického vývinu, vývinové škály	43
3. Diagnostika laterality	55
4. Diagnostika mototriky a motorického vývinu	60
5. Diagnostika zrakovej percepcie a percepčnej záťaže	65

6. Diagnostika sluchovej percepcie	75
7. Diagnostika pozornosti a pracovného tempa	80
8. Diagnostika pamäti	88
9. Diagnostika organickej integrity (organicity)	97
10. Diagnostika čitateľských kompetencií	105
11. Diagnostika písania a pravopisu	110
12. Diagnostika matematických kompetencií	116
13. Diagnostika osobnosti a emocionality	121
14. Diagnostika rodinných vzťahov	131
15. Diagnostika sociálnych vzťahov	140
16. Diagnostika komunikačnej schopnosti	147

1.

Diagnostika kognitívnych schopností

Autori: Mgr. Anton Kalina
Mgr. Judita Malík

Hodnotiteľky: PhDr. Bronislava Kunderátová
PhDr. Mária Paulíčková
Mgr. Lucia Lenická
Mgr. Martina Uríková

Recenzent: Doc. Vladimír Dočkal, PhD.

Obsah

1. Prostredie	29
2. Kompetenčný rámec.....	29
3. Vzťah.....	29
4. Indikácia a účel	29
5. Metódy a postupy	30
5.1 Statická a dynamická diagnostika kognitívnych schopností	30
5.1.1 Aplikácia diagnostických metód a nástrojov v rámci statickej diagnostiky kognitívnych schopností.....	31
5.1.2 Aplikácia diagnostických metód a nástrojov v rámci dynamickej diagnostiky kognitívnych schopností	33
5.1.3 Aplikácia diagnostických metód a nástrojov odborným zamestnancom školy pre potreby kariérového poradenstva	34
6. Diferenciálna diagnostika	34
6.1 Diferenciálna diagnostika kognitívnych schopností detí s podozrením na mentálne postihnutie.....	34
6.2 Diferenciálna diagnostika kognitívnych schopností detí s podozrením na vývinové poruchy učenia, poruchu aktivity a pozornosti a poruchy správania	36
6.3 Diferenciálna diagnostika kognitívnych schopností detí zo sociálne znevýhodneného prostredia	38
6.4 Diferenciálna diagnostika kognitívnych schopností detí/žiacov s nadaním	39
7. Nastavenie podporných opatrení.....	41
8. Zoznam použitej literatúry	41

1. Prostredie

Ambulantne v poradenskom alebo v školskom zariadení, v tichej, primerane osvetlenej a dobre vetranej miestnosti, v ktorej nie je prítomný nik okrem dieťaťa/žiaka a psychológa. Len vovýnimočných prípadoch, ak psychológ usúdi, že to môže diagnostický proces uľahčiť, smie v miestnosti zostať ďalšia osoba, ktorá dieťa/žiaka sprevádza. Musí však byť počas diagnostického vyšetrenia potichu a nemala by sedieť v blízkosti dieťaťa.

2. Kompetenčný rámec

Samostatný psychológ, začínajúci psychológ pod supervíziou, psychológ s 1. atestáciou, psychológ s 2. atestáciou.

3. Vzťah

Nadviazanie raportu sa môže začať uistením, že hoci budeme klásť rôzne otázky, odpovede nebudeme známkovať ako v škole. Dieťa je často zvedavé na správne odpovede, prípadne si pýta čas navyše, aby dokončilo úlohu aj po limite. Môže to byť znakom toho, že sa cíti pri diagnostike príjemne. Zvlášť podporiť potrebujú deti úzkostné a neisté, ktoré pri subtestoch s časovým limitom či pri novom type úloh môžu zlyhávať aj vplyvom nízkej frustračnej tolerancie. Pri diagnostike intelektu je vhodné dbať na psychohygienické prestávky, prípadne zvážiť možnosť rozdeliť diagnostiku na dve a viac stretnutí.

4. Indikácia a účel

Medzi najčastejšie dôvody žiadosti o psychologické vyšetrenie patrí školská neúspešnosť, neschopnosť dieťaťa plniť požiadavky na vyučovaní a dosiahnuť prijateľné výsledky. Na riešenie takýchto problémov je potrebné/má význam zistiť príčinu zlyhávania v škole.

Okrem slabého prospechu pristupujeme k diagnostike intelektu aj v prípadoch profesijnej orientácie, pri zisťovaní nadania či výnimočnom prijatí dieťaťa na plnenie povinnej školskej dochádzky, ale aj pri podozreniach zo zaostávania či regresu niektorých kognitívnych funkcií, či už ide o postupné, alebo náhle zhoršenie kognitívnych schopností.

Diagnostika intelektu umožňuje odlíšiť problémy a ťažkosti dieťaťa/žiaka podmienené jeho kognitívnymi schopnosťami a nekognitívnymi charakteristikami.

Cieľom diagnostiky kognitívnych schopností je poznanie kognitívneho vývinu a štruktúry kognitívnych schopností dieťaťa/žiaka, aby bolo možné predikovať jeho školskú úspešnosť, poskytnúť komplexný obraz o jeho kognitívnom potenciáli, rozvíjať jeho slabé stránky a silné uplatňovať v ďalšom vzdelávaní a živote.

Diagnostika kognitívnych schopností je súčasťou komplexnej diagnostiky komunikačnej schopnosti, ako aj pri podozrení na narušený/oneskorený rečový vývin u detí.

Diagnostiku intelektu realizujeme pri deťoch so zdravotným znevýhodnením a pri deťoch s rizikovým vývinom zameriavaním sa na silné a slabé stránky dieťaťa a detekciu prípadných rizík v dosahovaní školskej úspešnosti. Je potrebné nastavenie vhodnej formy podporných opatrení v škole. Dynamická

diagnostika intelektových schopností môže slúžiť k efektívnemu nastaveniu potrebných intervencií najmä pred nástupom do školy.

Pri maladaptívnych prejavoch správania nás predbežná hypotéza môže zaviesť k potrebe realizovať diagnostiku intelektu v prípade, že máme podozrenie, že maladaptívne prejavy v správaní môžu byť spôsobené nerozoznaným intelektovým nadaním dieťaťa a jeho nedostatočnou stimuláciou počas vyučovacieho procesu.

Naším cieľom nie je primárne stanoviť diagnózu, ale formulovať odporúčania a intervenčné opatrenia vhodné pre dieťa/žiaka, jeho rodinu a výchovno-vzdelávací proces.

V praxi sme často konfrontovaní s požiadavkou vyjadriť sa k optimálnemu typu školy na vzdelávanie dieťaťa/žiaka – v takomto prípade intervenčné opatrenia nie sú postačujúce, žiada sa od nás jednoznačné vyjadrenie, ktoré vieme poskytnúť len na základe porovnania výkonu dieťaťa/žiaka s populačnou normou.

5. Metódy a postupy

Diagnostika kognitívnych schopností môže vychádzať z rôznych metodologických prístupov:

5.1 Statická a dynamická diagnostika kognitívnych schopností

Statická diagnostika predstavuje štandardizované meranie aktuálnej úrovne kognitívnych schopností dieťaťa/žiaka (s akcentom na určenie závažnosti stavu), ktorého cieľom je:

- stanovenie vývinovej úrovne pomocou mentálneho (testového) veku,
- porovnanie výkonu jednotlivca s relevantnou populačnou normou,
- identifikácia pásma kognitívnych schopností,
- vyjadrenie výsledku testovania formou váženého skóre (z-skóre, percentil, sten, T-skóre, IQ a iné).

Stanovenie vývinovej úrovne pomocou mentálneho (testového) veku je dôležité predovšetkým na navrhnutie ďalšej odbornej starostlivosti o dieťa/žiaka.

Dynamická diagnostika je zameraná na poznávanie a využívanie kognitívnych schopností dieťaťa/žiaka v jeho konkrétnej životnej realite (s akcentom na stimuláciu, rozvoj a uplatnenie jeho kognitívneho potenciálu).

Jej cieľom je:

- poskytnúť komplexný obraz o kognitívnom potenciáli dieťaťa,
- identifikovať pozitívne aspekty jeho kognitívneho vývinu,
- určiť vhodný smer a spôsob jeho rozvoja.

Komplexná diagnostika kognitívnych schopností uplatňuje statický aj dynamický diagnostický prístup vrátane odborného zvažovania kvalitatívnych údajov (tzv. klinický prístup).

V diagnostickom procese treba získavať a využívať rôzne zdroje informácií. Okrem vyšetrenia štandardizovanými diagnostickými nástrojmi a analýzy anamnestických údajov k nim patria aj:

- pozorovanie dieťaťa/žiaka vo výkonovej situácii pri testovaní (samostatnosť, používanie kognitívnych stratégií pri riešení úloh, aplikovanie zvládnutých a naučených postupov pri ďalšej úlohe) – tieto údaje možno získať aj pri použití diagnostického nástroja bez aktuálnych noriem,

- kvalitatívna analýza chýb, ktorých sa dieťa/žiak v teste dopúšťa,
- sledovanie zmien v hrubom skóre opakovane použitého diagnostického nástroja pri kontrolnom vyšetrení (rediagnostike) – ani v tomto prípade nie je potrebné, aby mal test aktuálne normy,
- pozorovanie dieťaťa v navodenej viac či menej štruktúrovanej situácii, pri hre, pozorovanie správania medzi deťmi, žiakmi v triede,
- informácie od rodičov o fungovaní dieťaťa/žiaka v jeho prirodzenom prostredí (ako zvláda požiadavky a nároky, ktoré na dieťa/žiaka kladie prostredie, v ktorom vyrastá, napríklad starostlivosť o súrodencov, zapájanie sa do fungovania rodiny, schopnosť samostatne zvládať požiadavky rodiny a i.),
- informácie o záujmoch, schopnostiach, silných a slabých stránkach dieťaťa/žiaka, ktoré môžu poskytnúť rodičia, učitelia, vychovávatelia v školskom klube alebo komunitnom centre, ak ich dieťa/žiak navštevuje,
- materiály a informácie, ktoré poradenskému zariadeniu poskytne škola (napríklad zvládanie vyučovacieho jazyka, priebeh nadobúdania školských zručností a spôsobilostí v oblastiach, v ktorých dieťa/žiak nemá problémy, aj v tých, v ktorých nenapreduje alebo zlyháva a pod.),
- informácie z predchádzajúcich odborných vyšetrení (lekárske správy, nálezy, posudky a iné).

5.1.1 Aplikácia diagnostických metód a nástrojov v rámci statickej diagnostiky kognitívnych schopností

Konkrétne diagnostické nástroje kognitívnych schopností treba vyberať primerane odbornému problému, ktorý máme riešiť. Na testovanie príslušníkov majoritnej populácie treba vyberať diagnostické nástroje, ktoré majú potvrdenú dostatočnú reliabilitu (zvyčajne je uvedená v príručke testu). Pri hodnotách koeficientov reliability nižších ako 0,80 treba výsledky interpretovať veľmi opatrne. Testy s reliabilitou okolo 0,70 možno používať na výskumné účely alebo v situácii, keď máme hodnotiť testovanú skupinu ako celok, na individuálnu diagnostiku neposkytujú dostatočne spoľahlivé údaje. Diagnostické nástroje s reliabilitou nižšou ako 0,60 (často sa to týka neštandardizovaných prekladov cudzích nástrojov) nemožno v statickom diagnostickom procese využiť vôbec. Údaj o reliabilite slúži i na stanovenie intervalov spoľahlivosti získaného štandardného skóre. Príručky súčasných testov tieto intervaly udávajú.

Aplikované diagnostické nástroje kognitívnych schopností majú byť zadávané v jazyku, ktorý dieťa/žiak používa, a ak sa majú použiť na stanovenie mentálnej úrovne, musia byť štandardizované v kultúrnom prostredí, z ktorého dieťa/žiak pochádza. Ak takéto nástroje k dispozícii nemáme, testovanie možno realizovať iba orientačne ako podklad na odbornú úvahu opierajúcu sa aj o iné údaje. Ak je k dispozícii slovenský preklad diagnostického nástroja kognitívnych schopností, ale bez slovenskej štandardizácie, výsledky testovania takýmto nástrojom môžeme použiť iba ako orientačné podklady na odbornú úvahu.

Štandardné hodnoty podľa inonárodných noriem nevytvádzajú nič o relatívnom postavení dieťaťa/žiaka medzi slovenskými vrstovníkmi, nemožno ich teda platne interpretovať. Možno uplatniť iba úvahu, že ak porovnanie s inonárodnými normami vylúčilo mentálne postihnutie dieťaťa/žiaka, vyšetrený nemá túto diagnózu.

Pri testovaní príslušníkov národných a etnických menšín, pre ktoré nemáme k dispozícii diagnostické nástroje kognitívnych schopností v ich rodnom jazyku, ako aj pri testovaní cudzincov volíme neverbálne metodiky. Ani tieto testy však nie sú nezávislé od kultúry a ak neboli štandardizované pre kultúru, z ktorej testovaná osoba pochádza, výsledky môžeme použiť opäť iba ako orientačné podklady na odbornú úvahu. Ak aplikujeme diagnostický nástroj zisťujúci úroveň verbálnych rozumových

schopností s neovereným prekladom do materinského jazyka dieťaťa/žiaka, jeho výsledok môžeme použiť iba ako orientačný podklad na odbornú úvahu o verbálnych schopnostiach dieťaťa/žiaka.

Vyššie uvedené sa v plnej miere týka aj testovania príslušníkov maďarskej, poľskej, ukrajinskej a rusínskej menšiny na Slovensku, pre ktoré neboli doposiaľ u nás štandardizované žiadne diagnostické nástroje kognitívnych schopností. Prípadné použitie testu štandardizovaného v Maďarsku alebo inej krajine je kultúrne rovnako málo relevantné ako použitie slovenského testu.

Staticky aplikované diagnostické nástroje určené na identifikáciu aktuálnej úrovne schopností vyjadrenej formou váženého skóre a zaradením do pásma schopností:

WISC-III^{SK} – Wechslerova inteligenčná škála pre deti, III. revízia – test je určený pre deti z majoritnej populácie vo veku 6 až 17 rokov. Slovenskú adaptáciu realizovali pracovníci VÚDPaP v roku 2006. Slovenské normy boli vytvorené úpravou českých noriem na základe výsledkov porovnávacieho výskumu.

WJ IE – Woodcock-Johnson International Edition – batéria neobsahuje všetky subtesty medzinárodnej edície, jej druhé vydanie je komplexnejšie. Oproti tretej revízii WISC je jej výhodou oddelenie úloh riešených na čas od ostatných subtestov. Slovenskú štandardizáciu koordinoval začiatkom tisícročia A. Furman, slovenské normy sú vypracované pre vekové skupiny od 5 do 65 rokov.

SON-R 2½-7 (Tellegen et al., 2009) – neverbálny test inteligencie určený pre deti predškolského veku. Normy sú k dispozícii pre deti od 2,5 do 7,5 roka. Príručka však obsahuje normy počítané pre zlúčenú skupinu detí, ktoré sa zúčastnili na slovenskej a českej štandardizácii, nie sú teda celkom vyhovujúce. Reprezentatívne slovenské normy (Dočkal, 2012) sú dostupné vo VÚDPaP.

RR screening (V. Dočkal et al. 2016) – batéria neposkytuje údaje o mentálnej úrovni (vo formáte váženého skóre ani pásma schopností); slúži ako nástroj na vylúčenie mentálnej retardácie 6- až 10-ročných detí, ktoré navštevujú špeciálnu ZŠ alebo sú neúspešné na základnej škole. Nové vydanie je z roku 2016.

Uvedené diagnostické nástroje nevyužívame pri dynamickom diagnostickom prístupe, pretože by sa stali nepoužiteľnými pre potreby kontrolného (rediagnostického) diagnostického vyšetrenia kognitívnych schopností dieťaťa/žiaka.

Vývinové škály (Vienelandská škála, BSID-II, Gesellova vývinová škála a iné) neumožňujú spoľahlivé stanovenie pásma všeobecných rozumových schopností dieťaťa. Tieto diagnostické nástroje môžu byť využité na opísanie aktuálnej vývinovej úrovne dieťaťa, nie však na spoľahlivú identifikáciu pásma jeho všeobecných rozumových schopností. Na spoľahlivú identifikáciu pásma všeobecných rozumových schopnostiach dieťaťa je potrebné diagnostické vyšetrenie doplniť o výsledky relevantných viacdimenzionálnych diagnostických nástrojov, ktoré umožňujú spoľahlivejšiu identifikáciu úrovne všeobecných rozumových schopností dieťaťa.

Podrobnejšie diagnostické a interpretačné súvislosti uvádzajú príručky jednotlivých diagnostických nástrojov alebo sú súčasťou odborného vzdelávania pre ich užívateľov.

Identifikácia úrovne všeobecných rozumových schopností dieťaťa/žiaka nemôže byť spoľahlivo realizovaná bez aplikácie viacerých (minimálne dvoch) štandardizovaných diagnostických nástrojov. Dosiagnuté výsledky je potrebné vždy overiť, vzájomne porovnať a interpretovať v rámci relevantných intervalov spoľahlivosti. Redukovať skreslenie výsledkov v dôsledku efektu učenia je možné vhodným obmieňaním aplikovaných diagnostických nástrojov (SON-R 2½-7, WISC-III^{SK}, WJ IE, IST 2000R a iné).

Psychológ pracuje s intervalovým odhadom úrovne aktuálneho výkonu v oblasti všeobecných rozumových schopností dieťaťa/žiaka. Mechanické zaradovanie rozumových schopností dieťaťa do pásma výkonu podľa číselnej hodnoty nie je správne.

Pri aplikácii subtestov z rôznych diagnostických nástrojov prevádzame hrubé skóre získaných výsledkov na vážené skóre. Interpretácia váženého skóre umožňuje identifikovať pásmo úrovně aktuálneho výkonu jednotlivých i celkových rozumových schopností dieťaťa/žiaka.

V prípade, že všeobecné rozumové schopnosti dieťaťa/žiaka nie je možné vyšetriť štandardizovaným diagnostickým nástrojom, môže psychológ využiť výsledky z vyšetrenia klinickými metódami a vývinovými škálami na odhad úrovně všeobecných rozumových schopností dieťaťa/žiaka. V takomto prípade je vhodné na stanovenie úrovně všeobecných rozumových schopností, prípadne mentálneho postihnutia a jeho hĺbky využiť medicínske alebo konziliárne zhodnotenie stavu dieťaťa/žiaka.

5.1.2 Aplikácia diagnostických metód a nástrojov v rámci dynamickej diagnostiky kognitívnych schopností

Na Slovensku je momentálne k dispozícii iba jeden štandardizovaný test určený na dynamickú diagnostiku – **DTLUS 6-8**. Odhaľuje latentné učebné schopnosti 6- až 8-ročných detí zo sociálne znevýhodneného prostredia.

Dynamický prístup k testovaniu však môžeme použiť aj u ostatných detí/žiakov, ak v rámci diagnostického cieľa nie je nevyhnutné porovnať výkon dieťaťa/žiaka s populačnou normou.

Pri takejto diagnostike možno využiť najrôznejšie stimulačné a reedukačné materiály, ale aj diagnostické nástroje, ktoré neboli štandardizované na slovenskej populácii, prípadne štandardizované diagnostické nástroje, ktorých normy sú neaktuálne a neumožňujú formulovať platné závery o populačnom výkone dieťaťa/žiaka.

Výsledky dynamickej diagnostiky neidentifikujú aktuálnu kognitívnu úroveň dieťaťa/žiaka porovnateľnú s relevantnou populačnou normou, ale umožňujú vhlad do procesu riešenia určitého typu kognitívnych úloh a pozorovanie zmien, ktoré v procese riešenia tohto typu úloh nastupujú vplyvom vzdelávacej inštrukcie a učenia.

Spoznať zónu najbližšieho vývinu kognitívnych schopností má väčší význam, než len opísať aktuálny stav kognitívnych schopností dieťaťa/žiaka. Tieto informácie sú dôležité pri vytváraní individuálneho plánu efektívneho učenia a celkovo zvládania vzdelávacích nárokov.

Dynamická diagnostika a kvalitatívny rozbor stratégií, ktoré dieťa/žiak pri riešení úloh používa, pomáhajú neposudzovať výkony v diagnostických skúškach rigidne, mechanicky a izolovane, ale prepájať jednotlivé zistenia v širších súvislostiach.

Treba upozorniť, že na základe výsledkov takejto diagnostiky nie sme oprávnení hodnotiť kognitívny výkon dieťaťa/žiaka vzhľadom na populáciu (napr. podpriemerný, priemerný či nadpriemerný).

Testy, ktoré možno použiť pri kvalitatívnej a dynamickej diagnostike kognitívneho potenciálu:

Jednodimenzionálne diagnostické nástroje, ktoré umožňujú posúdiť parciálne kognitívne schopnosti dieťaťa/žiaka – **TIP, Ravenove štandardné a farebné PM, Názorové rady, PFB, Kohsove kocky, Krátky test verbálnej inteligencie a iné.**

Viacdimenzionálne diagnostické nástroje, ktoré umožňujú posúdiť širšie spektrum kognitívnych schopností dieťaťa/žiaka – **S-B IV. revízia, ISA, K-ABC, TURS a iné.** Je potrebné upozorniť, že uvedené nástroje neprešli aktuálnou slovenskou štandardizáciou. Možno ich použiť len orientačne, nie na stanovenie kognitívnej úrovně dieťaťa/žiaka. Využiť sa dajú pri klinickom posudzovaní pokrokov (nárast hrubého skóre po časovom odstupe) a učiteľnosti (na spôsob dynamickeho testovania – sledujeme zlepšenie dieťaťa v nasledujúcich úlohách po vysvetlení riešenia tých predchádzajúcich). Na dynamické hodnotenie kognitívnych schopností zásadne nepoužívame štandardizované diagnostické nástroje určené na statickú diagnostiku (WISC III, WJ IE, I-S-T 2000R), pretože ich použitie by limitovalo možnosti kontrolných diagnostických vyšetrení.

Hodnotenie kognitívnych schopností zahŕňa aplikáciu viacerých rôznorodých diagnostických metód a nástrojov, ktoré poskytujú informácie o vývine kognitívnych schopností, procese učenia a kognitívnych stratégiách klienta.

Pri jednorazovom diagnostickom vyšetrení kognitívnych schopností nie je možné zistiť jednoznačné príčiny slabých výkonov v testoch a určiť prognózu ďalšieho vývinu. Pri identifikácii kognitívnych schopností dieťaťa, jeho silných i slabých stránok aplikujeme kombináciu statických a dynamických diagnostických prístupov.

Podrobnejšie diagnostické a interpretačné súvislosti uvádzajú príručky jednotlivých diagnostických nástrojov alebo sú súčasťou odborného vzdelávania pre ich užívateľov..

5.1.3 Aplikácia diagnostických metód a nástrojov odborným zamestnancom školy pre potreby kariérového poradenstva

V školskom prostredí sa odborný zamestnanec zameriava najmä na skriningovú identifikáciu úrovne kognitívnych schopností detí/žiakov, pri ktorej využíva diagnostické nástroje, ktoré je možné aplikovať skupinovú formou, napríklad: Test intelektového potenciálu, Test kognitívnych schopností, Test úrovne rozumových schopností, Orientačný test rozumových schopností, Orientačná skúška, Obrázkový inteligenčný test a iné.

6. Diferenciálna diagnostika

Kľúčová je predovšetkým analýza profilu kognitívnych schopností dieťaťa/žiaka.

Rovnomerné výrazne podpriemerné výkony v kognitívnom profile dieťaťa/žiaka indikujú relatívne jasný diagnostický obraz o postihnutí všeobecných i špeciálnych kognitívnych schopností (inteligencia, percepcia, pamäť, pozornosť).

Nerovnomerná distribúcia výkonov v kognitívnom profile indikuje ďalšie podrobné diferenciálno-diagnostické posúdenie kognitívnych schopností dieťaťa/žiaka.

6.1 Diferenciálna diagnostika kognitívnych schopností detí s podozrením na mentálne postihnutie

U detí/žiakov s mentálnym postihnutím na podklade organického poškodenia CNS sa častejšie stretávame s výslednou nerovnomernosťou medzi výkonom vo verbálnej a neverbálnej časti testov kognitívnych schopností (v prospech verbálnych subtestov). Podrobnejšiu interpretáciu intrasubtestovej variability uvádza odborná literatúra.

Statické diagnostické vyšetrenie kognitívnych schopností je nevyhnutné doplniť výsledkami kvalitatívneho, resp. dynamického diagnostického vyšetrenia kognitívnych schopností. Medzi odporúčané diagnostické nástroje, ktoré je možné využiť pri takejto dynamickej diagnostike kognitívnych schopností, patria IV. revízia Stanford-Binetovej inteligenčnej škály (SB-IV) a Kaufmanova hodnotiacia batéria pre deti (K-ABC).

Pri podozrení na mentálne postihnutie dieťaťa/žiaka dopĺňujeme diagnostické vyšetrenie jeho kognitívnych schopností vždy o exploračné metódy (rozhovor s rodičmi i učiteľmi o realizácii denných aktivít dieťaťa/žiaka, pozorovanie pri hre, v testovej situácii, analýzu produktov činnosti, diagnostické skúšanie a iné), ktoré umožňujú posúdiť úroveň jeho adaptívneho správania (praktické komponenty správania, zručnosť, šikovnosť, ako aj špecifické schopnosti a osobnostné vlastnosti, ktoré prezrádzajú pohotovosť prispôbiť sa rozmanitým životným situáciám) a sociálne fungovanie

dieťaťa/žiaka v jeho prirodzenom prostredí. Adaptívne správanie je také, ktoré sa dieťa učí počas života a pomáha mu k jeho samostatnosti. U detí by toto správanie malo byť primerané ich veku a súvisí s požiadavkami, ktoré sú na nich kladené. Toto správanie sa prejavuje v rôznych oblastiach ako je komunikácia, starostlivosť o seba, fungovanie vo svojom prostredí (doma, v škôlke/škole), pri riešení každodenných úloh, ktorým je dieťa vystavené, pri vytváraní vzťahov a zvládání záťaže. Pre mentálne postihnutie je príznačná výrazne podpriemerná úroveň adaptívneho správania.

Testové metodiky, v praxi používané k identifikácii úrovne adaptívneho správania, napr. SOCAG alebo vybrané subtesty viacdimeznionálnych intelligenčných batérií, môžu slúžiť len na zamietnutie hypotézy o výrazne podpriemernej úrovni adaptívneho správania, ich výsledky samy osebe nie sú dostatočne spoľahlivé na potvrdenie tejto hypotézy.

Ak je intaktné adaptívne správanie, nemôže ísť o dieťa/žiaka s mentálnym postihnutím, hoci sa jeho výkony v testoch kognitívnych schopností, aj po zohľadnení štandardnej chyby merania, nachádzajú v pásme výrazného podpriemeru.

V diagnostických výstupoch termínom „výrazný podpriemer“ označujeme pásmo výkonu v použítom teste kognitívnych schopností, prípadne (po zovšeobecnení opakovaných diagnostických meraní) pásmo dosiahnutej úrovne inteligencie. Dieťa s výkonom v pásme výrazného podpriemeru však nemusí byť mentálne postihnuté.

Termíny „mentálne postihnutie“, „mentálna retardácia“ alebo „duševná zaostalosť“, ktoré sa často v odbornej literatúre používajú ako synonymné výrazy, označujú v diagnostických výstupoch diagnózu v zmysle medzinárodnej klasifikácie chorôb MKCH-10. Stanovenie diagnózy mentálneho postihnutia vyžaduje viac než iba komplexnú diagnostiku kognitívnych schopností. Výrazne podpriemerný výkon v teste kognitívnych schopností totiž môže byť zapríčinený aj inými faktormi, než je mentálne postihnutie, konkrétne sociálnym znevýhodnením, kultúrnou a jazykovou odlišnosťou, poruchami iných než kognitívnych funkcií (ktoré neboli pri testovaní zohľadnené).

Diagnostická kategória „hraničné pásmo mentálnej retardácie“ sa nepoužíva!

Rozbor výsledkov komplexnej diagnostiky (statickej i dynamickej) kognitívnych schopností si vyžaduje opatrnosť, kritickosť a skúsenosti psychológa pracujúceho v tíme odborníkov, s ktorými je v stálom kontakte.

V prípade, že máme označiť konkrétne pásmo kognitívnych schopností (po zohľadnení intervalu spoľahlivosti daného diagnostického nástroja a výsledkov komplexnej diagnostiky kognitívnych schopností), formulujeme diagnostické závery podľa nižšie uvedeného rozdelenia, ktoré (s malými odchýlkami v terminológii) používa väčšina súčasných testov inteligencie. Terminológiu odporúčame zjednotiť takto:

IQ	Pásmo	Približné percento populácie
nad 140	extrémny nadpriemer	1 %
130 - 139	vysoký nadpriemer	1 %
120 - 129	nadpriemer	8 %
110 - 119	vyšší priemer	15 %
90 - 109	priemer	50 %
80 - 89	nižší priemer	15 %
70 - 79	podpriemer	8 %
60 a menej	výrazný podpriemer	2 %

Stupeň mentálneho postihnutia označujeme podľa MKCH-10. Údaj o dosiahnutom mentálnom veku predstavuje približný dosiahnutý mentálny vek v dospelosti.

IQ	MV	Diagnóza	Kód
50 - 69	9 - 12 r.	Ľahká duševná zaostalosť	F70
35 - 49	6 - 9 r.	Stredná duševná zaostalosť	F71
20 - 34	3 - 6 r.	Ťažká duševná zaostalosť	F72
pod 20	do 3 r.	Hlboká duševná zaostalosť	F73

Pri vypracúvaní odporúčaní na intervencie je vhodnejšie oprieť sa o mentálny vek dieťaťa/žiaka v jednotlivých kognitívnych oblastiach než o údaje vo formáte IQ.

Použitie termínu „výrazný podpriemer“ umožňuje odlíšiť aktuálny testový výkon dieťaťa/žiaka od diagnózy mentálneho postihnutia. Stupne mentálneho postihnutia podľa MKCH-10 podrobnejšie diferencujú pásmo výrazného podpriemeru, pretože edukačné potreby detí/žiakov vyžadujú v praxi podrobnejšiu diferenciaciu ich všeobecných rozumových schopností. Stanovenie stupňa mentálneho postihnutia má zmysel (vzhľadom na šírku intervalov spoľahlivosti testového výsledku, keď nameraná hodnota môže indikovať inteligenciu spadajúcu do dvoch susediacich stupňov) iba ako podklad k návrhu stupňa obťažnosti aplikovaného vzdelávacieho programu. Vzhľadom na uvedené skutočnosti odporúčame diagnostické závery formulovať napríklad nasledovne: Aktuálny výkon dieťaťa/žiaka v teste všeobecných rozumových schopností (aktuálna úroveň všeobecných rozumových schopností dieťaťa/žiaka) sa nachádza v pásme výrazného podpriemeru – ľahká duševná zaostalosť.

Nie je správne používať odbornú terminológiu tak, aby indikovala mentálne postihnutie dieťaťa/žiaka, ak postihnutie nie je spoľahlivo potvrdené (v praxi najčastejšie u detí/žiakov zo SZP). Len v prípade, ak nemáme o diagnóze mentálneho postihnutia pochybnosti, treba v diagnostickom závere uviesť, že ide o dieťa/žiaka s mentálnym postihnutím; takto však nemožno dieťa/žiaka označiť iba na základe testového výsledku.

6.2 Diferenciálna diagnostika kognitívnych schopností detí s podozrením na vývinové poruchy učenia, poruchu aktivity a pozornosti a poruchy správania

Pokiaľ v diagnostickom procese odhalíme, že vzhľadom na svoje kognitívne schopnosti má dieťa/žiak potenciál zvládať nároky školy lepšie, než ako ich zvláda v súčasnosti, môžeme diagnostickú úvahu nasmerovať na potvrdenie alebo zamietnutie diagnostickej hypotézy o prítomnosti špecifických vývinových porúch učenia.

Zásady pri diagnostike špecifických vývinových porúch učenia:

- diferenciálna diagnostika: vylúčenie sensorických porúch (napr. poruchy zraku, sluchu);
- vyšetrenie intelektu preukáže výsledky aspoň v pásme populačného podpriemeru ($IQ \geq 70$);
- bežné pedagogické intervencie zo strany školy sú bezvýsledné;
- dieťa nezlepšuje svoj školský výkon ani po dostatočnej a dôslednej domácej príprave.

Pri diagnostike špecifických vývinových porúch učenia, porúch aktivity, pozornosti a porúch správania je porovnanie kognitívnych schopností dieťaťa/žiaka s intaktnou populáciou danej kultúry

zväčša nevyhnutné. Preto používame diagnostické nástroje, ktoré majú aktuálnu štandardizáciu s platnými slovenskými normami. Výsledky diagnostických nástrojov, ku ktorým normy nie sú k dispozícii, môžeme použiť na doplnenie diagnostického obrazu, na ich základe však nemôžeme určovať IQ dieťaťa/žiaka ani ho zaradiť do príslušného pásma kognitívnych schopností.

Na statickú diagnostiku kognitívnych schopností je možné v tomto prípade pre vekovú kategóriu detí predškolského veku použiť **SON-R 2½-7** alebo **WJ IE**, pre deti/žiakov školského veku **WISC-III^{SK}** alebo batériu **WJ IE**, v ktorej je do kognitívnych schopností zaradená aj sluchová analýza podnetov.

Pre žiakov stredných škôl možno spoľahlivo použiť **WJ IE**, **WAIS-R** a **I-S-T 2000 R** (slovenská adaptácia testu Intelligenz-Struktur-Test 2000 R autorov: Rudolf Amthauer, Burkhard Brocke, Detlev Liepmann, André Beauducel, 1. slovenské vydanie realizované v spolupráci s VÚDPaP, 2017).

V rámci dynamického diagnostického prístupu môžeme použiť so zameraním výhradne na kvalitatívnu analýzu **S-B IV**, pretože obsahuje úlohy, pomocou ktorých sa dá lepšie preniknúť do spôsobov, akými dieťa/žiak myslí, a tak určiť, v akom vývinovom štádiu sa práve nachádza. Obsahuje viac úloh, ktoré prechádzajú od konkrétneho-názorného riešenia po riešenia vyžadujúce abstraktné uvažovanie. Zaradenie ľahších úloh umožňuje aj staršiemu dieťaťu lepšie sa adaptovať na skúškovú situáciu.

Taktiež možno využiť **K-ABC**, ktorý netypicky nahliada na intelekt z hľadiska spôsobu spracovávania podnetov. Nástroj ponúka simultánnu a sekvenčnú škálu. Nerovnomerný profil výkonov v týchto škálach v neprospech sekvenčnej škály naznačuje zníženú schopnosť spracovávať podnety, ktorým je dieťa vystavené v postupnom poradí. Napríklad spracovávanie reči, či už na úrovni porozumenia, alebo grafického prejavu, si vyžaduje viacero procesov, ktoré na seba nadväzujú. Pokiaľ je spracovávanie v niektorom úseku oslabené, bude to mať s veľkou pravdepodobnosťou vplyv na celý proces. Táto informácia môže pri nejasnom diagnostickom obraze podporiť uvažovanie o diagnóze porúch učenia, nesmie to však byť jediný dôkaz.

Identifikovať kognitívne schopnosti dieťaťa/žiaka pri diagnostike porúch učenia, pozornosti a správania výhradne prostredníctvom jednodimenzionálnych diagnostických nástrojov (**TIP**, **Ravenove štandardné a farebné PM**, **Názorové rady**, **Kohsove kocky**, **Krátky test verbálnej inteligencie** a iné) je neoprávnené, predovšetkým kvôli nedostatočnému množstvu takto získaných informácií o silných a slabých stránkach kognitívneho profilu dieťaťa/žiaka, ktoré sú nevyhnutné na formuláciu edukačných odporúčaní pedagógom.

Dôležité je tiež akceptovať nové psychologické poznatky o týchto poruchách (ktoré v praxi často nebývajú zohľadňované):

- Poruchy učenia možno diagnostikovať aj u žiakov s vysoko nadpriemernou či výrazne podpriemernou inteligenciou.
- Diskrepantné kritérium, ktoré vyžaduje signifikantný rozdiel medzi úrovňou postihnutej funkcie a normointelektom sa už nepoužíva. Opierame sa o rozdiel medzi celkovou úrovňou intelektu a úrovňou príslušnej spôsobilosti u konkrétneho jednotlivca.
- Hoci sa vývinové poruchy učenia tradične označujú ako špecifické (v MKCH-10 „špecifické poruchy vývinu školských spôsobilostí“ – F81), poznáme aj zmiešané (F81.3) a bližšie neurčené (nešpecifikované) poruchy učenia (F81.9).

6.3 Diferenciálna diagnostika kognitívnych schopností detí zo sociálne znevýhodneného prostredia

Dôsledky vývinu v sociálne znevýhodnenom prostredí (SZP) sú individuálne. Neexistuje žiadny psychologický test, žiadny testový výsledok alebo štruktúra testových výkonov, ktoré by sa dali jednoznačne označiť ako dôsledky vývinu v SZP.

Pri jednorazovom diagnostickom vyšetrení kognitívnych schopností nie je možné zistiť jednoznačné príčiny slabých výkonov v testoch a určiť prognózu ďalšieho vývinu. U detí zo SZP treba na túto všeobecne platnú zásadu prihliadať bez výnimky.

Účelom diagnostiky kognitívnych schopností má byť nasmerovanie výchovno-vzdelávacieho procesu a podpory daného dieťaťa/žiaka. Potrebné je identifikovať jeho ťažkosti a nedostatky, ale aj oblasti, na ktorých možno pri rozvíjaní stavať.

Osobitne sa to týka detí/žiakov z marginalizovaných rómskych komunit (MRK), ktorých väčšina je pri diagnostike kognitívnych schopností znevýhodnená ako sociálnym prostredím, tak aj odlišnou kultúrou a iným materinským jazykom. Výsledky diagnostikovania kognitívnych schopností týchto detí diagnostickými nástrojmi štandardizovanými pre majoritnú populáciu možno využiť na odhalenie problémov, ktoré budú mať v škole neprispôsobenej ich odlišnostiam, v žiadnom prípade nie na stanovenie ich mentálnej úrovne.

Momentálne nie sú na Slovensku k dispozícii plnohodnotné testy pre túto populáciu s výnimkou **DTLUS 6-8** a **RR screeningu**.

Na vylúčenie mentálnej retardácie 6- až 10-ročných detí zo SZP je určený **RR screening**. Ak výsledky dieťaťa v RR screeningu spadajú do kategórie A, mentálnu retardáciu sme vylúčili. Ak spadajú do kategórie B alebo C, musíme pokračovať v podrobnejšej diagnostike.

Na vylúčenie mentálnej retardácie detí/žiakov zo SZP možno použiť aj testy vyvinuté pôvodne pre mladšie deti, než sú tie, ktoré vyšetrujeme. Test **SON-R 2½-7** je určený pre deti do 7 a ½ roka, ale ak ho 10-ročné dieťa vyrieši správne, nemôže byť mentálne postihnuté. Test **K-ABC** je určený pre deti/žiakov do 12 a ½ roka, ale ak ho 15- až 17-ročný žiak vyrieši úspešne, nemôže byť mentálne postihnutý. Uplatňujeme zásadu, že mentálnemu postihnutiu zodpovedá mentálny (testový) vek nižší než 70 % fyzického (chronologického) veku dieťaťa/žiaka.

WISC-III^{SK} nie je na testovanie detí zo SZP vhodný, tieto deti neboli zahrnuté ani v štandardizačnom súbore. Úlohy sú náročné, vyžadujú dostatočnú znalosť slovenského jazyka, sú (aj tie v performačnej škále) príliš abstraktné a nereflektujú poznatky a skúsenosti detí zo SZP. Aj týmto testom však môžeme mentálne postihnutie vylúčiť, ak zistený (testový) mentálny vek dieťaťa predstavuje viac než 70 % jeho chronologického veku. Test obsahuje podnetový materiál, ktorý je významne viazaný na sociokultúrny kontext. Preto sa odporúča opatrná interpretácia jeho výsledkov a širšie spektrum aplikovaných diagnostických nástrojov, predovšetkým u detí zo SZP.

Podmienkou na to, aby sme u detí zo SZP/MRK mohli použiť testové diagnostické nástroje, je, že dieťa minimálne jeden rok pravidelne navštevovalo materskú školu, nultý alebo 1. ročník základnej školy.

V diagnostickom procese kognitívnych schopností detí/žiakov zo SZP treba získavať a využívať rôzne zdroje diagnostických informácií.

Z kvantitatívnych meracích nástrojov pripadá do úvahy použitie **DTULS 6-8** a/alebo kombinácie vybraných subtestov zo skúšok **SON-R**, **S-B IV**, **K-ABC**.

DTLUS 6-8 – dynamický test latentných učebných schopností 6- až 8-ročných detí vytvoril J. Džuka špeciálne pre deti zo SZP. Príručka z roku 2009 obsahuje percentilové a staninové normy použiteľné pre deti od 5 a pol do 8 rokov. Vhodným diagnostickým nástrojom je len na začiatku školskej dochádzky.

SON-R 2½-7 (Snijders-Oomenov neverbálny test inteligencie) je určený pre deti predškolského veku. Príručka z roku 2009 obsahuje normy počítané pre zlúčené skupiny detí, ktoré sa zúčastnili na slovenskej a českej štandardizácii. Reprezentatívne slovenské normy vytvoril V. Dočkal a sú dostupné vo VÚDPaP. Normy pre deti zo SZP neboli osobitne stanovené, neodporúča sa preto určovať pomocou SON-R mentálnu úroveň (IQ) týchto detí. Test však môže poskytnúť informácie o silných a slabých stránkach dieťaťa v oblasti priestorových schopností, usudzovania, čiastočne v oblasti exekutívnych

funkcií. Výkony v subtestoch (najmä Kategórie a Situácie) treba interpretovať s prihliadnutím na skutočnosť, že dieťa zo SZP nemusí mať skúsenosti s podnetmi, ktoré tieto subtesty ponúkajú.

Na základe longitudinálneho výskumu kognitívneho vývinu detí/žiacov zo SZP uskutočneného vo VÚDPaP možno za nástroje vhodné na kvalitatívnu, príp. dynamickú diagnostiku kognitívnych schopností považovať vybrané subtesty zo **S-B IV** a **K-ABC**.

Test **S-B IV** je oproti WISC-III^{SK} síce zdĺhavejší, ale obsahuje viac úloh, ktoré prechádzajú od konkrétneho-názorného riešenia po riešenia vyžadujúce abstraktné uvažovanie, čo dovoľuje použiť ho ako vývinovú škálu. Zaradenie ľahších úloh umožňuje aj staršiemu dieťaťu lepšie sa adaptovať na skúškovú situáciu.

K-ABC obsahuje vizuálne atraktívnejší materiál a materiál, ktorý viac reflektuje skúsenosti a poznatky detí zo SZP (napr. používanie fotografií namiesto kreslených obrázkov, ktorým deti, ak sa doma nestretávajú s obrázkovými knižkami, rozumejú horšie). Vybrané subtesty lepšie diskriminujú výkony detí z vývinového hľadiska, preukazujú tiež schopnosť predikovať školskú úspešnosť a spôsobilosť čítať s porozumením.

Na posúdenie verbálneho uvažovania možno použiť subtest **Fotosérie z K-ABC**. Na účely diagnostiky detí zo SZP sa ukázal byť vhodnejší ako analogický subtest Zoraďovanie obrázkov z WISC-III^{SK}.

Na posúdenie *abstraktno-vizuálneho uvažovania* možno použiť subtest **Analýza vzorov z S-B IV**. Pri testovaní detí zo SZP je vhodnejší než analogický subtest Kocky z WISC-III^{SK}.

Na posúdenie kvantitatívnych schopností možno použiť subtest **Aritmetika z K-ABC**. Vhodným diagnostickým nástrojom je len na začiatku školskej dochádzky.

Ako vhodné prediktory *zvládania vyučovacieho jazyka a čitateľskej gramotnosti* sa javia subtesty **Pamäť na korálky a Pamäť na čísla z S-B IV** a subtest **Pohyby rúk z K-ABC**.

Kresbové skúšky zamerané na posúdenie vývinovej úrovne všeobecných rozumových schopností sú nevhodné pre deti/žiacov zo SZP, predovšetkým v predškolskom a mladšom školskom veku. Tieto deti často nemajú osvojené základné kresbové zručnosti.

Potvrdenie špeciálnych výchovno-vzdelávacích potrieb na základe SZP má byť výsledkom odborného úsudku psychológa na základe kvalitatívnej analýzy všetkých získaných informácií (anamnéza, výsledky komplexnej diagnostiky kognitívnych schopností, analýza priebehu vyšetrenia, pozorovanie, informácie o domácom prostredí a informácie zo školského prostredia).

6.4 Diferenciálna diagnostika kognitívnych schopností detí/žiacov s nadaním

Za intelektovo nadané dieťa, nadaného žiaka sa vo všeobecnosti považuje dieťa s nadpriemernou úrovňou rozumových schopností. Za dieťa so *všeobecným intelektovým nadaním*, ktoré má z toho vyplývajúce špeciálne výchovno-vzdelávacie potreby, označujeme to, ktoré spĺňa nasledujúce kritériá (metodické pokyny, 2008):

- Celková úroveň jeho intelektových schopností (po zvážení výsledkov vo všetkých použitých testoch) sa nachádza v pásme horných 2 % populačného ročníka (IQ nad 130), za predpokladu, že úroveň tvorivosti sa pohybuje aspoň v pásme priemeru.
- Úroveň tvorivosti spadá do pásma horných 2 % populačného ročníka, za predpokladu, že reprodukčné intelektové schopnosti dosahujú aspoň úroveň horných 10 % populačného ročníka (IQ nad 120).
- Pri posudzovaní intelektového nadania dieťaťa predškolského veku sa súčasne vyžaduje, aby jeho mentálny vek zistený testom neverbálnej inteligencie bol v čase diagnostického vyšetrenia

dieťaťa najmenej 7 rokov a 10 mesiacov.

- D. V školskom veku je možné za intelektovo nadaného označiť aj žiaka, ktorý podáva výnimočné učebné výsledky, pričom úroveň jeho reprodukčných intelektových schopností spadá do pásma horných 10 % populačného ročníka a úroveň tvorivosti aspoň do pásma priemeru.

Bod D možno uplatniť aj pri diagnostike žiaka so *špecifickým intelektovým nadaním*, ak jeho špecifické intelektové schopnosti potvrdia výnimočné výkony v konkrétnej akademickej oblasti alebo psychodiagnostické vyšetrenie špeciálnych schopností. Špecifické intelektové nadanie nedagnostikujeme v predškolskom a mladšom školskom veku, keď štruktúra schopností nie je dostatočne ustálená.

Za najdôležitejšie pri identifikácii intelektovo nadaných detí a žiakov sa považuje zistenie úrovne všeobecných rozumových schopností (identifikácia pásma schopností a výšky IQ). Práve preto sa v súčasnosti medzi najpoužívanejšie a odporúčané diagnostické nástroje kognitívnych schopností pre vekovú kategóriu detí predškolského a školského veku zaraďujú **WISC-III^{SK}** a **WJ IE**. Pre starší školský vek a žiakov stredných škôl možno spoľahlivo použiť **I-S-T 2000 R**.

Posúdenie intelektových schopností dieťaťa/žiaka by spravidla malo byť realizované prostredníctvom dvoch nezávislých diagnostických nástrojov. V praxi sa často používa kombinácia **WISC-III^{SK}** a **Ravenove štandardné PM** (farebné PM sú pre nadané deti príliš ľahké). Normy SPM pre vek 4,8 – 6,6 roka pre slovenskú populáciu vypočítal z medzinárodných noriem prevodom cez mentálny vek Dočkal. Tieto normy slúžia iba na prvý odhad intelektovej úrovne dieťaťa/žiaka a vo väčšine prípadov mierne nadhodnocujú.

Najvhodnejšia sa javí kombinácia **WISC-III^{SK}** a **WJ IE**. Netreba použiť všetky subtesty, výsledky však musia umožniť náhľad do štruktúry schopností, ako aj vyjadrenie ich celkovej úrovne. Výsledné hodnoty je nevyhnutné interpretovať s ohľadom na uvádzané intervaly spoľahlivosti.

Testy ako **S-B IV**, **K-ABC**, **I-S-A**, **I-S-T**, resp. vybrané úlohy z nich možno použiť len na doplnenie diagnostického obrazu o dieťaťi/žiakovi. Vzhľadom na to, že tieto testy neprešli slovenskou štandardizáciou, nemožno ich použiť na stanovenie výšky IQ.

Identifikovať všeobecné intelektové nadanie výhradne prostredníctvom jednodimenzionálnych diagnostických nástrojov (**TIP**, **Ravenove PM**, **Názorové rady**, **Kohsove kocky** a iné) je neoprávnené.

Pre úplnosť diagnostického obrazu je okrem výsledkov diagnostického vyšetrenia kognitívnych schopností potrebné získať aj údaje z pozorovania dieťaťa/žiaka, jeho ranej anamnézy a údaje z pedagogickej a špeciálnopedagogickej diagnostiky. Nevyhnutné je zohľadňovať nasledujúce indikátory:

- údaje o doterajšom psychickom vývine dieťaťa získané od rodičov alebo osôb, s ktorými dieťa vyrastalo,
- údaje o prejavoch dieťaťa v materskej škole získané od pedagógov MŠ,
- údaje o prospechu a správaní dieťaťa v škole, ak ide o žiaka,
- údaje o pozornosti, vôľových vlastnostiach, motivácii získané pozorovaním v priebehu psychologického vyšetrenia,
- údaje o tvorivosti, jej úrovni a štruktúre,
- údaje o sociálnom začlenení dieťaťa a jeho sociabilite.

Vlastná diagnostika intelektového nadania nepozostáva iba z merania intelektových schopností a predpokladov štandardizovanými psychodiagnostickými nástrojmi, ale zahŕňa aj systematické zbieranie a následné vyhodnotenie všetkých dostupných informácií o správaní dieťaťa/žiaka, jeho prístupe k riešeniu predkladaných úloh, výberu jeho riešení a stratégií a poznanie jeho osobnostného, emočného a sociálneho nastavenia. Sú to veľmi významné indikátory toho, že intelektovo nadané dieťa bude správne identifikované a následne mu bude venovaná adekvátna starostlivosť vo výkonovej, osobnostnej a vzťahovej oblasti.

7. Nastavenie podporných opatrení

Pri vyšetrení kognitívnych schopností nejde len o stanovenie celkovej úrovne, ale aj o zhodnotenie štruktúry a zachytenie individuálnych predností a nedostatkov. Poznanie charakteristického individuálneho profilu rozumových schopností je významné ako pre pochopenie súčasného stavu, tak aj na stanovenie prognózy a možných podporných opatrení/odporúčaní na nápravu a rozvoj.

Diagnostický záver v správe z diagnostického vyšetrenia sa nesmie nikdy opierať len o číselný výsledok použitého diagnostického nástroja. Zameriame sa na opis silných a slabých stránok kognitívneho profilu, posúdenie možností rozvoja a uplatnenia kognitívnych schopností dieťaťa v ďalšom vzdelávaní a živote.

Nastaveniu podporných opatrení pri špecifických potrebách dieťaťa sa venujeme v ďalších obsahových intervenčných štandardoch

8. Zoznam použitej literatúry

DOČKAL, V.: Normy pre použitie Ravenových PM pri testovaní detí od 4,8 do 6,6 rokov. Bratislava: VÚDPaP, 2005.

DOČKAL, V.: Slovenská štandardizácia a slovenské normy SON-R 2½-7. Bratislava: VÚDPaP, 2012.

DOČKAL, V.: Meranie inteligencie [online]. In: Komplexný poradenský systém prevencie a ovplyvňovania sociálnopatologických javov v školskom prostredí. Príloha časopisu Psychológia a patopsychológia dieťaťa č. 3, 2014, s. 6 – 28. Dostupné na: <http://is.komposyt.com/pre-odbornikov/odborne-zdroje/preview-file/priloha-3-papd-417.pdf>.

DOČKAL, V. – FARKAŠOVÁ, E. – KUNDRÁTOVÁ, B. – ŠPOTÁKOVÁ, M.: RR screening. Testová batéria na vylúčenie mentálnej retardácie 6- až 10-ročných detí. 2. vyd. Bratislava: VÚDPaP, 2016.

DOČKAL, V. – ŠPOTÁKOVÁ, M. et al.: I-S-T- 2000 R. Test štruktúry inteligencie. Praha: Hogrefe – Testcentrum, 2017.

DŽUKA, J.: DTLUS 6-8. Dynamický test latentných učebných schopností 6- až 8-ročných detí. Bratislava: Psychodiagnostika, 2009.

DŽUKA, J.: Dynamické postupy zisťovania inteligencie a kognitívnych funkcií. Praha: Hogrefe – Testcentrum, 2010.

Metodické pokyny na zaraďovanie detí do špeciálnych výchovno-vzdelávacích programov pre intelektovo nadaných žiakov č. CD-2005-19376/26377-1:091 schválené Ministerstvom školstva Slovenskej republiky dňa 25. augusta 2005 s platnosťou od 1. septembra 2005, aktualizované s platnosťou k 1. septembru 2008 [online]. Dostupné na: <https://vudpap.sk/wp-content/uploads/2019/01/vudpap-informacie-pre-pedagogov-Metodicke-pokyny-na-zaradovanie-deti.pdf>.

MKCH-10. Medzinárodná štatistická klasifikácia chorôb a príbuzných zdravotných problémov. 10. revízia. 1. diel. Bratislava: WHO; ÚZIS; Obzor, 1994.

POKORNÁ, V.: Teorie a náprava vývojových poruch učení a chování. 4 vyd. Praha: Portál, 2010. ISBN 978-80-7367-817-3.

PORTEŠOVÁ, Š.: Rozumově nadané děti s dyslexií. Praha: Portál, 2011. ISBN 978-80-7367- 990-3.

RUEF, M. – FURMAN, A. – MUÑOZ-SANDOVAL, A. 2003. Woodcock-Johnson. Medzinárodná edícia. Nashville: Woodcock-Muñoz Foundation.

SVOBODA, M. (Ed.) – KREJČÍŘOVÁ, D. – VÁGNEROVÁ, M.: Psychodiagnostika dětí a dospívajících. 3. vyd. Praha: Portál, 2015. ISBN 978-80-262-0899-0.

TELLEGEN, P. J. – LAROS, J. – KOPČANOVÁ, D. – FARKAŠOVÁ, E. – DOČKAL, V.: SON-R 2½-7. Neverbální test inteligencie. Praha: Hogrefe – Testcentrum, 2009.

WECHSLER, D.: WISC-III SK. Wechslerova intelligenční škála pro děti. Praha: Testcentrum – Hogrefe, 2006.

2.

Diagnostika psychomotorického vývinu, vývinové škály

Autorky: Mgr. Simona Šimková
Mgr. Mária Sabanošová

Hodnotitelky: Mgr. Silvia Olejníková
Mgr. Viera Fedorová

Recenzentka: Mgr. Barbora Gronska

Diagnostiku vývinovými škálami využívame obvykle v ranom poradenstve. Je potrebné ju realizovať v tom prípade, keď má odborný zamestnanec podozrenie na oneskorovanie vývinu dieťaťa raného veku v jednej alebo viacerých oblastiach vývinu. Diagnostiku psychomotorického vývinu vývinovými škálami je možné využiť aj v tom prípade, ak potrebuje odborný zamestnanec orientačne posúdiť vývinovú úroveň dieťaťa s viacnásobným postihnutím, ktorú aj napriek jeho fyzickému veku nie je možné posúdiť inými diagnostickými metódami.

1. Prostredie

Diagnostika vývinovými škálami prebieha štandardne v poradenskom zariadení, v miestnosti prispôsobenej deťom raného a predškolského veku. V prípade detí s vážnym zdravotným postihnutím alebo závažným zdravotným stavom, prípadne z dôvodu doplnenia celkového obrazu o dieťaťi so zaostávaním vo vývine, je dôležité mať možnosť pozorovať dieťa aj v jeho prirodzenom prostredí – v domácnosti rodiny.

Miestnosť v poradenskom zariadení má mať zabezpečené prirodzené svetlo, má byť dobre vetrateľná. Čo sa týka množstva podnetov, má byť skôr podnetovo chudobná, aby sa pozornosť dieťaťa prirodzene zameriavala na testový materiál. V miestnosti sa má nachádzať koberec alebo pohodlná priestranná mäkká podložka, na ktorú je možné dieťa položiť a sledovať jeho spontánny prejav. V miestnosti sa má nachádzať čistý jednofarebný stôl, pri ktorom je možné administrovať úlohy v polohe dieťaťa v samostatnom sedení alebo v sedení na kolenách rodiča. Miestnosť má vyžarovať pokojnú atmosféru, príjemnú tak pre dieťa, ako aj jeho rodiča. Pri priamej práci s dieťaťom alebo jeho pozorovaní má byť rodič vždy prítomný a má mať k dispozícii pohodlné miesto na sedenie. Stolička, prípadne kreslo je umiestnené tak, aby mohol rodič pozorovať dieťa a administrátora pri spoločných aktivitách, mal možnosť byť s dieťaťom vo vizuálnom kontakte. Rodič má mať k dispozícii papier na zaznamenávanie poznámok, postrehov. Štandardom by mal byť pohár s vodou a jednorazové vreckovky.

Ak má byť vyšetrenie dieťaťa realizované v domácom prostredí, je potrebné vopred sa s prostredím oboznámiť a prispôbiť ho tak, aby spĺňalo podmienky administrácie vývinovej škály. Ako pracovný stôl je možné využiť napr. kuchynský stôl – v tomto prípade prázdny. Pri dieťaťi, ktoré je schopné samostatného sedenia, je možné využiť detskú stoličku používanú na kŕmenie. V miestnosti by malo byť čo najmenej rušivých podnetov (iní členovia domácnosti okrem rodičov, zapnuté rádio, TV a pod.). Ak je cieľom návštevy v domácom prostredí pozorovanie spontánnych prejavov dieťaťa – jeho bežnej výkonnosti, nie je do prirodzeného prostredia potrebné žiadnym spôsobom zasahovať.

2. Kompetenčný rámec

Diagnostika vývinovými škálami a hodnotenie psychomotorického vývinu spravidla prebieha v rámci multidisciplinárneho tímu.

S cieľom komplexného zhodnotenia psychomotorického vývinu dieťaťa na ďalšie diagnostické a diferenciallyno-diagnostické účely vykonáva diagnostiku samostatný odborný zamestnanec psychológ, odborný zamestnanec psychológ s I. a II. atestáciou.

S cieľom plánovania vhodných intervenčných postupov vykonáva diagnostiku samostatný odborný zamestnanec liečebný pedagóg a špeciálny pedagóg.

3. Vzťah

Odborný zamestnanec (ďalej OZ) má byť schopný vytvoriť atmosféru bezpečia a prijatia, v ktorej sa budú dieťa a rodič správať podľa možností čo najviac uvoľnene a autenticky. Táto úloha vyžaduje od neho dostatočnú skúsenosť vo vedení rozhovoru s rodičom a dostatok skúseností s interakciou s bežnými deťmi raného veku bez vývinových ťažkostí, ako aj s deťmi s vývinovým oslabením.

Vzťah s rodičom a dieťaťom nadväzuje OZ od prvého kontaktu. Je dobrou praxou, ak sa prvýkrát stretáva s dieťaťom a rodičom už pri ich príchode a je teda osobou, ktorá ich v zariadení víta. Uvítanie predstavuje prvú príležitosť na nadviazanie vzťahu tak s rodičom, ako aj s dieťaťom. Dieťa môžeme osloviť (napr.: „aké milé dieťaťko to k nám prichádza...“) a úsmevom naznačiť, že atmosféra počas stretnutia bude príjemná. Túto atmosféru mu ďalej pomáha navodiť prostredie čakárne, do ktorej rodiča s dieťaťom uvedie.

Čakáreň má byť prispôsobená tak, aby pôsobila prívetivo pre dieťa aj pre rodiča. Majú v nej byť hračky primerané ranému a predškolskému veku, detský stolík a stoličky, pohodlné miesto na sedenie. Všetko zariadenie má byť pekné, čisté, nezlomené, fungujúce. OZ usádza rodiča a dieťa v čakárni a umožní im, aby sa v prostredí adaptovali tým, že ich nechá pár minút osamote.

Následne motivuje dieťa, aby sa prišlo spolu s rodičom pozrieť do ďalšej miestnosti jednoduchou vetou typu: „Chcel/-a by si vidieť, aké hračky mám v ďalšej miestnosti? Ukážeme ich spolu mame?“ A pod.

Je vhodné, ak v úvode stretnutia OZ vždy venuje pár minút bežným konverzačným témam. Je dôležité mať na pamäti, že rodič sa môže cítiť pri vyšetrení svojho dieťaťa veľmi neisto, obvykle prichádza plný obáv a tieto jeho obavy sa môžu prenášať aj na dieťa. Administrátor vývinovej škály preto musí byť schopný primerane reagovať na jeho aktuálne emocionálne prežívanie – poskytnúť mu takú mieru psychickej podpory, ktorá je potrebná na to, aby sa dokázal čo možno najskôr uvoľniť a naplno participovať na dianí počas stretnutia tak, aby pomohol dieťaťu cítiť sa v novom prostredí bezpečne.

Počas samotnej administrácie vývinovej škály musí byť OZ schopný nadviazať kontakt s dieťaťom a udržať jeho záujem o vývinovú škálu počas celej doby jej administrácie, s cieľom získať čo možno najobjektívnejší pohľad na vývin dieťaťa. Na tento účel má byť dobre zorientovaný aj v otázkach emocionálneho vývinu detí – rozumieť a vedieť adekvátne podporiť napr. dieťa v období prirodzeného strachu z neznámeho človeka, ako aj dieťa v období vzdoru a presadzovania svojej osobnosti.

4. Účel

Diagnostiku vývinovými škálami využívame obvykle v ranom poradenstve. Je potrebné ju realizovať v tom prípade, keď má odborný zamestnanec podozrenie na oneskorovanie vývinu dieťaťa raného veku v jednej alebo viacerých oblastiach vývinu. Diagnostiku psychomotorického vývinu vývinovými škálami je možné využiť aj v tom prípade, ak potrebuje odborný zamestnanec orientačne posúdiť vývinovú úroveň dieťaťa s viacnásobným postihnutím, ktoré aj napriek jeho fyzickému veku nie je možné posúdiť inými diagnostickými metódami.

5. Metódy a postupy

Komplexné vývinové škály slúžia na základné zorientovanie sa vo vývine dieťaťa raného veku a povahe jeho prípadných vývinových ťažkostí. Obzvlášť dôležité je ich použitie vo veku 0 – 3 rokov, keď pomáhajú zachytiť odchýlky vo vývine dieťaťa a umožňujú plánovať intervenciu vo vzťahu

k stimulácii vývinu. Na tento účel môže byť použitá ktorákoľvek z komplexných vývinových škál, ktorá zachytáva základné vývinové domény, akými sú: verbálna a neverbálna komunikácia, hrubá motorika a jemnomotorická manipulácia, kognitívny vývin, socioemocionálny vývin, vývin hry a adaptívne správanie – správanie dieťaťa v bežných životných situáciách.

Proces:

Je vhodné aby stretnutiu, na ktorom je administrovaná vývinová škála, predchádzalo minimálne jedno **úvodné stretnutie** s rodičom dieťaťa. Cieľom úvodného stretnutia je získať informácie o povahe problému – dôvode, pre ktorý sa rodič na poradenské zariadenie so svojím dieťaťom v ranom veku obracia, ďalej tiež zistiť anamnestické údaje z raného vývinu, zdravotnej a rodinnej anamnézy dieťaťa a rodiny. Pre komplexný pohľad na povahu problémov dieťaťa OZ získava údaje aj z iných diagnostických správ, ako napr. z pedagogickej diagnostiky dieťaťa v materskej škole alebo zo správ z lekárskeho vyšetrení. Úvodné stretnutie môže prebiehať bez prítomnosti dieťaťa – nie je vhodné, ak je dieťa v ranom veku prítomné počas rozhovoru o povahe svojich ťažkostí alebo anamnestických údajoch. Na druhej strane je potrebné, aby sa OZ mal možnosť s dieťaťom zoznámiť pred samotnou administráciou vývinovej škály (pozorovanie spontánnych prejavov, väzbového správania voči rodičovi a pod.) a tiež aby malo dieťa možnosť oboznámiť sa s prostredím poradenského zariadenia, skôr než budú na neho kladené požiadavky zo strany administrátora. Z vyššie uvedených dôvodov môže ísť o dve samostatné stretnutia – prvé stretnutie s rodičom dieťaťa zamerané na rozhovor o povahe ťažkostí, získanie anamnestických údajov, analýzu zdravotnej dokumentácie a pod., druhé stretnutie s rodičom v prítomnosti dieťaťa, zamerané na pozorovanie pri voľnej a facilitovanej hre, pri interakcii s rodičom a OZ. V prípade časovej tiesne môže ísť o jedno stretnutie rozdelené do dvoch častí – prvá časť s rodičom bez prítomnosti dieťaťa (dieťa je v tej dobe napr. s druhým rodičom alebo starým rodičom v čakárni) a druhá časť stretnutia s rodičom a dieťaťom. Z odbornej praxe vyplýva, že samostatné dve stretnutia prinášajú viacero benefitov, ako napr. nižší stres na strane rodiča, možnosť pýtania sa na informácie, na ktoré mohol odborný zamestnanec pre krátkosť času pozabudnúť alebo sa rodičovi vybavili až po absolvovaní prvého stretnutia a pod.

Súčasťou rozhovoru, pred samotnou administráciou vývinovej škály, by mali byť informácie o tom, ako bude administrovanie prebiehať (kde bude rodič sedieť, aká bude postupnosť krokov v priebehu stretnutia, do akej miery môže rodič zasahovať do administrácie a pod.), ale najmä akú informáciu môžu výsledky získané vývinovou škálou rodičovi a odborníkovi poskytnúť (zreálnenie očakávaní rodiča). Aby boli výsledky získané vývinovou škálou pre rodiča relevantné (užitočné a zrozumiteľné), je dôležité zasadiť administráciu vývinovej škály do celkového kontextu povahy problému, s ktorým rodič do poradenského zariadenia prichádza. Je nevyhnutné sa ubezpečiť, že rodič dostatočne dobre rozumie dôvodom, pre ktoré má byť vývinová škála administrovaná (posúdenie aktuálnej úrovne, následná podrobnejšia analýza povahy ťažkostí, plánovanie intervencií s ohľadom na charakter oslabení), a informáciám, ktoré z nej môže s pomocou administrátora získať. OZ administrujúci vývinovú škálu musí mať dostatočné porozumenie tomu, že informácie získané vývinovou škálou nemôžu predstavovať jediný zdroj informácií o vývine dieťaťa, a nemenej významnú výpovednú hodnotu pre neho majú mať aj informácie získané od rodiča o úrovni adaptívneho správania a kvalitné pozorovanie dieťaťa v ambulantných podmienkach, v prípade potreby aj v domácom prostredí rodiny alebo inom pre dieťa prirodzenom prostredí (materská škola, iné zariadenie pre deti raného veku a pod.).

Stretnutiu zameranému na samotnú administráciu vývinovej škály je dôležité venovať dostatočný časový priestor. V rámci stretnutia musí byť opäť dostatok času na úvodný rozhovor s rodičom a adaptáciu dieťaťa na prostredie. V prípade, že sa u dieťaťa objaví problémové správanie a neochota spolupracovať, nie je možné vývinovú škálu administrovať. Vyšetrenie detí v ranom veku, obzvlášť detí vo veku do jedného roka, je dôležité starostlivo naplánovať aj vo vzťahu k prirodzenému spánkovému cyklu. Dieťa musí byť počas vyšetrenia aktívne bdelé, zdravé a musí mať zabezpečené všetky aktuálne fyziologické potreby. Ideálne je nevyšetrovať dieťa bezprostredne po chorobe alebo

očkovaní. S ohľadom na uvedené je optimálne administrovať vývinové škály v ranom veku – najmä u detí do jedného roka – priamo v domácom prostredí, ktoré pre dieťa predstavuje bezpečný priestor.

Rovnako je dôležité vymedziť dostatočný časový priestor aj **na komplexnú analýzu zistení** získaných v priebehu stretnutia z anamnézy, zo zdravotnej dokumentácie, pozorovaním dieťaťa a administráciou vývinovej škály. Analýza a následné vyhodnotenie je realizované bez prítomnosti rodiča a dieťaťa a má predchádzať záverečnému rozhovoru s rodičom.

Je potrebné brať do úvahy, že pri dieťati v ranom veku obvykle nie je možné zaznamenávať si zistené informácie a postrehy obšírnejšie v priebehu samotnej administrácie či rozhovoru s rodičom, je preto vhodné stretnutie zaznamenať v podobe videonahrávky a mať dostatok času vrátiť sa k záznamu, vyhodnotiť ho a zaznamenať zistené písomne. Druhou možnosťou je administrovať vývinovú škálu v prítomnosti ďalšieho odborného zamestnanca, ktorý zaznamenáva vopred dohodnuté informácie, avšak do rozhovoru ani samotnej administrácie nezasahuje. O oboch týchto možnostiach musí byť rodič dopredu oboznámený a musí s nimi súhlasiť.

V praxi poradenského zariadenia sú vývinové škály obvykle využívané na plnenie klinických cieľov. Pomáhajú multidisciplinárnemu tímu v poradenskom zariadení získať informácie o osobitostiach v rámci variability individuálneho vývinu dieťaťa a prispievajú k celkovému cieľu zachytiť prípadné zaostávanie vo vývine dieťaťa, identifikovať bariéry v procese učenia a napláňovať vhodné intervenčné postupy.

Vyhodnocovanie vývinovej škály je obvykle skôr dynamického než kvantitatívneho charakteru – analýza neúspešne riešených položiek vedie OZ k postulovaniu hypotéz o povahe prekážok – bariér, ktoré dieťa má pri riešení tej-ktorej položky. Hypotézy môžu byť následne overované modifikáciou jednotlivých položiek, s cieľom lepšie porozumieť povahe ťažkostí dieťaťa.

Príkladom dynamického nazerania na administrovanie vývinovej škály môže byť napr. administrácia položky „most“, pri ktorej sú používané dve kocky ako základňa mostu, je medzi nimi medzera a na vrch sa ukladá tretia kocka. Ide o položku, na ktorú sa môžeme dívať z hľadiska kognitívneho (rozumie dieťa konceptu napodobňovania podľa predlohy), na jej úspešné splnenie je však potrebná určitá úroveň zrelosti zraku a dostatočne dobrá úroveň manipulácie s predmetmi. Ak by sa na neúspešné riešenie položky administrátor pozeral len z hľadiska kvantitatívneho, poznačil by si do záznamového hárka (-) pre nesplnenie položky, no nedozvedel by sa veľa o dôvodoch nesplnenia. Pre rané poradenstvo je vhodné, ak vníma administráciu položky dynamicky. Ak sa dieťa opakovane pokúša umiestniť tretiu kocku na základňu z dvoch kociek, avšak kocka mu prepadá cez prázdny priestor, je veľmi pravdepodobné, že rozumie povahe úlohy a intelektuálne má teda dostatočnú kapacitu na jej riešenie. Administrátor môže mať hypotézu o vizuomotorickom deficite (ak dieťa nemá stanovenú diagnózu motorického charakteru, do úvahy v ranom veku pripadá vývinová koordinačná porucha) a môže dieťaťu modifikovať položku ponúknutím väčších kociek, ktoré sa mu podarí lepšie uchopiť, prípadne ťažších kociek, ktoré dieťaťu dajú viac informácií o polohe kocky v priestore. Prípadne môže svoju hypotézu verifikovať tým, že pridrží dieťaťu základové kocky a sleduje, ako dieťa umiestňuje tretiu kocku na základňu. Ak dieťa umiestni tretiu kocku správne, jeho hypotéza o vizuomotorickom deficite sa mu potvrdila a položku môže skórovať ako úspešne vyriešenú (+), avšak s informáciou o vizuomotorickom deficite, ktorú použije pri administrácii a interpretácii ďalších položiek a zároveň ju použije pri návrhu intervenčného postupu.

Súčasťou administrácie vývinovej škály musí byť nevyhnutne aj podrobné a cielečné dopytovanie sa rodiča vo vzťahu k výkonu dosiahnutému vo vývinovej škále a bežnému výkonu dieťaťa pri jeho obvyklých činnostiach. Vnímavý rodič vie poskytnúť cenné informácie z domáceho prostredia, ktoré poskytnú OZ kontext na dynamické hodnotenie výsledkov získaných vývinovou škálou. Hypotézy o povahe problému dieťaťa OZ ďalej verifikuje zámerným pozorovaním bežného správania dieťaťa v ambulantných podmienkach a v prípade potreby v jeho prirodzenom prostredí. Vývinové škály sa tak stávajú súčasťou autentickej diagnostiky, pri ktorej sú informácie o dieťati zbierané na základe „priameho pozorovania, rozhovoru s rodičmi, hodnotiacimi škálami a pozorovaním pri voľnej alebo

facilitovanej hre dieťaťa“ (Neisworth, J., Bagnato, S., in Zollitsch, B., Dean, A., 2010, s. 1, preklad z angl. jazyka).

Záverečný rozhovor nasleduje po analýze a vyhodnotení všetkých získaných informácií. Je dobré, ak sú pri záverečnom rozhovore prítomní obaja rodičia a dieťa prítomné nie je. Cieľom záverečného rozhovoru je informovať rodičov o zisteniach a poskytnúť informácie smerujúce k náprave v zmysle:

- odstraňovania/minimalizovania deficitov,
- možností ich kompenzácie na zlepšenie fungovania dieťaťa a jeho schopnosti participácie na veku primeraných aktivitách.

Zistenia – aj tie, ktoré sú negatívneho charakteru, formulujeme vždy s víziou opatrení, ktoré je možné vykonať v budúcnosti na zlepšenie situácie dieťaťa a rodiny. Taktiež nezabúdame zdôrazniť pozitíva, ktoré sme zaznamenali u dieťaťa, ako aj v rodine dieťaťa – silné stránky na strane dieťaťa a rodiny. Jedným z cieľov je dať rodine víziu toho, že ich situácia je zvládnuteľná a v dieťati aj jeho rodine sú zdroje, ktoré im môžu pomôcť túto situáciu zvládnuť. Používame jednoduchý jazyk, snažíme sa vyhýbať odborným výrazom. Rodičov nezabúdame povzbudzovať ku kladeniu otázok a opätovne sa uisťujeme, či sme dosiahli potrebnú úroveň vzájomného porozumenia. Ak ide o vážnejšie zaostávanie vo vývine, oporou pre OZ poradenského zariadenia môže byť aj nasietovanie rodiny dieťaťa na službu včasnej intervencie (sociálna služba pre rodiny s deťmi so zdravotným znevýhodnením vo veku od 0 do 7 rokov). Tá sa primárne venuje podpore a sprevádzaniu rodiny s dieťaťom so zdravotným znevýhodnením a môže pomôcť rodine hľadať vnútorné a vonkajšie zdroje na zvládnutie náročnej situácie, ktorú prináša výchova dieťaťa so zdravotným znevýhodnením. V prípade, že rodina už je poberateľom služby včasnej intervencie, je vhodné (so súhlasom rodiča) prizvať kľúčového poradcu SVI do diagnostického procesu dieťaťa. SVI spolu s rodičom môžu MDT poradenského zariadenia poskytnúť cenné informácie o fungovaní dieťaťa v jeho prirodzenom prostredí.

Vývinové škály a ich dostupnosť:

Toho času nie je na Slovensku dostupná žiadna komplexná vývinová škála, zároveň nie sú dostupné jednodimenzionálne vývinové škály, ktoré by dokázali už v ranom veku podrobnejšie zachytiť zaostávanie v niektorej z vývinových oblastí. Na OZ pracujúceho s deťmi raného veku je tak kladená o to väčšia požiadavka na jeho dostatočnú klinickú skúsenosť s bežnou detskou populáciou, ako aj deťmi s vývinovými odchýlkami a jeho schopnosť oprieť sa o informácie získané autentickou diagnostikou – rozhovorom s rodičmi, pozorovaním dieťaťa počas voľnej a facilitovanej hry a pozorovaním dieťaťa pri jeho bežných denných aktivitách.

Nasledujúci text poukazuje na vývinové škály, ktoré sú v praxi používané a vzhľadom na nedostupnosť iných nástrojov vývinového charakteru môžu byť dynamicky používané naďalej, avšak je nutné mať na pamäti tak ich výhody, ako aj limity.

Vývinová škála Brunet – Gessell sa podrobnejšie venuje diferenciacii jednotlivých oblastí správania dieťaťa. V súčasnosti ju však nie je možné zakúpiť.

Škála je určená na vyšetrovanie detí od štvrtého týždňa do tridsiateho šiesteho týždňa. Pre každý vekový stupeň je stanovené charakteristické správanie dieťaťa. Jednotlivé položky testu sú rozdelené do 5 oblastí: adaptívne správanie, hrubá motorika, jemná motorika, reč a sociálne správanie.

Pre každú oblasť sa stanoví vývinová úroveň, ktorú dieťa dosahuje – ide o vek, keď dieťa dosiahne aspoň polovicu položiek. Hodnotenie a interpretácia výsledkov nie je založená len na samotných výsledkoch vo vývinovej škále. Dôležitou súčasťou je aj podrobný anamnestický rozhovor s rodičom týkajúci sa perinatálnych udalostí, hereditárnych faktorov, aktuálneho tempa vývinu dieťaťa a kvalitatívny popis jeho správania i mimo testovej situácie. Až na základe celkovej analýzy sa môže určovať aktuálna vývinová úroveň dieťaťa a vývinový kvocient – ako odhad jeho inteligencie (Řičan, Krejčířová et al., 2006).

Vinelandská škála adaptívneho správania – preložené z originálu, v našich podmienkach neštandardizovaná technika. Vývinová škála predstavuje semištruktúrovaný rozhovor s rodičom, ktorý sa odohráva za ideálnych podmienok bez prítomnosti dieťaťa. Ako vyplýva zo samotného názvu, neorientuje sa priamo na zisťovanie deficitov dieťaťa v jednotlivých vývinových oblastiach, ale na zisťovanie úrovne adaptívneho správania dieťaťa (jeho bežného fungovania v jednotlivých oblastiach), ktorú posudzuje vzhľadom na populačnú normu. Hodnotenie výkonov dieťaťa len na základe výpovede rodiča nie je postačujúce na objektívne hodnotenie vývinovej úrovne dieťaťa, informácie podané rodičom o bežnom fungovaní dieťaťa sú však nenahraditeľnou súčasťou celkového obrazu o dieťati a mala by im byť venovaná primeraná pozornosť aj napriek tomu a s vedomím, že výpovede rodiča môžu často nadhodnocovať reálnu výkonnosť dieťaťa.

Vinelandská škála adaptívneho správania je určená pre vek od 0 do 18 rokov. Normy sú rozdelené pre jednotlivé oblasti, v ktorých sa určuje, v akom vekovom období sa dieťa asi nachádza (napr. fyziologický vek dieťaťa je 3 roky a 2 mesiace, jeho výsledok v oblasti komunikácie je na úrovni 3 roky a 8 mesiacov). Vinelandská škála (používaná mnohými odborníkmi, či v klinickej alebo poradenskej praxi) má nasledovnú štruktúru: I. Oblasť komunikácie; II. Oblasť bežných denných zručností; III. Oblasť socializácie; IV. Oblasť motorických zručností. Každá z oblastí má aj svoju podoblasť.

Ďalšia oblasť, ktorá sa však bežne nepoužíva, je Oblasť maladaptívneho správania, ktorá je určená pre deti staršie ako päť rokov, ich zaznamenávanie však nie je nevyhnutné. Ako ďalšia doplnková časť sa môže použiť aj porovnanie správania dieťa v rámci skupinových noriem, kde sa označuje intenzita daných prejavov správania (značná/mierna).

Na Slovensku nemáme štandardizovanú verziu, väčšina odborníkov tak používa preklad z originálu s prihliadnutím aj na preložené normy zo zahraničia – vývinová škála sa dá aktuálne zohnať v zahraničí v anglickom origináli. V súčasnosti sa v zahraničí už používa VINELAND-3.

V minulosti bola na Slovensku používaná **Vinelandská škála sociálnej zrelosti**, ktorej autorom je PhDr. Jiří Kožený, CSc. Bola určená ako nástroj na odhad sociálnych kompetencií ľudského jedinca. Rozdelená je na 8 oblastí – sebestačnosť všeobecne, sebestačnosť jedlo, sebestačnosť obliekanie, samostatnosť, zamestnanie, komunikácia, motorika a sociálne začlenenie. Určená bola pre vek 0 až 25 rokov, neskôr sa používala pre vek 0 až 11 rokov, v manuáli bola upravená pre vekové obdobie od 3 do 9 rokov (Kožený, 1973). V súčasnej dobe sa škála nepoužíva.

Balyley scales of infant and toddler development 3rd edition

Vývinové škály Nancy Bayley sú komplexné vývinové škály, celosvetovo používané na výskumné aj klinické účely. Boli v minulosti viackrát revidované, pričom posledná revízia prebehla v roku 2019 a jej výsledkom je aktuálne štvrtá štandardizácia týchto vývinových škál.

Vývinové škály N. Bayley získavajú informácie o vývine dieťaťa na základe priamej práce s dieťaťom, a to administráciou štandardizovaných položiek s využitím štandardizovaného podnetového materiálu a získavaním informácií od rodiča formou dopytovania sa.

Normy zachytávajú vekové obdobie 16 dní až 4 rokov (42 mesiacov), avšak na klinické účely sú u detí s vývinovým rizikom použiteľné aj vo vyššom veku.

Vývinové škály Nancy Bayley sa na vývin dieťaťa pozerali spočiatku globálnejšie, cez tri domény – motorickú, mentálnu a záznam o správaní dieťaťa (informácia zo Psychodiagnostiky detí a dospelých, 2001). V tretej a štvrtej revízii je už vývin zachytený piatimi škálami. Motorická škála je rozdelená na škálu zameranú na posúdenie hrubej a jemnej motoriky, pôvodná mentálna škála rozpoznáva kognitívne schopnosti a reč. Reč je ďalej členená na expresiu a porozumenie reči. Zároveň je od tretej revízie možné využiť škály zamerané na socioemocionálny vývin dieťaťa a jeho adaptívne správanie.

Dve novovzniknuté škály – socioemocionálny vývin a škála adaptívneho správania, ktoré sú

zahrnuté v tretej a štvrtej revízii, robia vývinové škály N. Bayley obzvlášť vhodnými na využitie v praxi poradenského zariadenia, keďže poskytujú informácie o emocionalite dieťaťa a jeho schopnosti vzťahovať sa na iných ľudí a tiež o bežnom fungovaní dieťaťa v jeho prirodzených podmienkach (aj keď omnoho menej podrobne ako to robí Vinelandská škála adaptívneho správania). Ich doplnením sa vývinové škály N. Bayley nezameriavajú len na to, čo dieťa dokáže v optimálnych podmienkach v jednotlivých oblastiach vývinu urobiť, ale tiež na to, ako dokáže svoje vývinové limity prekonávať a fungovať aj napriek svojim vývinovým deficitom. Preklápajú tým pohľad administrátora z posudzovania deficitov na posudzovanie schopnosti dieťaťa fungovať a participovať, k čomu odborníkov zaväzuje Medzinárodná klasifikácia funkčnej schopnosti, dizability a zdravia vydaná Svetovou zdravotníckou organizáciou (WHO) v roku 2001 a jej úprava pre detskú a adolescentnú populáciu z roku 2007 (International classification of functioning, disability and health: children and youth version: ICF-CY). Administrátor na základe administrácie škál N. Bayley získa viacero druhov informácií. Jednak získa informácie o výkonnosti dieťaťa vo vzťahu k norme v rámci daného fyzického veku, zároveň získa informácie o tom, aká vývinová oblasť vykazuje oslabenie a na akú vývinovú oblasť je potrebné sa podrobnejšie zamerať (akého ďalšieho odborníka v rámci MDT treba prizvať k diagnostike – logopéd, fyzioterapeut, špeciálny pedagóg...). Spolu s použitím škály adaptívneho správania sa získajú informácie na plánovanie intervencií nielen s ohľadom na stimuláciu vývinu dieťaťa vo vzťahu k oslabeniu a budovaniu zručností (oslabená aktívna slovná zásoba – oslabená vývinová oblasť reč – logopédia), ale aj s ohľadom na schopnosti dieťaťa funkčne prekonávať aktuálne limity vyplývajúce z oslabenia a participovať na bežnom živote (Ako dieťa prekonáva deficit v aktívnej slovnej zásobe? Ako v prirodzených podmienkach komunikuje? Kompenzuje tento deficit? A ak áno, akým spôsobom? Ako bude tento deficit kompenzovať v materskej škole? Aké kompenzačné stratégie navrhujeme do domáceho a predškolského prostredia a prečo?).

Žiadna vývinová škála Nancy Bayley žiaľ nie je dostupná na zakúpenie na Slovensku, avšak české vydavateľstvo diagnostických metód ponúka možnosť zakúpenia tretej revízie, ktorá je z roku 2005. Keďže nie je zabezpečený preklad škály v jej tretej revízii a jej štandardizácia neprebehla ani v Českej republike, ponúka české vydavateľstvo aspoň návod, ako pracovať s touto revíziou vo vzťahu k druhej revízii (BSID II), ktorá bola v ich vydavateľstve taktiež vydaná, štandardizovaná na českú populáciu a preložená do českého jazyka. Druhá revízia sa však už taktiež nedá zakúpiť, zároveň neobsahuje doplnkové škály, ktorých výhody sú spomínané vyššie. Anglická verzia v tretej alebo štvrtej štandardizácii je síce použiteľná pre administrátora, ktorý je priemerne zdatný v anglickom jazyku, no tým, že nie je dostupná jej slovenská ani česká štandardizácia, výrazne limituje použitie škál zameraných na posúdenie vývinu reči a znižuje možnosti ich použitia zo 42 mesiacov na cca 24 mesiacov.

Mníchovská funkčná vývinová diagnostika (Münchener Funktionelle Entwicklungsdiagnostik – MFED) je komplexnou vývinovou škálou, ktorú vyvinul pediater prof. Dr. Theodor Hellbruege a jeho výskumný tím v 70. rokoch minulého storočia. Pri jej konštrukcii vychádzali autori z Gesselovej škály, s ktorou má podobnú štruktúru, ako i spôsob realizácie. Metóda u nás nie je aktuálne dostupná na zakúpenie, v minulosti bola preložená verzia pre deti od 1. – 3. roku života, ktorá je v niektorých poradenských zariadeniach stále používaná. Pôvodná verzia určená pre deti od 1 do 3 rokov pozostáva z dvoch relatívne samostatných verzií. Prvá verzia je určená pre deti do jedného roku veku, druhá umožňuje diagnostikovať deti v druhom a treťom roku života.

Pred vyšetrením je potrebné vypočítať správny chronologický vek dieťaťa, ktorý je daný rozdielom fyzického veku a počtu týždňov, ktoré chýbali do termínu pôrodu, ak sa dieťa narodilo predčasne. Vek je udaný v ukončených mesiacoch. Odchýlka 1 – 2 týždne od normálnej dĺžky tehotenstva je považovaná za zanedbateľnú.

Samotná diagnostika zahŕňa použitie štandardizovaného testového materiálu, ktorý tvoria bežné predmety, resp. hračky, ako napr. kocky, zvonček, bábika, autíčko, ceruzky, papier a pod. Niektoré položky vo verzii pre staršie deti sú posudzované na základe informácií od rodiča. Optimálna dĺžka

trvania vyšetrenia je 1 – 2 hodiny.

Splnenie jednotlivých položiek je zaznačené do záznamového hárku podľa fyzického veku udaného v mesiacoch. Vo verzii pre 2. – 3. rok života je na posúdenie úrovne vývinu používaný interval ohraničený 50. a 95. percentilom. Úroveň zaostávania vo vývine v danej oblasti je teda daná položkou, ktorú nesplní len 5 % detí v rovnakom veku.

Výsledkom diagnostiky pomocou MFED je vývinový profil. Na jeho základe je možné formulovať hypotézy o diagnóze a zároveň je východiskom na stanovenie plánu terapie zameranej na kompenzáciu vývinového zaostávania v jednotlivých oblastiach.

V súčasnosti v Nemecku prebieha štandardizácia 2. revízie MFED pre deti od 1. – 4. roku života. Test je zameraný na posúdenie úrovne vývinu v 7 oblastiach: telesná pohyblivosť, jemná motorika, vnímanie, aktívna reč, porozumenie reči, samostatnosť a sociálne správanie (Říčan, Krejčířová, 1997).

6. Diferenciálna diagnostika

V nadväznosti na informácie získané:

- od rodiča (alebo v prípade dieťaťa predškolského veku od rodiča a zamestnancov predškolského zariadenia),
- pozorovaním dieťaťa (ambulantne alebo aj v jeho prirodzenom prostredí),
- analýzou zdravotnej dokumentácie,

umožňuje administrovanie komplexnej vývinovej škály lepšie porozumieť povahe vývinových ťažkostí dieťaťa. Získané informácie vedú OZ k stanoveniu predbežnej diferenciálno-diagnostickej hypotézy, s ktorou môže ďalej pracovať viacerými spôsobmi.

1. Podrobnejšia diagnostika jednodimenzionálnymi vývinovými škálami a nástrojmi zameranými na zisťovanie funkčnosti dieťaťa v bežnom prostredí a jeho schopnosť participovať na veku primeraných aktivitách; napriek tomu, že v minulosti boli v našich podmienkach k dispozícii niektoré škály zamerané na podrobnejšiu analýzu jednotlivých vývinových oblastí, ako napr.:
 - Vývinový test zrakového vnímania – Frostigová, Krallová – na hodnotenie zrakovéj percepcie,

aktuálne je ich pre raný vek k dispozícii veľmi málo. Z našich nástrojov môže vďaka kolektívu slovenských autorov OZ využiť aspoň Test komunikačných schopností TEKOS I a II (Kapalková et al., 2010), škály, ktoré sú použiteľné od 8 mesiacov dieťaťa. V českom jazyku je k dispozícii nástroj na hodnotenie motorického vývinu – MABC-2, ktorý je použiteľný od 3 rokov veku dieťaťa. Za predpokladu dobrej znalosti cudzieho jazyka je možné využiť tiež množstvo nástrojov dostupných v zahraničí, akými sú napr. Peabody Developmental Motor Scales (PDMS-2) alebo Bruininks-Oseretsky Test of Motor Proficiency (BOT-2), Miller Function and Participation Scale (M-FUN) na funkčné hodnotenie motoriky, Senzory Profile (SP), M-CHAT (pri normovaných škálach však narážame na problém s ich neistou validitou vo vzťahu k našej populácii), The Autism Classification System of Functioning: Social Communication (ACSF:SC), VB –MAPP na funkčné hodnotenie vývinu dieťaťa, najmä v oblasti komunikácie a sociálnych zručností, alebo Gross Motor Function Measure (GMFM), CVI Range na funkčné hodnotenie zraku. Pre deti s poruchami sluchu môžu byť použité napr. Integrovaná stupnica vývoja od Cochlear alebo IT-MAIS škála pro posouzení sluchového vnímaní u kojenců a batolat.

2. V rámci MDT poradenského zariadenia môže OZ na podrobnejšiu analýzu ťažkostí dieťaťa využiť expertízu jednotlivých odborníkov MDT (obvykle psychológ, fyzioterapeut, logopéd, liečebný a špeciálny pedagóg), to je však bez dostupných validných nástrojov možné len v tom prípade, ak majú členovia MDT dostatok skúseností s hodnotením vývinu detí raného veku. Ak

je u dieťaťa dominantne oslabená hrubo-motorická oblasť vývinu, k spolupráci v rámci MDT sa na dodatočné hodnotenie prizve v prvom rade fyzioterapeut. Ak je dominantne oslabená jemná motorika a/alebo aj oromotorika dieťaťa, kontaktovať sa bude pravdepodobne okrem fyzioterapeuta aj špeciálny pedagóg a logopéd MDT. Ak sú oslabenia prevažne v oblasti sociálnych zručností a komunikácie, pre podrobnejší pohľad na kvalitu oslabení bude potrebné spolupracovať so špeciálnym pedagógom a logopédom MDT. Ak sa javí, že oneskorenie vo vývine nie je neurovývinového charakteru, ale má skôr socioemocionálny podklad, ostáva diagnosticky dieťa v kompetencii psychológa MDT.

V niektorých prípadoch zistené výsledky OZ naznačia, že povaha ťažkostí dieťaťa je mimo kompetenciu poradenského zariadenia a dieťa potrebuje pred nastavením intervenčných postupov ďalšie vyšetrenia špecialistov v rezorte zdravotníctva. V takom prípade slúžia zistené informácie na formulovanie nálezu pre potreby ďalšieho vyšetrenia dieťaťa mimo MDT poradenského zariadenia. Z hľadiska diagnóz, v rámci ktorých bude OZ v rámci MDT spolupracovať s odborníkmi v rezorte zdravotníctva, a ktorých diagnostický proces by mal začať v ranom veku dieťaťa, prichádzajú do úvahy najmä diagnózy neurovývinového charakteru a poruchy zraku a sluchu.

Neurovývinové poruchy rozdeľujú Accardo a Capute (2008) na:

- spektrum dysfunkcií v motorickej oblasti,
- postihnutie v oblasti intelektu,
- genetické syndrómy, ktoré sú asociované s postihnutím v kognitívnej oblasti,
- poruchy reči,
- poruchy autistického spektra,
- poruchy učenia,
- poruchy aktivity a pozornosti.

DSM V (2013) rozdeľuje neurovývinové poruchy podobne na:

- vývinové poruchy intelektu,
- komunikačné poruchy,
- poruchy autistického spektra,
- poruchy pozornosti s hyperaktivitou,
- špecifické poruchy učenia,
- neurovývinové poruchy motoriky.

Ak sa na základe vývinovej diagnostiky javí, že ťažkosti dieťaťa vyplývajú najmä z menej podnetného alebo rizikového sociálneho prostredia, z ktorého dieťa pochádza, bude viesť diferenciálno-diagnostický, ako aj intervenčný postup pravdepodobne iným smerom a nad rámec MDT bude zrejme potrebné kontaktovať aj odborníkov z rezortu práce, sociálnych vecí a rodiny.

V praxi vnímame ako užitočné nahliadať na vývinové poruchy cez model, ktorý navrhli neurovývinoví pediatri Capute a Accardo (2008). V rámci tohto modelu sledujeme vývinový profil dieťaťa s cieľom posúdiť, či u neho ide o:

- vývinové zaostávanie,
- disociáciu vývinu,
- deviáciu vo vývine.

Kým vývinové zaostávanie predstavuje oneskorené dosahovanie vývinových mílnikov vo viacerých vývinových oblastiach, pri disociácii vývinu je jedna vývinová oblasť výrazne viac zaostávajúca oproti ostatným vývinovým oblastiam. Príkladom vývinového zaostávania môže byť oneskorený psychomotorický vývin – globálne zaostávanie vývinu. Príkladom vývinovej disociácie v ranom veku je napr. zaostávanie v rečovom prejave pri normálnych kognitívnych a motorických schopnostiach. Deviáciu vo vývine charakterizuje nesequenčný priebeh vývinu v jednej alebo viacerých vývinových

oblastiach. Takýto nesequenčný priebeh sprevádza často napr. poruchy autistického spektra. Dieťa môže mať bohatú slovnú zásobu napr. v téme dopravných prostriedkov, ale nepoužíva základné slová ako mama a otec na oslovenie členov svojej rodiny. Kvalitné poznanie vývinového profilu dieťaťa naprieč vývinovými oblasťami vedie odborníka v rámci MDT poradenského zariadenia v prvom rade k úvahám o tom, ako zostaviť intervenčný plán pre dieťa (čomu dať v intervenciách prioritu, kedy a prečo). Zároveň predstavuje podklad, ktorý môže poslúžiť na diferenciálnu diagnostiku v rezorte zdravotníctva, ktorým môže poradenské zariadenie v rezorte školstva prispieť k stanoveniu diagnózy dieťaťa.

Odborníci v rámci MDT poradenského zariadenia spolupracujú na príprave podkladov na diferenciálnu diagnostiku dieťaťa v ranom veku napr.:

- **Pri podozrení na poruchy autistického spektra (PAS)** – poruchy autistického spektra je možné diagnostikovať až po ukončení tretieho roku, no typické oneskorenie v sociálnom a rečovom vývine býva viditeľné od prvých mesiacov života dieťaťa. Ak skriningové vyšetrenie poukazuje na symptomatológiu, mala by sa uskutočniť diferenciálna diagnostika PAS. Diagnostika spočíva v podrobnom a dôkladnom vyšetrení dieťaťa v medzirezortnej spolupráci. V dojčenskom a batolivom veku nie je možné presne stanoviť diagnózu, je však možné stanoviť podozrenie a nastaviť vhodné intervenčné opatrenia. Medzi najčastejšie používané metódy patrí napr. CARS-2 (ChildhoodAutismus Rating Scale), ADOS-2, ADI-R, GADS.
- **Pri podozrení na narušenú komunikačnú schopnosť (NKS)** – úroveň porozumenia reči do troch rokov je hodnotená vývinovými škálami. Nad tri roky je však posúdenie náročné, keďže u nás ani v zahraničí nie je takmer žiadna špecializovaná metóda. V poradenských zariadeniach sa zvykne používať TEKOS 1 (dotazník vyplnený rodičom, od 8 – 16 mesiacov), TEKOS 2 (dotazník vyplnený rodičom, od 17 – 36 mesiacov), Lehyovej metóda (od 9 – 36 mesiacov, sleduje sa, aké sémantické kategórie dieťa ovláda), orientačné vyšetrenie porozumenia podľa Mníchovskej diagnostiky (neštandardizované, určené pre 2. – 3. rok života dieťaťa).
- **Pri podozrení na odlišnosti v motorickom vývine** – vývinové škály dokážu pomerne kvalitne zachytiť odlišnosti vo vývine hrubej a jemnej motoriky. Poruchy motorického vývinu závažnejšieho charakteru sú vo väčšine prípadov zachytené pri pravidelných prehliadkach u všeobecného lekára pre deti a dorast, jemnejšie odchýlky vo vývine však vyžadujú podrobnejšiu analýzu, ktorú v ranom veku umožňuje práve diagnostika vývinovými škálami. Vo veku troch rokov je už možné použiť aj jednodimenzionálnu škálu zameranú na oblasť motoriky – MABC-2. Tá sa považuje vo svete za zlatý štandard pri diagnostike oneskoreného alebo narušeného motorického vývinu. Je dobrým prediktorom napr. vývinovej koordinačnej poruchy, ktorá je v našej odbornej praxi pomerne málo známa, aj keď jej symptómy je možné nájsť u mnohých klientov raného veku. Je možné sa s ňou oboznámiť napr. v Diagnostickom a štatistickom manuáli duševných porúch (DSM V).

7. Nastavenie podporných opatrení

Východiskom pre podporné opatrenia a samotné intervenčné postupy by mal byť koncept Svetovej zdravotníckej organizácie postulovaný v dokumente Medzinárodná klasifikácia funkčnej schopnosti, dizability a zdravia (ICF), na základe ktorého by mali byť súčasťou intervenčného plánu:

- intervencie orientované na dieťa – intervencie zamerané na prácu s odstraňovaním, resp. minimalizovaním deficitu,
- intervencie zamerané na prispôsobovanie prostredia, v ktorom dieťa vyrastá (domácnosť, materská škola, základná škola) – tak, aby umožňovalo čo najväčšiu mieru zapojenia dieťaťa do vývinovo bežných aktivít aj napriek existujúcemu deficitu (Occupational therapyforchildren a adolescents, Seventhedition, Jane Case-Smith, Jane CliffordO'Brien, Copyright 2015 by Mosby, animprint of Elsevier Inc).

V našich podmienkach majú intervencie zamerané na odstraňovanie alebo zmierňovanie deficitu (na dieťa orientované metódy) dlhoročnú tradíciu (napr. zlepšovanie motorickej koordinácie dieťaťa, zlepšovanie výslovnosti a pod.), aj keď poradenské zariadenia sa väčšinou fokusovali na prácu s deťmi až v predškolskom veku a intervencie pre raný vek boli skôr doménou ambulantnej starostlivosti v rezorte zdravotníctva. Ak sa poradenské zariadenia zameriavali aj na prácu s deťmi v ranom veku, využívali viacero metód, v závislosti od typu oslabenia alebo problémov dieťaťa, a to napr.: terapia podľa Vojtu, Bobath koncept, Bazálna stimulácia, Senzorická integrácia, metóda Márie Montessori, metóda R. Feuersteina, metóda Sindelarovej, Terapia hrou, Filiálna terapia, VOKS, TEACH, prvky Aplikovanej behaviorálnej analýzy a pod., novšie tiež metóda zameranú na prácu s primitívnymi reflexami (napr. INPP, JIAS).

Prevažne ambulantný charakter služieb v poradenskom zariadení neposkytoval dostatok priestoru na prácu s prostredím dieťaťa (hľadanie príležitostí na zlepšenie funkčnosti a participácie dieťaťa v jeho bežnom prostredí), ktorá sa podľa spomínaného dokumentu Svetovej zdravotníckej organizácie ukazuje pre zlepšenie fungovania dieťaťa ako minimálne rovnako dôležitá, ako je práca na minimalizácii vývinových deficitov. Zmena v tomto smere je aktuálne nevyhnutná, bude však vyžadovať podporu služieb terénneho charakteru (návštevy v domácom prostredí v ranom veku dieťaťa v koordinácii so sociálnou službou včasnej intervencie; konzultácie a konziliárne stretnutia MDT a podporných tímov materských a základných škôl v priestoroch materských a základných škôl), v nadväznosti na sociálnu službu včasnej intervencie a ambulantné služby poskytované rezortom zdravotníctva, zároveň tiež väčšiu mieru partnerstva a spolupráce s rodičom dieťaťa. Potrebné bude pravdepodobne aj dodatočné vzdelávanie a supervízia odborných zamestnancov poradenských zariadení v metódach orientovaných na životný kontext dieťaťa a rodiny.

V oblasti diagnostiky detí v ranom veku je potrebný preklad a štandardizácia vyššie uvedených komplexných vývinových škál na našu populáciu.

Tento štandard je dôležité považovať za najbližší cieľ, ku ktorému by sme sa v centrách poradenstva a prevencie mali snažiť pri diagnostickej činnosti detí v ranom veku čo najviac priblížiť. Pri jeho aplikácii v praxi je však potrebné vychádzať z individuálnych materiálnych a odborných možností, ktorými každé centrum disponuje.

8. Zoznam použitej literatúry

ASTERZOLLITSCH, B. – DEAN, A. 2010. Authentic Assessment in Infant & Toddler Care Settings: Review of Recent Research [online]. Dostupné na internete: <https://ecpcprofessionaldevelopment.dec-sped.org/wp-content/uploads/Resources/Authentic-Assessment-Child-Care.pdf>

<https://www.who.int/standards/classifications/international-classification-of-functioning-disability-and-health>

Hellbruegge, T. 1995. Munich Functional developmental diagnosis. Trivandrum, Kerala, India: Theodor Hellbruegge International Institute for Developmental Rehabilitation, 1995. 332 s. ISBN 81-86312-11-0.

Říčan, P. – Krejčířová, D. 1997. Dětská klinická psychologie. 3. vydanie. Praha: Grada, 1997. 450 s. ISBN 80-7169-512-2.

3.

Diagnostika laterality

Autorka: PhDr. Erika Pribusová

Hodnotitelia: Mgr. Anton Kalina
Mgr. Eva Vaščáková

Recenzentka: doc. PhDr. Alexandra Biščó Kastelová, PhD.

O lateralite hovoríme ako o **preferencii (uprednostňovaní) určitého párového orgánu**, prípadne jednej polovice nepárového orgánu. Lateralita súvisí s mierou **špecifikovania – dominancie mozgových hemisfér na určité funkcie**. Pravá hemisféra riadi priestorové a umelecké vnímanie, ako aj citové prežívanie. V ľavej hemisfére sa nachádzajú rečové centrum, logické uvažovanie a motorické funkcie. Pri akejkoľvek činnosti je však dôležitá kooperácia oboch hemisfér. Dominancia jednej hemisféry spôsobuje, že spravidla na protíľahlej polovici tela sú pohyby rýchlejšie, presnejšie a koordinovanejšie. **Genotypom** sa označuje vrodená funkcia, ktorá sa spolu so svojím nositeľom vyvíja a pri vhodných podmienkach sa rozvíja. **Fenotypom** sa označuje aktuálny stav funkcie, teda výsledok pôsobenia rozličných faktorov na predchádzajúci vývin (napr. precvičovanie a pod.). Z hľadiska optimálneho vývinu jednotlivca je výhodné, ak je fenotyp totožný s genotypom.

Rozlišujeme lateralitu **motorickú** (horné a dolné končatiny) a **senzorickú** (oči, uši). Ich vzťah môže byť súhlasný (preferovaná ruka a noha na tej istej strane), nevyhranení (ak ide o nevyhranenú dominanciu, napr. horných končatín), resp. prekrížený (preferované oko a ruka sú na rôznych stranách).

Dôležitým faktorom je stupeň laterality, ktorá sa pohybuje od vyhranenej cez nevyhranenu až k ambidextrii (obojručnosť). Z hľadiska preferencie používaného orgánu hovoríme o **pravorukosti, ľavorukosti a o nevyhranenej dominancii (ambidextria)**.

Lateralita je dominantné používanie jedného z párových pohybových alebo zmyslových orgánov. V školskom prostredí je lateralite venovaná pozornosť kvôli tomu, že základné edukačné aktivity, prostredníctvom ktorých si dieťa osvojuje kľúčové kompetencie, si vyžadujú koordinovanú manipuláciu s edukačnými prostriedkami a pomôckami.

1. Prostredie

V škole, v osobitnej miestnosti, v ktorej je zabezpečené súkromie a pokoj. Ambulantne v centre.

2. Kompetenčný rámec

Psychológ, špeciálny pedagóg, liečebný pedagóg. Školský psychológ a školský špeciálny pedagóg realizujú orientačnú diagnostiku (kapitola č. 5).

3. Vzťah

Činnosti, ktoré dieťa/žiak robí počas diagnostiky laterality, patria medzi prirodzené a relatívne jednoduché a ich realizáciu je možné variovať podľa veku a nastavenia dieťaťa na vyšetrenie. Diagnostika laterality patrí k tým diagnostickým výkonom, keď odporúčame neupriamovať dieťa na zámer zistiť jeho vyhranenosť. Počas diagnostiky laterality prirodzene vychádzame z hravosti a zvedavosti dieťaťa/žiaka, čím spontánne vzniká plynulý raport s dieťaťom. Prizývame ho do hry a spontánne prechádzame jednotlivými skúškami laterality.

4. Účel

Účelom diagnostiky laterality je zistenie dominancie končatín a párových senzorických orgánov na zabezpečenie vhodných edukačných pomôcok a zvolenie vhodného prístupu. Zvýšenú pozornosť lateralite je potrebné venovať pri problémoch v učení (písaní, čítaní a matematike) a pri tých druhoch zdravotného znevýhodnenia, pri ktorých je jedna z končatín čiastočne alebo úplne paralyzovaná

alebo chýba, ako aj pri senzorických postihnutiach. Ukazuje sa, že diagnostika laterality má veľký význam pri diferenciálnej diagnostike narušenej komunikačnej schopnosti (narušený vývin reči, poruchy plynulosti reči).

5. Orientačná diagnostika

Pri diagnostike laterality používame v závislosti od veku a iných špecifik diagnostikovaného priame a nepriame metódy.

Medzi **priame metódy** patria pozorovanie, diagnostické skúšanie a testy zamerané na zistenie preferencie používania párových orgánov (horných a dolných končatín, zmyslových orgánov) klienta.

Nepriame metódy vychádzajú z diagnostického rozhovoru a analýzy rodinnej a zdravotnej anamnézy.

V rámci anamnézy zisťujeme informácie od rodičov/pedagógov o spontánnej preferencii ruky dieťaťa, výskyt ľaváctva, prípadne ambidextrie (obojručnosti) v rodine, a tiež nás zaujíma, ako prebiehal jeho motorický a rečový vývin.

Pozorovanie pri spontánných činnostiach – sledujeme dieťa pri bežných úkonoch a voľnej hre, pričom si všímame, ktorá ruka je aktívnejšia, obratnejšia a či pri hre ruky strieda, ako kope do lopty, pozerá do periskopu a pod.

Pozorovanie dieťaťa pri zámerných činnostiach – zámerné činnosti na určenie laterality horných končatín sú najmä navliekanie, strihanie, lepenie a trhanie papiera, skladanie kociek alebo puzzle, otváranie a zatváranie uzáveru na fľaši, zatĺkanie kladivkom a pod. Veľmi dôležitú úlohu zohráva pozorovanie dieťaťa/žiaka pri kresbe a písaní, pri ktorých sú dôležitým diagnostickým ukazovateľom prebratie písadla (položeného na stole alebo zemi približne v stredovej osi a takej vzdialenosti, aby sa za ním muselo dieťa načiahnuť) a striedanie písadla v rukách.

Zámernými činnosťami na pozorovanie laterality dolných končatín sú kopanie do lopty, vystupovanie na schodík a pod.

Zámernými činnosťami na pozorovanie laterality oka a ucha sú pozeranie do priezoru, monokulára a periskopu, počúvanie mušle, stíšeného reproduktora a pod.

Rozhovor s klientom – najmä u starších žiakov a adolescentov získame cenné informácie na určenie laterality aj priamo rozhovorom, napríklad o spomienkach na učenie písania, o preferovanej nohe pri futbale, používaní hokejky/hudobného nástroja či o koníčkoch spojených s jemnou motorikou.

Pri rozhovore s rodičom/ZZ sa pýtame na psychomotorický vývoj, na prítomnosť ľavákov rodine a zaujímavé je zistiť aj postoj rodičov k prípadnej ľavorukosti dieťaťa na prípadné vylúčenie snahy preúčať dieťa nasilu na pravorukosť.

6. Metódy a postupy

Test laterality (T-116 Matějček, Žlab, 1972). Skúška v sebe zahŕňa desať, resp. dvanásť činností na zachytenie laterality horných končatín a dve skúšky na posúdenie laterality očí. Na doplnenie uvádza ešte štyri skúšky pre dolné končatiny a jednu pre uši. Tieto skúšky napodobňujú bežné činnosti detí. Výsledky skúšky je potrebné prijímať kriticky, platia pre danú zostavu skúšok a vyjadrujú približne súčasný stav funkčnej asymetrie u dieťaťa, teda fenotyp. Genotyp z nej môžeme iba usudzovať. Preto je potrebné výsledky skúšky doplniť údajmi od rodičov z rodinnej aj vývinovej anamnézy, pričom musíme brať do úvahy, že niektoré skutočnosti nám rodičia môžu zamlčať (napr. precvičovanie dieťaťa na praváka) alebo im neprikladajú dôležitosť. Dôležité je pýtať sa aj samotného dieťaťa, či dokáže robiť

niektoré činnosti lepšie ľavou rukou ako pravou, a získané údaje doplniť jeho pozorovaním v neštandardných situáciách počas vyšetrenia.

Skúška tapping (Čuleň, 1968) predstavuje metódu prístrojovej diagnostiky lateralít horných končatín, ktorá spočíva v tom, že dieťa/žiak klepe 3 minúty špeciálnym perom na podložku najprv pravou a potom ľavou rukou. Zaznamenáva sa počet klepnutí zvlášť pravou a ľavou rukou. Z pomeru výkonu ľavej ruky k pravej možno vypočítať index lateralít. Pretože nie je jednoduché presne zaznamenať počet klepnutí, skúška je spojená s využívaním rôznych technických pomôcok a zariadení. Výsledky skúšky sú veľmi presné a spoľahlivé.

7. Diferenciálna diagnostika

Dôležitým diagnostickým ukazovateľom je súhlasnosť anamnesticky udávanej lateralít s testovaním zistenou lateralitou (či je používaná končatina, najmä horná, zhodná so zistenou dominantnou) a súhlasnosť funkčnej lateralít ruky a oka (súhlasná, neurčitá, skrížená). Nevyhranenosť lateralít alebo jej nevýhodný typ môže byť príčinou vzniku NKS (narušený vývin reči, poruchy plynulosti reči).

Vyhranená lateralita umožňuje vykonávať jemnejšie úkony rýchlejšie, presnejšie a s menšou unaviteľnosťou. Dôsledkami nevyhranenej lateralít môžu byť problematickejšia koordinácia pohybov, zhoršená orientácia v priestore a pri vzdelávaní predovšetkým osvojovanie a používanie hovorovej a písanej reči. Je vhodné diagnostiku lateralít zaradiť do komplexného posúdenia školskej spôsobilosti, pri podozrení na prítomné poruchy učenia alebo narušenie organickej integrity.

8. Nastavenie podporných opatrení

Ak na základe výsledku vyšetrenia lateralít zistíme, že genotyp a fenotyp u dieťaťa nie je v súlade, a teda dieťa má problém pri písaní, kreslení (používa na písanie a kreslenie ruku, ktorá nie je vyhranene dominantná), je potrebné, aby sa mu umožnilo písať a kresliť rukou, ktorá je dominantná z hľadiska genotypu. Nácvik prebieha postupne a vždy je potrebné zladať reedukačné pôsobenie s postupmi v škole a rodine, aby nešlo o nútené preučenie, ale poskytnutie podmienok a príležitostí na využitie oboch rúk.

Pri diagnostikovanom vyhranenom alebo menej vyhranenom ľaváctve u dieťaťa/žiaka a používaní ľavej ruky pri písaní je dôležité si uvedomiť, že ľaváci sú oproti pravákovi znevýhodnení. Preto je dôležité, aby sa ľaváci podporovali v správnej technike písania a doprial sa im čas na osvojenie tejto dôležitej školskej zručnosti. Veľmi vhodné je používanie kompenzačných pomôcok určených pre ľavákov.

Pri diagnostikovaní skríženej lateralít oka a ruky, nevyhranenej lateralite, ambidextrii, preučennej dominancii (z rôzneho dôvodu) u dieťaťa/žiaka je potrebné informovať rodičov aj školu, že osvojenie činnosti písania a čítania a priestorovej orientácie môže trvať dieťaťu dlhšiu dobu a môže byť spojené s určitými ťažkosťami. Dieťa môže mať pretrvávajúce problémy v zrkadlovom vnímaní tvarov písmen a hlások, v prehadzovaní ich poradia v slovách, v matematike, v priestorovej orientácii aj orientácii na ploche. Ak sa u dieťaťa potvrdí aj oslabená priestorová orientácia, je dobré mu poskytnúť pomôcky na kompenzáciu alebo eliminovanie tohto znevýhodnenia.

Pri deťoch/žiakoch s takým druhom zdravotného znevýhodnenia, pri ktorých je jedna z končatín čiastočne či úplne paralyzovaná alebo chýba, alebo pri zrakových postihnutiach, sa môže častejšie stať, že dieťa/žiak píše nedominantnou rukou, má skríženú lateralitu a oslabenia v priestorovej orientácii. Z toho dôvodu sa môžu vyskytnúť rovnaké ťažkosti, ako sú popísané vyššie. Preto je potrebné venovať takýmto deťom zvýšenú podporu v tejto oblasti.

Klasické školské pomôcky sú väčšinou vytvorené pre pravákov, a preto sú pre ľavákov tvarované opačne. To môže spôsobovať u ľavákov ich nevhodné držanie, sprevádzané krivením ruky a chrbtice, a môže spôsobiť i zdravotné problémy. Písacie pomôcky pre ľavákov majú špeciálny rýchloschnúci atrament alebo sú to rollery, ktoré si dieťa nerozmaže. Hroty sú pevnejšie, aby sa nezničili alebo neroztlačili. Špeciálne ergonomické perá majú priehlbiny na palec a ukazovák dieťaťa prispôbené ľavej ruke. Strúhadlá majú opačnú ostrú hranu, aby žiaci mohli strúhať ceruzku ľavou rukou doľava. Nože nožníc sú vsadené opačne, aby ľavák videl, čo a ako strihá, a zároveň aby nožnice držal v ruke pohodlne. Pravitka sú číslované z opačnej strany, aby dieťa dobre videlo na čísla, keďže ťahá ruku pri rýsovaní sprava doľava.

9. Zoznam použitej literatúry

BERECKÁ, O., ČULEN, J. 1996 Prejavy osobnosti delikventa v kresebných projektívnych technikách: teste ľudskej postavy a teste stromu. *Psychológia a patopsychológia dieťaťa*, 31, 1996, č. 2, s. 135 – 143.

BIŠČO KASTELOVÁ, A., NÉMETH, O. 2020. *Základy špeciálnopedagogickej diagnostiky a špeciálnopedagogického poradenstva*. Bratislava: Iris, 2020. 301 s. ISBN 978-80-8200-056-9.

ČULEN, J. 1968. *Modifikácia skúšky klepotu ako indikátora vývinu senzomotoriky a lesionálnych porúch poškodení mozgu* (nepubl., 1968).

HEALEY, J. M. 2002. *Leváci a jejich výchova*. Praha: Portál, 2002. 112 s. ISBN 80-7178-701-9.

KASTELOVÁ, A. 2014. *Diagnostika v špeciálnopedagogickom poradenstve*. Bratislava: Iris, 2014. 380 s. ISBN 978-80-89726-09-7.

4.

Diagnostika motoriky a motorického vývinu

Autorka: PhDr. Erika Pribusová

Hodnotitelia: PhDr. Jana Olíková
Mgr. Anton Kalina

Recenzentka: PhDr. Gabriela Ručková, PhD.

Optimálny motorický vývin je predikátom školskej úspešnosti dieťaťa. Adekvátne úroveň jemnej motoriky umožňuje využiť jemnú a hrubú motoriku pri osvojovaní samoobslužných činností a školských zručností ako písanie, kreslenie, geometrické úkony a podobne. V priebehu vyšetrenia je potrebné pozorovať celkovú mieru pohyblivosti dieťaťa v zmysle celkového postoja, zručnosti a vizuomotorickej koordinácie pri manipulácii s testovým materiálom. Úroveň jemnej motoriky sa preukáže v kresbových skúškach a vhodné je porovnať aj písmo žiaka (kvalitu čiar a spojení, správny úchop ceruzky a podobne). U predškolských detí vieme pozorovať ich jemnú a hrubú motoriku pri hre alebo stavaní kociek.

1. Prostredie

V škole, v osobitnej miestnosti, v ktorej je zabezpečené súkromie a pokoj a je dostatočne priestraná na administráciu vybraných metód. Ambulantne v školskom zariadení VP a P.

2. Kompetenčný rámec

Psychológ, špeciálny pedagóg, liečebný pedagóg v zariadení poradenstva a prevencie. Školský špeciálny pedagóg, školský psychológ, liečebný pedagóg v škole vykonávajú orientačnú diagnostiku podľa kapitoly 5.1.

3. Vzťah

Činnosti, ktoré diagnostikovaný počas diagnostiky úrovne motoriky realizuje, patria medzi prirodzené a relatívne jednoduché, s možnosťou variácie podľa veku a aktuálneho emocionálneho a výkonového nastavenia diagnostikovaného. Patria teda k diagnostickým výkonom, pri ktorých nie je potrebné venovať mimoriadnu pozornosť raportu.

V prípade, že je úroveň motoriky posudzovaná nepriamo prostredníctvom hodnotiacich škál, eventuálne formou rozhovoru so zákonným zástupcom alebo opatrovateľom dieťaťa, je potrebné dôsledne zvážiť prítomnosť diagnostikovaného pri rozhovore.

4. Účel

Diagnostika motoriky a motorického vývinu je nevyhnutnou súčasťou komplexnej diagnostiky u detí/žiakov:

1. so zdravotnou anamnézou, ktorá indikuje možné zmeny v oporno-pohybovej sústave – od vrodených a v ranom veku identifikovaných chorôb a syndrómov až po poúrazové stavy v staršom školskom veku, resp. dospelosti (u osôb v starostlivosti alebo dispenzarizácii ortopéda, neurológa, fyzioterapeuta a pod.),
2. ktorých motorické a koordinačné problémy identifikovala škola alebo zákonný zástupca/opatrovateľ,
3. v ranom a predškolskom veku pri komplexnom posúdení vývinu,
4. v prípade ktorých posúdenie motoriky a motorického vývinu vyplýva z konziliárneho zhodnotenia postupov,
5. špecifická indikácia na posúdenie motoriky a motorického vývinu je u osôb s mentálnym a senzorickými postihnutiami a ťažkým narušením komunikačnej schopnosti, a to vo vzťahu k lokomócií, náhradnému komunikačnému kanálu i kariérnej výchove.

Účelom diagnostiky motoriky a motorického vývinu je:

- popísanie úrovne psychomotorického vývinu na porovnanie s typickým vývinom v danom veku (normatívne) a stanovenie najbližších mílnikov pre rehabilitačný/reedukačný proces (funkčne);
- určenie vplyvu individuálnych motorických schopností dieťaťa na edukáciu s akcentom a posúdenie potreby modifikácie prostredia, metód, foriem a obsahu vzdelávania na adekvátne a efektívne nadobúdanie kľúčových kompetencií v edukačnom procese;
- predikovanie možností výkonu povolania pri kariérnom poradenstve,
- diagnostiku motoriky je vhodné zaradiť do komplexnej diferencálnej diagnostiky pri posúdení organickej integrity.

5. Metódy a postupy

5.1 Orientačná diagnostika

V rámci anamnézy zisťujeme informácie od rodičov/pedagógov o jednotlivých úrovniach motorického vývinu dieťaťa/žiaka – základné lokomočné a psychomotorické mílniky a špecifiká ich nástupu (oneskorenie, preskočenie stupňa, akcelerácia).

Pozorovanie dieťaťa:

- Pri spontánných činnostiach – sledujeme dieťa pri bežných úkonoch a voľnej hre. Všímame si kvantitu a kvalitu motorických úkonov, spontánnu pohybovú aktivitu, uchopovanie a špecifické prejavy.
- Pri zámerných činnostiach – zámernými činnosťami na určenie úrovne motoriky sú indukovaný pohyb v miestnosti, po línii, pohyb cez prekážku, po schodoch, koordinácia a súmernosť pohybov, flexia. V prípade jemnej motoriky sledujeme úroveň úchopu, koordinácie ruka – oko, obkresľovanie, schopnosť vkladať predmety do otvorov a zapínať a odopínať rôzne spojovacie prvky, podľa veku dieťaťa pri sledovaní jemnej motoriky zaradiť napríklad strihanie nožnicami po čiare alebo voľné strihanie.
- Špecifickú pozornosť je potrebné venovať používaniu kompenzačných zdravotníckych pomôcok a možností využívania štandardných či upravených nástrojov IKT (myš, klávesnica, ovládanie pomocou očných pohybov a pod.).

Rozhovor s klientom – najmä u starších žiakov a adolescentov je zdrojom cenných informácií na posúdenie úrovne motoriky rozhovor, napríklad o obľúbených činnostiach, o prípadných prekážkach v pohybe, o koníčkoch spojených s jemnou motorikou a pod. Samozrejme, rozhovor s klientom je cenný aj pri mladšom veku, keď v kontexte voľného rozhovoru mapujeme, ktoré činnosti má rád, ktorým sa rád vyhne a podobne.

5.2 Testy a metódy

Posúdenie úrovne motoriky a motorického vývinu sa realizuje priamo a/alebo nepriamo v kvantitatívnej a kvalitatívnej rovine v oblastiach lokomócie, jemnej motoriky a koordinácie. Úroveň motoriky a motorického vývinu môže byť posudzovaná priamo prostredníctvom pozorovania dieťaťa, vývinových škál alebo rôznych testov motoriky.

Nepriame posudzovanie sa realizuje prostredníctvom hodnotiacich posudzovacích škál a nepriamych exploračných metód. Kvantitatívne vyhodnotenie výsledkov umožňuje porovnanie individuálnych výkonov dieťaťa s populačnou normou. Kvalitatívne vyhodnotenie výsledkov je zamerané na posúdenie úrovne samostatnosti, nevyhnutnej podpory a špecifických motorických predpokladov u diagnostikovaného dieťaťa.

Pri stanovení úrovne motorických schopností môžeme využiť súbor informácií, ktorý získame z anamnézy, rozhovoru s rodičom alebo pedagógom, klientom a z pozorovania.

Test motoriky pre deti MABC-2 (S. E. Henderson, D. A. Sugden, Anna L. Barnett, autor českej verzie: R. Psotta, Hogrefe – Testcentrum, Praha, 2014) je štandardizovanou skúškou motoriky. Spôsob hodnotenia je kvantitatívny a kvalitatívny.

Kvantitatívne hodnotenie výkonu v pohybových úlohách je výsledkom porovnania s vekom dieťaťa a populáciou. Kvalitatívne hodnotenie je zamerané na spôsob realizácie pohybových úloh dieťaťom. Test MABC-2 je určený na hodnotenie úrovne motoriky a identifikáciu stupňa a charakteru problémov v motorike, resp. vývinovej poruchy pohybovej koordinácie u detí vo veku od 3 do 16 rokov. Obsahuje tri vekové verzie – pre vekovú skupinu 3 – 6 rokov, 7 – 10 rokov a 11 – 16 rokov. Je určený na individuálnu administráciu s orientačnou časovou dotáciou v rozsahu 20 – 40 minút. Test je možné administrovať aj skupinovo. Je potrebné absolvovať výcvikový kurz.

Orientačný test dynamickej praxie (Míka, 1982) je skriningový test zameraný na zistenie úrovne jemnej a hrubej motoriky a schopnosti reagovať na dynamický podnet u detí vo veku batolaťa až raného školského veku. U detí s postihnutím motorického vývinu sa predkladá bez ohľadu na vek. Primárne je test zameraný na zachytenie detí s motorickým alebo komplexným oneskorením vo vývine, predovšetkým s organickou etiológiou. Takisto zisťuje mieru krátkodobej pamäti na pohybové sekvencie.

Vývinové škály:

- **Gessel test, Gessel** – rastové gradienty sú určené pre deti od 4 týždňov do 36 mesiacov.
- **Bayley II, III** – škála detského vývinu (BSID II, Bayley III), ktorú možno využiť u detí vo veku od 16 dní až do 42 mesiacov a 15 dní.
- **Mníchovská funkcionálna diagnostika** – pre deti od narodenia do 3 rokov.
- **Strassmeier** (260 cvičení pro deti raného věku, 2015), pre deti od narodenia do 5 rokov, **Stoppardová** (Otestujte svoje dieťa, 2005).
- **Brünt-Lézineová**: Psychomotorický test, pre deti od narodenia do 6 rokov – obsahuje o. i. aj škály na posudzovanie hrubej a jemnej motoriky v nadväznosti na jednotlivé vývinové stupne.
- **Oseretského motometrická škála** (Bruinings-Oseretski test of motor proficiency, BOT-2) – posledné vydanie z roku 2005 je určené pre osoby vo veku 4 – 21 rokov a zamerané na posúdenie hrubej a jemnej motoriky. Škála hodnotí úroveň motorickej koordinácie a presnosti rôznych pohybov.
- **Funkčná škála hrubej motoriky** (GMFM-66, GMFM-88) Russellová D. et al. (2002) – diagnostický nástroj na posúdenie úrovne hrubej motoriky a jej zmien u detí s detskou mozgovou obrnou, od veku 5 mesiacov do 12 rokov. K dispozícii je iba anglická verzia.

6. Diferenciálna diagnostika

Za dieťa alebo žiaka s telesným postihnutím možno považovať dieťa alebo žiaka s takou poruchou či poškodením nervovej alebo pohybovo-opornej sústavy, ktorého úroveň motorických schopností predstavuje požiadavku na úpravu podmienok, obsahu, foriem, metód a prístupov vo výchove a vzdelávaní, a tento stav nemá krátkodobý charakter. Stanovenie diagnózy je výsadou rezortu

zdravotníctva a poradenský systém pomáha nahliadať na dieťa/žiaka s jeho silnými a slabými stránkami a uspokojovať tomu možnosti vo vzdelávacom procese.

O vývinovú poruchu koordinácie (dyspraxiu) ide vtedy, keď:

- koordinačné motorické schopnosti sú pod očakávanou normou v porovnaní s rovesníkmi, ktorí majú rovnaké podmienky na naučenie sa a uplatňovanie týchto zručností;
- ťažkosti sa prejavujú nemotornosťou, pomalosťou a nepresnosťou pri pohyboch a výrazne a trvale ovplyvňujú každodenné aktivity, školský výkon, prípravu na povolanie a iné bežné aktivity;
- začiatok ťažkostí spadá do obdobia raného detstva; príčinu nie je možné lepšie vysvetliť poruchou intelektu alebo postihnutím.

Zároveň Říčan a Krejčířová upozorňujú, že „dyspraktické dieťa má problémy pri nachádzaní a predvádzaní rečových pohybov, nepamätá si, ako idú po sebe, nedokáže rýchlo nájsť vhodnú pozíciu úst pre artikuláciu určitej fonémy. Zvlášť u nepočujúcich detí sa automatizácia rečových vzorcov vyvíja pomaly, a preto sa môže narušiť pamäť pre hovorené slovo“ (Říčan, Krejčířová, 2006, str. 117).

7. Nastavenie podporných opatrení

Podporné opatrenia sa variujú od stupňa narušenia motoriky a množstva ďalších faktorov – od nastavenia a používania jednoduchých kompenzačných pomôcok až po neustálu potrebu asistencie.

Pri prekonávaní bariér, ktoré vytvárajú poruchy motorických schopností v prirodzenom a edukačnom prostredí, sa využívajú individuálne nastavené reedukačné a kompenzačné postupy a pomôcky.

8. Zoznam použitej literatúry

BAYLEY, N. 2006. Bayley scales of infant and toddler development (3rd ed.). San Antonio, TX: Pearson.

BRUININKS, R., BRUININKS, B. 2005. Bruininks-Oseretsky test of motor proficiency (2nd ed.). Minneapolis, MN: NCS Pearson.

MÍKA, J. 1982. Orientační test dynamické praxe. Bratislava: Psychologické a didaktické testy. 1982.

PSOTTA, R., HENDERSON, S. E., SUGDEN, D. A., BARNETT, A. L. 2014. MABC-2 test motoriky pro děti, Děti - Příručka. 1. české vydání. Praha: Hogrefe Test centrum, 2014, s. 104.

RUSSEL, D. et al.: Gross motor function measure: (GMFM - 66 and GMFM - 88) user's manual. 1. vyd. London: Mac Keith Press. 2002. 237 s. ISBN 1 89868329 8.

ŘÍČAN, P., KREJČÍŘOVÁ, D. et al. 2006. Dětská klinická psychologie, 4., přepracované a doplnené vydání, Praha: Grada, 2006. 608 s. ISBN: 978-80-247-1049-5.

STOPPARDOVÁ, M. 2005. Otestujte svoje dieťa. Bratislava: Ikar, 2005. 192 s. ISBN 80-55109-60-5.

STRASSMEIER, W. 2011. 260 cvičení pro děti raného věku. Praha: Portál, 2011. 296 s. ISBN 978-80-7367-880-7.

5.

Diagnostika zrakové percepce a percepční zátěže

Autorky: PhDr. Erika Pribusová
PhDr. Jana Olíková

Hodnotitelky: PaedDr. Erika Viščorová
Mgr. Eva Vaščáková

Recenzentka: doc. PhDr. Alexandra Biščó Kastelová, PhD.

Ako uvádza Bednářová a Šmardová (2015), zrakom prijímame najviac informácií zo svojho okolia. Zrak nám sprostredkováva poznanie hmotného sveta a je aj prostriedkom komunikácie. Od narodenia dieťaťa sa jeho zrakové vnímanie postupne vyvíja, rozširuje a spresňuje.

Na začiatku raného vývinu dieťa pozoruje osoby a predmety, neskôr sa ich snaží dotknúť, chytiť do ruky, zameriava smer a cieľ pohybu, rozlišuje jeho umiestnenie v priestore, teda nastupuje **vizuomotorická koordinácia**. Keď dieťa pozoruje predmet a snaží sa ho oddeliť od komplexného pozadia – ide o **vnímanie figúry a pozadia**. Po druhom roku života sa rozvíja u batolaťa schopnosť **konštantnosti vnímania**, čo znamená, že dokáže rozpoznať predmet bez závislosti od jeho veľkosti, farby a umiestnenia, pričom táto schopnosť zároveň **úzko súvisí s chápaním trvania objektov**.

Zraková diferenciácia je tiež úzko prepojená s **konštantnosťou vnímania**, so schopnosťou triedenia, uvedomovania si časti a celku, polohou predmetu. Aby sme mohli porovnať dva prvky, musíme si uvedomiť, ktoré časti majú rovnaké a v ktorých sa odlišujú. Až v predškolskom veku je dieťa schopné vnímať a uvedomovať si **polohu predmetu v priestore**. Najskôr rozlišuje vertikálnu polohu predmetu, teda jeho horno-dolné postavenie, pretože schopnosť rozpoznať horizontálnu polohu, t. j. pravo-ľavé postavenie, nastupuje vývinovo neskôr – až okolo 6. roku života.

Pre zrakové vnímanie v predškolskom veku je charakteristický **konkrétny obsah** (konkrétne predmety, osoby a zvieratá, nie na obrázku) so zameraním skôr na celok ako na detaily. Podľa Vágnerovej (2012) je dieťa spôsobilé navštevovať školu schopné vnímať celok ako súbor častí, medzi ktorými sú nejaké vzťahy. To znamená, že dokáže rozložiť celok na časti a identifikovať jednotlivé detaily, napr. nájsť písmená v slove a tento poznatok má podstatný význam pri vývine **zrakovej analýzy a syntézy**.

Pre školáka je dôležité pri čítaní sledovať text zhora dolu a zľava doprava. Fixácia očí v uvedenom smere a pravidelný **posun očí** po riadku môže byť pre niektoré deti namáhavý a poukazuje na nízku schopnosť **koordinácie očných pohybov**. Dieťa spôsobilé navštevovať školu dokáže koordinovať očné pohyby po vnímanom objekte tak, aby ho vnímalo čo najpresnejšie.

Významnou súčasťou zrakovej percepcie je schopnosť správne vnímať poradie, t. j. **vizuálno-sekvenčná percepcia**, u školáka ide spravidla o vnímanie poradia písmen a číslic. Tie sa môžu dieťaťu v prípade oslabenia javiť inak, ako sú zobrazené izolovane. Dôležitým aspektom vizuálnej percepcie je úroveň fungovania magnocelulárnych dráh, senzorickej spojení, ktoré slúžia na rýchly presun informácií z oka do mozgu. Tie podmieňujú schopnosť zachytiť meniace sa zrakové podnety a sú potrebné na zvládnutie čítania. Pokiaľ mechanizmus nefunguje tak, ako by mal, dieťa nedokáže dostatočne rýchlo spoznávať písmená v slovách alebo celé slová, musí sa viac sústrediť a pomaly ich rozpoznať, čo ho vyčerpáva. Primerané fungovanie magnocelulárnych dráh je dôležité pri zameraní vizuálnej pozornosti i pri udržaní kontinuity čítania v riadku.

Už od dojčenského veku sa tiež rozvíja schopnosť znovu poznávať zrakové podnety, t. j. rozvíja sa **zraková pamäť**. Presnosť a schopnosť zapamätania objektov vnímaných zrakom má veľký význam pre myslenie dieťaťa a v školskom veku je mimoriadne dôležitá pri **zapamätaní si a vybavení symbolov, najmä písmen a číslic**.

Od nástupu dieťaťa do školy sa kvalita zrakovej percepcie vplyvom edukácie a osvojenia základných školských spôsobilostí – čítania a písania – postupne zvyšuje a skvalitňuje.

Diagnostika zrakovej (vizuálnej) percepcie zahŕňa nasledujúce oblasti:

1. schopnosť ľavo-pravého pohybu očí,
2. schopnosť rozlišovania (diferenciácia)
 - a) farby, veľkosti, množstva,
 - b) figúry a pozadia,

- c) podobných alebo obrátených tvarov,
- 3. zrková analýza a syntéza (skladanie alebo rozkladanie zrkových podnetov z celku na časti alebo naopak),
- 4. vizuálna pamäť (znovupoznanie a zapamätanie si jednotlivých predmetov či symbolov),
- 5. pravo-ľavá orientácia,
- 6. orientácia v priestore,
- 7. vizuomotorická koordinácia (koordinácia pohybov ruky a oka),
- 8. konštantnosť zrkového vnímania.

Zrkové vnímanie tvorí v školskom veku veľmi dôležitý predpoklad na úspešné zvládnutie čítania, písania, počítania.

1. Prostredie

V školskom prostredí žiaka, ambulantne v centre výchovného poradenstva a prevencie.

2. Kompetenčný rámec

Školský psychológ, školský špeciálny pedagóg, samostatný psychológ, psychológ s 1. a 2. atestáciou, samostatný špeciálny pedagóg, špeciálny pedagóg s 1. a 2. atestáciou.

3. Vzťah

Na diagnostiku zrkovej percie je potrebné nadviazanie diagnostického raportu (dôverný, harmonický a kooperatívny vzťah medzi diagnostikom a diagnostikovaným). Testové metódy majú kvalitatívny, ako aj kvantitatívny charakter. Bezpečný, vrelý, dôverný, otvorený a podporujúci vzťah spolu s vhodnou motiváciou na spoluprácu a spôsobom zaradenia tohto typu testov do používanej batérie (načasovanie) môžu mať podstatný vplyv na kvalitu a kvantitu výkonu klienta.

Výsledky testových metód môžu byť výrazne ovplyvnené aktuálnym emočným stavom dieťaťa, kvalitou pozornosti, osobnostnými predpokladmi (zvládanie záťaže, motivačná a aspiračná úroveň, výkonnostná orientácia, úzkosť a úzkostnosť, obozretnosť, aktivácia obranných mechanizmov osobnosti), takisto aj vekom, fázou vývinu, kultúrne podmienenými odlišnosťami v spolupráci.

U malých detí je možné nadväzovať dobrý raport začatím diagnostiky formou hry, neformálnym rozhovorom. Vyžaduje sa citlivé zváženie rozsahu a záťaže v rámci diagnostického procesu (potrebne zvážiť sekvenčné rozdelenie diagnostického procesu, aby dieťa nebolo vystavované nadmernej záťaži a výkon bol čo najmenej skreslený únavou). Pre mladšie deti môže byť neistota viac viazaná na novosť situácie, kontakt s cudzím dospelým, odlúčenie od sprevádzajúcej osoby (separačná úzkosť). Staršie deti môžu mať viac neistotu zo samotnej diagnostiky (obava a neistota z úspešnosti, zvládnutia, záverov... hodnotenia).

Výkonnostné testy a takisto úlohy rutinnejšieho charakteru sú založené aj na potrebe udržať vyššiu motiváciu počas celej doby diagnostiky.

4. Účel

Diagnostiku zrkovej percie realizujeme ako súčasť diferenciálnej diagnostiky vývinových porúch učenia (VPU). Využití ju môžeme pri odporúčaní vhodnej stratégie učenia alebo pre pri podozrení na

susp. organické zmeny v kognitívnom vývine. Pri diagnostike zrakovej percepcie a percepčnej záťaže je potrebné brať do úvahy nerovnomernosť vývinu niektorých špecifických funkcií u dieťaťa, interindividuálne rozdiely medzi jednotlivcami a tiež rozdiely podmienené pohlavím a vekom.

5. Metódy a postupy

Spôsob realizácie, výber metód a foriem práce je prispôsobený mentálnemu a fyzickému veku dieťaťa (bližšie vo výkonovom štandarde diagnostika).

Diagnostiku detí začíname vždy vstupným rozhovorom s rodičom/zákonným zástupcom, získaním dostatočných informácií o zdravotnej, rodinnej a školskej anamnéze dieťaťa, vyjasnením si zákazky, stanovením cieľa, naplánovaním postupu. Prvé stretnutie s dieťaťom/klientom spravidla nasleduje až po tejto fáze. Mladšie deti nevydržia čakať na vyšetrenie, dostavuje sa u nich únava a preťaženie, čo znižuje kvalitu výsledkov vyšetrenia (preto nie je vhodné, aby boli účastní pri prvom stretnutí). U detí je potrebné rátať s dostatočnou časovou dotáciou na nadviazanie kontaktu a vzťahu s vyšetrujúcim (najlepšie cez spontánne činnosti, ako sú kreslenie na voľnú alebo danú tému, hra, pohybové aktivity a pod.). U mladších detí (do 6 rokov) môže byť rodič prítomný počas vyšetrenia. Vyšetrujúci ho inštruuje, že nesmie vstupovať do priebehu vyšetrenia, komentovať verbálne alebo neverbálne výkon dieťaťa a pod. Prítomnosť rodiča môže ovplyvniť v pozitívnom (zvyšuje sa pocit istoty a bezpečia u dieťaťa), ale aj v negatívnom zmysle (u dieťaťa sa zvyšuje tlak na podaný výkon) na priebeh a výsledky vyšetrenia. Skutočnosť, že bol rodič/ZZ prítomný na vyšetrení alebo jeho časti, je potrebné uviesť aj v záverečnej správe (odporúčame uviesť efekt prítomnosti rodiča/ZZ). Vzhľadom na nižšiu schopnosť koncentrácie pozornosti a výdrže pri práci s mladšími deťmi je niekedy potrebné vyšetrenie realizovať na viacerých stretnutiach (po častiach).

U starších detí (od 10 rokov vyššie) je možné po vstupnom rozhovore s rodičom, po štúdiu anamnézy, vyjasnení zákazky a výbere vhodných testov pristúpiť k diagnostickému vyšetreniu.

U adolescentov je možné realizovať aj test percepčnej záťaže, ktorý býva súčasťou profesijnej orientácie (zistenie predpokladov na určitý typ štúdia, napr. športová škola a pod.).

Diagnostický proces zrkového vnímania sa opiera o klinické a testové metódy:

Pozorovanie – počas vyučovania, ev. počas priameho kontaktu s klientom (dieťa, žiak, študent). V rámci stanoveného cieľa (predbežné zhodnotenie úrovne zrakovej percepcie) sa v procese diagnostiky zrkového vnímania zameriavame na identifikovanie nasledovných ťažkostí:

- s hľadaním skrytých obrázkov na zaplnenom pozadí,
- s orientáciou v priestore (rozlišovanie figúry a pozadia, vizuálna diskriminácia),
- odmietanie činností ako skladanie puzzle, sústredenie pozornosti na detaily,
- uprený pohľad na ľudí alebo predmety,
- zvýšený záujem o vizuálne výrazné objekty s výraznou farbou alebo zaujímavým pohybom,
- oslabená zrková pamäť,
- prekračovanie línie pri vyfarbovaní (narušená vizuomotorická koordinácia),
- žmúrenie,
- preferencia tmavých miest,
- slabý očný kontakt (vizuálna hypersenzitivita),
- problém rozoznať emócie v tvári, nerozoznávanie známych tvárí (vizuálna hyposenzitivita) (bližšie in Lištiaková, Kováčová, 2016).

Výkon je vhodné pozorovať aj počas hrania spoločenských hier (napr. vizuálna pamäť – pexeso a pod., scrabble, bludiská, osemsmerovky, hľadanie rozdielov a pod.).

Pozorovanie výkonu pri aplikácii akéhokoľvek testu/metódy – schopnosť zapamätať si vizuálnu inštrukciu, kvalita čítania inštrukcie, chybovosť v prepise a pod.).

- **Anamnestické údaje** – získavame relevantné údaje o klientovi z minulosti, ktoré majú súvis s aktuálnym stavom v oblasti vizuálnej percepcie. Informácie sa môžu týkať osobnej, rodinnej, ako aj environmentálnej (užšie a širšie prostredie) anamnézy vo vzťahu k rozvoju zrakovkej percepcie. V rámci osobnej anamnézy môžeme zisťovať zdravotné ťažkosti, úrazovosť, vizuomotorickú koordináciu, kresbu, skladanie skladačiek, puzzle, orientáciu v priestore, písomné práce (opis, prepis, diktát), výkon v geometrii, orientáciu na mape, vyhľadávanie detailov.
- **Analýza školských výkonov** (výkon v testoch, odpovediach, zabúdanie úloh, strácanie sa v inštrukciách, neschopnosť zopakovať inštrukcie). Výkon je potrebné posudzovať komplexnejšie (motivačná zložka, nadanie dieťaťa, podnetnosť prostredia).

Testové metódy zamerané na zistenie úrovne zrakovkej percepcie:

Test obkresľovania (T-32, Matějček, Vágnerová, 1992) – prináša informácie o úrovni základných funkcií potrebných na grafomotorické napodobňovanie, t. j. o zrakovkej percepcii, motorike dieťaťa všeobecne a taktiež špecificky o súhre zrakového vnímania a jemnej motoriky. Test diskriminuje zrelosť, ev. poruchu nervového systému. Test je diferencovaný podľa veku. Prvá časť obsahuje predlohy s jednoduchými geometrickými figúrami. V druhej časti sú predlohy so zložitejšími plošnými obrazcami a tretia časť predstavuje predlohy s priestorovými obrazcami. Test obkresľovania (T-32, Matějček, Strnadová, 1974) je určený pre deti od 5 do 13 rokov. Pre ťažkosti v zrakovkej percepcii (nutné zväžiť vývinovo podmienený výkon, teda či je dieťa vo veku, keď môžeme očakávať napríklad horizontálne dekódovanie) robí dieťa/žiak chyby a nepresnosti čiar a uhlov. Kvalitatívne nepresnosti umožňujú predikovať úspešnosť, resp. ťažkosti dieťaťa v písaní. Test je vhodné použiť ako súčasť testovej batérie pri zisťovaní školskej spôsobilosti detí, slúži na posúdenie úrovne vizuomotorickej koordinácie z hľadiska vývinu zrakového vnímania.

Test kresby postavy (T-76, Šturma, Vágnerová, 1992) – v rámci výkonu nasvedčuje ťažkostiam s vizuálnou percepciou výrazná disproporčnosť postavy, nesprávne pripojenie častí tela, rigidita spracovania a výskyt stereotypov, vynechanie podstatných detailov, primitívne spracovanie (vzhľadom na vek a diagnostikované schopnosti), zlá koordinácia čiar (ich nadväznosť, pripájanie), umiestnenie postavy (naklonenie, rozvrhnutie kresby na papieri), bizarné prvky.

Reyov-Osterriethov test komplexnej figúry TKF (T-65, Rey, Osterrieth, 1959, príručku spracovali Košč, Novák, 1997) – ako uvádza Vágnerová (2001), metódu je možné použiť na hodnotenie vizuálnej percepcie, senzomotorických zručností, pozornosti a pamäte. Diagnostický prínos metódy je v možnosti posúdenia úrovne vnímania a zapamätávania rôznych detailov a ich priestorových vzťahov. Skúška býva akceptovaná aj ako metóda na orientačné zhodnotenie priestorových schopností, ktoré sú súčasťou matematickej inteligencie (Košč, Novák, 1997). Metóda je určená na individuálnu administráciu pre deti vo veku od 5,6 do 17,5 roku. Kresba je posudzovaná z troch hľadísk: správnosti reprodukcie, pracovného štýlu a podľa času, ktorý potreboval proband na nakreslenie figúry. Pri poruche priestorovej orientácie (čo sa môže vyskytovať u detí s VPU, ale aj PAaP) sa vyskytuje podľa M. Košča (Košč, Novák, 1997) šrafovanie línií v kópii, postup pri vypracovaní juxtapozíciou (naliepaním, postupným prikladaním detailov vedľa seba), chaotické a nesystematické kreslenie čiar.

V reprodukcii sa objavuje zostavovanie do primitívnych celkov, dezorientácia a konfúzia, nesprávne umiestňovanie detailov, neuzatváranie detailov do celkov.

Na doplnenie alebo špecifikáciu ťažkostí v zrakovkej percepcii je vhodné použiť **diagnostický súbor od Sindelarovej**:

1. **Vizuálna diferenciácia tvarov** (Sindelarová, 2008) – test pozostáva z dvoch samostatných

skúšok: 1. Vizualna diferenciacia tvarov – obrázkov. 2. Vizualna diferenciacia tvarov – slov. Testy umožňujú pomerne detailne uchopiť úroveň vizualnej diferenciacie dieťaťa vo forme prezentovaných dvojíc obrázkov/slov. Dvojice sú buď rovnaké, odlišné chýbajúcim detailom, alebo formou. Hodnotenie je kvantitatívne i kvalitatívne. Analýza výsledkov slúži na odhalenie deficitu v danej čiastkovej funkcii, čo následne umožňuje nastaviť individuálny špecifický plán nápravy.

2. **Vizualne členenie** (diferenciacia figúry a pozadia) (Sindelarová, 2008) – dieťa prekresľuje zadané obrazce. Sleduje sa schopnosť vizualnej analýzy, komplexné vnímanie formy obrazca a dvojdimenzionálne vnímanie priestoru. Neúčelové pohyby pri prekresľovaní môžu poukazovať na nezrelosť CNS.
3. **Vizualna pamäť – obrázky, obrazce, písmená** (Sindelarová, 2008) – dieťa sleduje dve minúty 8 kartičiek s obrázkami, respektíve s obrazcami či písmenami. Po ich otočení rubovou stranou nahor má priradiť identické dvojice pod správny obrázok. Test hodnotí úroveň vizualnej pamäti dieťaťa, odhaľuje kompenzačné mechanizmy, zníženú koordináciu očných pohybov, využívanie a vytváranie stratégie (kódovania), deficit v schopnosti vizualneho postrehovania.

Na diagnostiku detí v predškolskom veku možno použiť Včasné zachytenie deficitov čiastkových funkcií v materskej škole a v predškolskom veku – Mačka Mňau (Sindelar).

Reverzný test (A. W. Edfeldt, upravila M. Jurčová) – pomocou tohto testu je možné zistiť úroveň zrelosti zrakového vnímania dieťaťa, jeho schopnosť diferencovať obrátené a otočené tvary, to znamená rozlišovať polohu hore/dolu a vpravo/vľavo, drobné tvarové rozdiely detailov obrázkov. Test sa skladá z 84 párov figúr, z ktorých sú niektoré kongruentné, iné rozdielne tvarom alebo tvarom rovnaké, ale horizontálne či vertikálne otočené. Test sa používa na vyšetrenie školskej spôsobilosti a pre mladší školský vek. Pri vyšetrení predškolákov je potrebné počítať s únavou CNS dieťaťa, výkyvmi pozornosti, a tým aj so zhoršením výkonu v druhej polovici testu. Z tohto dôvodu je možné na kvalitatívne hodnotenie použiť iba prvú polovicu testu. Test sa používa individuálne aj skupinovo pre deti od 5 do 8 rokov pri diagnostike úrovne zrakovéj percepcie. U starších detí sa používa v prípade predpokladu poruchy zrakovéj percepcie. Na základe celkového počtu bodov je možné určiť, na akej vývinovej úrovni je zraková percepcia dieťaťa a aké problémy je možné očakávať pri výučbe čítania a písania, ktoré uvedené schopnosti podmieňujú. Získané výsledky je potrebné vyhodnotiť aj kvalitatívne, aby sme zistili, v akých typoch úloh robilo dieťa najčastejšie chyby. Z kvalitatívneho hodnotenia vyplýva aj hypotéza o pravdepodobných príčinách narušenia tejto funkcie a odporúčania, ako s dieťaťom ďalej pracovať. Porucha zrakovéj percepcie nebýva závislá od postihnutia zrakového aparátu, ide skôr o dôsledok špecifickej dysfunkcie daných oblastí CNS.

Vývinový test zrakového vnímania M. Frostigovej (1972) – je zameraný na hodnotenie úrovne vizualnej percepcie detí, predovšetkým tých, ktoré majú ťažkosti v učení. Používa sa u detí od 4 do 8 rokov, pri deťoch s ťažkým postihnutím i v neskoršom veku. Metóda je zaujímavá tým, že je rozdelená do rôznych subtestov, ktoré je možné použiť aj samostatne. Test je rozdelený na 5 subtestov, pričom každý sa zameriava na inú čiastkovú schopnosť zrakovéj percepcie:

1. **Vizuomotorická koordinácia.** Dieťa kreslí čiary medzi dvoma bodmi. Zisťuje sa kvalita zrakového vnímania, zrelosť senzomotorickej koordinácie a jemnej motoriky.
2. **Figúra a pozadie.** Dieťa rozlišuje obrázky prekryté vzrastajúcim komplexným pozadím. Obrázky sú rôzne skryté alebo sa prelínajú. Na úspešné splnenie tejto úlohy je potrebná zrelosť zrakovéj analýzy a syntézy.
3. **Konštantnosť tvaru.** Dieťa má rozoznať určité geometrické tvary (napr. kosoštvorec a obdĺžnik), ktoré sa odlišujú veľkosťou, odtieňom, vnútorným vzorom a polohou v priestore. Dieťa má diferencovať rovnaké tvary od podobných bez ohľadu na ich ďalšie vlastnosti, ako sú napr. poloha alebo veľkosť. Schopnosť vnímať určitý podnet bez ohľadu na to, že ho dieťa vníma v rozličnom kontexte, patrí medzi diagnostické znaky školskej spôsobilosti. Táto schopnosť môže byť narušená oneskoreným zrením, organickým postihnutím mozgu alebo zrakovým

postihnutím.

4. **Poloha v priestore.** Dieťa má rozlíšiť, ktoré tvary sú zrkadlovo otočené a ktoré obrátené v priestore. Na tento účel boli použité schematické kresby bežných predmetov, ktoré dieťa pozná, ako kvetina alebo lopta. Subtest meria úroveň schopnosti zrakovej diferenciácie tak ako Edfeldov reverzný test.
5. **Priestorové vzťahy.** Dieťa má obkresliť určité geometrické tvary, ktoré sú zakreslené do sústavy bodiek. Aby túto úlohu dokázalo splniť, musí najskôr vizuálne analyzovať predlohu. Potom musí rovnaký obrazec zakresliť do pripravenej predlohy a zároveň ho musí rovnakým spôsobom lokalizovať. Bodky sú orientačné body, školáci si často pomáhajú počítaním, aby ich obrázok bol naozaj rovnaký ako predloha. Úspešnosť v tomto teste nezávisí len od dostatočne rozvinutej zrakovej analýzy, ale aj od úrovne grafomotoriky. Pri zisťovaní príčin neúspechu je vhodné sa dieťaťa spýtať, či je jeho obrázok naozaj rovnaký ako predloha alebo nie je. Dieťa môže vzhľadom na nezrelosť funkcií podmieňujúcich úspešnosť v teste vnímať obrázok ako nakreslený správne (oslabená zraková analýza) alebo vidí rozdiel, ale nedokáže ho lepšie nakresliť (oslabená grafomotorika).

Všetky diagnostikované čiastkové funkcie, ktoré sú potrebné na splnenie testových úloh, sú potrebné aj na prácu dieťaťa v škole. Napr. zrelosť očných pohybov a senzomotorická koordinácia sa uplatňujú pri výučbe písania. Schopnosť vizuálne diferencovať figúru a pozadie je potrebná pri analýze tlačenej alebo písanej textu. Udržanie konštantnosti určitého tvaru sa uplatní pri čítaní textu skladajúceho sa z písmen, ktorých tvary si musí dieťa zafixovať ako konštantné (dieťa dokáže identifikovať rôzne typy písmen, ktoré zodpovedajú jednej hláske). Od presného vnímania polohy písmena v priestore závisí schopnosť rozlišovať niektoré tvarovo a zrkadlovo podobné typy písmen napr. b-d, a-e, a správne vnímať postupnosť písmen v slovách alebo slov vo vete. Administrácia je individuálna. Pre každú vekovú kategóriu je určená k dispozícii tabuľka s normami prevodu na tzv. percepčný kvocient. Ten nám môže slúžiť ako základ na kvalitatívne hodnotenie vytvorením profilu percepčných schopností dieťaťa. Z profilu je možné zistiť, ktoré z čiastkových funkcií sú oneskorené alebo narušené. Je možné ho použiť ako súčasť testovej batérie pri zisťovaní školskej spôsobilosti a pri diferenciálnej diagnostike špecifických vývinových porúch učenia. Je vhodný aj pre deti s organickým poškodením CNS a pre deti so syndrómom ADHD.

Stroopov test percepčnej záťaže – je určený na zistenie percepčnej záťaže, resp. odolnosti voči záťaži tohto typu. Bol štandardizovaný na slovenskú populáciu (J. Daniel, 1983).

Testový materiál tvoria tri tabuľky a záznamový arch. Prvá tabuľka obsahuje slová označujúce rôzne farby, na druhej sú vytlačené farebné obdĺžniky a na tretej sú uvedené názvy rôznych farieb, interferenčne s farbou, ktorou sú napísané (napr. slovo modrá je vytlačené žltou). Test je administrovaný individuálne. V prípade potreby je možné doplniť ešte štvrtý subtest. V ňom má proband čítať na tretej tabuľke striedavo slová označujúce farbu a určovať farbu písma. Metódu je možné použiť u detí školského veku od 12 rokov. Výkon probanda je posudzovaný z hľadiska času aj počtu chýb. V prvom subteste zisťujeme osobné tempo, v druhom faktor perciepcie, v treťom faktor percepčnej záťaže, štvrtý subtest predstavuje faktor zvýšenej percepčnej záťaže. Podstatný je rozdiel medzi SF a F, tento index je označený ako čistý interferenčný faktor.

Záver diagnostiky vizuálnej perciepcie – po ukončení diagnostiky zrakovej perciepcie dieťaťa zhodnotíme dosiahnuté výsledky s vekovou a vývinovou úrovňou dieťaťa. Pri konzultácii uvádzame aj dôsledky oslabenia zrakovej perciepcie, ktoré sa premietnu do bežného života a objavia sa aj v škole v rámci edukačného procesu, napr. dieťa môže mať ťažkosti pri osvojovaní základov čítania, písania, orientácie v priestore a pod. Zároveň rodičom/ZZ poskytneme informácie, ako rozvíjať oslabené oblasti zrakovej perciepcie. V správe z diagnostického vyšetrenia v časti záver uvádzame aktuálne dosiahnutú úroveň zrakovej perciepcie dieťaťa aj s porovnaním pre danú vekovú kategóriu a uvedením konkrétnych dôsledkov do bežného života a edukačného procesu. V odporúčaníach navrhujeme konkrétne opatrenia na zlepšenie danej situácie smerom ku škole, domácej príprave

a uvedieme aj, ako pracovať s dieťaťom v rámci stimulácie/reedukácie pod vedením špeciálneho pedagóga v škole alebo poradenskom zariadení.

6. Diferenciálna diagnostika

V rámci diferenciálnej diagnostiky je dôležité odlišiť poruchy, resp. oneskorený vývin v oblasti zrakovej percepcie od zrakového postihnutia. V uvedenom nám pomáha orientačné vyšetrenie zraku, pri ktorom používame test zrakovej ostrosti a test vyšetrenia farbocitu. Odborné vyšetrenie zrakovej ostrosti je v kompetencii odborného lekára – oftalmológa. Ojedinele je potrebné, aby bol zrak orientačne vyšetrený špeciálnym pedagógom, aby objasnil možné príčiny jeho zlyhávania vo výchovno-vzdelávacom procese. Ide o zistenie nedostatkov v zrakovej ostrosti, ktoré môžu sekundárne spôsobovať školskú neúspešnosť, a to najmä pri osvojovaní čítania a písania, alebo ak dieťa nevidí dobre na tabuľu. Osobitne dôležité sú pravidelné vyšetrenia zrakovej ostrosti u detí so zrakovým postihnutím, ktoré vyžadujú na základe výsledkov vyšetrení úpravu veľkosti, tvaru alebo farebného podkladu písmen pri čítaní a písaní, stanovenie špecifických podmienok edukácie a možnosti využívania kompenzačných pomôcok. Podľa Vašeka (1995) sa pri orientačnom vyšetrení zraku u dieťaťa spravidla zameriavame na: a) zrakovú ostrosť (V-vízus), b) farbocit.

Vyšetrenie zrakovej ostrosti – stupeň zrakového postihnutia je vlastne mierou zrakovej ostrosti. Najčastejšie sa na jeho vyšetrenie využíva metodika vypracovaná Snellenom, ako to uvádza Mehés (1962, in Vašek, 1995). Vyšetrenie sa realizuje prostredníctvom optotypov. Sú to tabuľky, na ktorých sú vytlačené písmená alebo číslice, prípadne trojnohé vidlice v rozličných pozíciách. Veľkosť a hrúbka tlačie týchto znakov je odlišná. Umiestnenie tabuliek musí byť také, aby aj slabozraké dieťa pri náležitom osvetlení mohlo bez námahy rozpoznať ukazované znaky. Vzdialenosť optotypov od vyšetrovanej osoby je 5 metrov. Optotypy s písmenami a číslicami sa používajú pre školákov, pre analfabetov sú určené optotypy s vidlicami doplnené o rozprávkové postavičky. Vyšetrenie sa realizuje na každé oko samostatne, nevyšetované oko sa prikryje rukou. Postupuje sa od čítania (identifikácie) najväčších znakov k menším až dotedy, kým je vyšetovaná osoba schopná rozoznať ukazované znaky. Základnou jednotkou je uhol 1, pri ktorom je vyšetovaná osoba schopná identifikovať exponovaný znak (písmeno, číslicu, vidlicu). Vypočítava sa podľa vzorca $V = d/D$, V – zraková ostrosť, d – vzdialenosť optotypu od vyšetrovanej osoby, D – vzdialenosť, z ktorej vyšetované oko vidí znak pod stupňom 1. To znamená, že intaktný vízus je $5/5 = 1$.

Vyšetrenie farbocitu – farbocit sa spravidla vyšetruje pomocou pseudoizochromatických tabuliek. Tabuľky sú zostrojené tak, že do pozadia, ktoré pozostáva z rôznofarebných bodiek, sú zakomponované obrazce alebo číslice tvorené tiež bodkami jednej farby. Osoby s neporušeným farbocitom bez ťažkostí identifikujú obrazce alebo číslice. Číslice a písmená na tabuľkách sa používajú u detí, ktoré ich poznajú. Pri deťoch predškolského veku sa používajú farebné vlnky. Dieťa podľa stanoveného vzoru vyberá z hromady vlniek príslušnú farbu. Vhodnou skúškou môže byť aj zoradovanie farebných kartičiek podľa odtieňov alebo rozoznávanie farebných dvojíc. Pri poruchách farbocitu podľa Vašeka (1995) ide o: a) poruchu vnímania určitej farby za určitých podmienok – červenej (protanomália), zelenej (deuteranomália), modrej (tritanomália); b) postihnutý určitú farbu vôbec nevníma – červenú (protanotopia – červenoslepota), zelenú (deurenatopia – zelenoslepota), modrú (trinatopia – modroslepota); c) postihnutý vôbec nevníma farby (farboslepota – monochromatizmus).

Ak nám orientačné vyšetrenie zraku nepreukáže prítomnosť problémov v zrakovom vnímaní na báze narušeného farbocitu alebo zrakovej ostrosti, môžeme konštatovať, že u dieťaťa ide o oslabenie v oblasti percepcie.

Osobitným prípadom je dieťa v predškolskom veku, ktoré bolo vyšetrené s cieľom zistenia aktuálnej úrovne školskej spôsobilosti a v rámci toho bolo zistené oslabenie v oblasti zrakovej percepcie (nediferencuje tvarovo a zrkadlovo podobné tvary alebo tvary odlišujúce sa o detail, nedokáže opticky vyčleniť časť z celku a pod.). V tom prípade ide o vývinovú záležitosť, to znamená, že u dieťaťa nie je

dozretá CNS. Ak má narušené viaceré sledované oblasti školskej spôsobilosti spoločne so zrkovou percepciou, je školsky nespôsobilé a bude pokračovať v povinnom predprimárnom vzdelávaní v MŠ. Ak zistíme, že je oslabená iba oblasť zrkovej percepcie a ostatné oblasti sú primerane rozvinuté, dieťa môže nastúpiť na povinnú školskú dochádzku. V oboch prípadoch je dôležité stimulovať oslabenú oblasť zrkového vnímania tak, aby do nástupu do základnej školy dosiahlo v tejto oblasti priemernú úroveň. V prípade, že oslabenie pretrváva aj po stimulácii, je potrebné doplniť diferenciálnu diagnostiku, ktorej súčasťou je aj psychologické vyšetrenie intelektových schopností dieťaťa. Ak psychológ zistí, že dieťa sa vyvíja primerane veku a má priemerné rozumové schopnosti, môžeme pokračovať v diferenciálnej diagnostike, ktorá nám potvrdí alebo vyvráti, či zistené nedostatky v zrkovej percepcii sú súčasťou inej diagnózy, napr. vývinových porúch učenia alebo syndrómu ADD a ADHD.

Ak nám orientačné vyšetrenie zraku potvrdí prítomnosť ťažkostí v oblasti farbcitu alebo zrkovej ostrosti, je potrebné doplniť odborné vyšetrenie u lekára – oftalmológa a následne aj u špeciálneho pedagóga – tyflopéda. Súčasťou diagnostiky je psychologické vyšetrenie rozumových schopností dieťaťa. Na základe záverov oboch vyšetrení je možné stanoviť druh a stupeň zrkového postihnutia (ak vylúčime mentálne postihnutie, pretože v prípade mentálneho postihnutia u dieťaťa je primárnou diagnózou zníženie rozumových schopností v kombinácii so zrkovým postihnutím), jeho špeciálne výchovno-vzdelávacie potreby, spôsob vzdelávania a kompenzačné pomôcky. Ak u dieťaťa nejde o zrkové postihnutie, ale o poškodenie CNS, opäť je nevyhnutné doplniť ďalšie odborné vyšetrenia u lekárov špecialistov a následne psychologické a špeciálnopedagogické vyšetrenie.

7. Nastavenie podporných opatrení

Rozvoj zrkového vnímania je súčasťou prípravy na nácvik čítania a písania. Reedukačné (korekčné) a stimulačné cvičenia zahŕňajú celú oblasť zrkovej percepcie a cvičenia sú rozdelené do nasledujúcich oblastí:

1. rozlišovanie farieb a tvarov,
2. nácvik zrkovej diferenciácie,
3. precvičovanie zrkovej analýzy a syntézy,
4. rozvoj zrkovej pamäte,
5. rozlišovanie figúra – pozadie,
6. rozlišovanie reverzných figúr,
7. nácvik očných pohybov,
8. postrehovanie.

Korekcia zrkovej percepcie sa opiera o vývinovú postupnosť, ktorú je potrebné pri nácviku percepčného vnímania dodržiavať. Obsah stimulačných cvičení u mladších detí prispôbíme veku. Pre dieťa je najmenej zložité rozlišovanie dvoch figúr, ktoré sa od seba líšia tvarom. Neskôr dokáže rozlíšiť figúry rovnaké tvarom, ale obrátené vertikálne. Najzložitejšie je rozlišovanie rovnakých tvarov obrátených k sebe zrkadlovo. Zrková percepcia je čiastkovou funkciou a je dôležitá rovnako ako ostatné poznávacie funkcie pri príprave dieťaťa na nácvik čítania a písania. Poruchy zrkovej percepcie môžu byť jednou z príčin ťažkostí pri rozvíjaní kresbového prejavu (dieťa nerado kreslí alebo maľuje), hre a manipulácii s predmetmi, osvojovaní čítania a písania, pri orientácii v priestore a sociálnej komunikácii (dieťa nedokáže rozpoznať, ako sa tvári druhá osoba). Napriek tomu, že sa pri diagnostike orientujeme na posúdenie jednotlivých percepčných funkcií, nemali by sme strácať zo zreteľa celostnosť, konštantnosť a zmyslupnosť vnímania.

Stimulácia alebo reedukácia (korekcia) ťažkostí v oblasti percepcie by mala prebiehať na základe

výsledkov psychologickkej a špeciálnopedagogickej diagnostiky a odporúčaní špeciálneho pedagóga, resp. psychológa. Ten stanoví, ktoré oblasti zrakovej percepcie rozvíjať a akým spôsobom. Pred nástupom dieťaťa do školy prebieha stimulácia/reedukácia (korekcia) väčšinou pod vedením špeciálneho pedagóga poradenského zariadenia. Ak je dieťa zaškolené v ZŠ, môže v tejto oblasti spolupracovať so školským špeciálnym pedagógom. Dôležitá je v oboch prípadoch starostlivosť spolupráca s rodičmi/ZZ, ktorí by mali byť metodicky vedení odborným zamestnancom, aby vedeli, akým spôsobom pracovať s dieťaťom doma.

8. Zoznam použitej literatúry

LIŠTIAKOVÁ, I. – KOVÁČOVÁ, B. 2016. Posudzovanie v oblasti zrakového vnímania u klientov s rizikovým vývinom vo včasnej intervencii [online]. Vedecké práce KSSaP 2016. Researchs papers DSS and C 2016. Vedecký zborník [cit. 2021-08-21]. Dostupné na internete: <https://core.ac.uk/download/pdf/299826903.pdf>

ŽÁČEKOVÁ, Z. 2015. Vývin, prejavy oslabenia a rozvíjanie vizuálnej percepcie [online]. Bratislava: Metodicko-pedagogické centrum [cit. 2021-08-21]. Dostupné na internete: https://archiv.mpc-edu.sk/sites/default/files/projekty/vystup/16_oso_zacekova_zita_-_vyvin_-_prejavy_oslabenia_a_rozvijanie_vizualnej_percepcie.pdf

BOROVSKÁ, M. 2014. Intervenčná činnosť špeciálneho pedagóga pri rozvíjaní zrakovej percepcie [online]. Bratislava: Metodicko-pedagogické centrum [cit. 2021-08-21]. Dostupné na internete: https://archiv.mpc-edu.sk/sites/default/files/projekty/vystup/7_ops_borovska_marta_-_intervencna_cinnost_specialneho_pedagoga_pri_rozvijani_zrakovej_percepcie.pdf (link zo dňa 27.9.2022).

6.

Diagnostika sluchovej percepce

Autorka: Mgr. Lívia Muntágová

Hodnotiteľky: PhDr. Ľubica Kročanová
Mgr. Eva Vaščáková

Recenzentka: doc. PhDr. Alexandra Biščó Kastelová, PhD.

Sluchové vnímanie patrí medzi základné poznávacie funkcie. Predstavuje komplexnú schopnosť, ktorá podmieňuje zvládnutie techniky správneho čítania a písania písmen, slabík, slov aj čísel. Podstatnou mierou ovplyvňuje porozumenie zvukovej, rytmickej aj obsahovej stránky reči. Podieľa sa na rozvoji komunikácie a myslenia.

Oslabená schopnosť sluchového vnímania neznamená, že má dieťa poruchu sluchu. U niektorých detí aj so sluchom v norme sa môže proces sluchového vnímania vyvíjať nerovnomerne alebo oneskorene s negatívnymi dôsledkami v oblasti čítania a písania, najmä v období predprimárneho a primárneho vzdelávania.

Dieťa (žiak) má problémy s rozlišovaním hlások, tvorením slabík, slov, často zamieňa zvukovo podobné písmená alebo vynecháva písmená, komolí slová, resp. koncovky slov, nesprávne umiestňuje diakritické znamienka, s ťažkosťami si osvojuje gramatické pravidlá, nepamätá si výklad učiva, pokyny učiteľa a pod., čím sa prostredníctvom sluchovej cesty výrazne komplikuje proces učenia.

Na začiatku školskej dochádzky sa rozvíja aj schopnosť fonologickej sekvenčnej percepcie, t. j. vnímanie časovej postupnosti sluchových podnetov. Päťročné deti dokážu rozlíšiť sluchom hlásky na začiatku a na konci slova. Okolo 6. roku sa zlepšuje schopnosť rozlišovať hranice slov, diferencovať ich poradie vo vetách i radenie hlások v slove. Predovšetkým lokalizácia samohlások. Kvalita fonologickej percepcie závisí od kvality pozornosti. Tieto schopnosti sa najviac rozvíjajú v školskom prostredí pod vplyvom edukácie. Ich rozvoj umožňuje dozrievanie určitých oblastí v kôre temenného a čelného laloka, ktoré sú dôležité aj pre vývin vizuálno-sekvenčnej percepcie (Koukolík, 2000, in Vágnerová, 2012).

Oslabené sluchové vnímanie vytvára predpoklad vzniku špecifických porúch učenia (dysortografia, dyslexia).

Na odstránenie ťažkostí v oblasti sluchovej percepcie a pri stimulácii už oslabeného sluchového vnímania u konkrétneho dieťaťa (klienta) je potrebné využiť pravidelné a cielené rozvíjajúce aktivity formou stimulačných, reedukačných (korekčných) cvičení zameraných priamo na oslabenú oblasť (počúvanie, sluchová diferencácia, sluchová analýza a syntéza, sluchová pamäť, rozlišovanie figúry a pozadia, schopnosť rytmizácie).

1. Prostredie

Samostatná miestnosť, v ktorej je zabezpečené pokojné, tiché a príjemné prostredie v rámci školského (predškolského) zariadenia, ambulantne v centre poradenstva a prevencie.

2. Kompetenčný rámec

Špeciálny pedagóg, školský špeciálny pedagóg, psychológ, školský psychológ, logopéd, školský logopéd.

3. Vzťah

Kontakt s dieťaťom nadviažeme formou krátkeho rozhovoru. Primeraným spôsobom mu vysvetlíme, prečo sme sa stretli a ako bude diagnostika sluchového vnímania prebiehať. Ponúkne mu možnosť oboznámiť sa s diagnostickou pomôckou (napr. využijeme atraktivitu bzučiaka).

4. Účel

Diagnostikou sluchovej percepcie na účely tohto štandardu rozumieme orientačné posúdenie počutia dieťaťa/žiaka a jeho základných auditívno-percepčných schopností spojených s vnímaním a spracovaním auditívnych podnetov.

Zaradenie tejto diagnostiky do procesu komplexnej diagnostiky v zariadení výchovného poradenstva a prevencie je na zväžení odborného zamestnanca. Odporúčaná je najmä pri problémoch v komunikácii, učení a pri vyjadrení obáv zo straty sluchu zo strany zákonného zástupcu alebo učiteľa.

Diagnostiku sluchovej percepcie je vhodné vykonať pri nastavovaní reedukácie (korekcie), najmä u žiakov s ťažkosťami v učení, vývinovými poruchami učenia a narušenou komunikačnou schopnosťou.

Na účely diagnostiky sluchovej percepcie u detí s už identifikovaným sluchovým postihnutím odporúčame využiť najmä štandard „Starostlivosť o dieťa so sluchovým postihnutím“.

5. Metódy a postupy

Významný zdroj informácií získame z pozorovania a štruktúrovaného alebo pološtruktúrovaného rozhovoru. Všímame si, ako dieťa reaguje na otázky, či sa potrebuje uisťovať o zadaní alebo preferuje jedno ucho pri rozhovore, či reaguje na nečakané zvuky a podobne.

Orientačná skúška sluchu – vyšetrenie sluchu šepotom a hlasitou rečou patrí medzi základné a orientačné vyšetrenia. Táto skúška nám poskytuje základné informácie o stupni sluchovej poruchy a o využiteľnosti sluchu.

Diagnostika špecifických porúch učenia (Novák, 2002, preklad a adaptácia Požár, 2002, T-239). Autor príručky J. Novák zostavil do jednej batérie súbor špecifických skúšok a testov, doteraz neštandardizovaných i štandardizovaných, ale často používaných v praxi. Nájdeme v nej aj testy a skúšky týkajúce sa sluchovej percepcie:

Skúška sluchového rozlišovania, Matějček, Z. 1995. Sluchové rozlišovanie foném je percepčnou aktivitou, ktorá je potrebná pri utváraní základných čitateľských a gramatických spôsobilostí. Pri poruche auditívnej diferenciacie zisťujeme u klienta labilitu alebo narušenú schopnosť rozlišovať znelosť a zvukovo podobné hlásky. Skúška skúma sluchové rozlišovanie foném. Je rozdelená na variant A – pre vek do 8 rokov a variant B – pre vek nad 8 rokov. Examinátor postupne vyslovuje dvojice slov a dieťa určuje, či sú rovnaké alebo odlišné (variant A), dieťa uvádza aj to, ktorými dvoma hláskami sa slová odlišujú (variant B). Štruktúra skúšky: dvojice slov bez racionálneho významu, ktoré sa líšia v znelosti hlások alebo tvrdými a mäkkými slabikami, prípadne sú identické. Vyhodnotenie skúšky môže predikovať ťažkosti pri nácviku čítania a osvojovania gramatiky. V reedukačnom (korekčnom) pláne je vhodné nastaviť následný postup s ohľadom na diagnostické závery.

Skúška sluchovej analýzy a syntézy, Matějček, Z. 1995. Skúška schopnosti diferencovať slovo na jednotlivé hlásky a z jednotlivých hlások poskladať slovo je jednou z kľúčových diagnostických skúšok. Sluchová analýza reči je nutná k tomu, aby sa dieťa naučilo písať, sluchová syntéza reči je predpokladom nácviku čítania. Nedostatočne rozvinutá analýza a syntéza reči sa prejavuje komolením slov pri písaní a čítaní. Pridružené sú i ťažkosti v artikulačnej obratnosti pri narušení procesov auditívnej analýzy a nižšia vyspelosť vyjadrovacích schopností pri narušení procesov auditívnej syntézy. Pri skúške auditívnej analýzy examinátor vyslovuje jednotlivé slová podľa záznamového hárka a dieťa ich opakuje po jednotlivých hláskach. Pri skúške auditívnej syntézy examinátor hovorí postupne slová po jednotlivých hláskach a dieťa ich má vysloviť vcelku ako jedno slovo. Zosnímané zistenia vedú k optimalizácii následnej korekčnej činnosti individuálne vyšpecifikovanej pre dané dieťa.

Auditívna percepcia nerečových štruktúr (Novák, 2002). Skúška obsahuje 6 úloh zoradených podľa vzrastajúcej obťažnosti. Examinátor na akustickom bzučiaku predvedie zostavu tónov. Zreteľne odliší krátke a dlhé tóny. Pri úlohách 1, 2, 3 má dieťa určiť, koľko tónov v každej prezentovanej zostave počulo. Pri úlohách 4, 5, 6 dieťa určí, koľko dlhých a koľko krátkych tónov počulo v každej zostave.

Skúška zmyslu pre rytmus (Žlab, 1960). Skúška obsahuje 6 úloh rôznej obťažnosti. Každú skúšku examinátor predvedie. Zreteľne odliší dlhé a krátke tóny. Dieťa má čo najpresnejšie zopakovať zostavu tónov. Menej ako dvojtretinová úspešnosť by mala byť vážnym diagnostickým ukazovateľom a predmetom ďalšej interpretácie. Podľa výsledkov špeciálny pedagóg zostaví korekčný program a venuje sa nácviku reprodukcie grytmu.

Metodika na zachytenie čiastkových vývinových deficitov (Sindelar, 2008). Metodika na ciele zachytenie úrovne vývinu jednotlivých procesov spracovávania informácií („čiastkových výkonov“) – auditívne členenie, príp. diferenciacia figúry a pozadia, vizuálne členenie, príp. diferenciacia figúry a pozadia, priestorová orientácia, auditívna diferenciacia, vizuálna diferenciacia, auditívna pamäť, vizuálna pamäť, intermodalita a serialita (vychádzajúc z teoretického konceptu Brigitte Sindelar).

Na diagnostiku detí v predškolskom veku možno použiť **Včasnú zachytenie deficitov čiastkových funkcií v materskej škole a v predškolskom veku – Mačka Mňau** (Sindelar).

TAPS – Test of Auditory Perception of Speech for Children. Test sluchového vnímania reči zisťuje hierarchiu sluchových schopností, ktoré sú nutné na porozumenie reči. Je zameraný na detekciu hlások, percepciu prozodických faktorov, identifikáciu slov a viet, integráciu sluchovej a zrakovej informácie, porozumenie viet so súvisiacim kontextom a viet s inštrukciou (bližšie in K. Gušťaříková, 2012).

Metóda GASP. metóda na vyšetrenie sluchovej percepcie, zameraná na detekciu a diskrimináciu foném, na identifikáciu slov a porozumenie viet (Linczényiová, Schlosserová, 1999).

6. Diferenciálna diagnostika

Diagnostika sluchovej percepcie je diagnostikou čiastkovej poznávacej funkcie (napr. sluchovej analýzy, reprodukcie rytmu a pod.), nie zmyslového deficitu, ale môže naň v určitom prípade poukazovať. Už pri podozrení na sluchové postihnutie je vhodné realizovať orientačnú skúšku sluchu, príp. hneď odporučiť vyšetrenie dieťaťa u odborného lekára (foniatra). Taktiež odporúčame všímať si najmä chyby v sluchovej diferenciacii sykaviek a zvukovo podobných hlások, ktoré môžu predikovať práve zmyslový deficit.

7. Nastavenie podporných opatrení

Sluchová percepcia je zložitý proces, ktorý je možné adresnou stimuláciou podporiť. Existujú viaceré možnosti podpory pre deti s oslabením centrálného sluchového spracovania. Dieťa (žiak) bude v tejto oblasti prosperovať, ak bude fungovať kooperácia zo strany učiteľa v rámci pedagogickej intervencie v súlade s odbornou intervenciou (špeciálny pedagóg, logopéd) formou špecifického sluchového tréningu.

Pri využití záverov z diagnostiky sluchovej percepcie v rámci komplexnej diagnostiky zapracujeme zistenia do správy z diagnostického vyšetrenia vo forme popísania vplyvu na edukačný proces a odporúčaných pedagogických postupov a spôsobu hodnotenia. Pri korekcii deficitu sluchovej percepcie vychádzame z diagnostických zistení. Následne zostavíme reedukačný (korekčný) plán s cvičeniami na rozvíjanie sluchového vnímania a oboznámime s ním zákonného zástupcu dieťaťa/žiaka.

7. Zoznam použitej literatúry

GUŠTAFÍKOVÁ, K. 2012. Diagnostika sluchových schopností. In: VANČOVÁ, A., GREGUŠOVÁ, H., TARCSIOVÁ, D.: Inovačné trendy v špeciálnopedagogickej diagnostike. Prednáškový kurz pre doktorandské štúdium, PdFUK Bratislava. 2012.

LINCZÉNYIOVÁ, G., SCHLOSSEROVÁ, M. 1999. Diagnostika u sluchovo postihnutých detí. Možnosti využitia testu GASP! v sluchovom tréningu sluchovo postihnutých detí. EFETA – otvor sa: vedecko-odborný časopis o komplexnej rehabilitácii ľudí s postihnutím. 1999, 9(3), 26. ISSN 1335-1397.

LINCZÉNYIOVÁ, G., SCHLOSSEROVÁ, M. 1999. Diagnostika u sluchovo postihnutých detí. Banská Bystrica: Metodické centrum, 1999. ISBN 80-8041-353-7.

MATĚJČEK, Z. 1995. Dyslexie – specifické poruchy učení. Jihočany: HŠH, 1995. 270 s. ISBN 80-85787-27-X.

NOVÁK, J. 2002. T-239 Diagnostika špecifických porúch učenia. Preklad a adaptácia POŽÁR, L. Bratislava: Psychodiagnostika, 2002.

7.

Diagnostika pozornosti a pracovního tempa

Autor: Mgr. Anton Kalina

Hodnotitelky: Mgr. Jana Antalíková
Mgr. Judita Malík

Recenzentka: PhDr. Gabriela Ručková, PhD.

Pozornosť a úroveň pracovného tempa sú regulatívne funkcie, ktoré ovplyvňujú všetky poznávacie procesy. Predstavujú komplexné funkcie, ich úroveň a kvalita ukazujú na funkčnosť a integritu viacerých cerebrálnych štruktúr.

1. Prostredie

V prostredí školy prebieha diagnostika na úrovni kvalitatívneho pozorovania. Štandardizované vyšetrenie možno realizovať len v poradenskom zariadení, prípadne na škole v prispôsobenej miestnosti.

2. Kompetenčný rámec

Štandardizované vyšetrenie pozornosti a pracovného tempa realizuje samostatný psychológ poradenského zariadenia alebo klinický psychológ. Školský psychológ, školský špeciálny pedagóg, prípadne terénny špeciálny pedagóg realizuje orientačnú diagnostiku podľa podkapitoly 5. Orientačná diagnostika.

3. Indikácia a účel

Diagnostické vyšetrenie pozornosti a pracovného tempa dieťaťa/žiaka je indikované pri identifikácii výchovných a vzdelávacích problémov a špeciálnych výchovno-vzdelávacích potrieb, ako aj pri prejavoch, ktoré sú maladaptatívne a inkonzistentné s vývinovou úrovňou dieťa/žiaka:

- ťažkosti v oblasti koncentrácie pozornosti, najmä pri rutinných úlohách, ktoré nepredstavujú vysokú kognitívnu výzvu a nestrhávajú pozornosť nezvyčajnosťou a nápadnosťou, časté zlyhanie vo venovaní pozornosti detailom, robí nedbanlivé chyby v škole, pri hre alebo iných aktivitách;
- oslabenie v rovine tenacity (výdrže pozornosti), žiak má ťažkosti sústrediť pozornosť na zadanú úlohu, úlohy alebo hernú činnosť, prítomná je najmä nerovnomernosť rozloženia aktivácie (počiatočné nadšenie je vysoké, problémom zostáva dokončenie činnosti), často nedokončí úlohu podľa inštrukcie následkom oslabených exekutívnych schopností, zlyháva v dokončovaní školských úloh, povinností, nie kvôli opozičnému vzdoru alebo zlyhaniu v porozumení inštrukcie, ale z dôvodu, že vyžadujú trvalejšie kognitívne úsilie;
- nerešpektovanie požiadaviek a noriem (súvisí nielen s pozornosťou ako mierou aktivácie, ale aj nedostatočnými regulačnými a organizačnými procesmi, čo zodpovedá i deficitom exekutívnych funkcií);
- roztržitosť a ťažkosti s organizovaním úloh a aktivít, časté strácanie vecí potrebných k školským zadaniam a bežným aktivitám, zábudlivosť, ľahká vyrušiteľnosť externými stimulmi, nedokončovanie úloh a povinností, vyhýbanie sa zadaniam vyžadujúcim sústredenie a mentálne úsilie;
- nadmerné nutkanie k neúčelnému pohybu, ktoré dieťa/žiak nedokáže regulovať (časté bezúčelné pohybovanie telom, neschopnosť obsedieť, keď je to potrebné, pobiehanie, nadmerná hlučnosť, neschopnosť byť pokojný pri činnostiach, ktoré to vyžadujú, a prítomnosť nadmernej motorickej aktivity);
- neschopnosť brzdiť aktuálne impulzy a ovládať svoje správanie, tendencia k odpovedaniu ešte pred dokončením otázky, časté prerušovanie ostatných pri rozhovore či nadmerné rozprávanie,
- výrazná nepredvídateľnosť správania, netrpezlivosť, výrazne nízka frustračná tolerancia, agresivita a impulzivita, častá zmena nálad, vyhľadávanie rizikového správania a zvýšená

úrazovosť.

Účelom posúdenia aktuálneho stavu pozornosti, ako i miery úrovne aktivity je efektívne nastavenie podporných opatrení pre žiaka vo vzdelávacom procese. Diagnostiku realizujeme pri podozrení na poruchu pozornosti a aktivity a v rámci komplexnej diagnostiky vývinových porúch učenia.

Posúdenie jednotlivých zložiek pozornosti je žiaduce a užitočné u žiakov s pervazívnymi vývinovými poruchami, ako i u všetkých žiakov so ŠVVP na nastavenie funkčného a efektívneho vzdelávania.

Pozornosť môže byť negatívne ovplyvnená postcovidovým syndrómom, nastavením na farmakoterapiu (či už pre rôzne alergie alebo iné zdravotné znevýhodnenie), depresívnou epizódou/depresiou u dieťaťa či prekonaním traumatickej udalosti. Diagnostika pozornosti a pracovného tempa sa v tomto prípade zameriava na popísanie aktuálneho stavu a nastavenie vyučovacieho procesu so zohľadnením stavu dieťaťa.

Diagnostika pozornosti a pracovného tempa je súčasťou komplexného vyšetrenia pri podozrení na organické poškodenie CNS, teda neurologickej schopnosti organizmu reagovať na podnety aj v rámci vyučovacieho procesu.

Súčasťou diagnostiky pozornosti a aktivity je aj zhodnotenie pracovného tempa, motivácie a exekutívnych funkcií.

4. Vzťah

Keďže pri diagnostike pozornosti a pracovného tempa je diagnostický proces postavený na výkonových testoch a pozorovaní, je dôležité pred diagnostikou ozrejmiť dieťaťu, ako bude samotná diagnostika prebiehať. Niektoré deti prirodzene inklinujú v rámci zadania k súťaživosti a vyšetrenie môžeme napríklad začať testom cesty, keď je žiak motivovaný k dosiahnutiu bezchybného výsledku v najrýchlejšom možnom čase. Naopak dieťa, ktoré má pre neúspešnosť v školskom prostredí obavy z chybovosti, môžeme opakovane uisťovať, že celé vyšetrenie nie je na známky ako v škole a len chceme spoločne s ním zistiť, čo môže spôsobovať napríklad jeho chybovosť pri opomínaní čiarok v diktátoch.

5. Orientačná diagnostika

Diagnostika pozornosti a pracovného tempa vychádza z pozorovania špecifických prejavov v správaní dieťaťa/žiaka, ktoré sa súčasne vyskytujú v minimálne dvoch rôznych sociálnych prostrediach (rodina, škola).

Cenné dáta o pozornosti a pracovnom tempe dieťaťa dostávame z pozorovania v školskom prostredí. Školský psychológ/školský špeciálny pedagóg, prítomný napríklad na vyučovacích hodinách, má možnosť všímať si priamym pozorovaním hneď niekoľko aspektov pozornosti, a to napríklad koncentráciu, tenacitu alebo selektivitu pozornosti, či je pracovné tempo primerané, prípadne inhibované.

Nápomocné je pozorovanie na vyučovaní rozdeliť v priebehu rôznych vyučovacích hodín vzhľadom na čas a povahu vyučovacieho predmetu. Pozorovanie je vhodné doplniť analýzou výtvorov dieťaťa (zošity, odovzdané práce a projekty) a rozhovorom s učiteľmi a rodičmi/ZZ. Rozhovor s dieťaťom/žiakom a jeho rodičom/ZZ je možné doplniť vlastným dotazníkom, v ktorom zisťujeme najčastejšie situácie, v ktorých sa prejavuje nepozornosť alebo spomalenie tempa dieťaťa (problémy s prípravou do školy alebo s balením školskej tašky, prepočutie oslovenie dieťaťa v domácom prostredí a podobne). Vhodné je zisťovať aj to, akými korekčnými postupmi zatiaľ rodičia v domácom prostredí postupovali a či sa im niektoré zdali ako prínosné.

Školský psychológ/školský špeciálny pedagóg môže v rámci pozorovania využiť aj individuálnu

prácu s dieťaťom/žiakom s jednoduchými podkladovými materiálmi, ktoré si prispôsobí podľa potreby. Dynamickým prístupom priebežne nastavené opatrenia overuje s progresom stavu dieťaťa v danej oblasti. Orientačná diagnostika pomáha pri rozhodnutí, či je vhodné dieťa/žiaka odporučiť na absolvovanie štandardizovaného vyšetrenia.

6. Metódy a postupy

Pri výbere spôsobu realizácie (individuálna alebo skupinová administrácia), diagnostického vyšetrenia pozornosti a pracovného tempa, ako aj výbere diagnostických metód a nástrojov je potrebné vychádzať zo získaných anamnestických informácií a individuálnych špecifik detí/žiakov (ŠVVP alebo akékoľvek iné znevýhodnenie).

Diagnostické nástroje, ktoré sa používajú na hodnotenie pozornosti a pracovného tempa, možno rozdeliť na jednodimenzionálne a multidimenzionálne. Multidimenzionálne nástroje (komplexné testové batérie) sú primárne zamerané na hodnotenie úrovne kognitívnych schopností, ale súčasne obsahujú úlohy, ktoré podávajú informáciu o niektorých vlastnostiach pozornosti a pracovnom tempe. K najčastejšie používaným multidimenzionálnym nástrojom, ktoré umožňujú získať aj informácie o úrovni pozornosti a pracovného tempa dieťaťa/žiaka, patria **WISC-IIISK, S-B IV. revízia, K-ABC, WJ-IV, SON-R 2½ -7 SK**. Citlivým ukazovateľom zmien pozornosti a pracovného tempa sú predovšetkým subtesty zamerané na doplňovanie a zoraďovanie obrázkov, kódovanie, hľadanie symbolov, aritmetiku, analýzu abstraktných vzorov a opakovanie čísel.

Pri získavaní informácií o úrovni pozornosti a pracovného tempa je nevýhodou multidimenzionálnych nástrojov časová náročnosť ich administrácie prinášajúca zvýšené nároky na odolnosť dieťaťa/žiaka voči záťaži a únave. Vzhľadom na tento aspekt využitia komplexných testových batérií je v diagnostickej praxi užitočné pracovať s jednodimenzionálnymi diagnostickými nástrojmi, ktoré zisťujú schopnosti dieťaťa/žiaka primárne v oblasti pozornosti a pracovného tempa. Tieto nástroje majú široké skriningové využitie a môžu slúžiť i na výber detí/žiakov, ktoré budú odporúčané na štandardizované alebo komplexné vyšetrenie pozornosti a pracovného tempa. K najčastejšie používaným jednodimenzionálnym diagnostickým nástrojom pozornosti a pracovného tempa patria:

Číselný štvorec (T-3, Jirásek, 1992) je určený od veku 8 rokov a 6 mesiacov do 15 rokov a 6 mesiacov. Pomáha určiť rýchlosť spracovania, koncentráciu pozornosti a jej rozdelenie, percepciu a orientačnú pohotovosť.

Číselný obdĺžnik (T-81, Doležal, Kuruc, Senka, 1972) patrí k neverbálnym výkonovým testom a radí sa medzi testy rýchlosti a pracovného tempa. Môže slúžiť na zisťovanie selektivity a distribúcie pozornosti v podmienkach vysokého tempa výkonu. Takisto môže pomôcť zistiť kvalitu vizuálneho postrehu, ktorý súvisí s kvalitou činnosti nervovej sústavy, so stupňom sústredenosti, zameranosti a oscilácie pozornosti, zrakovým postrehom a pamäťou. Výkon je závislý aj od frustračnej tolerancie a odolnosti voči časovému stresu. Test je štandardizovaný od veku 15 rokov.

Test koncentrácie pozornosti (T-52, Kučera, 1980) – časovo nenáročný test je určený na meranie pracovného tempa, kvality pozornosti, miery a presnosti výkonu, sklonov k chybovosti. Je založený na princípe korektúry textu. Užitočné informácie prináša aj kvalitatívna analýza. Dá sa využiť od 15 rokov.

Disjunktívny reakčný čas DRČ I a II. (T-66, Vonkomer, 1992) – ide o test rýchlej diskriminácie podľa predlohy zisťujúci koncentráciu pozornosti pri činnosti zameranej na maximálnu rýchlosť a pohotovosť jednoduchej priestorovej orientácie. Dá sa použiť od 12 rokov.

Stroopov test (T-56, Daniel, 1983) meria odolnosť voči záťaži a stresu (ide o percepčnú záťaž, vplyv interferencie). Predpokladá súvis medzi odolnosťou voči percepčnej záťaži a iným ukazovateľom záťaže. Normy sú pre vekovú kategóriu 12 – 40 rokov.

Test cesty TMT (T-41, Reitan, Wolfsonová, (USA), upr. Preiss, Panama, 2006) je testom vhodným na diagnostiku VPU a PAaP. Ide o neuropsychologický test zameraný na vizuálne sledovanie s motorickou zložkou (čiže určitú koordináciu psychických funkcií, ktorá je závislá od exekutívnych funkcií), priestorové schopnosti, sekvenčné schopnosti, pracovnú pamäť. Skúška je považovaná za skrining ADD, ADHD. V časti A sa dá posúdiť pracovné tempo, vizuomotorická koordinácia, zrakové vyhľadávanie, zámerná pozornosť. V časti B sa hodnotí pracovné tempo, vizuomotorická koordinácia, flexibilita, zámerná a rozdelená pozornosť. Časť B je hodnotená ako kognitívne i perцепčne náročnejšia. Niektorí autori interpretujú pomer výkonu B : A. Pomer nad 3 považujú za cut off normu pre neuropsychologické oslabenie. Normy sú pre deti od 9 do 14 rokov.

Test pozornosti d2-R (Brickenkamp, Zillmer (DE), upr. Balcar, 2000) predstavuje štandardizovanú inováciu tzv. škrtacích testov. Meria pracovné tempo pri rozlišovaní podobných vizuálnych podnetov (diskriminácii detailov) a umožňuje hodnotenie individuálneho výkonu koncentrácie pozornosti. Použitie od 9 rokov.

Bourdonov test – BOPR (T-78, Senka, Kuruc, Čečer, 1983) meria pracovné tempo a úroveň koncentrácie pozornosti v procese monotónnej činnosti. Analýza pracovnej krivky umožňuje zistenie vplyvu učenia, únavy a osobnostných charakteristík klienta. Použite od 11 rokov.

Rey-Osterriethov test komplexnej figúry (T-65, Osterrieth, Rey, upr. Košč, Novák) – túto metódu je možné použiť pri diagnostike pamäti, pozornosti, pracovného tempa a vizuálnej perцепcie. Jej hlavný diagnostický prínos spočíva najmä v možnosti posúdiť úroveň vnímania a zapamätania rôznych detailov a ich priestorových vzťahov. Skúška sa využíva aj pri diagnostike priestorových schopností a býva súčasťou batérie na zisťovanie matematických schopností. Metóda sa v praxi využíva pri diagnostike detí s organickým postihnutím, špecifickými poruchami učenia či pri predikcii školskej úspešnosti. Použite od 5,5 roka.

K nevýhodám uvedených jednodimenzionálnych nástrojov patrí, že nedisponujú aktuálnou slovenskou štandardizáciou populačných noriem. Práve preto je potrebné parciálne diagnostické závery o celkovej úrovni pozornosti a pracovného tempa, vychádzajúce výhradne z interpretácie výsledkov jednodimenzionálnych nástrojov, formulovať veľmi opatrne a zistené výsledky overiť viacerými, predovšetkým multidimenzionálnymi diagnostickými nástrojmi, opierať sa o kvalitatívne posúdenie, pozorovanie počas diagnostického procesu, anamnézu a informácie podané od klienta a jeho rodiny/pedagóga. Informácie je vhodné doplniť dotazníkom.

BRIEF (Gioia, Isquith, Guy, Kenworthy, upr. Ptáček, 2011) je dotazník pre rodičov a učiteľov detí v školskom veku, ktorý umožňuje hodnotiť a posúdiť exekutívne funkcie a správanie detí v domácom i školskom prostredí. Metóda je vhodná pre deti a mladistvých vo vekovom rozpätí 5 – 18 rokov. Každá verzia (**dotazník pre rodiča, dotazník pre učiteľa**) zahŕňa 86 položiek v 8 škálach - inhibícia, presun pozornosti, emočná kontrola, iniciatíva, pracovná pamäť, plánovanie a organizácia, organizácia pomôcok, kontrola správania. Dve z podškál – pracovná pamäť, inhibícia – sú klinicky užitočné na rozlíšenie ADD/ADHD. Normy sú dostupné americké, s možnosťou orientačnej korekcie pre českú populáciu. Vzhľadom na to, že nemáme k dispozícii slovenskú verziu dotazníka (dostupná je česká verzia), odporúčame dotazník administrovať v rámci psychologického sedenia, kde sa môžu priebežne otázky vyjasňovať a klarifikovať.

Conners 3 (Conners, upr. Ptáček, Goetz, Švandová, 2018) – metóda primárne zameraná na posúdenie prejavov ADHD a komorbidných porúch. Je určená na individuálnu i skupinovú administráciu vo vekovom rozpätí 6 – 18 rokov. Obsahuje verziu pre rodiča, pre učiteľa, ako i možnosť sebaposúdenia pre staršie deti (od 8 rokov). K dispozícii je i skrátená verzia použiteľná na skriningové účely. Na základe vysokej zhody výsledkov českej pilotnej štúdie s americkými normami sú v príručke ponechané pôvodné americké normy. Vzhľadom na to, že nemáme k dispozícii slovenskú verziu dotazníka (dostupná je česká verzia), odporúčame dotazník administrovať v rámci psychologického sedenia, kde sa môžu priebežne otázky vyjasňovať a klarifikovať.

7. Diferenciálna diagnostika

Výsledkom orientačnej diagnostiky pozornosti a pracovného tempa je informácia o intaktnosti alebo deficite meranej funkcie. Výsledkom štandardizovaného diagnostického vyšetrenia je informácia o kvantitatívnej a kvalitatívnej úrovni pozornosti (jednotlivých vlastností pozornosti) a pracovného tempa. Výsledkom komplexného diagnostického vyšetrenia je informácia o psychologických, sociálnych a biologických determinantoch zmien pozornosti (jej jednotlivých vlastností) a pracovného tempa.

Z hľadiska predikcie deficitov pozornosti, v rámci štandardizovanej diagnostiky, je vhodné všimnúť si kvantitatívne rozloženie výkonu dieťaťa v jednotlivých subtestoch v multidimenzionálnych testových nástrojoch zameraných primárne na hodnotenie úrovne všeobecných rozumových schopností. Ako významný sa ukazuje signifikantný rozdiel váženého skóre medzi výkonom vo verbálnej a neverbálnej časti testových nástrojov. V rámci jednotlivých subtestov má diagnostický význam ten rozdiel, ktorý presahuje pásmo jednej smerodajnej odchýlky váženého skóre. Pri interpretácii profilu je nutné postupovať opatrne, spoľahlivosť jednotlivých subtestov je zvyčajne menšia ako spoľahlivosť celej skúšky.

K signifikantným ukazovateľom deficitov pozornosti a pracovného tempa v testovej batérii WISC-III SK patrí zlyhávanie dieťaťa/žiaka v subtestoch Aritmetika (subtest je citlivý na deficity koncentrácie pozornosti a chyby z impulzívneho spracovania), Dopĺňovanie obrázkov (subtest je citlivý na nedostatočnú koncentráciu, osciláciu a tenacitu pozornosti), Zoraďovanie obrázkov (subtest je citlivý na koncentráciu, osciláciu pozornosti a pracovné tempo), Kódovanie (subtest je citlivý na koncentráciu, distribúciu pozornosti a pracovné tempo), Hľadanie symbolov (subtest je citlivý na koncentráciu, selektivitu, distribúciu a tenacitu pozornosti), Opakovanie čísel (subtest je citlivý na zmenu organickej integrity, selektivitu, tenacitu pozornosti, inhibičnú kontrolu, operačnú pamäť). Subtesty Kocky a Skladačky sú citlivé predovšetkým na zmeny organickej integrity, tenacity a distribúcie pozornosti. Subtest Podobnosti patrí k menej citlivým subtestom, ale občas sa môžu objaviť chyby v zmysle zabudnutia inštrukcie, keď spočiatku dieťa rieši úlohy správne, neskôr môže začať vysvetľovať pojmy alebo zdôrazňovať rozdiely, čo indikuje problém s tenacitou a distribúciou pozornosti. Subtesty Vedomosti, Slovník a Porozumenie sú málo citlivé na deficity pozornosti a pracovného tempa. V porovnaní kvalitatívnych profilov často nachádzame u detí/žiakov s deficitmi pozornosti výrazné diskrepancie a nepomer výkonu v rámci komplexných indexov. Vyšší výkon (niekedy až o 2 smerodajné odchýlky váženého skóre) v rámci Slovného porozumenia (Vedomosti, Podobnosti, Slovník, Porozumenie) a Percepčného usporiadania (Dopĺňovanie obrázkov, Zoraďovanie obrázkov, Kocky, Skladačky) a oveľa nižší výkon v indexoch Koncentrovanosť (Aritmetika, Opakovanie čísel) a Rýchlosť spracovania (Kódovanie, Hľadanie symbolov). Dôležitú informáciu o úrovni a pozornosti poskytujú aj hodnoty faktorov Rozsah pozornosti (Opakovanie čísel, Zoraďovanie obrázkov, Kódovanie), Verbálna pozornosť (Aritmetika, Opakovanie čísel) a Vizualná pozornosť (Dopĺňovanie obrázkov, Kódovanie). Hodnota komplexného indexu Rýchlosť spracovania (Kódovanie, Hľadanie symbolov) umožňuje posúdiť úroveň pracovného tempa dieťaťa/žiaka.

Podrobné informácie zamerané na interpretáciu jednotlivých hodnôt, faktorov a indexov uvádzajú interpretačné a technické príručky, prípadne vzdelávacie aplikácie jednotlivých multidimenzionálnych nástrojov (WISC-III SK, S-B IV. revízia, K-ABC, WJ-IV, SON-R 2½ -7 SK).

Špecifické odchýlky vo výkonoch detí/žiakov s deficitmi pozornosti a pracovného tempa v jednodimenzionálnych nástrojoch sú nasledovné:

- Z kvantitatívnych ukazovateľov sú to predovšetkým podpriemerný a výrazne podpriemerný výkon a nadpriemerná a výrazne nadpriemerná chybovosť výkonu. Chyby a nedostatočné výkony je potrebné citlivo zvažovať a analyticky zhodnocovať pri formulovaní odporúčaní do intervenčného a edukačného procesu.

- Z kvalitatívnych ukazovateľov sú to výrazne oscilujúci výkon, motorický nepokoj, časté slovné pripomienky a komentáre dieťaťa/žiaka k jednotlivým testovým položkám, výrazné emočné reakcie, extrémne kolísavý záujem o riešenie testových úloh, perцепčné a kognitívne zábrany v riešení úloh, výrazný nepomer výkonu v jednodimenzionálnom teste pozornosti oproti komplexnému intelligenčnemu testu (najmä jeho verbálnej časti), nepravidelný reakčný čas, impulzívne spracovania s chybami, hoci v časovom limite, alebo výrazne pomalé spracovanie na podklade neustálej potreby spätnej korekcie výkonu.

Deti/žiaci s deficitmi pozornosti štandardne skórujú v rozličných diagnostických testoch, ako aj pri hodnotení vedomostnej úrovne nižšie, vzhľadom na to, že každé testovanie si vyžaduje určitú úroveň koncentrácie pozornosti.

Z hľadiska diagnostiky pozornosti a pracovného tempa je vhodná aj aplikácia diagnostických nástrojov, kde je možné sledovať, ako sa chybovosť mení v čase a aké sú výkony dieťaťa/žiaka v časovom strese (Bourdonov test – BOPR, Sčítacia skúška (T-146, Pardel, Hrabovský, 1977)), použitie od 12 rokov, Rozhodovanie v časovom strese (Komárková, 1993), orientačné použitie od 13 rokov.

Niektoré iné problémy dieťaťa/žiaka sa môžu prejavovať podobnými symptómami, ako majú deti s deficitmi pozornosti a pracovného tempa. Preto súčasťou komplexného diagnostického procesu je i diferenciálna diagnostika, pri ktorej je potrebná dôsledná spolupráca psychológa a špeciálneho pedagóga s lekármi (detským neurológom alebo psychiatrom, kardiológom, foniatrom, endokrinológom, alergiológom, oftalmológom a pod.). Medzi takéto okolnosti, ktoré môžu mať podobné prejavy ako deficity pozornosti, patria znížený alebo nadpriemerný intelekt, chaotické rodinné prostredie, konfliktné vzťahy v rodine (medzi rodičmi alebo rodičmi a deťmi), porucha opozičného vzdoru, porucha správania alebo iná psychická porucha (depresia, úzkosť, pervazívne vývinové poruchy a pod.).

Podobne sa môže prejavovať napr. aj epilepsia – krátke záchvaty absencie, keď dieťa/žiak pôsobí ako zasnený, neprítomný, rôzne somatické poruchy (porucha zraku, sluchu, keď dieťa/žiak nie je schopný vnímať konkrétnu modalitu podnetov), akútne somatické ochorenia (choroby srdca, diabetes, astma, potravinové alergie), následky poranenia hlavy (nehody, úrazy), vedľajšie účinky liekov, prípadne užitie psychotropnej látky. Taktiež spánkový deficit (akútny alebo chronický) sa môže prejavovať podobne ako deficit alebo porucha pozornosti. Pozornosť a úroveň pracovného tempa je znížená aj pri tikovej poruche a obsedantno-kompulzívnej poruche osobnosti.

8. Nastavenie podporných opatrení

Po komplexnom diagnostickom vyšetrení deficitov pozornosti a pracovného tempa má nasledovať konziliárne zhodnotenie zistených skutočností všetkými odbornými zamestnancami, ktorí s dieťaťom/žiakom pracovali (spravidla pedagóg, psychológ, špeciálny pedagóg, logopéd, lekár, sociálny pedagóg) a vypracovanie systému podporných a intervenčných opatrení. Systém podporných opatrení spočíva v implementovaní stratégií a intervencií, ktoré pomáhajú ľahšie a efektívnejšie zvládať jednotlivé prejavy deficitov a porúch pozornosti alebo pracovného tempa. Opatrenia zahŕňajú metodické vedenie pedagógov, edukáciu rodičov a detí/žiacov zameranú na podstatu a prejavy deficitov pozornosti a pracovného tempa. Opatrenia využívajú rôzne prístupy (informácie, nácvik sociálnych zručností a primeraného správania, relaxačné cvičenia, kreslenie, hry a iné) na to, aby sa zlepšila spolupráca pri zvládaní a korekcii príznakov deficitov pozornosti, posilnení sebaúcty a sociálnych zručností dieťaťa/žiaka.

Základom efektívnej práce pedagóga pri žiakovi s deficitmi pozornosti je poznanie, rešpektovanie výsledku komplexnej diagnostiky dieťaťa/žiaka s následným dodržiavaním stanovených odporúčaní, ktoré sa implementujú do vzdelávacieho plánu. Nevyhnutné a potrebné je aj výchovné a kariérne poradenstvo a podpora pre rodičov týchto detí/žiacov.

Psychologické a špeciálnopedagogické intervencie sú zamerané na stimuláciu a nácvik jednotlivých vlastností pozornosti (KUPOZ, NEUROP 2, CogniPlus – Schuhfried), prípadne reedukáciu, ak má dieťa/žiak pridružené aj poruchy učenia. Tieto intervencie rozvíjajú aj komunikačné, sociálne, prosociálne, emocionálne zručnosti, sebaovládanie, asertivitu a eliminujú deficitné funkcie dieťaťa/žiaka. Pôsobíme na rozvoj exekutívnych funkcií a podnecujeme budovanie efektívnych stratégií učenia.

V individuálnej terapii a poradenstve sa pracuje s deťmi/žiakmi najmä formou kognitívno-behaviorálnej terapie a nácviku sociálnych a komunikačných zručností. V terapii sa využíva taktiež nácvik relaxácie, uvoľnenia napätia využitím rôznych relaxačných techník, ktoré môžu vychádzať napr. zo symbolicko-relaxačnej psychoterapie, filiálnej alebo hrovej terapie či zo systematického prístupu v psychoterapii.

Skupinové intervencie, ktoré sa najčastejšie realizujú v poradenských zariadeniach, vychádzajú z vlastne zostavených programov alebo už vytvorených programov.

Pri výrazných poruchách pozornosti je často indikovaná podporná farmakologická liečba alebo režimová terapia spočívajúca v systémovej zmene režimu v rodine a v škole tak, aby viac vyhovoval potrebám dieťaťa/žiaka.

Výsledkom podporných a intervenčných opatrení je rozvoj pozornosti, jej jednotlivých funkcií, zlepšenie pracovného tempa a zvýšenie odolnosti dieťaťa/žiaka voči stresu. Zlepšenie schopností a výkonnosti následne zvyšuje sebadôveru a sebaúctu dieťaťa/žiaka, ktoré bývajú pri rôznych dysfunkciách pochopiteľne znížené. V konečnom dôsledku sa zlepšia aj interpersonálne vzťahy a adaptívne fungovanie dieťaťa v bežných životných situáciách.

9. Zoznam použitej literatúry

ŘÍČAN, P., KREJČÍŘOVÁ, D., et al.: Dětská klinická psychologie. Praha: Grada, 2000. 450 s. ISBN 80-7169-512-2.

8.

Diagnostika pamäti

Autorka: PhDr. Jana Olíková

Hodnotitelia: Mgr. Anton Kalina
PhDr. Timea Valachová, PhD.

Recenzentka: PhDr. Gabriela Ručková, PhD.

Pamäť je psychický proces, ktorý pozostáva zo získavania, uskladňovania/zapamätávania (vštepencia), podržania (retencie) a vybavovania predchádzajúcich informácií. V diagnostickom procese je posudzovaná z hľadiska:

- špecifických atribútov vo vzťahu k trvaniu (posudzovanie krátkodobej a operačnej, strednodobej a dlhodobej pamäti), k stratégiám zapamätania, vybavovania a špecifickým oslabeniam,
- exponovaného materiálu (vizuálna, verbálna, akustická pamäť).

Rozvoj pamäťových schopností závisí od zrenia príslušných mozgových štruktúr, ale aj od aktuálnej úrovne kognitívnych schopností a skúseností (Říčan et al., 2006).

Nikdy neexistuje izolovane od ostatných kognitívnych (vnímanie, pozornosť, učenie) a exekutívnych funkcií (plánovanie, rozhodovanie, organizácia, monitorovanie úlohy a pod.). Zároveň má vplyv na tieto procesy.

Prostredie

V školskom prostredí žiaka v prispôsobených nerušivých podmienkach. Ambulantne v centre poradenstva a prevencie. V špeciálnych výchovných zariadeniach.

1. Kompetenčný rámec

Orientačnú diagnostiku, napríklad na účely rozvoja pamäťových stratégií alebo napr. posúdenia pamäti ako parciálnej zložky komplexnejšieho výkonu (napr. pri pravopise, čítaní, osvojovaní jazyka), môže vykonať školský psychológ, školský špeciálny pedagóg, liečebný pedagóg, samostatný psychológ, psychológ s 1. a 2. atestáciou, samostatný špeciálny pedagóg a špeciálny pedagóg s 1. a 2. atestáciou, logopéd s 1. a 2. atestáciou.

Diagnostiku s interpretáciou výsledkov a diferenciálnou diagnostikou vykonáva samostatný psychológ a psychológ s 1. a 2. atestáciou.

2. Vzťah

Orientačné zhodnotenie úrovne pamäti sa riadi štandardnými odporúčaniami na nadviazanie diagnostického raportu (dôverný, harmonický a kooperatívny vzťah medzi diagnostikom a diagnostikovaným). Testové metódy, ktoré sú priamo určené na diagnostiku pamäti, majú výkonový charakter. Bezpečný, vrelý, dôverný, otvorený a podporujúci vzťah spolu s vhodnou motiváciou k spolupráci a spôsobom zaradenia tohto typu testov do používanej batérie (načasovanie) môžu mať podstatný vplyv na kvalitu a kvantitu výkonu.

Použitie výkonových testových metód môže byť výrazne ovplyvnené aktuálnym emočným stavom, kvalitou pozornosti, osobnostnými predpokladmi (zvládanie záťaže, motivačná a ašpiračná úroveň, výkonová orientácia, sebahodnotenie a sebaobraz, úzkosť a úzkostnosť, obozretnosť, hostilita, obranné mechanizmy a takisto aj vekovo, vývinovo a kultúrne podmienené odlišnosti v spolupráci).

U malých detí je možné nadväzovať dobrý raport začatím diagnostiky formou hry a neformálnym rozhovorom. Vyžaduje sa citlivé zváženie rozsahu a záťaže v rámci diagnostického procesu (potrebné zvážiť sekvenčné rozdelenie diagnostického procesu, aby dieťa nebolo vystavované nadmernej záťaži a výkon bol čo najmenej skreslený únavou). Pre mladšie deti môže byť neistota viac viazaná na novosť situácie, kontakt s cudzím dospelým, odlúčenie od sprevádzajúcej osoby (separačná úzkosť). Staršie deti môžu mať viac neistotu zo samotnej diagnostiky (obava a neistota z úspešnosti, zvládnutia, záverov a hodnotenia). Výkonové testy sú založené aj na potrebe udržať vyššiu motiváciu počas celej doby diagnostiky. Keďže ide o diagnostiku pamäti, ktorá je úzko spätá s pozornosťou, uistíme sa, či si dieťa zapamätalo inštrukciu.

3. Účel

Účelom diagnostiky pamäti je posúdenie pamäti ako:

- veľmi dôležitej zložky celkových kognitívnych schopností a predpokladov na učenie,
- osobitného zamerania na jej špecifické atribúty/oslabenia z hľadiska dĺžky trvania pamäti, posúdenia jednotlivých typov pamäti (procedurálnej = zapamätanie cvičením, manipuláciou; sémantickej = zapamätanie si faktických informácií s možnosťou automatického, ev. zámerného vyvolania informácií; epizodickej = zážitky, udalosti...).

Diagnostické zameranie je dôležité z preventívneho a poradenského hľadiska (zistenie silných stránok dieťaťa/žiaka s ohľadom na zameranie spôsobu intervencií, preferovania učebného štýlu, kognitívnych stratégií a profesionálnej orientácie...).

Diagnostika je takisto dôležitá z diferenciálneho hľadiska (posúdenie špecifických oslabení pri ŠPÚ, NKS, exekutívnych funkcií, organickej integrity – čiže primárna diagnostika špecifického oslabenia, prípadne sekundárna diagnostika oslabenia v dôsledku napr. emočných problémov) a z hľadiska nastavenia účinných intervencií pri náprave špecifických oslabení, zhoršeného výkonu vplyvom neúčinných stratégií učenia a pod.

V diagnostike bude kombinované posudzovanie pamäti, pamäťových schopností posúdením priameho výkonu v diagnostikovanej situácii a prostredníctvom hodnotenia sebou (metakognitívne zhodnotenie) či inými (výkon v škole, pozorovanie rodičmi a pod.).

4. Metódy a postupy

Diagnostika môže prebiehať v 3 úrovniach. Vo všetkých je diagnostický proces opretý o klinické a testové metódy.

4.1 Orientačná diagnostika

Orientačná diagnostika je východiskom pri požadovaní ďalšej odbornej starostlivosti (prihláška na vyšetrenie v školskom zariadení poradenstva a prevencie, ev. inej diferenciálnej diagnostiky), takisto pri voľbe diagnostickej stratégie, zvážení výberu diagnostických metód, plánovaní a sukcesivite zvolených metód či zvážení stratégie predbežných opatrení (napr. nácvik, tréning pamäti, stratégie učenia, voľba motivačných stratégií v učení).

Pozorovanie počas vyučovania, počas priameho kontaktu s klientom (dieťa, žiak, študent). V rámci stanoveného cieľa (predbežné zhodnotenie úrovne pamäti) sa v procese pozorovania zameriavame na schopnosť podržať si v krátkodobej pamäti inštrukcie rôzneho charakteru (akustické, vizuálne podnety, verbálna inštrukcia k nejakej úlohe, postupnosť inštrukcií, schopnosť zopakovať povedané).

Výkon je vhodné pozorovať aj počas hrania spoločenských hier (napr. vizuálna pamäť – pexeso a pod., sluchová pamäť – zopakovanie vyťukaného/zahraného/vytlieskaného rytmu, využití hry so zameraním na krátkodobú i strednodobú pamäť prostredníctvom hier z Brainboxu).

Strednodobú a dlhodobú pamäť je možné orientačne posúdiť overovaním vštepovania a vybavovania komplexnejších informácií (text, hudba, vizuálny príbeh...).

Pozorovanie výkonu pri aplikácii akéhokoľvek testu/metódy – schopnosť zapamätať si inštrukciu, sekvenciu požiadaviek a podobne. Sledujeme výkon v oblasti verbálnej pamäti pri učení textu a jeho reprodukciu, mechanickú a voľnú reprodukciu so zachovaním podstatných dejových či obsahových súvislostí počas vývinu dieťaťa.

Anamnestické údaje – pýtame sa na psychomotorický vývin, rečový vývin, schopnosť reprodukovať rozprávky, učiť sa básničky či piesne, učenie praktických vecí ako bicyklovanie či plávanie. Pýtame sa na subjektívne posúdenie pamäti a prípadné problémy v každodennom živote v súvislosti so zabúdaním, strácaním vecí alebo zhoršenou orientáciou v priestore.

Analýza školských výkonov (výkon v testoch, odpovediach, zabúdanie úloh, strácanie sa v inštrukciách, neschopnosť zopakovať inštrukcie. Výkon je potrebné posudzovať komplexnejšie (motivačná zložka, nadanie dieťaťa, podnetnosť prostredia).

Použitie špeciálnopedagogickej diagnostiky (posúdenie východiskovej miery a porovnanie v procese nápravy).

Na orientačné hodnotenie je možné vytvoriť posudzovacie škály na posudzovanie krátkodobej, strednodobej aj dlhodobej pamäti. Posudzovanie by malo byť orientované na všetky fázy (vštepováciu, retenčnú i vybavovanie). Schopnosť posúdiť vlastné kompetencie je možná až u žiakov druhého stupňa ZŠ a neskôr (často vychádza zo skúseností so školským výkonom, názormi iných). Posúdenie nemusí zodpovedať miere reálnych pamäťových schopností, ale je cenné z hľadiska zistenia postoja vyšetrovaného. Takisto môže byť skreslené mierou rozumových schopností a osobnostnými rysmi či situačnou záťažou.

Škála aktuálnej pamäti (T-166), autori I. Ruisel, J. Mullner a G. Farkaš – použiteľná od 14 rokov. Je časovo nelimitovaná, vyhodnotenie do 10 – 15 minút. Na posudzovanie je používaná päťbodová škála. Hodnotenie je zamerané na posudzovanie problémov so zabúdaním a posudzovanie kvality vlastnej pamäti. **Využitie:** v poradenskom procese na porovnanie hodnotenia vyšetrovaného s reálnym výkonom, ev. posúdenie neadekvátneho sebahodnotenia (osobnostné rysy).

Diagnostická metóda na zisťovanie deficitov čiastkových funkcií u školských detí, B. Sindelar – metóda spája posúdenie auditívnej (zapamätanie si hlások, slov, ktoré sa rýmujú, slov, ktoré sa nerýmujú a pamäť na text – báseň), vizuálnej (pamäť na obrázky, figúry a písmená) pamäti. Navyše posudzujeme intermodalitu, teda prepájanie auditívneho, vizuálneho a taktilno-kinestetického aspektu a schopnosť seriality. Diagnostika smeruje k nastaveniu podporných opatrení, teda k nastaveniu tréningu na systematickú prácu na rozvoji oslabených čiastkových funkcií, prípadne ako stimulačný program pri globálnom oslabení na kognitívnej úrovni dieťaťa. Diagnostika aj tréningový program je viazaný na absolvovania kurzu. Po absolvovaní daného kurzu je možné, aby s metódou pracovali tak OZ v poradenskom zariadení, ako aj členovia ŠPT. Diagnostika je vhodná pre žiakov od 2. polroku v 1. ročníku. Pre deti od 3 do 6 rokov je určená diagnostika **Mačka Mňau**, taktiež od B. Sindelar, a viazaná na absolvovanie vzdelávania.

4.2 Testy a metódy

Vyjadrovacie schopnosti:

Diagnostika špecifických porúch učenia, (T-239), J. Novák – výslovnosť hlások, opakovanie viet – možnosť použiť ako súčasť špeciálnopedagogického vyšetrenia u školopovinných detí (pamäť na exponované hlásky, slová, vety, reprodukcia počutého príbehu či zážitku).

Percepcia rytmickej zostavy:

Diagnostika špecifických porúch učenia, (T-239), J. Novák – schopnosť zreprodukovať rôzne dlhé sekvencie zvukov na bzučiaku.

Sebahodnotiace/sebaposudzovacie škály, dotazníky

Metóda merania preferencie foriem učenia DAP Services, a. s. – zisťovanie podmienok a motivácie k učeniu, vplyv na vštiepivosť, retenciu a vybavovanie (vizuálny, verbálny, zážitkový typ učenia,

pamätania).

Opakovanie čísel – Wechslerova inteligenčná škála WISC III SK (T-36) – použiteľné od 5 rokov. Predstavuje sériu ústne podávaných číselných radov, ktoré má dieťa zopakovať v zadanom poradí a v opačnom poradí.

4.3 Hodnotenie pamäti (testy zamerané na pamäť sekundárne)

Spomenuté subtesty a testy prioritne nie sú zamerané na diagnostiku pamäti, avšak sekundárne podľa výsledkov môžeme dedukovať a posudzovať aj oblasť pamäťových funkcií a schopností:

Skúška čítania (T202), Z. Matějček, J. Šturma, M. Vágnerová, Z. Žlab – **časť reprodukcia čítaného textu** – strednodobá verbálna pamäť (epizodická), viazané na čitateľské zručnosti. Je potrebné výkon hodnotiť aj v kontexte prítomnosti špecifických porúch učenia. Výkon nemusí znamenať ťažkosti v pamäti, ale môže vyplývať z prítomnosti špecifických porúch učenia.

Subtest Informácie – subtest je súčasťou Wechslerovej inteligenčnej škály WISC III- SK (T-36) – použiteľný od 5 rokov. Zisťuje mieru sémantickej pamäti, je závislá aj od kultúrneho pozadia a stimulačného prostredia.

Subtest Slovník – Wechslerova inteligenčná škála WISC III- SK (T-36) – použiteľný od 5 rokov. Zisťuje mieru sémantickej pamäti, je závislá aj od kultúrneho pozadia a stimulačného prostredia.

Subtest Porozumenie – Wechslerova inteligenčná škála WISC III- SK (T-36) – použiteľný od 5 rokov. Zisťuje mieru dlhodobej pamäti na praktické skúsenosti dieťaťa, reprodukciu v kontexte priamych zážitkov a skúseností. Je závislá od prostredia a kultúrneho zázemia dieťaťa.

Obrázkovo-slovníková skúška (T-8), O. Kondáš – vizuálna vstiepivosť (modifikované použitie) – po ukončení expozície obrázkov sa dieťa vyzýva na zreprodukovanie obrázkov, ktoré videlo. Použiteľné od 5 rokov a 6 mesiacov do 6 rokov a 6 mesiacov.

Kresbový test školskej spôsobilosti – T. Krogh, úprava E. Gajdošová a G. Herényiová, Psycho-Insight, spol. s r. o. – zapamätávanie si inštrukcií, sekvencie inštrukcií a postupov (krátkodobá a operačná pamäť).

Pamäť na slová s vysokou frekvenciou v jazyku, pamäť na vety s plnovýznamovými a neplnovýznamovými slovami – test rečového myslenia TRM, I. Učeň*, J. Senka – VÚDPaP – krátkodobá pamäť. Použiteľný od 3 do 8 rokov. Čas administrácie celkovo 7 – 15 minút, čiastočné testy cca 2 minúty/každý subtest.

Pamäť na eskimácke slová, indiánske čísla – subtesty z prognosticko-diagnostického testu cudzojazyčných schopností žiakov (T-225), M. Malíková – krátkodobá a strednodobá vizuálna, verbálna a párovo-asociatívna schopnosť učenia; auditívna pamäť logická, krátkodobá. Použitie od 3. ročníka ZŠ.

Test školskej pripravenosti – skupinová administrácia (Farkašová, Dočkal et al., 2020) posudzuje celkovú pripravenosť, zrelosť a pracovnú zaťažiteľnosť dieťaťa na školskú záťaž. Subtest Príbeh môže pomôcť v posúdení strednodobej verbálnej epizodickej pamäti a subtest Pamäť na obrázky je zameraný na vizuálnu strednodobú pamäť. Zistené deficity môžu byť prediktorom špecifických ťažkostí v čítaní a písaní, ale vzhľadom na spôsob expozície (skupinová forma) treba zvážiť vplyv rušivých faktorov prostredia, úroveň aktívneho jazyka a tiež kvalitu exekutívnych funkcií (pozornosť, pamäť, organizácia a plánovanie činnosti a tiež tlmenie impulzivity pri spracovaní úlohy).

4.4 Hodnotenie pamäti (testy zamerané primárne na posúdenie pamäti)

V podkapitole sa zameriame na použitie testov zameraných primárne najmä na posúdenie pamäti, ev. parciálnych subtestov z komplexných batérií (neuropsychologických, batérií na posúdenie intelektových schopností).

Testy neverbálnej pamäti:

Subtest Pamäť na mená – Woodcok-Johnson test (WJ IE COG), M. Ruef, A. Furman, A. Muñoz-Sandoval – použiteľný od 5 do 90 rokov, zisťuje asociatívnu pamäť (vytváranie asociácií medzi sluchovými a zrakovými podnetmi), znovuvybavenie a proces sprístupňovania poznatkov z pamäti.

Subtest Pamäť na korálky – STANFORD-BINETOVA INTELIGENČNÁ ŠKÁLA – IV. REVÍZIA (T-35) R. L. Thorndike, E. P. Hagenová, J. M. Sattler (USA), upr. † K. Adamovič – použiteľný od 2 rokov do dospelosti. Zameraný na krátkodobú mechanickú pamäť.

Subtest Pamäť na predmety – STANFORD-BINETOVA INTELIGENČNÁ ŠKÁLA – IV. REVÍZIA (T-35) R. L. Thorndike, E. P. Hagenová, J. M. Sattler (USA), upr. † K. Adamovič – použiteľný od 4 rokov a 6 mesiacov do dospelosti. Zameraný na krátkodobú mechanickú pamäť.

Rey-Osterriethov test komplexnej figúry (T-65) – P. A. Osterrieth, A. Rey (F), upr. † M. Košč, J. Novák – použiteľný od 5,5 roka do dospelosti. Posudzovanie konkrétnej bezprostrednej vizuálnej neúmyselnej pamäti. Nie je časovo limitovaný (časová náročnosť je však nízka).

BVRT: Bentonov vizuálny retenčný test – A. L. Benton – použiteľný od 7 rokov do dospelosti (validnejšie od 8 rokov nahor). Časovo nenáročný test (5 – 10 minút). Zameraný na krátkodobú vizuálnu pamäť (reprodukcia, ev. variant ako znovupoznanie).

Meiliho test vizuálnej pamäti (R. Meili, 1961) – pozostáva zo série 30 obrázkov, ktoré sú aplikované skúšanej osobe dvojakým spôsobom, obrázky sa predkladajú s exponovaním dvoch sekúnd alebo všetky obrázky v priebehu jednej minúty. Testový materiál je usporiadaný v rovnakých štvorčekoch na formáte A4. Po uplynutí expozičného času, po 10 sekundách prestávky, skúšaná osoba slovne uvádza, ktoré predmety si z exponovaného materiálu zapamätala. Percentilové normy sú pre deti od 7 do 14 rokov a pre dospelých. Podľa Slovenských klinických skúseností (O. Kondáš, Š. Bednárík, 1973) test meria vštepivosť pamäti a je ho možné využiť v kombinácii s inými metódami alebo izolovane k orientačnej diagnostike.

Subtest Pohyby ruky z Kaufmanovej hodnotiacej batérie pre deti K-ABC – využiteľný od 2,5 do 12,5 roka. Zisťuje schopnosť zapamätať si sekvenciu pohybov ruky a motoricky si ich vybaviť v stanovenom poradí (krátkodobá vizuálna pamäť s prepojením na sekvenčné spracovanie, pozornosť, priestorovú orientáciu, možno tiež vylúčiť/potvrdiť perseverácie).

Subtest Priestorová pamäť z Kaufmanovej hodnotiacej batérie pre deti K-ABC – posudzuje krátkodobú vizuálnu pamäť v prepojení na simultánne spracovanie (rozdiel oproti iným testom, napr. subtest opakovanie čísel posudzuje spracovanie podnetov sekvenčným spôsobom). Výkon poukazuje aj na pružnosť/flexibilitu spracovania, pozornosť a úzkosť.

Subtest Tvár a miesto z Kaufmanovej hodnotiacej batérie pre deti K-ABC prepája vplyv podnetnosti prostredia dieťaťa, schopnosť učiť sa a pamätať si (dlhopamäť a vybavovanie).

Testy verbálnej pamäti:

Subtest Obrátené číselné rady – Woodcok-Johnson test (WJ IE COG), M. Ruef, A. Furman, A. Muñoz-Sandoval – použiteľný od 5 do 90 rokov, zisťuje bezprostrednú pracovnú pamäť založenú na schopnosti dočasne podržať informáciu a vykonávať s ňou súbor operácií.

Subtest Pamäť na vety – STANFORD-BINETOVA INTELIGENČNÁ ŠKÁLA – IV. REVÍZIA (T-35) R. L. Thorndike, E. P. Hagenová, J. M. Sattler (USA), upr. † K. Adamovič – použiteľný od 2 rokov do dospelosti. Zameraný na krátkodobú mechanickú pamäť.

Subtest Pamäť na čísla – STANFORD-BINETOVA INTELIGENČNÁ ŠKÁLA – IV. REVÍZIA (T-35) R. L. Thorndike, E. P. Hagenová, J. M. Sattler (USA), upr. † K. Adamovič – použiteľný od 4 rokov a 6 mesiacov do dospelosti. Zameraný na krátkodobú mechanickú pamäť.

Opakovanie čísel – Wechslerova inteligenčná škála WISC III- SK (T-36) – použiteľné od 5 rokov. Predstavuje sériu ústne podávaných číselných radov, ktoré má dieťa zopakovať v zadanom poradí a v opačnom poradí. Zamerané na krátkodobú a operačnú pamäť. Krátkodobá pamäť je viac orientovaná na mieru automatického vybavovania. Operačná vyžaduje aj priestorovú predstavivosť (zložitejšia reprodukcia).

Subtest Opakovanie čísel – z Kaufmanovej hodnotiacej batérie pre deti K-ABC – použiteľný od 2,5 do 12,5 roka – takisto lineárne spracovanie verbálnoakustických podnetov (krátkodobá, auditívno-vokálna pamäť).

Pamäťový test učenia (T-95), M. Preiss – použiteľný od 9 do 14 rokov. Časová náročnosť 10 minút. Kapacita krátkodobej i dlhodobej verbálnej pamäti, krivka učenia, zachytáva konfabuláciu a ďalšie poruchy vybavovania si. Je vhodný na diagnostiku organického oslabenia CNS, porúch učenia, demencie, pozorovanie následkov úrazu hlavy, diferenciálnu diagnostiku organickej vs. funkčnej poruchy pamäti.

Pamäťové učenie a test vedomostí – Test štruktúry inteligencie I-S-T 2000 R – použiteľné od 8. ročníka ZŠ. Výsledky použiteľné pre poradenský proces.

Meiliho test slovnej pamäti (R. Meili, 1961) – pamäť na slová je meraná čítaním 30 slov v dvojsekundových intervaloch. Percentilové normy sú pre deti od 7 do 14 rokov a pre dospelých. Podľa Slovenských klinických skúseností (O. Kondáš, Š. Bednárík, 1973) test meria vštepiivosť pamäti a je ho možné využiť v kombinácii s inými metódami alebo izolovane k orientačnej diagnostike.

Zapamätávanie si tvarov, analýza štruktúry inteligencie – ISA (T-309), E. Fay, G. Trost, G. Gittler (D), upr. T. Kováč. Subtest meria krátkodobé verbálne pamäťové schopnosti.

Komplexné testy pamäti:

Pamäťový test LGT-3 (T-51) – L. Maršálová, A. Hrabovská, B. Mészárošová – použiteľný od 13 rokov. Umožňuje posúdenie verbálnej (slovnej i číselnej pamäti, komplexného i jednoduchého obsahu) i neverbálnej pamäti.

Test zrakovo-sluchového učenia – I. Eisler, V. Mertin (pôvodne L. J. Monreová) – predškolský vek a mladší školský vek (normy 5 – 6 rokov) – schopnosť zapamätať si nové názvy obrázkov bez zmyslu. Použitie aj ako predikcia asociačného učenia, zrakovo-sluchového učenia, rizika porúch učenia.

WMS-IIIa: Wechslerova skrátená pamäťová škála – dĺžka administrácie je 15 – 20 minút. Použiteľná od 16 do 89 rokov. Zamiera sa na auditívnu, vizuálnu, bezprostrednú i dlhodobú pamäť. Zisťujeme úroveň bezprostredného a vzdialeného vybavovania.

5. Diferenciálna diagnostika

Pri diagnostike pamäti je potrebné diferencovať vplyv motivácie vyšetrovaného, jeho aktuálny emočný stav, vplyv osobnostných charakteristík i možnosť organicky podmienených stavov (stav po úrazoch, možnosť záchvatových ochorení, stav po požití liekov, návykových látok a pod.).

Pamäť je súčasťou aj exekutívnych funkcií a je veľmi závislá od miery pozornosti. Takisto súvisí

s úrovňou ostatných poznávacích procesov (vnímanie, myslenie, ale aj tvorivosť). Pri interpretácii výsledkov diagnostického procesu je teda potrebné zvážiť mieru vplyvu jednotlivých funkcií a procesov (vychádzať nielen z testových výsledkov, ale aj klinických skúseností).

Voľba diagnostických prostriedkov je zväžená podľa plánovaného rozsahu vyšetrenia, vývinových možností a aktuálneho stavu vyšetrovaného. V poradenskom procese budú skúšky zamerané možno skôr na spôsob preferencie pamäti z hľadiska učenia (spôsob vštepovania, retencie, vybavovania). Ďalšou diagnostickou kategóriou, pre ktorú bude užitočné vyšetrenie pamäti, bude zlyhávanie dieťaťa v školskom prostredí a možnosť predikcie porúch pozornosti a špecifických vývinových porúch učenia. U starších klientov je možné využiť diagnostiku pamäti aj s ohľadom na možný vplyv návykových látok (t. j. možnosť organických zmien pamäti). Takisto u detí, u ktorých je možný vplyv chronických ochorení, ev. progresie ochorení, bude užitočné sledovať mieru vplyvu a kapacity pamäti a hľadať podporné a rehabilitačné stratégie pri učení.

Vyšetrenie pamäti je dôležitou súčasťou batérie pri vyšetrení organicity (súčasť neuropsychologických batérií).

6. Nastavenie podporných opatrení

V závislosti od zhodnotenia pamäťových schopností (kapacita, deficit v rámci krátkodobej a dlhodobej pamäti – vo vizuálnej, auditívnej, verbálnej, i v oblasti mechanickej, sémantickej i epizodickej pamäti) a takisto aj s ohľadom na posúdenie ťažkostí v zmysle organického či funkčného oslabenia (napr. vplyvom málo podnetného prostredia a pod.), budú podporné opatrenia smerovať v dvoch líniách s ohľadom na:

1. **Kompenzačné, podporné a vyrovnávajúce stratégie** – v prípade predpokladu dlhodobějších ťažkostí (neurologické ochorenia, úrazy, poškodenie zdravia z dôvodu dlhodobejšej intoxikácie a pod. či predpoklad výraznejšieho deficitu krátkodobej a operačnej pamäti pri poruchách aktivity a pozornosti ako súčasť exekutívnych funkcií alebo ťažkosti v zmysle sémantickej pamäti, napr. pri poruchách autistického spektra) budú podporné opatrenia zamerané skôr na prijatie a kompenzovanie ťažkostí vhodnou úpravou a zásahmi procesu vštepovania, retencie a vybavovania zapamätaného. Intervencie budú zamerané na mapovanie silných zložiek pamäti (možnosť opierať sa o tie typy pamäti, ktoré sú funkčné, napr. viac dbať na multisenzorické ukotvovanie údajov, využívanie vizuálneho učenia, pamäti a pod.), vytváranie asociačných spojov, vytváranie myšlienkových máp, vybavovanie prostredníctvom obrazcov, asociácií atď., ako aj zapisovanie krokov, údajov. Pri kombinácii s poruchami pozornosti využívať nácvik sebainštruktáže (predchádzanie úniku údajov na základe ťažkostí so sústredením a plánovaním).
2. **Stimulačné, rozvíjajúce a tréningové postupy** – aj bežné vyučovanie je pravidelným tréningom pamäti. Čiže všetky postupy, ktoré vedú k učeniu a vybavovaniu si naučeného. Dôležité je prepájanie údajov, informácií do zmysluplných celkov (tréning zameraný na všetky fázy pamäti).
V procese nápravy je potrebné hlavne u detí čerpať námety z dostupných hier (Brainbox, pexeso a pod.).
3. **Feuersteinova metóda inštrumentálneho obohacovania/učenia** – ukladanie informácií do zmysluplných celkov.
4. **Nácvik vytvárania pojmových máp.**
5. **Akceptovanie psychohygienických zásad** (dostatočný spánok, režim práce a oddychu, vhodná strava, dostatočný pohyb, kvalitný proces učenia s fázou ukotvenia a opakovania).

7. Zoznam použitej literatúry

FAY, E., TROST, G., GITTLER, G., UPR. † KOVÁČ, T. T-309 analýza štruktúry inteligencie – ISA. [online] Bratislava: Psychodiagnostika, a. s. [citované 2007-8-24]. Dostupné na internete: <https://psychodiagnostika.sk/produkt/analiza-struktury-inteligencie-isa/>.

GAJDOŠOVÁ, E., HERÉNIOVÁ, G. 1996. Kresebný test školskej spôsobilosti. Príručka pre administráciu a vyhodnotenie, 1st ed. Bratislava: Psycho-Insight, 1996.

KONDÁŠ, O. T- 8 Obrázkovo-slovníková skúška. [online] Bratislava: Psychodiagnostika, a. s. [citované 2007-8-24]. Dostupné na internete: <https://psychodiagnostika.sk/produkt/t-8-obrazkovo-slovnikova-skuska/>.

MALÍKOVÁ, M. 1989. Prognosticko-diagnostický test cudzojazyčných schopností žiakov. Bratislava: Psychodiagnostické a didaktické testy, n. p., 1989.

MATĚJČEK, Z., ŠTURMA, J., VÁGNEROVÁ, M., ŽLAB, Z. 1987. Zkouška čtení. Bratislava: Psychodiagnostické a didaktické testy, n. p. 1987. T-202.

NOVÁK, J., POŽÁR, L. T-239 Diagnostika špecifických porúch učenia. [online] Bratislava: Psychodiagnostika, a. s. [citované 2007-8-24]. Dostupné na internete: <https://psychodiagnostika.sk/produkt/diagnostika-specificky-poruch-ucenia/>.

OSTERRIETH, P. A., REY, A., upr. † KOŠČ, M., NOVÁK, J. T-65 Rey-Osterriethov test komplexnej figúry – TKF. <https://psychodiagnostika.sk/produkt/t-65-rey-osterriethov-test-komplexnej-figury-tkf/>.

PREISS, M. T-95 Pamäťový test učenia. [online] Bratislava: Psychodiagnostika, a. s. [citované 2007-8-24]. Dostupné na internete: <https://psychodiagnostika.sk/produkt/t-95-pamatovy-test-ucenia/>.

RUISEL, I., MULLNER, J., FARKAŠ, G. 1986. Škála aktuálnej pamäti. Manuál. Bratislava: Psychodiagnostické a didaktické testy, 1986.

ŘÍČAN, P., KREJČÍŘOVÁ, D. et al. 2006. Dětská klinická psychologie. 4. přepracované a doplněné vydání. Praha: Grada, 2006. 608 s. ISBN: 978-80-247-1049-5.

SINDELÁROVÁ, B. 2013. Předcházíme poruchám učení: Soubor cvičení pro děti v předškolním roce a v první třídě. 5. vydání. Praha: Portál, 2013. 63 s. ISBN 978-80- 262-0 405-3.

THORNDIKE, R. L., HAGENOVÁ, E. P., SATTLER J. M., upr. † ADAMOVIČ, K. T-35 Stanford-Binetova intelligenčná škála – IV. revízia. [online] Bratislava: Psychodiagnostika, a. s. [citované 2007-8-24]. Dostupné na internete: <https://psychodiagnostika.sk/produkt/t-35-stanford-binetova-inteligencna-skala-iv-revizia/>.

UČEŇ, I., SENKA, J. 1996. Test rečového myslenia. Bratislava: Výskumný ústav detskej psychológie a patopsychológie, 1996.

9.

Diagnostika organickej integrity (organicity)

Autorky: PhDr. Timea Valachová, PhD.
Mgr. Judita Malík

Hodnotitelia: Mgr. Eva Krúpová
Mgr. Anton Kalina

Recenzentka: PhDr. Gabriela Ručková, PhD.

Účelom diagnostiky organickej integrity je najčastejšie hľadanie odpovede na otázku, či sú aktuálne problémy dieťaťa podmienené organickým poškodením CNS. Na vylúčenie obrazu poškodenia CNS je potrebný multidisciplinárny prístup. Diagnóza organicity, poškodenia organickej integrity a organického poškodenia CNS je úlohou medicíny a stanovuje ju lekár. Jej suspektnosť zisťuje diagnostickými metódami psychológ.

1. Prostredie

Štandardizovaná psychologická diagnostika organickej integrity je realizovaná v školskom zariadení VPaP alebo u klinického psychológa. Orientačná psychologická diagnostika môže byť realizovaná v školskom prostredí.

2. Kompetenčný rámec

Psychológ všetkých kariérnych stupňov. Začínajúci psychológ pod odborným vedením, príp. tútorskou supervíziou uvádzajúceho odborného zamestnanca – psychológa. Orientačnú diagnostiku realizuje školský psychológ podľa podkapitoly 5.1.

3. Vzťah

V priebehu psychologického vyšetrenia sa okrem profilu schopností dieťaťa hodnotí aj jeho osobnosť a emocionálny stav a analyzuje sa rodinné prostredie, preto je nadviazanie raportu veľmi dôležité.

Použitie viacerých diagnostických metód je náročné na čas i výkon dieťaťa, a preto je vhodné rozdeliť diagnostický proces na niekoľko stretnutí. Rovnako je potrebné prispôbiť testovanie aktuálnemu zdravotnému stavu (pooperačný, poúrazový alebo pozáchvatový stav) a prípadným limitujúcim účinkom prebiehajúcej liečby (farmakoterapia).

Pri začatí diagnostiky sa osvedčila otázka: „Vieš, prečo si sem dnes prišiel?“ Tak zistíme, či má dieťa vhlad na svoj stav, či si je vedomé zmeny vo svojom výkone, prípadne zmeny v správaní. Ak dieťa povie, že nevie alebo mykne plecami, povieme mu, čo všetko nás behom vyšetrenia čaká, a necháme na ňom, čím chce začať. Uprednostňujeme výkonové testy, kým sa dieťa lepšie sústreďí, avšak podľa jeho nastavenia môžeme zvoliť najprv projektívne testy ako kresbu postavy alebo Hand test. Zdôraznením, že vyšetrenie nie je ako testy v škole a nebudeme ho známkovať, zvykne deťom zameraným na výkon často odľahnúť a sú otvorenejšie spolupráci.

4. Účel

Účelom diagnostiky organickej integrity je:

- popis súčasného stavu, identifikácia úrovne vývinu vo vzťahu k normatívnemu vývinovému obdobiu, zhodnotenie úrovne intelektu a meraných mentálnych schopností,
- špecifikácia deficitov/dysfunkcií na určenie silných stránok kognitívnych funkcií ako východisko pre terapiu – reedukáciu – rehabilitáciu, ale aj pre potreby úpravy metód, foriem a obsahov vzdelávania,
- určenie charakteru dysfunkcie/poruchy v časovom priebehu, t. j. či je porucha progresívna – stacionárna – postupne sa upravujúca,
- posúdenie rozsahu diagnostikovanej dysfunkcie/poruchy vo vzťahu k predprofesijnému a profesijnému vývinu (kariérové poradenstvo).

K diagnostike organickej integrity pristupujeme na základe indikátorov:

1. Zistených z anamnestických údajov:
 - a) zmeny vývinového charakteru (pre- a perinatálne – riziková skupina predčasne narodených detí, príp. detí s komplikáciami pri pôrode),
 - b) zmeny v postnatálnom období a ranom detstve týkajúce sa úrazu, cerebrálneho ochorenia (epilepsia, infekcia – meningitídy, encefalitídy, nádor a i.), intoxikácie.
2. V rámci multidisciplinárneho prístupu, na podnet pediatra, neurológa, pedopsychiatra, klinického logopéda v súvislosti s indikátormi spomenutými v úvode štandardu.
3. Po identifikácii možnej organickej podmienenosti oslabení/porúch (medicínsky a/alebo psychologicky), keď opakovaná diagnostika (rediagnostika) sleduje vývinové zmeny. Teda keď hovoríme o neukončenej diagnostike a potrebe ďalšieho sledovania v priebehu času – readiagnostikou a opakovanou diagnostikou na nastavenie podporných opatrení prispôsobených úrovni kognitívnych funkcií a prípadnej deteriorácie. Účelom je stanovenie optimálneho spôsobu kognitívnej rehabilitácie, reedukácie a kompenzácie zistených deficitov a overenie účinnosti nastaveného intervenčného plánu.
4. Objavenie zmien v psychosociálnom fungovaní dieťaťa, napr. zmeny v správaní a osobnosti, zhoršený prospech v škole, ktoré zaregistruje rodič a/alebo pedagóg a ktorým predchádzal bezproblémový vývin psychických funkcií.

5. Metódy a postupy

5.1 Orientačná diagnostika

Orientačnú diagnostiku začíname rozhovorom, priamym pozorovaním správania dieťaťa na vyučovacích hodinách, prípadne pozorujeme správanie pri hre, prípadne na hodinách telesnej výchovy. Jej úlohou, na podpornej úrovni druhého stupňa, je popísať aktuálny stav úrovne vývinu dieťaťa/žiaka vo vzťahu k normatívnemu vývinovému obdobiu a zaznamenanie odchýlok najmä v oblasti: motoriky (hrubej, jemnej, napr. neobratnosť pohybov, poruchy reči), percepcie, sústredenosti (napr. krátky rozsah, odkloniteľnosť pozornosti), správania a emočného prežívania (napr. zmeny psychomotorického tempa, úrovne aktivity, emočná dráždivosť, problémy sociálneho prispôsobenia). Keďže by sme použitím výkonových testov narušili priebeh štandardizovaného vyšetrenia v centre poradenstva, spoliehame sa okrem rozhovoru a pozorovania na analýzu výtvorov dieťaťa.

Kresba dieťaťa/žiaka nám pomáha detegovať diskkrétne znaky organicity. Napríklad ide o dvojité vedenia čiar, neúplné línie, nenadväzujúce časti kresby, prerušované čiary, prípadne tzv. „padajúcu kresbu“, keď je postava nakreslená v inom uhle, akoby padala.

Pre narušenú organickú integritu je príznačné zníženie v oblasti kognitívnej flexibility. Tú môžeme s dieťaťom/žiakom overovať napríklad testom verbálnej fluencie, keď vedieme dieťa k tomu, aby za jednu minútu skúsilo vymenovať čo najviac zvierat/farieb/hlavných miest a podobne. Sledujeme prípadné opakovanie slov, problémy s pomenovaním, znížené tempo a výkon, ktorý nemá tendenciu sa zlepšovať prípadným opakovaním úlohy. Na orientačné posúdenie kognitívnej flexibility môžeme využiť aj úlohu, keď žiaka požiadame, aby od čísla 100 odrátaval číslo 3 (alebo 7).

Vizuomotorickú koordináciu a pracovnú pamäť si môžeme overiť pri skladaní kociek, skladačiek, hraním pexesa alebo pri odpisovaní slov, obkresľovaní tvarov, vyfarbovaní obrazcov. Všimame si, či dieťa/žiak rozoznáva jednotlivé časti celku.

Je vhodné orientačne posúdiť aj orientáciu v priestore, vpravo/vľavo, hore/dole krátkymi

inštrukciami (napíša dátum na papier vľavo hore...).

5.2 Testy a testové batérie

Neexistuje žiaden jednotlivý diagnostický nástroj, ktorý by sám osebe bol spoľahlivým ukazovateľom organicity. Preto je potrebné uskutočniť komplexné psychologické vyšetrenie dieťaťa, ktoré:

- vychádza z podrobnej **anamnézy, diagnostického rozhovoru** a pozorovania prejavov dieťaťa v rôznych prostrediach (otázky zameriame najmä na osobnú a zdravotnú anamnézu, perinatálny a postnatálny stav dieťaťa, psychomotorický vývin, sledované zmeny v správaní v časových súvislostiach, traumy a úrazy, sociálne vzťahy a schopnosť adaptácie dieťaťa),
- je založené na **zhodnotení aktuálnej úrovne a štruktúry intelektových schopností**, (uprednostňujeme komplexné testy inteligencie na porovnanie profilu verbálnych a neverbálnych subtestov a znázornenie prípadného disharmonického vývinu),
- je založené na posúdení **osobnostných charakteristík a emocionálneho prežívania**, rodinných a sociálnych vzťahov, pri organickom poškodení CNS dochádza aj k osobnostným zmenám, ktoré ovplyvňujú kvalitu sociálnych vzťahov,
- vychádza z úrovne získaných akademických vedomostí a zručností (kreslenie, čítanie, písanie, počítanie).

Diagnostickým cieľom je zistiť, ako sa organicita u konkrétneho dieťa prejavuje vo vývine a fungovaní psychických systémov a v akom rozsahu podmieňuje rozvoj jeho schopností a psychosociálneho fungovania.

Hodnotenie úrovne inteligencie

V predškolskom veku je testovanie kognitívnych schopností detí významne závislé od ich motivácie, koncentrácie, spolupráce a porozumeniu inštrukciám. Vzhľadom na prudký rozvoj psychických funkcií v tomto vekovom období slúži diagnostika ako podklad k rozhodovaniu sa o výbere ďalších vyšetrení a intervenčných postupov.

V školskom veku:

Wechslerova inteligenčná škála pre deti (WISC-III^{SK}) – všetky subtesty spolu odrážajú všeobecnú intelektovú schopnosť dieťaťa vo veku 6 – 17 rokov. Je potrebné interpretovať kompletný intelektový profil, ktorý má vyššiu prediktívnu hodnotu ako skrátená forma testu. Okrem kvantitatívnej analýzy štandardného skóre subtestov a verbálneho, performačného a celkového IQ poskytuje aj faktorové indexy: slovného porozumenia, perцепčného usporiadania, koncentrovanosti a rýchlosti spracovania. Kvalitatívna interpretácia testových výkonov, analýza chýb a intrasubtestového a intersubtestového rozptylu je cenným zdrojom ukazovateľov možnosti organického poškodenia CNS. Niektoré znaky poukazujúce na podozrenie z možnosti organického poškodenia mozgu sú:

1. VIQ je vyššie ako PIQ o 15 a viac bodov;
2. VS subtestov Kocky je významne pod očakávanou úrovňou a patrí k najnižším VS;
3. priemer VS Kocky, Opakovanie čísiel a Kód je významne pod očakávanou úrovňou;
4. VS subtestu Slovník je vyšší ako priemer VS všetkých subtestov. Klinický úsudok psychológa na základe prítomnosti všetkých týchto znakov alebo len niektorých smeruje k použitiu ďalších diagnostických metód k potvrdeniu, resp. vylúčeniu tejto možnosti.

Vzdělávací aplikace WISC-III., pomůcka pro interpretační strategie a nápravná doporučení od autorov C. L. Nicholsona; C. L. Alcorna, ktorú vydalo Testcentrum Hogrefe Praha v roku 2008, uvádza šesť diskretných ukazovateľov zmeny organickej integrity v profile testových výsledkov. Prítomnosť 3 a viac ukazovateľov indikuje zmenu organickej integrity.

Kohsove kocky (S. C. Kohs, autor slov. príručky L. Košč, T-67) – test je primárne určený na zisťovanie úrovne všeobecných rozumových schopností a ich performačnej zložky u detí a dospelých. V teste má vyšetovaná osoba za úlohu skladať zo štvorfarebných kociek rozlične tvarované a farebne kombinované čoraz zložitejšie obrázky podľa predlohy. Pôvodne americký test S. C. Kohsa (1923) u nás štandardizoval PhDr. Ladislav Košč, CSc., v roku 1974 na reprezentatívnom výbere 6- až 16-ročných detí a dospelých. Test je možné použiť pri diferenciálnej diagnostike organickej integrity a porúch pozornosti v zmysle ADD/ADHD. K indikátorom zmien organickej integrity patrí: zlyhanie v úlohách 7, 8 a 9, neschopnosť napodobniť predlohu v polohe jej otočenia o 45 stupňov, zamieňanie jednej dvojfarebnej plochy dvoma jednofarebnými, radenie kociek do rozličných formácií bez zachovania štvorcového obrysu skladaného tvaru.

Hodnotenie úrovne senzomotorických schopností

Test kresby ľudskej postavy (Šturma, Vágnerová, T-76) – pre vekovú kategóriu 3,6 – 11 rokov. Hodnotí vývoj percepcie, senzomotorickú koordináciu, jemnú motoriku a orientačne úroveň mentálneho vývoja. Kresbu hodnotí z hľadiska obsahu (kvalita a počet detailov) a formy (vzájomné proporcie a spojenie jednotlivých častí, dvojdimenzionálna realizácia, symetria častí tela a pod.). Súčtom obsahového a formálneho skóre získame celkové skóre. Okrem stenových noriem poskytuje interpretačné znaky k jednotlivým diagnostickým skupinám organická integrita, DMO, epilepsia, tumor cerebri, poruchy intelektu, zraku, sluchu, správania a pod. K indikátorom zmien organickej integrity patrí vyššie obsahové skóre (o 1 sten) ako formálne a nízke celkové skóre (2. – 3. sten) spolu s prítomnými typickými zvláštnosťami v kresbe – nápadné disproporcie jednotlivých častí tela, pripojení jednotlivých častí na nesprávnom mieste, vynechanie podstatných detailov, rigidita – stereotypie, bizarné tvary jednotlivých častí, primitívne spracovanie, nápadná poloha postavy v priestore a i.

Test obkresľovania (Matějček, Vágnerová, T-32) – pre vekovú kategóriu 5 – 13 rokov. Súbor obsahuje 12 predlôh, schopnosť dieťaťa napodobniť určitú štruktúru odráža zrelosť nervového systému; stenové normy zachytávajú oneskorenia perцепčného a motorického vývoja a špecifické poruchy perцепčne-motorické.

Bender-Gestalt test (Benderová, T-92) – pre vekovú kategóriu 5 – 11 rokov. Súbor 9 predlôh, stenové normy zachytávajú úroveň zrelosti percepcie a senzomotorickej koordinácie a k diferenciálnej diagnostike organických porúch CNS.

Hodnotenie úrovne pozornosti

Test cesty (Preiss, Preiss, T-41) – pre vekovú kategóriu od 9 do 14 rokov až po dospelosť. Stenové normy presnejšie určujú individuálne výkony pre 3. – 4. triedu, 5. – 7. triedu a 8. – 9. triedu. Výsledky v časti A a časti B hodnotia psychomotorické tempo, vizuomotorickú koordináciu, kognitívnu pružnosť, flexibilitu, zámernú a rozdelenú pozornosť.

Číselný štvorec (Jirásek, T-3) – pre vekovú kategóriu 8,6 – 15,6 roka. Hodnotí nešpecifickú psychickú aktivitu, úroveň koncentrácie a distribúcie pozornosti a posudzuje schopnosť odolávať určitej záťaži zámernej pozornosti. Krivka výkonu poukazuje na priebeh jednoduchého učenia a na to, ako je výkon ovplyvnený skúsenosťou. Výkon je okrem pozornosti podmienený aj úrovňou vizuálnej percepcie, senzomotorickou koordináciou, vôľovým úsilím a ďalšími osobnostnými vlastnosťami. Poskytuje stenové normy M1, M2, M a M1/M2 a je významný doplnkom v porovnaní s ukazovateľmi z iných diagnostických metód (napr. výsledku IQ a školského výkonu). Odporúčaná je kvalitatívna analýza chýb a posúdenie rozdielu medzi minimálnym a maximálnym výkonom.

Hodnotenie úrovne pamäti

Rey-Osterreithov test komplexnej figúry (Košč, Novák, T-65) – pre vekovú kategóriu 5,6 roka až

po dospelosť. Zachytáva funkcie špecifického charakteru – úroveň štruktúracie percepčnej aktivity, vizuálno-motorickej kontroly a pozornosti i konkrétnej bezprostrednej vizuálnej pamäti. Predloha obrazca je geometricky štruktúrovaná figúra pozostávajúca z 18 elementov, ktoré dieťa najprv obkresľuje podľa predlohy a po cca 3 minútach kreslí spamäti. Pre každý vek sú percentilové normy, možnosť kvalitatívneho rozboru kresbového postupu, ale aj interpretácia ukazovateľov pri rozličných diagnostických skupinách (mentálne retardovaných, cerebrálnych léziách, u detí s poruchami učenia, afázií a i.).

Pamäťový test učenia (Preiss, T-95) – pre vekovú kategóriu od 9 do 14 rokov až po dospelosť. Hodnotí krátkodobú a dlhodobú pamäť, schopnosť učiť sa a odolávať interferencii. Normy sú orientačné, kvalitatívna analýza výsledkov a zvlášť hodnotenie počtu opakovaní a konfabulácií sú cenným zdrojom informácií k diferenciálnej diagnostike porúch pamäti, identifikovaní organických oslabení CNS a oslabení verbálnej pamäti.

Hodnotenie osobnosti

V súvislosti s organickou integritou nazeráme na posúdenie osobnosti a emocionality v rovine vplyvu na kvalitu sociálnych vzťahov a osobnostnej integrity. Vhodné je voliť projektívne testy, ako napríklad Hand test, spomínaný Test kresby ľudskej postavy či Rorschachov test.

Test ruky (Wagner, Fridrich, Nociar, T-167) – z obsahovej stránky si všímame atribúty ako zlyhanie, repetitívne odpovede, perseverácie, prípadne značnú mieru neistoty počas celého administrovania testu.

Rorschachov test atramentových škvŕn (ROR – Rorschach, Řičan, Šebek, Ženatý, Morávek, T-39) – disponuje celou škálou vedľajších fenoménov, ktoré poukazujú na znaky s možným súvisom organického poškodenia CNS (napr. Piotrowskiho škála organicity, chudobné obsahy, perseverácie, defektné odpovede a i.).

6. Diferenciálna diagnostika

Ku komplexnej diagnostike organicity je potrebná súčinnosť pediatra, neurológa a logopéda s cieľom diferenciálnej diagnostiky, ako aj priebežnej objektivizácie stupňa oslabení. Zohľadňujeme posúdenie kognitívnych funkcií, intelektu a emocionality s vplyvom nielen na úspešnosť v školskom prostredí, ale aj na sociálne vzťahy.

Výsledkom vyšetrenia je:

- Podrobný popis súčasného stavu, špecifikáciu deficitov/dysfunkcií a určenie silných stránok kognitívnych funkcií ako východisko pre terapiu – reedukáciu – rehabilitáciu.
- Zhodnotenie úrovne intelektu a meraných kognitívnych schopností. V prípade opakovanej diagnostiky aj ich porovnanie v priebehu vývinu.
- Analýza nerovnomerných výkonov diagnosticky zisťovanej štruktúry intelektových schopností, výskytu diagnosticky významných kvalitatívnych zmien, zlyhaní v niektorých oblastiach, ktorá je dôvodom na podrobnejšie vyšetrenie s využitím ďalších diagnostických nástrojov spresňujúcich tieto zistené oslabenia.
- Zhodnotenie školského prostredia – vzdelávacích výsledkov, prežívania školskej úspešnosti ako východisko na súhrnné odporúčanie úprav vo výchovno-vzdelávacom procese na zabezpečenie optimálneho kognitívneho vývoja.

Výsledky komplexnej psychologickkej diagnostiky sú podkladom pri ďalšom diagnostickom a reedukačnom procese špeciálneho a/alebo liečebného pedagóga a logopéda pri posudzovaní špecifických oslabení dieťaťa.

V detskej psychiatrickej populácii sa uvádza, že deti s organickým postihnutím mávajú častejšie

poruchy aktivity (hyper-/hypoaktivita), častejšie sú aj poruchy reči a autoregulačných funkcií. Medzi deťmi s poruchami správania sa pritom udáva organická porucha až v 1/3 prípadov. Organické postihnutie sa však v klinickom obraze môže prejavíť aj v celom rade ďalších ťažkostí, napríklad v oblasti motoriky (neobratnosť pohybov, tras, mimovoľné pohyby, atypická lateralita, ambidextria, poruchy jemnej motoriky, grafomotoriky a oromotoriky...), v oblasti reči a komunikácie (afázie, poruchy prozódie, nedostatočne rozvinuté neverbálne signály ako mimika a gestá), v oblasti receptívnych funkcií (zhoršená pravo-ľavá orientácia, neadekvátne vizuomotorika...) a v oblasti mentálnej aktivity (psychomotorické tempo, nedostatočná kontrola impulzov...).

7. Nastavenie podporných opatrení

Kvalitatívna a kvantitatívna analýza výsledkov diagnostiky organicity je zameraná na posúdenie, v ktorých oblastiach a v akom rozsahu sa deficity na báze organicity prejavujú:

- motorika – hyperaktivita, neobratnosť pohybov alebo naučených schopností, poruchy reči a i.,
- senzorika (percepčné poruchy),
- pozornosť (odkloniteľnosť, krátky rozsah pozornosti),
- emočné prejavy (znížená frustračná tolerancia, podráždenosť, plačlivosť, úzkosť),
- kognitívne poruchy (intelektový deficit, konceptuálne problémy, porucha usudzovania, špecifické poruchy učenia, konkrétne, rigidné myslenie, poruchy pamäti),
- sociálne problémy (interpersonálne, regres, negativizmus, antisociálne správanie, poruchy sociálneho prispôsobenia, sociálna izolácia),
- osobnostné problémy (narušené vnímanie seba, svojho tela, osobnostné zmeny, strata záujmov, kompulzívne tendencie, obavy, neistota).

Na ich základe je možné navrhnúť opatrenia vo vzťahu k:

1. stanoveniu optimálneho spôsobu kognitívnej rehabilitácie, reedukácie a kompenzácie zistených deficitov,
2. optimalizácii v psychosociálnom fungovaní dieťaťa v podmienkach rodiny, školy a v iných sociálnych skupinách,
3. edukačnému procesu, konkrétnou úpravou foriem, metód a obsahov vzdelávania.

8. Zoznam použitej literatúry

- BENDER, L., upr. VÁGNEROVÁ, M. T-92 Bender-Geštalt test [online]. Bratislava: Psychodiagnostika, a. s. [citované 2007-8-24]. <https://psychodiagnostika.sk/produkt/t-92-bender-gestalt-test/>.
- FRIDRICH, J., NOCIAR, A. 1991. T-167 Test ruky. Bratislava: Psychodiagnostika, a. s., 1991.
- JIRÁSEK, J. 1975. T-3 Číselný čtverec. Bratislava: Psychodiagnostické a didaktické testy, n. p., 1975.
- KOHS, S. C., autor slov. príručky KOŠČ, L. T-67 Kohsove kocky [online]. Bratislava: Psychodiagnostika, a. s. [citované 2007-8-24]. Dostupné na internete: <https://psychodiagnostika.sk/produkt/t-67-kohsove-kocky/>.
- KOŠČ, M., NOVÁK, J. 1997. T-65 Reyov-Osterriethov test komplexnej figúry. Bratislava: Psychodiagnostika, a. s., 1997.
- MATĚJČEK, Z., VÁGNEROVÁ, M. 1987. T-216 Dotazník sebezpojetí školní úspěšnosti – SPAS. Bratislava: Psychodiagnostické a didaktické testy, n. p., 1987.
- NICHOLSON, C. L, ALCORN, C. L. 2008 Vzdělávací aplikace WISC-III. Pomůcka pro interpretační strategie a nápravná doporučení. 1. české vydání. Praha: Testcentrum – Hogrefe, 2008.
- PREISS, M. 1999. T-95 Pamäťový test učenia. Bratislava: Psychodiagnostika, a. s., 1999.
- PREISS, M., PREISS, J., PANAMA J. 1997. T-41 Test cesty. Bratislava: Psychodiagnostika, a. s., 1997.
- ŘÍČAN, P., ŠEBEK, M., ŽENATÝ, J., MORÁVEK, S. 1981. Úvod do Rorschachovy metody. Bratislava: Psychodiagnostické a didaktické testy, 1981.
- ŠTURMA, J., VÁGNEROVÁ, M. T-32 Test obkresľovania [online]. Bratislava: Psychodiagnostika, a. s. [citované 2007-8-24]. Dostupné na internete: <https://psychodiagnostika.sk/produkt/t-32-test-obkreslovania/>.

10.

Diagnostika čitateľských kompetencií

Autor: Mgr. Michal Gabarík

Hodnotiteľky: PhDr. Erika Pribusová
Mgr. Eva Vaščáková

Recenzentka: doc. PhDr. Alexandra Biščó Kastelová, PhD.

1. Prostredie

Individuálna administrácia prebieha v miestnosti, kde neprichádza k rušeniu z vonkajšieho prostredia a sú zabezpečené dobré svetelné podmienky (v škole alebo v centre poradenstva a prevencie).

2. Kompetenčný rámec

Tento štandard popisuje obsah diagnostiky čitateľských kompetencií, ktorá sa realizuje na účely popísané nižšie odborným zamestnancom centra prevencie a poradenstva. Takto popísanú diagnostiku realizuje:

- samostatný odborný zamestnanec, odborný zamestnanec s 1. atestáciou, odborný zamestnanec s 2. atestáciou – špeciálny pedagóg, psychológ, logopéd,
- začínajúci odborný zamestnanec – špeciálny pedagóg, psychológ, logopéd – pod dohľadom uvádzajúceho odborného zamestnanca.
- Metódy orientačnej diagnostiky popísane v časti 5.1 môže realizovať aj:
- samostatný pedagogický zamestnanec, pedagogický zamestnanec s 1. atestáciou, pedagogický zamestnanec s 2. atestáciou – školský špeciálny pedagóg,
- začínajúci pedagogický zamestnanec – školský špeciálny pedagóg – pod dohľadom uvádzajúceho odborného zamestnanca.

3. Vzťah

Pri diagnostike čitateľských kompetencií vyberáme testy tichého a hlasného čítania. Pri navodzovaní raportu sa dieťaťa môžeme opýtať, čím chce začať. Oboznámime ho s priebehom diagnostiky a vysvetlíme mu, prečo sme k diagnostike pristúpili a čo ňou sledujeme. Zároveň dieťa ubezpečíme, ak je potrebné, tak aj upokojíme, že nejde o školské skúšanie a výsledky jednotlivých testov nebudú hodnotené známku. Výkon žiaka reflektujeme spätnou väzbou a povzbudením.

4. Účel

Diagnostiku čitateľských kompetencií je potrebné realizovať pri diagnostike žiaka s ťažkosťami v učení, pri komplexnej diagnostike žiaka so zdravotným znevýhodnením alebo nadaním, ako aj pri rediagnostike žiaka so špeciálnymi výchovno-vzdelávacími potrebami.

Na účely komplexného diagnostického vyšetrenia v centre poradenstva a prevencie je predpokladom použitia nižšie uvedených metód posúdenie výsledkov predchádzajúcich vyšetrení a dôležitých anamnestických informácií (napr. o. i. pedagogickej diagnostiky, hodnotenia čitateľských kompetencií žiaka učiteľom a pod.) podľa výkonových štandardov.

5. Metódy a postupy

5.1 Orientačná diagnostika

Orientačná diagnostika čitateľských kompetencií sa zameriava na zistenie základných parametrov čitateľských schopností žiaka prostredníctvom **anamnézy, analýzy pedagogickej diagnostiky,**

konzultácií s pedagógmi, konzultácií s rodičmi, pozorovaním v triede, pozorovaním pri čítaní mimo triedy, kvalitatívnym zhodnotením čítania, rozhovorom so žiakom.

Cieľom je orientačne zistiť **rýchlosť, správnosť** (kvalitatívna analýza výskytu chýb – umiestnenie chyby v slove/texte, prítomnosť zámen, inverzií, absencií), **techniku, porozumenie, sprievodné javy** (dýchanie, ukazovanie, motorické prejavy) a **vzťah k čítaniu**.

5.2 Testy čítania

Skúšky čítania pre mladší školský vek (Váryová in Mikulajová et al., 2012) – test pozostáva z troch samostatných skúšok: 1. čítanie textu; 2. čítanie slov; 3. čítanie pseudoslov. Skúšky umožňujú analyzovať a porovnávať rýchlosť, presnosť čítania slov a pseudoslov, techniku čítania slov alebo pseudoslov, porozumenie čítanému textu, pochopenie významu prečítaného textu a chyby pri čítaní. Skúška čítania textu má dve alternatívy, ktoré je veľmi vhodné využiť obe (pri viacerých diagnostických stretnutiach alebo v prípade podozrenia na nedostatočne navodený raport pri prvom stretnutí). Porovnanie čítania slov a pseudoslov ponúka podklad na analýzu techniky čítania.

Test čítania s dopĺňovaním slov (Mikulajová, Vencelová, Caravolas in Mikulajová et al., 2012) – normatívny test tichého čítania, v ktorom sa hodnotí a porovnáva s normou rýchlosť a presnosť čítania. Diagnosticky je veľmi zaujímavá komparácia výsledkov žiaka v testovaní hlasného čítania (napr. vyššie uvedeným testom) a výsledkov v tomto teste.

Skúšky čítania (Matejček, Šturma, Vágnerová, Žlab, T-202, 1987) – predstavujú osem čítacích testov pre rôzne vekové kategórie (1. – 6. ročník ZŠ). Súbor obsahuje aj pseudotext *Latyš* určený na diferencionálnu diagnostiku dyslexie. Výhodou je prepočet výsledkov na stenové normy a čitateľský kvocient, ktoré umožňujú komparáciu s úrovňou intelektu.

ČÍ(s)TA (Žovinec, Dufeková, 2014) – súbor skúšok určených na diagnostiku stredoškolákov. Obsahuje dotazník, skúšku fluencie pri čítaní, test tichého čítania s porozumením s orientačnými vývinovými normami. Súbor obsahuje aj orientačné normy pseudotextu *Latyš* pre stredoškolskú populáciu.

MABEL – multijazyková batéria testov ranej gramotnosti, založená na dôkazoch (Caravolas, M., Mikulajová, M., Defior, S., Seidlová Málková, G., 2019) – testová batéria, ktorá obsahuje najdôležitejšie a diagnosticky najcitlivejšie testy včasnej gramotnosti. Testy sú zamerané na diagnostiku týchto schopností: znalosť písmen, fonematické uvedomovanie, rýchle menovanie, čítanie a pravopisné schopnosti.

5.3 Neštandardizované metódy na individuálne posúdenie úrovne čítania

Pozorovanie – pozorovanie žiaka pri čítaní zamerané na správanie, ktorým sa žiak prejavuje pred čítaním, počas čítania a po ukončení skúšky čítania, so zameraním na motorické, vegetatívne a iné prejavy. Dôležitým prvkom je aj porovnanie výskytu týchto prejavov pri tichom a hlasnom čítaní.

Analýza vzťahu k čítaniu – kvalitatívne zhodnotenie vzťahu žiaka k čítaniu z vlastnej iniciatívy a porovnanie postoja k školským povinnostiam, ktoré vyžadujú čítanie.

6. Diferenciálna diagnostika

Odporúčané diagnostické kritériá pre dyslexiu:

- výrazné zaostávanie viac ako 1-SD v skúškach čítania (najmä oblasť rýchlosť a plynulosť) oproti vekovej norme,
- pretrvávanie problému min. 6 mesiacov napriek zdokumentovaným pedagogickým opatreniam na strane učiteľa a rodiny (doučovanie, individuálny prístup, obohacujúce úlohy, viacnásobné precvičovanie a pod.),
- prítomnosť špecifických deficitov v kognitívnych funkciách prepojených na čítanie,
- prítomnosť rizikových faktorov v novorodeneckom období a v období raného veku,
- ťažkosti v čítaní pretrvávajúce od začiatku školskej dochádzky,
- pri podozrení je potrebné vylúčenie mentálneho a sensorického postihnutia (najmä zrakového).

Dve z týchto kritérií môžu nahradiť jedno z vyššie uvedených, ak v klinickom obraze niektorý z vyššie uvedených symptómov chýba: preukázaná dyslexia u rodičov alebo súrodencov, prítomnosť **poruchy aktivity a pozornosti** alebo **narušenej komunikačnej schopnosti**.

U žiakov s dyslexiou registrujeme predovšetkým ťažkosti v technike čítania, ktoré môžu mať vplyv aj na porozumenie čítaného textu. Môžeme sa však stretnúť aj so žiakmi, ktorí čelia ťažkostiam v porozumení hovorenému slovu, a to sa premieta do kvality čitateľského prejavu vrátane porozumenia čítaniu. V neposlednej rade existujú aj čitatelia, ktorí majú ťažkosti v oboch popísaných oblastiach – dekódovanie písaného textu aj porozumenie hovorenému slovu, čo významne narúša ich čitateľské schopnosti (Snowling, 2013; Žovinec, Krejčová, Pospíšilová, 2014). Pri diferenciálnej diagnostike je potrebné vylúčiť nesprávne osvojenú techniku čítania podmienenú chybným didaktickým postupom. V takom prípade nejde o dyslexiu.

Kvalitatívna analýza chýb ďalej umožňuje bližšie spoznať špecifiká vývinovej poruchy konkrétneho jednotlivca. Podľa Nováka (2002) pri čítaní hodnotíme tieto oblasti: rýchlosť, stupeň čitateľských návykov, frekvenciu, charakter chýb, porozumenie textu. Vzhľadom na dostupné vývinové normy odporúčame používať Skúšku čítania T-202 od Z. Matějčka a kolektívu autorov (1987), Skúšky čítania pre mladší školský vek (Váryová in Mikulajová et al., 2012) a Testy čítania s doplnením slov (Mikulajová, Vencelová, Caravolas in Mikulajová et al., 2012). Orientačné vývinové normy pre text Latyš pre stredoškolskú populáciu (Matějček et al., 1987) spracovali E. Žovinec a A. Dufeková (2014).

Na analýzu symptómov v čítaní a písaní na behaviorálnej úrovni a ich možných príčin na jazykovo-kognitívnej úrovni spracovania slova odporúčame používať Schému diagnostického rozhodovania podľa M. Mikulajovej (in Mikulajová et al. 2012, príloha CD).

Pri hodnotení vývinu čitateľských návykov odporúčame využívať 6-stupňovú klasifikáciu podľa J. Nováka (2012):

1. **Čítanie po skupinách slov, plynule so zmyslom pre vetný kontext a správnou alebo skoro správnou vetnou inscenáciou.** Normálne, dobre vyvinuté čítanie na úrovni nad 80 slov/min. Zvyčajne od 4. roč. ZŠ a vyššie.
2. **Číta po jednotlivých slovách, celkom vyrovnané a bez ďalších zarážok, niekedy i skupiny slov plynulo. Ešte bez vetrnej intonácie, zarážky nanajvýš ojedinele pred ťažšími a neznámymi slovami. Sociálne únosné čítanie rýchlosťou 60 – 80 slov/min.** Zvyčajne v 3. roč. ZŠ.
3. **Číta väčšinou po jednotlivých slovách, nie však s istotou a plynulo.** Zarážky pred ťažšími a neznámymi slovami. Niektoré slová slabikuje pri rýchlosti 40 – 50 slov/min.
4. **Slabikuje plynulo nahlas alebo sa prejavuje tzv. dvojité čítanie, pauzy sú zreteľné, dlhé, číta po oddeľovaných slovách, bez ťažkostí iba krátke slová.** Rýchlosť je 26 – 39 slov/min., dosahuje sa bežne v 2. ročníku.

5. **Hlasné slabikovanie, slabiky zreteľne oddeľuje, niekedy ešte hláskuje, pri tichom čítaní prítomné prejavy dvojitého čítania.** Rýchlosť 15 – 25 slov/min. na úrovni 1. roč.
6. Hláskuje skladaním do slabík alebo slová odhaduje. Rýchlosť 15 slov/min. a nižšia. Narušené a znížené čitateľské zručnosti v spôsobe a rýchlosti strácajú charakter ŠPU pri dosiahnutí sociálne únosného čítania, t. j. minimálne 65 slov/min. a viacej, za predpokladu primeraného porozumenia čítanému textu a chybovosti neprekračujúcej sociálnu únosnosť.

7. Nastavenie podporných opatrení

Od zdokumentovanej úrovne čítania závisí úroveň nastavenia podporných opatrení. Kvalitatívnou a kvantitatívnou analýzou výsledkov získaných testov a ostatných metód je možné zistiť aktuálny stav čitateľských kompetencií žiaka a navrhnúť podporné opatrenia vzhľadom na:

- edukačné prostredie – návrh odporúčaní individuálnych úprav prístupu, foriem, metód edukácie a hodnotenia v nadväznosti na funkčné využitie čítania (úrovne čitateľských kompetencií na učenie sa a nadobúdanie ďalších kľúčových kompetencií); návrh kompenzačných pomôcok,
- rozvoj kompetencií žiaka a kompenzáciu nedostatkov – výber vhodných korekčných/reedukačných a intervenčných metód a postupov, vypracovanie individuálneho programu a jeho realizácia;
- jednotné a multidisciplinárne pôsobenie – poradenstvo a konzultácie pre rodičov, stanovenie rozsahu multidisciplinárnej spolupráce a jednotlivých úloh, konziliárne zhodnotenie postupov.

8. Zoznam použitej literatúry

CARAVOLAS, M., MIKULAJOVÁ, M., DEFIOR, S., SEIDLOVÁ MÁLKOVÁ, G. 2019. Multilanguage Assessment Battery of Early Literacy. MABEL. <https://www.eldel-mabel.net/>

MATĚJČEK, Z., ŠTURMA, J., VÁGNEROVÁ, M., ŽLAB, Z. 1987. T-202 Zkouška čtení. Bratislava: Psychodiagnostické a didaktické testy, n. p., 1987.

MIKULAJOVÁ, M. et al. 2012. Čítanie, písanie a dyslexia. Bratislava: SAL, 2012. 296 s. ISBN 978-80-89113-94-1.

NOVÁK, J. 2012. T-239 Diagnostika špecifických porúch učenia. Preklad a adaptácia POŽÁR, L. Bratislava: Psychodiagnostika, 2012.

SNOWLING, M. J. 2013. Dyslexia: A language learning impairment. Journal of the British Academy, 2, 43 – 58. DOI 10.5871/jba/002.043 Posted 23 June 2014.

ŽOVINEC, E., KREJČOVÁ, L., POSPÍŠILOVÁ, Z. 2014. Kognitívne a metakognitívne prístupy k dyslexii: edukácia a poradenstvo. Bratislava: Iris, 2014. 176 s. ISBN 978-80-8153-018-0.

ŽOVINEC, E., DUFEKOVÁ, A. 2014. Testová príručka k súboru skúšok ČÍ(S)TA – Čítanie starších. Pedagogická fakulta, Univerzita Konštantína Filozofa v Nitre: EQUILIBRIA, s. r. o., 2014.

11.

Diagnostika písania a pravopisu

Autori: PhDr. Erika Pribusová
Mgr. Michal Gabarík

Hodnotiteľky: Mgr. Kvetoslava Kleknerová
PaedDr. Erika Viščorová
Mgr. Eva Vaščáková

Recenzentka: doc. PhDr. Alexandra Biščó Kastelová, PhD.

Písanie je kompetencia používať sústavu ustálených grafických znakov na zachytenie reči, tónov alebo iných informácií. Pravopis (ortografia) je súbor pravidiel používania grafických znakov na správne zapísanie jazykového prejavu.

Ide o komplexné kompetencie, ktoré pre správne nadobudnutie a využívanie vyžadujú zapojenie senzorických, kognitívnych a motorických procesov. Proces posúdenia písania a pravopisu sa spravidla realizuje súčasne, napriek tomu, že nejde o kompetencie, ktorých princípy nadobudnutia stoja na rôznych základoch. Praktické oddelenie diagnostiky písania od diagnostiky pravopisu je potrebné vo výnimočných prípadoch.

Písanie a pravopis úzko súvisia s čítaním. Cieľom učenia sa písať ortograficky správne je nadobudnutie kompetencie zaznamenať primerane dlhú informáciu v správnej grafickej i gramatickej podobe za primerane dlhý čas, ktorá bude vizuálne a obsahovo zrozumiteľná pre píšuceho a/alebo inú osobu ovládajúcu daný jazyk.

1. Prostredie

Individuálna administrácia prebieha v miestnosti, kde neprichádza k rušeniu z vonkajšieho prostredia a sú zabezpečené dobré svetelné podmienky (v škole alebo v centre poradenstva a prevencie).

2. Kompetenčný rámec

Tento štandard popisuje obsah diagnostiky písania a pravopisu, ktorá sa realizuje na účely popísané nižšie odborným zamestnancom centra prevencie a poradenstva. Takto popísanú diagnostiku realizuje:

- samostatný odborný zamestnanec, odborný zamestnanec s 1. atestáciou, odborný zamestnanec s 2. atestáciou – špeciálny pedagóg, psychológ, logopéd,
- začínajúci odborný zamestnanec – špeciálny pedagóg, psychológ, logopéd – pod dohľadom uvádzajúceho odborného zamestnanca.
- Metódy orientačnej diagnostiky popísané v časti 5.1 môže realizovať aj:
- samostatný pedagogický zamestnanec, pedagogický zamestnanec s 1. atestáciou, pedagogický zamestnanec s 2. atestáciou – školský špeciálny pedagóg,
- začínajúci pedagogický zamestnanec – školský špeciálny pedagóg – pod dohľadom uvádzajúceho odborného zamestnanca.

3. Vzťah

Pri diagnostike písania a pravopisu používame testy zamerané na samotný proces písania a aplikáciu gramatiky. Spravidla sa pri nich využíva diktovanie slov alebo viet, prepis a odpis textu. Pri navodzovaní raportu žiaka oboznámime, že bude vykonávať tieto činnosti, a môžeme ho nechať vybrať, čím chce začať.

4. Účel

Účelom diagnostiky písania a pravopisu je posúdenie kompetencií písať a uplatňovať gramatické pravidlá jazyka primerane k veku (normatívne) osoby (normatívne atribúty) a zhodnotenie funkčnosti písomného prejavu (kvalitatívne atribúty).

5. Metódy a postupy

5.1 Orientačná diagnostika písania a pravopisu

Orientačná diagnostika písania a pravopisu sa zameriava na zistenie základných parametrov schopností žiaka písať, hláskovať a uplatňovať gramatické pravidlá primerane veku a ročníku prostredníctvom **anamnézy, analýzy pedagogickej diagnostiky, konzultácií s pedagógmi, konzultácií s rodičmi, pozorovaním v triede, pozorovaním pri písaní mimo triedy, kvalitatívnou analýzou písania a pravopisu, rozhovorom so žiakom a metódami popísanými v podkapitole 5.3.**

Cieľom pri diagnostike **písania** je orientačne zistiť **fyziológické aspekty písania** (úchop, sed, prítlak, pohyby ruky), **úroveň osvojenia písmen a spojov, rýchlosť písania, estetické vlastnosti písma** (tvar, veľkosť, sklon, dodržanie línie) a **funkčnosť** (čitateľnosť – žiakom aj inou osobou).

Cieľom pri diagnostike pravopisu je orientačne zistiť mieru zhody medzi akustickou a grafickou podobou prejavu, úroveň kompetencie aplikovať gramatické pravidlá (poznatie, pochopenie, aplikáciu a zdôvodnenie pravidla), úroveň samostatného grafického prejavu, schopnosť autokorekcie.

5.2 Testy písania a pravopisu

Diagnostike písania a pravopisu predchádza analýza zdravotnej dokumentácie vo vzťahu k osvojovaniu akademických kompetencií alebo vo vzťahu k nastaveniu testovania (percepčné poruchy, poruchy intelektu v anamnéze) a určenie úrovne všeobecných intelektových schopností minimálne pred ich prvým posudzovaním.

Dôrazne odporúčané je najmä u mladších žiakov pred samotnou diagnostikou písania a pravopisu komplexne posúdiť lateralitu. Popri kvantitatívnom zhodnotení sa opierame aj o kvalitatívne zhodnotenia vyzorovaného úchopu, prítlaku, orientácie klienta na papieri, ako aj celkový posed dieťaťa pri písaní. Prospešné je realizovať aj Reverzný test alebo aj Test obkresľovania na zistenie úrovne zrakového vnímania tvarov u žiaka.

Hodnotenie pravopisných schopností u mladších žiakov (Caravolas, Mikulajová, Vencelová in Mikulajová et al., 2012) – predstavuje komplexný súbor gramatických testov zameraných na rôzne úrovne uplatňovania pravidiel pravopisu v slovenskom jazyku. Od fonematického princípu až po uplatňovanie zložitých pravidiel v spisovnom zápise slova. Zásadným prínosom v diagnostickej praxi je o. i. možnosť kvantitatívne a kvalitatívne analyzovať chyby v jednotlivých subtestoch, čo umožňuje lepšiu identifikáciu problémových oblastí.

Hodnotenie pravopisných schopností u starších žiakov (Vencelová, Mikulajová, Caravolas in Mikulajová et al., 2012) – test pozostávajúci zo zapísania 50 diktovaných slov, ktoré sa testovanému diktujú vo frázach a sleduje sa špecifický gramatický jav a sumárny počet nešpecifických chýb. Test je jednoduchý na administráciu aj na vyhodnotenie, ale prakticky sa zameriava na vyššie úrovne gramatických javov a nie je dostatočne citlivý na základné chyby v uplatňovaní fonematického princípu.

Diagnostika špecifických porúch učenia (Novák, upr. Požár, 2002) – pozostáva z opisu a administrácie špecifických skúšok a testov zameraných na diagnostiku čitateľských zručností, písomného prejavu, špeciálnych kognitívnych funkcií podmieňujúcich čítanie a písanie (expresívna reč, sluchová analýza a syntéza, sluchová diferenciacia, jemná motorika, audiomotorická koordinácia, pravo-ľavá orientácia) a TKF (test komplexnej figúry). V rámci diagnostiky písomného prejavu sú k dispozícii súbory: opis textu pre 1. ročník, diktovaný text a prepis textu s postupne sa zvyšujúcou náročnosťou od 1. po 9. ročník ZŠ. Hodnotí sa počet správne zapísaných slov pre daný ročník ZŠ a pohlavie,

výsledok je zaznamenaný v percentiloch a pásme zodpovedajúcemu výkonu dieťaťa (nadpriemer, priemer, podpriemer, defekt). Test umožňuje kvantitatívnu aj kvalitatívnu analýzu gramatických chýb a výsledky je možné interpretovať smerom k diagnóze dysgrafia a aj dysortografia.

MABEL – multijazyková batéria testov ranej gramotnosti, založená na dôkazoch (Caravolas, M., Mikulajová, M., Defior, S., Seidlová Málková, G. 2019) – testová batéria, ktorá obsahuje najdôležitejšie a diagnosticky najcitlivejšie testy včasnej gramotnosti. Testy sú zamerané na diagnostiku týchto schopností: znalosť písmen, fonemické uvedomovanie, rýchle menovanie, čítanie a pravopisné schopnosti.

5.3 Neštandardizované metódy na individuálne posúdenie písania a pravopisu

Odpis – úloha zameraná na realizáciu odpisu písaného textu, zodpovedajúceho ročníku žiaka.

Prepis – úloha zameraná na realizáciu odpisu tlačeného textu, zodpovedajúceho ročníku žiaka.

Analýza písomných prác žiaka – kvalitatívne zhodnotenie úpravy, chýb, množstva, čitateľnosti. V slohových prácach aj úroveň prejavu a schopnosti žiaka prečítať vlastný písaný text.

Analýza kresby a výtvarných prác žiaka – kvalitatívne zhodnotenie pre celistvosť posúdenia jemnej motoriky a manuálnych zručností.

Analýza vzťahu k písaniu – kvalitatívne zhodnotenie vzťahu žiaka k písaniu vo vzťahu k neformálnemu písaniu žiaka z vlastnej iniciatívy a porovnanie postoja k školským povinnostiam, ktoré vyžadujú písanie.

6. Diferenciálna diagnostika

Diagnostika písania a pravopisu sa vykonáva s cieľom posúdenia úrovne grafických a ortografických spôsobilostí u väčšiny žiakov, nielen pri podozrení na vývinové poruchy učenia.

Pri jej posudzovaní u žiakov so zdravotným znevýhodnením alebo pochádzajúcich zo sociálne znevýhodneného prostredia je potrebné, aby boli zohľadnené špecifiká vyplývajúce z týchto skutočností.

Základom pri posudzovaní písania a pravopisu u mladších žiakov je zhodnotenie motorického spracovania (úchop, sed, tlak, dodržiavanie riadkovania, plynulosť) a dôkladná analýza gramatických chýb (jazykové, príp. sensorické faktory) na nastavenie cielenej individuálnej reedukácie pri zistení nedostatkov alebo poruchy, ako aj vhodných opatrení smerom k edukačnému procesu (nadobudnutiu funkčnej gramotnosti).

Základom pri posudzovaní písania a pravopisu u starších žiakov je zhodnotenie jeho funkčnosti – miery praktického využitia v nadobúdaní akademickej gramotnosti a v praktickom živote. V prípade zistenia poruchy je toto zameranie podkladom na návrh kompenzačných pomôcok a prostriedkov.

Olinghouse (2009) vymenúva šesť rôznych zložiek písomného prejavu, pri ktorých môžu žiaci čeliť problémom. Je vhodné na ne reagovať zmysluplnou intervenciou. Na prvom mieste stoja ťažkosti grafomotorického rázu a nedostatky v gramaticky správnom zápise slov. Každý z uvedených prejavov pramení z iného zdroja.

Grafomotorika je záležitosťou jemnej motoriky, vizuomotorickej koordinácie, ako aj ďalších technických zložiek písania (rolu môže napríklad zohrávať horšia orientácia na ploche papiera a v priestore, ako aj neadekvátne zrkové vnímanie). Nesprávny zápis slov a nesprávna aplikácia gramatiky môžu prameniť z oslabeného fonemického uvedomovania a nedostatočného tréningu, nedostatku príležitostí na nácvik a kontakt s jazykom, v ktorom žiak píše. Ďalšie štyri uvedené zdroje

problémov súvisia s komplexnejšími vyjadrovacími ťažkosťami.

Pri diagnostike s cieľom zistenia prítomnosti vývinovej poruchy sú odporúčané nasledovné kritériá.

Odporúčané diagnostické kritériá pre dysgrafiú:

- vylúčenie mentálneho alebo senzorického postihnutia, alebo inej poruchy prejavujúcej sa ťažkosťami v písaní (napr. poruchy motoriky, zrakové oslabenie a pod.),
- vylúčenie normálnej variability školského výkonu – ťažkosťí krátkodobého charakteru,
- špecifický a výrazne zhoršený vývin schopnosti písania v oblasti grafickej podoby písma, tempa písania a námahy pri písaní (problémy pri osvojovaní tvarov jednotlivých písmen, ich spájania do slov, tvarové a zvukové zámény grafém, zrkadlové zámény a vynechávanie písmen v slovách, písmo je neúmerne, línia výrazne kostrbatá, sklon rozvrátený, vyskytuje sa nedodržovanie hraníc slov a viet, chýbajú dĺžne a mäkkene, častým javom je aj neprimerane pomalé tempo pri písaní...),
- ťažkosti v písaní pretrvávajúce od začiatku školskej dochádzky, pričom žiakovi boli poskytované primerané podmienky na jeho rozvoj a osvojovanie písma.

Odporúčané diagnostické kritériá pre dysortografiu:

- vylúčenie mentálneho alebo senzorického postihnutia, alebo inej poruchy prejavujúcej sa ťažkosťami v písaní (napr. porúch motoriky),
- vylúčenie normálnej variability školského výkonu – ťažkosťí krátkodobého charakteru,
- výrazné zaostávanie v spôsobilosti aplikovať teórie pravopisu a gramatiky v porovnaní s vekovou normou, **potvrdené niektorým z vyššie uvedených testov zodpovedajúcich ročníku žiaka**,
- pretrvávajúce problémy minimálne 6 mesiacov napriek zdokumentovaným pedagogickým opatreniam na strane učiteľa a rodiny, s vylúčením vplyvu vážnych a zásadných zmien v živote žiaka na jeho vzdelávanie v danom čase,
- ťažkosti v písaní pretrvávajúce od začiatku školskej dochádzky.

7. Nastavenie podporných opatrení

Od miery funkčného využitia písma a pravopisu závisí aj úroveň nastavenia podporných opatrení. Kvalitatívnou a kvantitatívnou analýzou výsledkov získaných testov a ostatných metód je možné zistiť aktuálny stav grafických a ortografických kompetencií žiaka a navrhnúť podporné opatrenia vzhľadom na:

- edukačné prostredie – úprava prístupu, foriem, metód edukácie a hodnotenia v nadväznosti na funkčné využitie písma, návrh kompenzačných pomôcok;
- rozvoj schopností žiaka a kompenzácie nedostatkov – zaradenie do reedukácie, vypracovanie individuálneho programu a jeho realizácia;
- jednotné a multidisciplinárne pôsobenie – poradenstvo a konzultácie pre rodičov, stanovenie rozsahu multidisciplinárnej spolupráce a jednotlivých úloh, konziliárne zhodnotenie postupov.

Všeobecné podporné opatrenia:

- V prípade potvrdenia špeciálnych výchovno-vzdelávacích potrieb vyplývajúcich z poruchy písania a pravopisu odporučiť vhodnú formu vzdelávania.
- Vypracovať IVP.
- Spolupracovať so školským špeciálnym pedagógom/asistentom učiteľa na hlavných vyučovacích predmetoch.
- Korekciu zamerať na rozvoj a stimuláciu oslabených čiastkových funkcií a výkonov.

- Poskytovať zadanie úloh aj v inej ako písomnej podobe.
- Overovať mieru porozumenia zadanej úlohy, podľa potreby deliť úlohu na jednotlivé kroky.
- Uprednostňovať tú formu skúšania, ktorá je pre dieťa výhodnejšia a predstavuje východisko pri hodnotení jeho učebných výsledkov.
- Vzhľadom na preukázané ťažkosti odporúčať testy s možnosťou krátkych odpovedí.
- Preferovať ústnu formu skúšania.
- Vyhýbať sa časovo limitovaným úlohám (päťminútkám). Je potrebné dieťaťu ponechať dostatok času na vypracovanie úlohy aj následné skontrolovanie výkonu.
- V prípade potreby doskúšať ústne.
- Spolupráca so školským podporným tímom, resp. ďalšími OZ, PZ.
- Spolupráca so zákonnými zástupcami žiaka.

Ukážka konkrétnych opatrení využívaných v oblasti jazykových predmetov:

- Odporučiť žiakovi dlhší čas na kontrolu napísaného textu.
- Kombinovať diktáty s doplňovačkami, sledovať kvalitu a kvantitu chýb.
- Hodnotiť gramatiku aj grafický prejav s úpravami.
- Pri slohových prácach nehodnotiť pravopis, ale len štylistiku a obsahovú stránku.
- V hodnotení písomného prejavu nezapočítavať fonetické chyby (absentujúca diakritika, zámena zvukovo podobných hlások, nesprávne hranice slov).
- Pred diktátom uprednostňovať doplňovacie cvičenia, gramatické pravidlá skúšať aj ústne.
- Oceniť snahu o zvládnutie a aplikáciu pravopisných pravidiel, aj keď výsledok nebude tomuto úsiliu adekvátny.
- V cudzom jazyku sa sústrediť viac na rozvoj konverzačných schopností, na rozvoj slovnej zásoby a slovných spojení – využívať konkrétne modelové situácie, názorné pomôcky.
- Pozitívne hodnotiť aj fonetický zápis slov v cudzom jazyku.

8. Zoznam použitej literatúry

Jazyk a komunikácia. Metodická príručka k vzdelávacej oblasti Štátneho vzdelávacieho programu pre predprimárne vzdelávanie v materských školách. Bratislava: ŠPÚ, 2016. ISBN 978-80-8118-175-7.

MIKULAJOVÁ, M. et al. 2012. Čítanie, písanie a dyslexia s testami a normami. Bratislava: Slovenská asociácia logopédov, 2012. 295 s. ISBN 978-80-89113-94-1.

NOVÁK, J. 2012. T-239 Diagnostika špecifických porúch učenia. Preklad a adaptácia POŽÁR, L. Bratislava: Psychodiagnostika, 2012.

ZÁPOTOČNÁ, O., PETROVÁ, Z. 2016. Jazyk a komunikácia. Bratislava: ŠPÚ, 2016 ISBN 978-80-8118-175-7.

2.1.12.

Diagnostika matematických kompetencií

Autori: PhDr. Erika Pribusová
Mgr. Michal Gabarík

Hodnotiteľky: Mgr. Kvetoslava Kleknerová
PaedDr. Erika Viščorová
Mgr. Eva Vaščáková

Recenzentka: doc. PhDr. Alexandra Biščó Kastelová, PhD

Pre potreby zariadení výchovného poradenstva a prevencie pod pojmom matematické kompetencie rozumieme súbor preukázateľných schopností na báze komplexu kognitívnych a exekutívnych zložiek, ktoré podmieňujú úspešné riešenie jednoduchých matematických operácií, ako aj zložitých komplexných matematických úsudkov.

1. Prostredie

Individuálna administrácia prebieha v miestnosti, kde neprichádza k rušeniu z vonkajšieho prostredia a sú zabezpečené dobré svetelné podmienky (v škole alebo v centre poradenstva a prevencie).

2. Kompetenčný rámec

Tento štandard popisuje obsah diagnostiky matematických kompetencií, ktorá sa realizuje na účely popísané nižšie odborným zamestnancom centra prevencie a poradenstva. Takto popísanú diagnostiku realizuje:

- Samostatný odborný zamestnanec, odborný zamestnanec s 1. atestáciou, odborný zamestnanec s 2. atestáciou – špeciálny pedagóg,
- Začínajúci odborný zamestnanec – špeciálny pedagóg – pod dohľadom uvádzajúceho odborného zamestnanca.
- Metódy orientačnej diagnostiky popísané v časti 5.1 môže realizovať aj:
- Samostatný pedagogický zamestnanec, pedagogický zamestnanec s 1. atestáciou, pedagogický zamestnanec s 2. atestáciou – školský špeciálny pedagóg,
- začínajúci pedagogický zamestnanec – školský špeciálny pedagóg – pod dohľadom uvádzajúceho odborného zamestnanca.

3. Vzťah

Pri testovaní matematických kompetencií na základe indikovaných ťažkostí, príp. zlyhávania v matematike je na navodenie raportu potrebné, aby mal žiak pred samotným testovaním možnosť prezentovať svoje silné stránky a obľúbené činnosti.

Testovanie matematických kompetencií je aj časovo náročné, preto je potrebné predchádzať frustrácii z únavy alebo nedostatočného výkonu. Je možné rozdeliť diagnostický proces na viac stretnutí.

4. Účel

Účelom diagnostiky matematických kompetencií nie je posúdenie jednej oblasti alebo zložky schopností, ale posúdenie faktorov, ktoré majú vplyv na vykonávanie matematických operácií, úsudkov a praktického využitia matematických operácií v bežnom živote. Zvýšenú pozornosť pri diagnostike matematických kompetencií je potrebné venovať žiakom s telesným postihnutím, s narušenou komunikačnou schopnosťou, s epilepsiou; deťom so skríženou lateralitou; deťom, ktoré majú ťažkosti v predmete matematika alebo ktorých výkon v matematike je významne rozdielny ako v ostatných predmetoch.

5. Metódy a postupy

5.1 Orientačná diagnostika matematických kompetencií

Orientačná diagnostika matematických kompetencií je zameraná na zistenie základných parametrov matematických schopností žiaka prostredníctvom **anamnézy, analýzy pedagogickej diagnostiky, konzultácií s pedagógmi, konzultácií s rodičmi, pozorovaním v triede, pozorovaním pri matematických úkonoch mimo triedy, kvalitatívnou analýzou prác žiaka, rozhovorom so žiakom.**

Cieľom je, v nadväznosti na vek a ťažkosti žiaka, orientačne zistiť **úroveň predmatematických predstáv** (triedenie, priradovanie, vytváranie skupín, rozlišovanie celku a časti), **osvojenia základných matematických pojmov** (čítanie, písanie a spájanie čísel, rozklad, porovnávanie, vzťahy), **osvojenia základných matematických operácií** (pochoopenie podstaty operácie, písomné vykonávanie, vykonávanie spamäti), **schopnosti primerane riešiť slovné úlohy, geometrických schopností** (predstavivosť, zostrojovanie), **odhadu výsledkov a vzťahu k matematike.**

5.2 Testy matematických kompetencií

Diagnostike matematických kompetencií predchádza analýza zdravotnej dokumentácie vo vzťahu k osvojovaniu akademických kompetencií alebo vo vzťahu k nastaveniu testovania (percepčné poruchy, poruchy intelektu, neurologické a psychiatrické poruchy v anamnéze) a určenie úrovne všeobecných intelektových schopností minimálne pred ich prvým posudzovaním.

Vysoko odporúčané je najmä u mladších žiakov pred samotnou diagnostikou matematických kompetencií posúdiť aspoň orientačne úroveň percepcie alebo čiastkových funkcií. Pri odhalení deficitov v oblasti percepcie je dôležité zohľadňovať pri vyšetrení tieto špecifiká, taktiež aj pri formulovaní diagnostického záveru.

ZAREKI (Aster, 2008) – neuropsychologická batéria testov na spracovanie čísel a počítanie u detí je časovo nenáročný test, ktorý umožňuje získať základný obraz o aspektoch spracovávania čísel a počítania u žiakov základných škôl. Je relatívne ľahké vyhodnotiť ho, ale poskytuje iba základný náhľad matematických schopností diagnostikovaného žiaka. Limitnou sa pri tomto teste javí vysoko kultúrne zaťažaná oblasť kognitívneho odhadu množstva.

Test matematických schopností (Košč, 2013) – test pozostáva z troch samostatných štandardizovaných testov: Kalkúlia III., Číselný trojuholník a Rey-Osterriethov test komplexnej figúry a základného testu pre diagnostiku matematických schopností, ktorý globálne mapuje viaceré oblasti podieľajúce sa na vývine matematických schopností – od krátkodobej pamäte, orientácie na ploche cez jednoduché matematické operácie až po analýzu spracovania. Skúšky sú zamerané na kvalitatívnu analýzu výkonu klienta s cieľom postihnúť spôsoby riešenia, uplatňovania kompenzačných mechanizmov a stávajú sa tak spoločne so špeciálnymi testami východiskom pri stanovení konkrétneho obsahu korektívnej starostlivosti pre dieťa/žiaka/klienta a zistenie, v ktorej oblasti matematiky má žiak problémy, prípadne o aký typ dyskalkúlie ide (praktognostická, verbálna, lexická, grafická, operacionálna, ideognostická). Vyhodnotenie troch samostatných testov si vyžaduje dostatok praktických skúseností a konziliárne zhodnotenie. Test Číselný trojuholník umožňuje zistiť úroveň schopností dieťaťa manipulovať s akčným grafickým priestorom pri riešení aritmetických úloh jednoduchého sčítavania, čo by za normálnych okolností nemalo robiť dieťaťu nijaké zvláštne problémy. Test Kalkúlia III – hodnotenie výsledkov je kvantitatívne (počet správne vyriešených príkladov prepočítaných na matematický kvocient) a kvalitatívne (spôsob riešenia príkladov, schopnosť používať vyššie matematické operácie...). TKF – umožňuje zistiť úroveň a kvalitu priestorového faktora špecifických matematických schopností, úroveň orientácie v zložitej symbolovej schéme, úroveň a kvalitu vizuomotorickej koordinácie – výsledky sú na 5-bodovej stupnici, ktorá zodpovedá školskému hodnoteniu. Kvalitatívna analýza umožňuje hypotetickú špecifikáciu neuropsychického

pozadia zlyhávania klienta v teste.

Diagnostika štruktúry matematických schopností (DISMAS) – diagnostika štruktúry matematických schopností je test určený na hodnotenie vývinu základných aritmetických schopností a vedomostí, ktoré sa vytvárajú u detí v predškolskom veku a v priebehu 1. stupňa základnej školy, preto je aj svojím zameraním primárne určený pre túto cieľovú skupinu. Pozostáva z piatich subtestov: číselné rady, predstavy čísel, matematické pojmy, operačné predstavy a automatizácia počítacích schopností. Každý z uvedených subtestov je ešte členený na vývinové škály, ktorých je spolu 14. Cieľom testu je zmapovať to, čo žiak v matematike už zvládol a čo ešte nie, a tak získať súhrn a diferencovanú predstavu o rozvoji základných matematických schopností a identifikovať problémy v niektorej z uvedených oblastí. Výhodou testu je relatívne podrobná analýza jednotlivých subtestov pri relatívne nízkej časovej náročnosti a prehľadná a nenáročná administratíva a vyhodnotenie. Test je normovaný na českej populácii.

6. Diferenciálna diagnostika

Odporúčané diagnostické kritériá pre dyskalkúliu:

- vylúčenie mentálneho postihnutia,
- výsledky v matematike sa trvalo pohybujú pod úrovňou daného ročníka (o jeden rok a viac), pričom v ostatných predmetoch dieťa vykazuje lepšie výsledky,
- pri kvalitatívnom hodnotení výkonu v matematike prítomné ťažkosti v jednej alebo viacerých oblastiach: porozumenie pojmu číslo, orientácii na číselnej osi, matematické manipulácie s predmetmi, symbolmi a číslami, orientácia v priestore a čase, pochopenie pozície čísla v číslici, **preukázané použitím minimálne jedného z vyššie uvedených testov, zodpovedajúceho veku a ročníku žiaka,**
- negatívny nález v oblasti funkcie zraku, sluchu,
- rezistencia voči bežným pedagogickým opatreniam školy,
- možná hereditárna záťaž poukazujúca na dyskalkúliu v rodine.

7. Nastavenie podporných opatrení

Kvalitatívna analýza chýb ďalej umožňuje bližšie spoznať špecifiká vývinovej poruchy konkrétneho jednotlivca. Kvalitatívnu a kvantitatívnu analýzou výsledkov získaných testov je možné zistiť aktuálny stav matematických kompetencií žiaka a navrhnúť podporné opatrenia vzhľadom na:

- edukačné prostredie – úprava prístupu, foriem, metód a obsahu edukácie v nadväznosti na zloženie matematických schopností;
- rozvoj schopností žiaka a kompenzáciu nedostatkov – zaradenie do reedukácie, vypracovanie individuálneho programu a jeho realizácia;
- jednotné a multidisciplinárne pôsobenie – poradenstvo a konzultácie pre rodičov, stanovenie rozsahu multidisciplinárnej spolupráce a jednotlivých úloh, konziliárne zhodnotenie postupov.

8. Zoznam použitej literatúry

ASTER, M., WEINHOLDOVÁ, M. upr. MARŠÁLOVÁ, L. 2008. T-111 Neuropsychologická batéria testov na spracovávanie čísel a počítanie u detí – ZAREKI. Psychodiagnostika Bratislava – Brno, 2008.

CÍGLER, H. 2013 Diagnostika matematických schopností. In TRASPE, P., SKALKOVÁ, I. DISMAS: Diagnostika štruktúry matematických schopností. Praha: Národný ústav pro vzdělávání, 2013, s. 12 – 16. ISBN 978-80-7481-008-4.

KOŠČ, L. 2013 T-122 Testy matematických schopností. [online] Bratislava: Psychodiagnostika, a. s. [citované 2007-8-27]. Dostupné na internete: <https://psychodiagnostika.sk/produkt/t-122-testy-matematickych-schopnosti/>

13.

Diagnostika osobnosti a emocionality

Autorky: PhDr. Zuzana Matejčíková Šareková
Mgr. Judita Malík

Hodnotitelia: PhDr. Jana Olíková
Mgr. Anton Kalina

Recenzentka: PhDr. Viera Hudečková, PhD.

1. Prostredie

Diagnostiku osobnosti a emocionality je možné realizovať v školskom prostredí žiaka alebo ambulantne v zariadení VP a P.

2. Kompetenčný rámec

Školský psychológ (samostatný psychológ alebo psychológ s 1. a 2. atestáciou) realizuje orientačnú diagnostiku.

Komplexnú diagnostiku osobnosti a emocionality štandardizovanými testami a metódami realizuje psychológ zariadenia PaP (samostatný psychológ alebo psychológ s 1. a 2. atestáciou).

3. Vzťah

Pri diagnostike osobnosti a emocionality u detí sa kvalita získaných informácií z testov a dotazníkov odráža aj od dobre vybudovaného raportu s dieťaťom. Prostredie, ktoré dieťaťu vytvárame pred začiatkom vyšetrenia budovaním vzťahu, má odzrkadľovať atmosféru prijatia, zdravej zvedavosti a možnosti kladenia otázok. Dôležité informácie získavame z pozorovania, z rozhovoru aj mimovoľných reakcií. Diagnostika osobnosti a emocionality otvára veľký priestor na spoločnú hru u malých detí, ako aj možnosti zisťovať názory a postoje u väčších detí.

Problematickým môže byť nadviazanie raportu s dieťaťom/žiakom/študentom, ktorý odmieta spolupracovať a na vyšetrenie prichádza z donútenia. Je vhodné spýtať sa na motiváciu k realizácii diagnostiky dieťaťa a rodiča/zákonného zástupcu už pri dohadovaní termínu vyšetrenia a zistiť, čo dieťa baví. Hovoriť s rodičom/ZZ o tom, ako je možné dieťaťu vysvetliť dôležitosť diagnostiky a poučiť ich o dĺžke trvania stretnutia. Na úvod diagnostického stretnutia je vhodné dieťa/žiaka oceniť, že prichádza na vyšetrenie. Je žiaduce si ozrejmiť situáciu a okolnosti, ktoré predchádzali stretnutiu, a aké očakávania a dôsledky to pre dieťa/žiaka môže priniesť. Nápomocným je poznať silné stránky dieťaťa z pedagogickej charakteristiky a/alebo od rodiča/zákonného zástupcu.

Ak dieťa/žiak nechce rozprávať o sebe a jeho odpovede sú vyhýbavé a vágne, môžeme zvoliť dyadické a triadické otázky, teda otázky, do ktorých obsahom zahŕňame 2. a 3. osobu (napr.: „Čo myslíš, prečo tvojej mame záležalo na tom, aby ste sem dnes prišli?“ „A ako si myslíš, že by reagoval otec, keby vedel, že mamu veľmi trápi, že si v novej škole nevieš nájsť priateľov?“). Dieťaťu/žiakovi poskytujeme uznanie pocitov („Rozumiem, že sa ti sem nechcelo prísť, keď som už tretia psychologička v poradí, ktorej by si mal hovoriť o rozvode svojich rodičov...“). Prílišným presvedčaním dieťa/žiaka skôr odradíme a môže sa stať, že nebude motivovaný k tomu poskytovať nám v dotazníkoch adekvátne odpovede. Pýtame sa, či si vie žiak/študent predstaviť, že by v daný čas diagnostiku absolvoval a čo preto potrebuje urobiť. Zároveň korektne uvádzame aj svoje potreby a postrehy a upozorňujeme na časové rozmedzie, ktoré máme k dispozícii.

4. Účel

Orientačnú diagnostiku vykonáva školský psychológ s cieľom identifikácie silných stránok, špecifik, prípadne limitov dieťaťa/žiaka, jeho potrieb s dôrazom na potenciál dieťaťa a jeho rozvoj na účely poskytovania starostlivosti v súvislosti s procesom výchovy a vzdelávania a s cieľom ich podpory.

Psychológ vykonáva komplexnú diagnostiku štandardizovanými testami s cieľom stanovenia diagnostického záveru a nastavenia odporúčaní na ďalšie intervencie, podporu a špeciálne výchovno-vzdelávacie postupy pre potreby dieťaťa/žiaka, zákonného zástupcu a školy, resp. ďalších inštitúcií.

Diagnostika osobnosti a emocionality je indikovaná pri adaptačných, emocionálnych, vzťahových, výchovných a vzdelávacích problémoch, tiež v prípadoch nočných desov, panických atakov či anticipačnej úzkosti. Diagnostiku osobnosti realizujeme aj v prípadoch, keď ide o dieťa/žiaka prežívajúceho časté bolesti brucha, hlavy, respektíve žiaka s častou absenciou v škole pre možné psychosomatické ochorenia. Ďalej pri deťoch ostýchavých, hanblivých kvôli socializačným problémom či prípadnému podozreniu na šikanovanie v škole. Diagnostika emocionality dotvára celkový obraz pri deťoch s mutizmom a v rámci multidisciplinárnej spolupráce poskytuje dôležité informácie aj v prípade porúch spánku a porúch správania.

Účelom diagnostického procesu zameraného na osobnosť a emocionalitu je bližšie posúdiť osobnosť, správanie a prežívanie dieťaťa. Pri diagnostike osobnosti skúmame tieto zložky: vlastnosti temperamentu a osobnostné vlastnosti (úroveň aktivity, reaktibilitu, agresivitu...), emocionálny vývin (prevažujúce emocionálne ladenie, schopnosť rozoznať a pomenovať emócie, úroveň empatie...), sociálnu zrelosť (komunikačné zručnosti, správanie v novej situácii, postavenie v sociálnej skupine, morálny vývin...), percepciu a prežívanie dôležitých vzťahov (rodina, škola, rovesníci), autoreguláciu (motivácia – záujmy, hodnoty, vôľové vlastnosti) a sebaobraz (sebahodnotenie, sebadôvera). Zameriavame sa na aktuálny stav a prežívanie, uvažujeme o determinantoch súčasného stavu a prognózach vývinu stavu a nastavení intervenčných opatrení. Dg. osobnosti a emocionality môžeme realizovať aj pre potreby osobnostného rozvoja s cieľom identifikovať silné stránky (napr. kariérové poradenstvo).

5. Metódy a postupy

5.1 Orientačná diagnostika

Orientačná diagnostika na škole má nasledovné špecifiká.

Účelom orientačnej diagnostiky je:

- nastavenie podporných opatrení,
- poskytnutie poradenstva a preventívnych aktivít s cieľom optimalizácie osobnostného vývinu dieťaťa/žiaka,
- alebo vytvorenie podkladov k základnej a komplexnej diagnostike.

Školský psychológ by sa mal usilovať o čo najkomplexnejšie poznanie osobnosti žiaka, aby mohol na základe tohto poznania odporúčať učiteľovi a rodičom najvhodnejší prístup k jeho výchove aj vzdelávaniu. K tomu mu dopomáha aj psychologická diagnostika, ktorá môže mať skupinový alebo individuálny charakter (Manuál začínajúceho školského psychológa, VÚDPaP, 2020).

Základnými metódami orientačnej diagnostiky na škole sú klinické metódy ako pozorovanie, rozhovor a analýza výtvorov dieťaťa/žiaka. Školský psychológ sa pohybuje v prirodzenom školskom prostredí dieťaťa, a preto dostáva komplexnejší pohľad o prejavoch v správaní dieťaťa. Pri svojej práci môže pozorovanie realizovať priamo v triede a získať pomocou ratingových a sociometrických nástrojov dôležité informácie o skupine detí/žiakov a interpretovať dieťa/žiaka aj jeho kooperáciu v skupine.

Pri rozhovore s dieťaťom/žiakom, prípadne jeho rodičom a/alebo učiteľom a/aj asistentom učiteľa štruktúruje otázky účelovo (napríklad pri podozrení na depresívne prejavy v správaní sa zameria na otázky o zmene v spánkovom rytme, chuti do jedla, strate záujmu o blízke vzťahy, veci a činnosti, ktoré mu do toho času robili radosť) a získa cenné údaje bez prípadného použitia dotazníkov.

Využitie štandardizovaných testov a testových batérií je vhodné zaradiť v orientačnej diagnostike len po metodickom usmernení z poradenského zariadenia a po zvážení vlastných možností a schopností, keďže niektoré testy a metódy sú viazané na absolvovanie výcvikového kurzu.

Diagnostika osobnosti a emocionality sa zakladá nielen na výsledkoch z projektívnych testov a dotazníkov, základnými metódami diagnostiky osobnosti je **realizácia rozhovoru a pozorovania**. Rozhovor môže byť riadený – štruktúrovaný, ako aj pološtruktúrovaný a neštruktúrovaný. Anamnestické údaje dopĺňame aj o subjektívne popísanie stavu samotným klientom, pýtame sa na dôvod príchodu, jeho náhľad na situáciu.

Rozhovor s dieťaťom/žiakom a jeho rodičmi predstavuje počiatočný zdroj informácií, examinátor však musí vedieť zachovať neutralitu a na získané údaje nahliadať ako na informácie ovplyvnené možným emocionálnym skreslením. Zároveň nazeranie na problémy detí z pohľadu rodiča často nebývajú v súlade s prežívaním, ako ho uvádza samotné dieťa/žiak.

Významným zdrojom diagnostických informácií je **priame pozorovanie**, ktoré pomáha poznať správanie dieťaťa/žiaka v diagnostickej situácii, škole alebo jeho rodinnom prostredí. Údaje získané priamym pozorovaním je potrebné priebežne overovať, pretože sa nedá vylúčiť skreslenie v dôsledku prítomnosti pozorovateľa.

Ďalším zdrojom diagnostických informácií je **analýza produktov činnosti dieťaťa/žiaka**. Produkty činnosti sú odrazom individuálnych osobnostných vlastností. Znamená to, že ich analýzou môžeme bližšie poznať niektoré psychické procesy, stavy a vlastnosti osobnosti dieťaťa/žiaka, než ako je to možné pozorovaním, prípadne rozhovorom. Zdrojom analýzy produktov činnosti môžu byť všetky písomné, grafické a manuálne výtvary dieťaťa/žiaka.

Významným zdrojom diagnostických informácií z okolia dieťaťa/žiaka môže byť, so súhlasom rodiča/ZZ, písomná alebo ústna komunikácia s učiteľom. Učiteľ môže poskytnúť veľmi dôležité údaje o osobnosti a emocionálnych prejavoch žiaka, o sociálnom prispôbení žiaka, problémoch s dodržiavaním disciplíny, zmenách správania za posledné obdobie, motivácii a iné. Pri hodnotení spoľahlivosti týchto údajov však vznikajú rovnaké problémy ako s informáciami od rodičov a problematika môže byť aj ich vzájomná zhoda. Pri informáciách od učiteľov tiež treba dodržiavať zásadu neutrality, informácie môžu byť ovplyvnené tzv. „haló“ efektom alebo dlhodobou prežívaným problematickým vzťahom, a to najmä pri poruchách správania dieťaťa/žiaka.

Pozorovanie zameriame na celkový postoj a držanie tela dieťaťa, schopnosť nadviazať a udržiavať očný kontakt, odpovedať na otázky, ale aj drobnosti, ako sú obhryzené nechty, nápadnosť odevu či psychomotorický nepokoj. Výpovednú hodnotu má rešpektovanie morálnych a spoločenských noriem.

Informácie od rodičov môžu slúžiť na popis vonkajších prejavov správania, ako sú napr. neposlušnosť, negativizmus, hyperaktivita, agresivita. Informácie od učiteľov môžu slúžiť na popis správania vo vzťahu k vekovým normám, napr. vzťahy s vrstovníkmi a dospelými mimo rodiny, štýl komunikácie, plnenie si povinností, rešpektovanie formálnych autorít. Sebaposúdenie dieťaťa je najlepším zdrojom informácií o jeho myslení a prežívaní. Priame pozorovanie je možné využiť, keď si predchádzajúce zdroje navzájom odporujú alebo keď chceme získať presnejšie vstupné informácie. Po zhromaždení informácií z rôznych zdrojov je potrebné zhodnotiť, či informácie vytvárajú jednotný celkový obraz. Rozporuplné informácie je potrebné znovu prehodnotiť.

5.2 Testy a metódy

Najdôležitejším zdrojom informácií pri diagnostickom vyšetrení osobnosti a emocionality je samotné dieťa/žiak. Okrem priameho pozorovania a diagnostického rozhovoru môžeme pri vyšetrení dieťaťa/žiaka využiť rôzne diagnostické nástroje, najčastejšie formou celej batérie testov, aby sme zvýšili spoľahlivosť testovaných výsledkov pomocou vzájomného potvrdenia jednotlivých zistení. V rámci vyšetrenia osobnosti a emocionality je kľúčovým zdrojom informácií aj to, ako dieťa/žiak vníma samého seba a svoje okolie, problém, kvôli ktorému je na vyšetrení, svoje myšlienky, pocity spojené s problémom a svoju predstavu, ako by mal byť problém vyriešený. Dôležité je tiež, ako

je dieťa motivované na spoluprácu. Ak prichádza na žiadosť rodiča alebo školy a samo neprežíva potrebu riešenia problému, je dôležité venovať väčšiu pozornosť budovaniu vzťahu medzi dieťaťom a diagnostikujúcim a získať ho pre spoluprácu.

Projektívne techniky

Verbálne techniky

Hand test (Edwin E.Wagner) – test sa používa od 6 rokov, no plnohodnotné použitie interpretačných schém až v období dospelosti. Má potenciál multidimenzionálneho klinického osobnostného testu. V súčasnej dobe sa často využíva aj ako metóda predikcie agresívneho správania u dospievajúcich. Podľa skóvaných kategórií vypovedá o vzťahoch, komunikácii, reakciách strachu, náklonnosti a pod.

ROR (Hermann Rorschach) – test sa zvyčajne používa od 8 rokov, no použiteľnosť je od 5 rokov (Exner). Pri vyhodnocovaní je potrebné brať do úvahy vývinovú úroveň dieťaťa. Z projektívneho testu vieme posúdiť typ sukcesie, nazerania na objekty (abstrakcia, generalizácia, detailizácia objektu), vzťahov interpersonálnych, vzťahov k objektom, vzťah k sebe samému. Z kvantitatívneho posúdenia ROR uvádza škály (napr. Piotrowskeho škála organicity, sociabilita podľa Szakácsa a podobne). Výpovednú hodnotu majú vedľajšie fenomény. Rorschachov test atramentových škvŕn môžu používať len certifikovaní psychológovia.

Zulligerov test – projektívny, vizuálno-podnetový test. Má 3 predlohy so škvŕnami, pričom jedna je čiernobiela, druhá farebná, tretia čiernočervená. Je časovo menej náročný ako ROR a vhodný pre menšie deti. Je možné ho použiť aj u dospelých. Dokáže zachytiť výraznejšie odchýlky v štruktúre osobnosti a predikovať zlyhanie v náročných situáciách. Diagnostický záber oproti ROR je však zúžený.

TAT (Morganová, Murray) – obsahuje sériu 31 tematických obrázkov s určitými menej štruktúrovanými situáciami. Je vhodný na diagnostiku spojenú s interpersonálnym prispôbovaním, rovnako je užitočný pri interpretácii porúch správania, psychóz a neuróz. Pri interpretácii sa na rozdiel od ROR kladie dôraz na obsahovú stránku výpovede. Interpretácia si vyžaduje odbornú a klinickú skúsenosť. Test poskytuje relevantné výsledky už od 8. roku života, od 14 – 15 rokov je možné administrovať obrázky pre dospelých.

Rosenzweigov obrázkový frustračný test (PFT) (S. Rosezweig) – je verbálna projektívna metóda, ktorá je zameraná na odhaľovanie vzorcov správania pri bežnej (každodennej) psychickej záťaži. Existuje verzia pre dospelú populáciu, deti vo veku 4 – 13 rokov a adolescentov vo veku 13 – 19 rokov. Podnetový materiál tvorí 24 obrázkov komiksového charakteru, na ktorých sa vyskytujú vždy minimálne dve osoby. Postava vľavo informuje postavu vpravo o spôsobovanej frustrácii alebo túto osobu priamo frustruje. Podnetový materiál je rozdelený do dvoch skupín, ide o ego brzdiace a superego brzdiace situácie. Na Slovensku bola donedávna oficiálne k dispozícii len verzia pre deti, ktorú v roku 1988 vydala Psychodiagnostika Brno. Toto vydanie je českým prekladom nemeckej verzie s nemeckými normami. Reštandardizácia a aktualizácia testu PFT (C-W) prebehla v Českej republike v rokoch 2009 – 2011 na vzorke českých študentov a študentiek vo veku 14 – 17 rokov. Na slovenskej populácii test nebol štandardizovaný.

TABAK-C (Klubert, Bílik) – projektívna metodika merajúca agresívny potenciál detí v rozsahu polarít retroflexia (sťahovanie sa z kontaktu smerom do svojho vnútra a prenechanie priestoru „protivníkovi“) a agresia. Meria celkový agresívny potenciál v jednotlivých prostrediach – domáce prostredie, verejný priestor, škola. Je určený pre školopovinné deti.

Grafické a písomné techniky

Kresba je pri diagnostike veľmi obľúbená a široko využívaná. Kreslenie je pre väčšinu detí príjemná a prítiažlivá činnosť, takže nemajú z takejto úlohy strach. Z tohto dôvodu je možné kresbu použiť ako

úvodnú metódu, pri nadväzovaní kontaktu. Kreslenie na začiatku vyšetrenia poskytuje možnosť motorického uvoľnenia, čím sa ľahšie zníži neistota, nedôvera, napätie. Kresbové metódy nebývajú časovo náročné a môžu poskytnúť rôzne informácie o vývinovej úrovni a emočnom ladení dieťaťa. Analýzou písomného materiálu sa dozvieme o vnútorných pocitoch, ktoré dieťa dáva na papier vo svojej zrozumiteľnej reči, môžeme analyzovať jeho voľnú tvorbu, príbehy, ktoré píše vo svojom voľnom čase, prípadne mu odporúčame, aby si písalo denník.

Testy dopĺňovania viet, testy nedokončených viet – mnohé deti poskytujú podstatne viac informácií v nedokončených vetách ako v menej štruktúrovaných verbálnych úlohách. Uvedená technika prispieva k odhaleniu určitej osobnostnej dynamiky v závislosti od použitých viet. Využíva sa tak v klinickej, ako aj poradenskej oblasti.

Má však problematickú validitu; informácie z nedokončených viet môžu slúžiť na formulovanie hypotéz (výrok dieťaťa je pravdivý, dieťa má momentálne negatívny postoj, vzťah môže byť dlhodobo narušený, chce vzbudiť pozornosť) a je potrebné si ich overiť inými technikami. Nedokončené vety môžeme využiť na cielenejší rozhovor s dieťaťom a zamerať sa na uvedené údaje v teste. Nedokončené vety môžeme administrovať písomne aj ústne, hoci pri písomnom podaní môžeme zistiť aj úroveň písma a prácu s textom. Pri ústnom podaní dieťa reaguje s menším reakčným časom, produkuje rýchlejšie a bez prílišnej cenzúry.

Kresba postavy, kresba dvoch postáv – poskytuje orientačné informácie o celkovej vývinovej úrovni dieťaťa, zisťuje senzomotorické schopnosti, a to u detí približne do 10. roku života. Má však svoje využitie aj ako projektívna technika známa pod názvom Draw a Person Test – DAP, Figure Drawing Test alebo Dynamický test kresby ľudskej postavy. Následne sa hodnotia tri hlavné oblasti – kresba ako celok, spontánne pridané alebo nezvyklé prvky a vynechanie prvkov. Na základe týchto kritérií sa uvádza zoznam 30 emočných indikátorov, ktoré nás môžu upozorniť, že dieťa, ktoré obrázok kreslilo, môže prežívať emočné alebo psychické ťažkosti.

Kresba stromu – test vychádza z predpokladu, že kresba stromu je na symbolickej úrovni kresbou seba samého. Je využiteľný rovnako pre detskú populáciu i pre mládež a dospelých. Hoci sa u detí môže administrovať od 6 rokov, odporúča sa zadávať ho deťom najskôr od 10 rokov, vzhľadom na vývinové charakteristiky kresby.

H-T-P (House – Tree – Person) – využíva sa na diagnostiku obrazu osobnosti, telesnej schémy, neurotických konfliktov, mapovanie vzťahov k rodine, k sebe a ľuďom naokolo. Použiteľný pre deti od 7 rokov.

Techniky voľby

Lüscherova klinická diagnostika – pre deti od 6 rokov. Autor považuje test za nástroj na diagnostiku trvalých rysov osobnosti, aktuálneho psychického stavu – mieru aktivity a motivácie, vôľové vlastnosti a pod. Využíva sa ako doplnková metóda.

Scéno-Test (Gerdhild von Staabs, preklad a úprava J. Šturma, P. Humpolíček) – je hrovou metódou, ktorá má využitie nielen v diagnostike, ale aj v terapeutickej práci. Podnetový materiál má povahu symbolov, ktoré môžeme interpretovať spolu s dieťaťom a príbehom, ktorý dieťa rozpráva k postavenej scéne. Pre interpretáciu sú cenným zdrojom údaje o priebehu konštruovania, komunikácie počas tejto aktivity a tiež výsledná zostava (obsah, téma scény). Posudzuje sa výber figúr, priestorová vzdialenosť, symbolika vybraného materiálu. Formálne sa dá hodnotiť bohatosť scény, súvislosť a prepojenie prvkov, vymedzovanie, kontakt s okolitým svetom a prostredím. Vyžaduje si značnú klinickú skúsenosť.

TBSD – Test farebného sémantického diferenciálu (Ščepichin) – poskytuje pohľad na individualitu človeka v psychodynamickej rovine a v psychosociálnom kontexte. Používa sa na diagnostiku rysov osobnosti, sociálnych vzťahov, postojov a aspirácií (Svoboda, 1999). Test pozostáva z podnetových

slov a 12 farebných ceruziek. Testovaný priraduje k jednotlivým slovám vždy 3 farby podľa vlastného výberu. Nakoniec zoradí ceruzky podľa vlastnej preferencie farieb. Test má dva varianty, pre deti od 7 do 14 rokov a pre dospelých. Metóda výrazne obmedzuje schopnosť rodičov ovplyvňovať výsledky, čo ju predurčuje na použitie vo forenznej praxi. Výsledky nie sú ovplyvňované ani inteligenciou, motiváciou či sebakritickosťou. Použiteľný je aj pre deti, ktoré nespolupracujú dobre pri vyšetrení, a autistické deti. Snaží sa využiť potenciál farieb, tak ako sú individuálne významné pre jedinca ako individualitu (Svoboda, 2001).

Projektívne interview (V. Michal) – projektívno-exploračná metóda umožňuje získať informácie o motivácii, postojoch a sociálnych vzťahoch dieťaťa. Skladá sa z 3 častí: Kúzelný svet – dieťa sa má identifikovať s kúzelnou bytosťou s neobmedzenou mocou a vyjadruje, čo by zmenilo vo svojom okolí, v škole, rodine, vo svete, na akého človeka alebo zviera by sa rado alebo nerado premenilo a prečo, aké sú jeho tri tajné želania. Nedokončené vety – vychádzajú zo Sacksovho testu, skúmajú postoje k jednotlivým členom rodiny, škole, k skupine, prípadne posudzujú hodnoty, strach, konflikty. Detský svet – obsahuje 10 projektívnych obrázkov, ktoré má dieťa interpretovať. Analýzou odpovedí/príbehu je možné identifikovať postoje dieťaťa k rodičom, škole, posúdiť jeho motiváciu a vnútorné konflikty. Súčasťou príručky sú ešte dve metódy projektívneho typu: Hodnoty (sleduje poradie hodnôt), Nedokončená poviedka (získava informácie o profesijnej orientácii).

TKC – Test klukatej cestičky (Klubert, Németová, Kuřková Veselá) – nonverbálna grafická projektívna psychodiagnostická metodika zameraná na skúmanie mentálnej reprezentácie hraníc – ako sú klienti citliví voči hraniciam fyzickým, psychickým, morálnym, právnym a pod. Test pracuje s polaritami: opatrnosť, obavy priblížiť sa k hraniciam, úzkostné stráženie a rešpektovanie hraníc, testovanie, overovanie hraníc, nerešpektovanie, ignorovanie, vedomé prekračovanie hraníc. Test nie je vhodný pre klientov, ktorých koordinácia jemnej motoriky horných končatín je výrazne narušená (organicita, výrazná úzkosť, esenciálny tremor a pod.). Normy zohľadňujúce vývinové špecifiká sú pre deti od 10 rokov až po dospelosť.

Dotazníky, sebaopisovacie a opísavacie škály

Dotazníky sú štandardizovanou formou rozhovoru, v ktorom respondent písomne poskytuje svoj subjektívny názor na určité javy či situácie.

Sebaopisovacie škály sú štandardizovanou formou pozorovania, v ktorých respondent písomne hodnotí svoje obvyklé vonkajšie prejavy a správanie aj svoje vnútorné prežívanie.

Opísavacie škály sú štandardizovanou formou pozorovania, sú založené na zaznamenávaní obvyklých prejavov iného človeka. Tieto informácie získavame štruktúrovaným spôsobom od rodičov, učiteľov či iných osôb, ktoré sú s dieťaťom v dlhodobom kontakte.

Uvedené typy diagnostických nástrojov poskytujú cenné informácie o subjektívnom vnímaní javov či prejavov v správaní (napr. prežívanie úzkosti, smútku) a o pozorovaní obvyklých prejavov dieťaťa. Môžu byť využité ako doplnujúce informácie na upresnenie informácií získaných z pozorovania a výkonových testov. Uvedené metódy umožňujú posúdenie určitej skutočnosti v rámci vymedzeného kontinua, škály.

CMAS – Škála zjavnej anxiety pre deti (Children's Manifest Anxiety Scale – CMAS) – jednodimenzionálny osobnostný dotazník zisťuje predispozíciu, to znamená relatívne stabilný sklon k anxiety u detí vo veku 9 – 14 rokov. Tvorí ho 42 položiek identifikujúcich anxiety a 11 položiek tzv. lži škály.

CPQ (Children's Personality Questionnaire) – osobnostný dotazník pre deti od 8 do 14 rokov. Meria 14 faktorov osobnosti – bipolárne osobnostné rysy. Snaží sa zachytiť stále psychologické vlastnosti osobnosti.

HSPQ (The High School Personality Questionnaire) – pre deti od 13 do 17 rokov, meria 14 faktorov

osobnosti – bipolárne osobnostné rysy. Snaží sa zachytiť stále psychologické vlastnosti osobnosti.

16 PF (Cattell's 16 Personality Factors test) – faktorový dotazník o osobnosti alebo test 16 osobných faktorov, tiež známy ako 16PF, ktorý pôvodne vytvoril psychológ Raymond Cattell. Je určený pre adolescentov (od 16 rokov po dospelosť), meria 16 bipolárnych faktorov osobnosti.

B – JEPI (Junior Eysenck Personality Inventory) – osobnostný dotazník H. J. Eysencka pre deti od 9 do 14 rokov. Mapuje štyri dimenzie – neuroticizmus, extroverziu, psychotizmus a skóre lži.

Osobnostný inventár KUD – svojou štruktúrou umožňuje veľmi rýchlu orientáciu v základných dimenziách osobnosti normálneho jedinca. Je založený na diagnostickej metóde E. Kudličkovej, ktorá vychádzala z vlastnej logickej analýzy charakteristiky osobnosti a skúsenosti niekoľkých klinických psychológov. Pozostáva z 80 položiek. Ku každej dimenzii sú vypracované percentilové a deskriptívne normy získané na veľkých vzorkách. Zvlášť je venovaná pozornosť interpretácii výsledkov. Použitie: individuálne i skupinové, od 14 rokov.

NEO 5-faktorový osobnostný inventár (I. Ruisel, P. Haľama) – inventár je možné použiť na diagnostiku základných osobnostných faktorov u adolescentov od 15 rokov a dospelých, je využiteľný v poradenstve, klinickej a školskej psychológii, pri diagnostike v personálnej sfére, ako aj vo výskume osobnosti. Inventár zisťuje úroveň jednotlivca v piatich osobnostných dimenziách: neurotizmus, extroverzia, otvorenosť voči skúsenosti, svedomitosť a prívetivosť. Respondent počas administrácie odpovedá na 60 položiek, 12 pre každý faktor. Administrácia: skupinová aj individuálna, testovanie trvá 10 – 15 minút.

Dotazník na meranie úzkosti a úzkostlivosti STAI (T-161) (D. Spielberger, R. Gorsuch, B. Lushene, upr. I. Ruisel) – metóda pozostáva z dvoch 20-položkových škál, jedna sleduje, ako sa jednotlivec cíti teraz (t. j. sleduje aktuálny stav), a druhá sleduje, ako sa jednotlivec zvyčajne cíti, t. j. úzkostlivosť ako vlastnosť osobnosti. Škály možno administrovať individuálne i skupinovo a vyplňovanie je nenáročné a krátke.

Dotazník BAROM (T-262) – je modifikáciou nástrojov radu I HAVEZ – SPIDO – IHARO – SPARO na diagnostikovanie bazálnej psychickej integrovanosti, autoregulácie a psychickej odolnosti v interakcii so základnými typmi reálnych životných situácií u mládeže od 13 do 18 rokov.

Štandardizované dotazníky na diagnostiku výskytu atypických prejavov školského a sociálneho správania – ide o dva štandardizované dotazníky: Škálový dotazník školského správania žiaka a Škála rizikového správania žiaka. Batéria škálových štandardizovaných dotazníkov využíva metódu sumovaných odhadov. Je zameraná na diagnostiku výskytu a intenzity mnohých atypických prejavov v oblasti rizikového sociálneho a školského správania, ktoré predisponujú mladistvých k poruchám na úrovni drogovej a nedrogovej závislosti a disociality. Je určený primárne pre pedagógov.

Conners 3 (C. Keith Conners) – **posudzovacia škála pozornosti a správania** – obsahuje verzie pre učiteľov, rodičov i na seba posúdenie. Má využitie pri posúdení a identifikácii symptómov ADHD a komorbidných porúch, zachytáva poruchy učenia, poruchy opozičného vzťahu, agresiu, problémy vo vzťahoch a exekutívnych funkciách.

Dotazník na zisťovanie hodnotových orientácií, postojov k hodnotám a motivácie výkonu (HO-PO-MO), T-252 (Vonkomer, J.) – skupinové aj individuálne administrovanie, od 14 rokov. Vychádza z premisy, že poznanie hodnotových orientácií žiaka znamená poznanie významného regulátora sociálneho správania.

CDI – Sebaposudzovacia škála depresivity pre deti, T-94, (M. Kovacs, M. Preiss) – prvá štandardizovaná sebaposudzovacia škála depresie pre detský vek. Vznikla inšpiráciou z Beckovej sebaposudzovacej škály depresivity pre dospelých. Má 27 položiek a meria aktuálny stav. Od 7 – 17 rokov.

Škála klasického strachu, sociálnej situačnej anxiety a trémy KSAT, T-85 (O. Kondáš) – Škála klasickej sociálno-situačnej anxiety a trémy je sebahodnotiacia škála, ktorá umožňuje diferencovať klasické

strachy (fóbie), strachy v sociálnych, interpersonálnych situáciách a trému. Zachytáva oblasť a stupeň negatívneho citového reagovania na vybrané typické objekty a situácie, ktoré môžu evokovať obavy a strach (anxieta). KSAT je metóda na zisťovanie výskytu a miery subjektívne neprijemných zážitkov predmetného a situačného strachu vyvolaného objektmi klasických fóbií sociálne-interpersonálnymi situáciami a situáciami trémy (strachu zo skúšky). Obsahuje 31 položiek v troch verziách.

Hodnocení traumatických symptomů u mladších dětí TSCYC (J. Briereje) – dotazník štandardizovaný na českej populácii vo veku 3 – 12 rokov, pozostáva z 90 položiek, ktoré posudzuje rodič, zákonný zástupca alebo pestún. Vyjadruje sa k časovým frekvenciám v rámci jednotlivých prejavov v správaní.

Metódy zamerané na voľbu povolania

AIST-R (SK) Test štruktúry záujmov, Orientačná metodika pre voľbu povolania (Kopčanová, D., Dočkal, V.) – revidovaná verzia Testu štruktúry záujmov (AIST-R) bola vytvorená pre potreby kariérového poradenstva, ktoré sa poskytuje v základných a stredných školách. Test je založený na Hollandovom hexagonálnom modeli profesií a osobnostných typov. Ide o šesť základných typov orientovaných na určitý životný štýl: osobnosť s motorickou (manuálnou či manuálne-technickou) životnou orientáciou (realistický typ – R), osobnosť s investigatívnou či vedeckou životnou orientáciou (investigatívny typ – I), osobnosť s umeleckou životnou orientáciou (umelecký typ – A), osobnosť so sociálnou životnou orientáciou (sociálny typ – S), osobnosť s podnikavou životnou orientáciou (podnikavý typ – E), osobnosť s konformnou životnou orientáciou (konvenčný typ – C).

LMI (SK) – Dotazník motivácie k výkonu (Schuler, H., Prochaska, M.) – LMI je určený pre žiakov od 16 rokov a zameraný na diagnostiku motivácie k výkonu v profesijnom kontexte a skladá sa zo 170 položiek, ktoré sú priradené 17 škálam: vytrvalosť, kompenzačné úsilie, dominancia, hrdosť na výkon, angažovanosť, ochota učiť sa, dôvera v úspech, preferencia obťažnosti, flexibilita, samostatnosť, flow, sebakontrola, nebojácnosť, orientácia na status, internalita, súťaživosť a cieľavedomosť.

6. Diferenciálna diagnostika

Osobnosť predstavuje jedinečný systém, ktorý nie je statický, ale neustále sa mení. Preto je z diferenciálno-diagnostického hľadiska veľmi dôležité rozpoznať rozdiel medzi prirodzenými alebo situačne podmienenými a patologickými zmenami osobnosti a emocionality. Diferenciálno-diagnostické kritérium nie je v tomto prípade kvantitatívne.

Diferenciálna diagnostika osobnosti odzrkadľuje účel, teda posúdenie aktuálneho stavu a prípadné prognózy vývoja. Pri podozrení na patologický vývin osobnosti odporúčame multidisciplinárny záber a dieťa/žiaka odporúčame ku klinickému psychológovi, pedopsychiatrovi.

7. Nastavenie podporných opatrení

Všetky informácie, ktoré psychológ získa prostredníctvom diagnostických metód a nástrojov, slúžia na to, aby si urobil komplexný obraz o úrovni rozvoja osobnosti dieťaťa/žiaka, o jej štruktúre, osobnostných vlastnostiach, emocionalite, motivácii, hodnotách a hodnotových orientáciách. Intervencie v tejto oblasti sa zameriavajú na posilnenie pozitívnych vlastností osobnosti, zdravého emocionálneho vývinu, rozvoj emocionálnych zručností a zmenu správania.

Psychológ musí zvážiť, či na riešenie daných problémov a ťažkostí stačia jednorazové intervencie alebo si problém vyžaduje dlhodobejšie intervenčné riešenie. Na základe zistených informácií, zvážení potrieb a stavu dieťaťa plánujeme odborné intervencie s prípadným zapojením ďalších členov MDP (rodič/ZZ dieťaťa, jeho blízke osoby atď.).

V intervenčnej fáze zameranej na účinnú zmenu v správaní dieťaťa/žiaka možno využiť metódy sebaregulácie, modelovania a hrania rolí, modifikovania postojov, zlepšovania interpersonálnych vzťahov, učenia a kognitívnych zmien, redukovanie úzkosti a strachu, katarzie, abreakcie a sugescie.

Najčastejšie sa v prístupe využívajú:

1. Konzultačné a poradenské aktivity pre deti/žiacov s osobnostnými a emocionálnymi ťažkosťami a problémami a pre ich rodičov.
2. Krátkodobé a dlhodobé terapeutické vedenie detí a rodičov.
3. Programy, tréningy, výcviky pre deti/žiacov zamerané na rozvíjanie ich osobnostných a sociálnych zručností, empatie, asertivity, efektívneho riešenia konfliktov, adekvátnych postojov a životných hodnôt.
4. Prednášky a besedy pre učiteľov a rodičov zamerané na zvýšenie informovanosti o psychologických otázkach vývinu osobnosti a emocionality dieťaťa, výchovy a vzdelávania, zmene postojov k deťom/žiakom s osobnostnými a emocionálnymi ťažkosťami a problémami a ich lepšiemu porozumeniu.
5. Výcviky pre rodičov a učiteľov zamerané na rozvíjanie sociálnej kompetencie, komunikácie a efektívneho riešenia konfliktov.
6. Priame intervenčné zásahy do výchovno-vzdelávacieho procesu. Efektívne sú tiež také intervencie, ktoré pomáhajú rodičom a učiteľom lepšie pochopiť správanie detí/žiacov a poskytnúť im emocionálnu podporu.
7. V prípade porúch správania alebo disharmonického rodinného prostredia rozšírime multidisciplinárnu spoluprácu o sociálneho kurátora (ÚPSVaR).
8. Nevyhnutná je periodická evalvácia dosiahnutých intervenčných cieľov. A flexibilita v prípade zmeny aplikovaných intervenčných postupov a stratégií.

8. Zoznam použitej literatúry

ŘÍČAN, P., KREJČÍŘOVÁ, D. et al. Dětská klinická psychologie. Praha: Grada, 2000. 450 s. ISBN 80-7169-512-2.

SVOBODA, M., KREJČÍŘOVÁ, D., VÁGNEROVÁ, M. Psychodiagnostika dětí a dospívajících. Praha: Portál, 2001. 791 s. ISBN D80-7178-545-8.

Coachingplus, Newsletter september 2017. O nedobrovoľných klientoch, pieskovisku a supervízii. Dostupné na: https://www.coachingplus.org/texty/c+news94_september2017.pdf

14.

Diagnostika rodinných vzťahov

Autorky: PhDr. Zuzana Matejčíková Šareková
PhDr. Jana Olíková

Hodnotitelia: Mgr. Anton Kalina
PhDr. Eva Smiková, PhD.

Recenzentka: PhDr. Viera Hudečková, PhD.

1. Prostredie

Orientačnú diagnostiku rodinných vzťahov možno realizovať priamo v prostredí školy. Komplexná diagnostika rodinných vzťahov sa realizuje v ambulancii zariadení výchovného poradenstva a prevencie.

2. Kompetenčný rámec

Orientačnú diagnostiku realizuje školský psychológ, samostatný psychológ, psychológ s 1. a 2. atestáciou, sociálny pedagóg, liečebný pedagóg.

Komplexnú diagnostiku štandardizovanými testami a metódami vykonáva psychológ s 1. a 2. atestáciou.

3. Vzťah

Pri diagnostike rodinných vzťahov je nevyhnutné, aby OZ bol schopný vytvoriť atmosféru bezpečia, dôvernosti a prijatia, v ktorej sa budú dieťa a rodič cítiť a správať podľa možností čo najviac uvoľnene a autenticky. Táto úloha vyžaduje od neho dostatočnú skúsenosť vo vedení rozhovoru s rodičom a dostatok skúseností s interakciou s bežnými deťmi, ako aj deťmi s rôznymi špecifickými potrebami. Vzťah s rodičom a dieťaťom nadväzuje OZ od prvého kontaktu.

Je dôležité mať na pamäti, že diagnostika a mapovanie rodinných vzťahov, výchovných postupov, komunikácie, interakcie a celkovej klímy môže byť rodičom prežívané ohrozujúco a zneisťujúco. Takáto situácia môže viesť k výraznejšej aktivácii obranných mechanizmov (popieranie, racionalizácia...) a ovplyvniť dynamiku prenosu a protiprenosu. Obavy, neistota a zvýšená kompenzácia obrannými mechanizmami sa môžu prenášať aj na dieťa. OZ preto musí byť schopný primerane reagovať na aktuálne emocionálne prežívanie dieťaťa i rodičov, poskytnúť im dostatočnú mieru psychickej podpory potrebnú na to, aby sa dokázali čo možno najskôr uvoľniť a naplno participovať na dianí počas stretnutia a pomôcť dieťaťu cítiť sa v danej situácii a prostredí bezpečne.

Počas samotnej aplikácie vybraných metód a postupov na diagnostiku rodinných vzťahov by mal OZ udržiavať kontakt s dieťaťom s cieľom vytvorenia bezpečného a prijímajúceho prostredia na udržanie záujmu a pozornosti dieťaťa pri vyšetrení. Na tento účel má byť OZ dobre zorientovaný aj v otázkach emocionálneho vývinu detí, rozumieť a vedieť adekvátne podporiť napr. dieťa v období prirodzeného strachu alebo nedôvery z neznámeho človeka, dieťa v období vzdoru či presadzovania svojej osobnosti, v pubescentnom veku (s prirodzenou potrebou vymedziť sa voči autoritám) či adolescencii.

4. Účel

Posúdenie rodinného zázemia, vzťahov a dynamiky je súčasťou každého psychologického vyšetrenia dieťaťa (najmä u mladších detí, ktoré sú viac závislé od priameho kontaktu s rodičmi, a ich emočné prežívanie, sebaobraz a sebahodnotenie je tým významne ovplyvnené). Rodinné prostredie je dôležitým zdrojom prekonávania vývinových kríz, traumatizácie, ale takisto môže byť významným záťažovým či patogénnym faktorom. Rodinná diagnostika je zameraná na:

- a) posúdenie **systemov v rodine** (partnerský, rodičovský, súrodenecký, medzigeneračný subsystém), hranice, koalície;

b) celkovú atmosféru v rodine:

- rodinná intimita – vzájomné prežívanie pocitov, svojej zraniteľnosti bez pocitov ohrozenia,
 - rodinná identita – vedomie „MY“ – ako subjektívne spoločne vnímajú celistvosť rodiny (kognitívne i emocionálne); spojenectvo pri riešení problémov, dopĺňanie sa v rolách, pocit blízkosti, spolunáležitosti, prejav záujmu, vrelosti, hodnoty, presvedčenia, svetonázor v rodine, rituály, tradície, mýty v rodine,
 - adaptabilita – flexibilita, pružnosť rodiny – schopnosť meniť štruktúru moci, roly, pravidiel – v závislosti od vývinového stupňa a situačného stresu,
 - autonómia a diferenciacia členov – nezávislosť a minimálne obmedzovanie aktivít členov rodiny a odlíšenie členov rodiny navzájom,
 - kohézia – súdržnosť – sila udržiavajúca vzťah pohromade (vernosť, oddanosť, intimita, afiliácia = prijatie, spolunáležitosť, blízkosť, afektívne začlenenie),
 - komplementarita – vzájomná zlučiteľnosť členov rodiny – ako sa dopĺňajú v potrebách, vlastnostiach, schopnostiach (najmä rodičia),
 - kontext, v ktorom rodina žije (spoločnosť, prostredie...);
- c) výchovné štýly (jednotný vs. nejednotný štýl výchovy, dvojitá spätná väzba pri posilňovaní žiaduceho/nežiaduceho správania, zapojenie sa širšej rodiny do výchovy dieťaťa a podobne);
- d) funkcie rodiny (sebarealizačná, emočne stabilizačná, reprodukčná, ekonomická, socializačná);
- e) vývinové štádium rodiny (budovanie vzťahov, prírastok nového člena rodiny, smútenie v rodine, rozpad rodiny, odlúčenie od rodiča, jednoducho to, v akom štádiu sa nachádza rodinný stav a jeho zohľadnenie cez vplyvy na správanie dieťaťa).

5. Metódy a postupy

5.1 Orientačná diagnostika

Orientačná diagnostika je zameraná na použitie prevažne klinických metód, ako sú diagnostické pozorovanie, diagnostický rozhovor, anamnéza a neštandardizované ratingové a dotazníkové metódy. Výsledkom je orientácia v základnej rodinnej situácii dieťaťa, zmapovanie rodinných vzťahov a detekcia výskytu potencionálnych rizikových faktorov v rodine.

Cenné informácie môže odborný zamestnanec získať pri pozorovaní interakcií rodiča s dieťaťom v rôznych situáciách (prostredníctvom analýzy videozáznamov, napr. hry dieťaťa s rodičom alebo súrodencom, informácií z prostredia školy, širšieho rodinného prostredia a i.).

Rozhovor

Diagnostický proces je vhodné začať úvodným **rozhovorom**, v ktorom sa snažíme zmapovať aktuálnu situáciu v rodine, formálnu konšteláciu a zloženie rodiny. Tieto informácie porovnávame s tými, ktoré sme získali formou anamnestického rozhovoru so zákonným zástupcom klienta.

Úvodný rozhovor je vhodné realizovať podľa účelu, pre ktorý bola vyhľadaná odborná pomoc, charakteru problémov a ťažkostí. Pýtame sa, kedy sa problémy začali a aké stratégie zvládania skúšali jednotlivci aj ako rodina.

Niektorí žiaci ľahšie vyjadrujú svoje pocity na základe konkrétnych podnetov, teda napríklad vopred pripravené obrázky, ktoré si člen ŠPT uspôsobil na rozhovor, môžu pomôcť s nadviazaním kontaktu otázkou, s kým na obrázku by sa dieťa vedelo aktuálne stotožniť a podobne.

Pozorovanie

Na orientačné hodnotenie rodiny je dôležité si všímať správanie dieťaťa k rodičom a jeho reakcie na nich a naopak – reakcie dieťaťa na rôzne prejavy rodičov, prípadne na zmeny v reagovaní dieťaťa na odchod rodičov. Cenným zdrojom informácií je trávenie spoločného času v čakárni (kvalita komunikácie, nadviazanie hry, prejavovanie záujmu, prípadne riešenie emočného napätia zúčastnených, adaptácia na situáciu).

U malých detí (dojčenský vek) je pozorovanie zamerané na bezprostredné reakcie matky (ev. sprevádzajúcej osoby) na dieťa (ako zachytáva a reaguje na signály dieťaťa, či ich akceptuje, ev. ignoruje). Takisto, ako sú vzájomne emočne vyladení (prejavy empatie na nepohodu dieťaťa, prežívanie emócií). Dôležité sú aj reciprocita a synchronizácia v kontakte (pozornosť), prispôsobenie komunikácie dieťaťu („baby talk“), posilňovanie dieťaťa v primeranej komunikácii, zvládanie situácie, k zrelšiemu správaniu.

V období batolaťa a predškolskom veku pribúda v pozorovaní zameranie nielen na senzitivitu rodičov k dieťaťu, ale aj dôležité poskytovanie autonómie a štrukturovania situácie.

U starších detí a adolescentov je pozorovanie zamerané na verbálne i neverbálne aspekty komunikácie, spôsob nadväzovania rozhovoru, reciprocita, akceptovanie účastníkov komunikácie, riadenie rozhovoru, snahy o zmenu tém, únikové reakcie, emočné vyladenie, podpora v komunikácii.

5.2 Testy a metódy

Pri komplexnej diagnostike realizujeme okrem klinických postupov aj použitie štandardizovaných testov, dotazníkov, posudzovacích škál, projektívnych metód). Výsledkom komplexnej diagnostiky je svedomité posúdenie rizikových faktorov v rámci rodinného prostredia a odborné nastavenie podporných opatrení, odporúčaní rodine a návrh príslušnej spolupráce v rámci multidisciplinárnej starostlivosti.

Po nadviazaní vzťahu, pozorovania je vhodné pokračovať projektívnymi technikami, ktoré rozširujeme/doplňujeme dotazníkovými metódami. Kresbové projektívne techniky preferujeme u detí v mladšom školskom veku. V období predškolského veku je úroveň projekcie do kresieb u detí všeobecne nízka, pretože kresba odzrkadľuje skôr vývinovú úroveň než premietané obsahy. U adolescentov je bežné, že reagujú odmietavo na kresbové projektívne techniky, preto odporúčame preferovať verbálne projektívne metódy. Pri použití dotazníkových metód je vhodné vopred zmapovať čitateľské zručnosti dieťaťa, klienta, pretože tieto metódy bývajú rozsiahle, a tým sa stávajú pre mladšie deti náročnými.

Pozorovanie a rozhovor sú zdrojom vstupnej orientácie v stanovených oblastiach (viac v časti 4. Účel). Ďalšie špecializované metódy sú zamerané na niektoré z uvedených aspektov. Použitie niektorých diagnostických metód je viazané na špecializovaný kurz (napr. Rodinná doska, Scénotest a pod.).

Úvodný rozhovor prispôsobujeme účelu diagnostiky. Ak ide o vyšetrenie, ktorého účelom je vypracovanie odbornej správy (napr. pre lekára, ÚPSVaR, súd a pod.) a rodina sa javí už z úvodných/vstupných informácií dysfunkčná alebo výrazne konfliktná a spoločný rozhovor by mohol byť pre dieťa traumatizujúci, je potrebné zvoliť skôr individuálne vedený rozhovor s jednotlivými členmi. Pri plánovaní pokračujúcej starostlivosti (poradenstvo, terapeutické vedenie a pod.) je vhodnejšie realizovať prvé stretnutie a rozhovor s celou rodinou dieťaťa. Predpokladom je citlivo zvážiť vedenie rozhovoru, ako aj tém, ktoré by mohli byť v rámci tohto stretnutia veľmi zaťažujúce či citlivé. Pri rozhovore v rámci posúdenia rodinných vzťahov jej jednotliví členovia často hľadajú uistenie alebo „držanie strany“ jednému z nich. To môže ovplyvniť nadviazanie vzťahu potrebného na relevantný diagnostický proces, preto je nevyhnutné, aby odborník zachoval neutralitu, a to najmä v prípadoch

výchovných problémov a prípadných porúch správania.

Rozhovor je zameraný a hodnotený z hľadiska:

- **obsahových aspektov** – trávenie spoločného a voľného času, záľuby, priority a hodnoty v rodine, výchovné postupy (aj názory na odmeny a tresty, obmedzenia), vzťahy (súrodenecké, partnerské, rodičovské, medzigeneračné), bežná komunikácia v rodine, reakcie v čase kríz, vzťahovanie k širšiemu sociálnemu okoliu, opis aktuálneho problému a hypotéza jeho príčin, spokojnosť členov, konflikty, možnosť participácie každého člena na riešení problému v rodine,
- **formálnych aspektov** – kto s kým a ako komunikuje (intonácia, rešpektovanie vyjadrení, zasahovanie do komunikácie, neverbálne aspekty, kto rozhovor riadi, ako sa rozpráva o jednotlivých členoch rodiny), prispôsobenie jazyka a komunikácie dieťaťu.

A. Projektívne techniky

1. Verbálne techniky

TAT(Morganová,Murray)–obsahuje sériu 31 tematických obrázkov s určitými menej štruktúrovanými situáciami. Test je vhodný na diagnostiku spojenú s interpersonálnym prispôsobovaním, rovnako je užitočný pri interpretácii porúch správania a porúch osobnosti. Pri interpretácii sa kladie dôraz na obsahovú stránku výpovede. Interpretácia si vyžaduje odbornú a klinickú skúsenosť. Test poskytuje relevantné výsledky už od 8. roku života. Od 14 – 15 rokov je možné administrovať obrázky pre dospelých.

CAT – Children’s Apperception Test – je najznámejšou detskou verziou Bellakovho tematického apercepčného testu. Obsahuje 10 obrázkov antropomorfizovaných zvierat v najrôznejších situáciách (bežné situácie rodinného života). Vychádza z predpokladu, že pre dieťa je identifikácia so zvieratom najľahšia. Administrátor zadá dieťaťu nasledujúcu inštrukciu: „Porozprávaj rozprávku: Bol raz jeden...“, na konci ktorej sa kladú objasňujúce otázky. Čas nie je obmedzený, trvanie testu je približne 15 – 30 minút. Je určený pro deti od 3 do 10 rokov.

CATO – Boš, Strnadová (1975) – ide o ďalšiu modifikáciu tematicko-apercepčného testu, ktorá obsahuje 14 tematických obrázkov s ľudskými postavami a prázdnu siluetou dieťaťa (identifikačná postava). Cieľom je získať čo najviac informácií o medziľudských vzťahoch v rodine i mimo nej. Technika môže vyškolenému odborníkovi poskytnúť cenné informácie o niektorých dominantných tendenciách, emóciách a konfliktoch v detskej osobnosti. Dieťaťu sa pri prezentácii tabuliek rozpráva rozprávka a potom nasledujú otázky: čo sa dialo pred tým, čo sa dialo potom, aká je jeho matka, čo si praje najviac zo všetkého. Test je určený pre deti od 6 do 12 rokov s intelektom v pásme širšej normy.

Testy dopĺňovania viet, testy nedokončených viet – mnohé deti poskytujú podstatne viac informácií v nedokončených vetách ako v menej štruktúrovaných verbálnych úlohách. Vzhľadom na nízku validitu môžu informácie z nedokončených viet slúžiť na formulovanie hypotéz (výrok dieťaťa je pravdivý, dieťa má momentálne negatívny postoj, vzťah môže byť dlhodobu narušený, chce vzbudiť pozornosť) a je potrebné si ich overiť inými technikami. Napriek tomu uvedená technika v závislosti od použitých viet prispieva k odhaleniu určitej osobnostnej, ale aj interpersonálnej dynamiky. Pomáha zmapovať zdroje a obsah prežívaných konfliktov, kríz a problémov dieťaťa. Takisto prispieva k odhaleniu spôsobu komunikácie v rodine, vzťahov medzi súrodencami a rodičmi. Dá sa predbežne stanoviť aj možnosť zdrojov pri riešení ťažkostí. Využíva sa tak v klinickej, ako aj rodinno-poradenskej oblasti.

Dopíňanie príbehu podľa Thomasovej-Geislerovej – neštandardizovaná metóda, pri ktorej je úlohou dieťaťa dokončiť načrtnutú dejovú líniu v súvislosti so snami, rodinnými konfliktmi, túžbami a pod., orientačne je metóda využiteľná u detí od 6 do 12 rokov.

Rosenzweigov obrázkový frustračný test (Rosenzweig Picture – Frustration Study, P-F Study/ P-F Test) – verbálne tematická projektívna metóda odhaľuje vzorce správania v reakcii na bežnú záťaž, čo má význam pri normálnom i abnormálnom prispôsobovaní. Obsahuje 24 schematicky nakreslených obrázkov s dvomi postavami. Úlohou klienta je odpovedať na vetu nad jednou z osôb z každého obrázku, ktorá mu napadne ako prvá. Test evokuje latentné agresívne tendencie premietajúce sa do verbalizácie. Frustrácia podľa Rosenzweiga nastáva vtedy, keď sa organizmus stretáva s neprekonateľnou prekážkou na ceste k uspokojeniu akejkoľvek potreby. Diagnostika vlastností prejavujúcich sa najmä v sociálnom kontakte, identifikovanie úzkostných a disharmonických osobnostných tendencií. Nie je štandardizovaný na našu populáciu. Detská forma je pre vek 4 – 13 rokov, v ČR vydaná 1998.

2. Techniky voľby

Test sémantického výberu – test tvorí súbor 16 obrázkov a súbor verbálnych podnetov, medzi ktorými sú zaradené referenčné pojmy. Participant má za úlohu pre každý verbálny podnet vybrať 8 obrázkov, na základe čoho je možné vidieť, aký emočný náboj prisudzuje danému verbálnemu podnetu (negatívne, pozitívne, ambivalentné prežívanie, ev. ľahostajný postoj). Z hľadiska využitia je vhodný pre vek 6 a viac rokov, sú potrebné čitateľské zručnosti.

Test rodinných vzťahov T-210 (Anthony, J., Beneová, E., úprava E. Mádrová) – technika zisťovania kladných a záporných postojov jednotlivých členov rodiny k dieťaťu a dieťaťa k ďalším členom rodiny. Zachytáva vzájomnú konšteláciu citových väzieb členov rodiny tak, ako to vníma samotné dieťa. Mapuje citovú atmosféru v rodine, zdroj konfliktov, zároveň dáva podnety k hlbšiemu rozhovoru o rodine. Úlohou dieťaťa je hra na poštu, v rámci ktorej priraďuje kartičky s výroky do schránky reprezentujúcej postavu vybraného člena rodiny. Tento semiprojektívny test aplikovaný formou hry má široké využitie v rodinnej, klinickej i poradenskej psychológii. Použitie je vhodné pre deti od 5 do 14 rokov.

AAC – Apercepčné karty pre adolescentov (Adolescent Apperception Cards – AAC) – autor L. Silverton (1993), v ČR vyšla v pražskom Testcentre jeho úprava (Goldmann, 2006 – 11 kariet, témy dôležité pre vek 12 – 19 rokov; najmä pri zneužívaní a zanedbávaní, vzťahy v rodine, k rodičom, súrodencom, vrstovníkom). Témy evokujú domáce a sexuálne násilie, zanedbávanie, odmietanie, problematiku drogových závislostí.

3. Hrové techniky a konštruktívne metódy

Scénotest (Gerdhild von Staabs, preklad a úprava J. Šturma, P. Humpolíček) – test využíva hru ako „kráľovskú cestu“ do duše dieťaťa. Podnetový materiál je zväčša dieťaťom i celou rodinou dobre prijímaný a akceptovaný. Verzií na diagnostické i terapeutické využitie je viac. V rámci rodinnej diagnostiky je rodina požiadaná o zostavenie ľubovoľnej scény zo svojho života. Na interpretáciu sú cenným zdrojom údaje o priebehu konštruovania, komunikácie počas tejto aktivity a tiež výsledná zostava (obsah, téma scény). Posudzuje sa výber figúr, priestorová vzdialenosť a symbolika vybraného materiálu. Formálne sa dá hodnotiť bohatosť scény, súvislosť a prepojenie prvkov, vymedzovanie a kontakt s okolitým svetom a prostredím.

Rodinná doska je komunikačným prostriedkom, ktorý jednoduchým spôsobom pomocou symbolického znázornenia pomáha klientovi k náhľadu na svoju situáciu a pocity. Je vhodná na prácu s deťmi, mládežou, dospelými, rodinou, ako aj v supervízii. Bola vyvinutá ako diagnostická a terapeutická pomôcka, ktorá poskytuje široké spektrum využitia na vyjadrenie vzájomných vzťahov a vnútorných procesov pri zachovaní nedirektívneho sprevádzania klienta zákutiami jeho života.

Sandplay terapia je vhodná pre detského i dospelého klienta. Vychádza zo psychológie C. G. Junga a metodiku vypracovala Dora Kalf. Terapeut spoločne s klientom pracuje so symbolmi, miniatúrnymi

figúrkami, ktoré sa kladú do obdĺžnikového terapeutického pieskoviska a prostredníctvom nich sa rozvíja príbeh. Klient symbolicky znázorňuje, ako vidí a prežíva svet, rodinné a sociálne vzťahy.

FAST – Test rodinného systému (T. M. Gehring, česká verzia I. Sobotková) – vychádza zo štrukturálnej teórie rodinných systémov. Je to časovo úsporný a flexibilný nástroj pre výskum, poradenskú i klinickú prax. Jeho praktickým cieľom je zmapovať a popísať, ako členovia rodiny vnímajú kohéziu a hierarchiu v rodine, popísať dimenzie, ktoré do značnej miery ovplyvňujú rodinné vzťahy (dimenzie rodinného fungovania), a uľahčiť tak plánovanie, realizáciu a hodnotenie poradenskej či terapeutickú intervencie. Štandardný spôsob testovania zachytáva rodinné vzťahy v typickej, ideálnej a konfliktnej situácii. Testový materiál tvorí šachovnica, schematické mužské a ženské figúrky a podstavce. Vhodný je pre deti od 6 rokov, dospievajúcich a pre dospelú populáciu. Využíva sa v rodinnej diagnostike, rodinnom poradenstve, pri klinickej práci s deťmi a ich rodinami a v rodinnej terapii. Administrácia je individuálna i skupinová (pre celú rodinu), doba administrácie je pri individuálnom teste 5 – 10 minút, pri skupinovom 10 – 30 minút.

Uvedené techniky majú silný diagnostický potenciál, ale vyžadujú si veľkú skúsenosť a samostatné vzdelávanie. Úlohou dieťaťa je postaviť ľubovoľnú alebo tematickú scénu z predloženého terapeutického materiálu, pričom premieta rôzne konflikty, emočné vzťahy a dianie v rodine.

4. Kresbové techniky

Kresba rodiny – vzhľadom na to, že túto metódu často využívajú aj iní odborníci než len psychológovia, v súčasnej dobe ju vnímame skôr ako doplnkovú metódu. Kresba rodiny nám poskytuje informácie o symbolickom spracovaní rodinnej konštelácie, ako dieťa rodinu a jednotlivých členov v nej vníma, prípadne ako by ju chcelo vidieť. Preto je asi najdôležitejšou časťou metódy kresby rodiny následný rozhovor s dieťaťom o tom, čo nakreslilo. Alternatívou je kresba rodiny pri spoločnej činnosti (Kinetic family drawing), v rámci ktorej je možno pozorovať dynamiku vzťahov a konfliktné momenty.

Kresba začarovanej rodiny – stimuluje symbolické spracovanie zážitkov a postojov k vlastnej rodine. Kresbu je nutné doplniť o dopytovanie, bez toho nie je možné obsah kresby relevantne interpretovať. Kresba začarovanej rodiny sa dá využiť ako samostatne zadávaná úloha, no odporúča sa jej nadviazanie na kresbu rodiny. Matějček a Strohbachová (1981) odporúčajú kombinovať techniku kresby rodiny s kresbou začarovanej rodiny, ktorá podnecuje symbolizmus vyjadrenia dieťaťa (in Říčan et al., 1997, s. 332). Táto metóda umožňuje ukryť do jednotlivých kresieb určitý priamym spôsobom ťažko vyjadriteľný postoj. Po nakreslení obrázka rodiny je klient požiadany, aby nakreslil túto rodinu tak, ako keby v noci prišiel kúzelník a všetkých začaroval na zvieratká, ktoré by najlepšie vyjadrovali povahu každého člena rodiny. Alternatívou je manipulácia s konkrétnymi figúrkami zvierat. Techniku je možné doplniť o vymyslenie príbehu, v ktorom majú vystupovať všetky nakreslené zvieratká.

Test troch stromov – diagnostika rodinných vzťahov, v rámci ktorej dieťa znázorňuje tri stromy, spravidla ide o seba a rodičov, prípadne významné vzťahové osoby. Technika sa využíva od obdobia mladšieho školského veku.

House – Tree – Person – využíva sa na diagnostiku obrazu osobnosti, telesnej schémy, intrapsychických konfliktov, mapovanie vzťahov k rodine, k sebe a ľuďom naokolo. Použiteľný pre deti od 7 rokov.

GFS (Graphic family sculpturing, Venter, 1996) – grafické modelovanie rodiny zachytáva zjednodušené znázornenie členov rodiny klientom, ich vzájomnej blízkosti (fyzickej i emocionálnej), doplnené o verbálne charakteristiky vlastností, bežných emočných stavov a výrokov o rodine. Hoci ide o kresbovú techniku, býva dobre prijímaná aj adolescentmi. Využiteľnosť vidíme od obdobia mladšieho školského veku.

Grafické modelovanie rodiny je vizuálna priestorová metafora. Uvedená technika juhoafrického terapeuta J. Ch. Ventera vyžaduje, aby člen rodiny, resp. všetci jej členovia ceruzou nakreslili predstavu svojej súčasnej rodiny (alebo pôvodnej, predchádzajúcej, budúcej) na čistý hárok papiera A4, pričom každá osoba z rodiny má reprezentovať samostatný kruh.

B. Dotazníkové metódy

ADOR T-102 (Z. Matějček, P. Říčan) – ide o dotazník, ktorý zisťuje výchovné postoje rodičov voči dieťaťu a v ktorom deti, klienti od 9 do 15 rokov hodnotia správanie svojich rodičov k sebe, zvlášť otca a zvlášť matku. Je podkladom na dlhodobejšiu prácu s dieťaťom a rodinou. Zisťuje postavenie dieťaťa v rodine. Kvalitatívny rozbor umožňuje analyzovať možné zdroje napätia a konfliktov.

Škála rodinného prostredia T-199 (M. Hargašová, T. Kollárik) – metóda patrí do škál sociálnej klímy. Je určená pre všetkých členov rodiny. Zisťuje systémovú povahu rodiny (vzťahové dimenzie – súdržnosť, expresívnosť, konfliktnosť, dimenzie osobnostného rastu – nezávislosť, orientáciu na úspech, intelektuálno-kultúrnu orientáciu, aktívno-rekreačnú orientáciu, morálno-svetonázorovú orientáciu, dimenzie udržiavania rodinného systému – organizáciu a kontrolu). Dá sa použiť pre celú rodinu, najmladšia veková kategória je od 10 rokov.

Dotazník na zisťovanie spôsobov výchovy v rodine (J. Čáp, P. Boschek, 1994) – je zameraný na zistenie spôsobu výchovy, zistenie podmienok dieťaťa a ako ovplyvnili jeho osobnosť, postihuje 4 komponenty výchovy: kladná (K), záporná (Z), požiadavky (P) a voľnosť (V). Z toho sa dá uvažovať o emocionálnom vzťahu k dieťaťu (kladný, záporný, extrémne kladný, extrémne záporný) a výchovných postupoch/riadeniach (silné, slabé, stredné, rozporné), ktoré vyúsťujú do modelu 9 polí. Odporúča sa nezaraďovať dotazník pri úvode vyšetrenia. Hodnotenie prístupu rodičov je subjektívnym pohľadom dieťaťa, čo je však veľmi dôležitým údajom z hľadiska pochopenia jeho prežívania prístupu rodičov. Údaje môžu pomôcť predikovať ďalší vývin dieťaťa, zvoliť podporné opatrenia na optimalizáciu prístupu k dieťaťu. Dá sa použiť u detí s čitateľskou zručnosťou až do dospelosti.

Test rodinného zázemia T-101 (M. J. Herbert (GB), upr. J. Senka, Ľ. Páleník, Ľ. Medved'ová, M. Matejík, 1996) – je zdrojom informácií o kvalite rodičovskej, prípadne opatrovateľskej starostlivosti (starostlivosť o dieťa, rizikové faktory vo vývine, správaní so zameraním na identifikáciu problémov, zváženie príčin a tiež ich zmiernenie či odstránenie, tzn. postupy riešenia). Je určený pre psychologov a sociálnych pracovníkov. Je možné použiť ho individuálne i skupinovo, pre deti od predškolského veku až po adolescenciu.

6. Nastavenie podporných opatrení

Každá rodina sa v priebehu svojho fungovania ocitne v situácii, ktorú prežíva ako zložitú, náročnú, záťažovú až krízovú. K najbežnejším formám záťaže, ktoré sa môžu stať spúšťačmi kríz v rodinách, patria časový stres, zdravotné, manželské, osobnostné, výchovné či finančné problémy. Ak má byť rodinný systém funkčný, musí neustále reagovať na meniace sa vonkajšie a vnútorné podmienky. To si vyžaduje mobilitu síl v rodine, riešenie vznikajúcich záťažových situácií a následnú adaptáciu na tieto situácie. Inak dochádza k nerovnováhe, k vzniku konfliktu a kríz a v konečnom dôsledku až k rozpadu rodiny. V prípade, ak rodina nevie alebo nedokáže situáciu zvládnuť, môže prijať odbornú pomoc vo forme rôznych podporných opatrení.

Výber podporných opatrení závisí od podstaty a trvania situácie alebo problému a motivácie členov rodiny. Podporné opatrenia môžu byť zamerané na dieťa/žiaka, súrodencov, rodičov alebo aj na školské prostredie žiaka. Môžu mať podobu psychologickú alebo sociálnu odbornú starostlivosť. Podporné opatrenia zamerané na dieťa/žiaka majú za cieľ zvýšiť osobnostné a sociálne kompetencie dieťaťa/žiaka tak, aby bolo schopné využiť svoje možnosti pri vyrovnávaní sa s náročnými rodinnými

situáciami a získať realistický obraz o sebe a svojich rodičoch. V praxi sa najčastejšie využívajú: konzultačné a informačné aktivity, individuálne odborné poradenstvo, nácvik zvládania konfliktných alebo záťažových situácií, skupinové podporné aktivity a individuálna psychoterapia. Najmä skupinové podporné aktivity, realizované v školskom prostredí, umožňujú, že rovesníci dokážu dieťaťu/žiakovi poskytnúť podporu a pomôcť mu vyrovnať sa s krízovou situáciou v rodine. Možno očakávať, že deti/žiaci s rozvinutými osobnostnými a sociálnymi kompetenciami prijímajú lepšie sociálnu podporu spolužiakov a učiteľov počas krízovej situácie v rodine než deti/žiaci s nízkou úrovňou rozvoja týchto kompetencií. Dôležité sú konzultačné a poradenské aktivity pri úmrtiach v rodine a rozvodoch. Pravidelné osobné konzultácie s dieťaťom/žiakom rozvádžajúcich sa rodičov s pevnými termínmi stretnutí sú často pre tieto deti/žiacov významnou životnou istotou.

Podporné opatrenia zamerané na rodičov im umožňujú lepšie sa vyrovnáť so vzniknutou rodinnou situáciou a aj v nej sa usilovať zabezpečiť pre dieťa relatívne pokojné a čo najmenej konfliktné prostredie potrebné pre jeho psychické zdravie. Pre rodičov sa využívajú rôzne konzultačné, informačné, osvetové, edukačné a nácvikové podporné aktivity. Efektívne sú najmä individuálne alebo skupinové nácvikové programy zamerané na vzdelávanie a rozvíjanie rodičovských kompetencií. Existujú programy pre matky, ktoré žijú samy so synmi, pre otcov, ktorí žijú sami s dcérami, pre nevlastných rodičov, ktorí doteraz nemali vlastné deti. Ďalším vhodným podporným opatrením sú konzultácie odborného zamestnanca s rodičmi detí/žiacov, ktorí žijú po rozvode bez partnerov alebo rodičov, ktorí vstúpili do nového manželstva. Cieľom týchto konzultačných aktivít je zabezpečiť harmonický rozvoj osobnosti dieťaťa/žiaka, eliminovať vzniknuté výchovné a vzdelávacie problémy, ktoré často nastávajú v takejto záťažovej životnej situácii. Konzultácie umožňujú lepšie poznať rodinné prostredie dieťaťa/žiaka, fungovanie jeho rodičov v neúplnej alebo novej rodine, správanie dieťaťa v rodine a očakávania rodičov vo vzťahu k dieťaťu. Inou možnosťou podporných opatrení je individuálna terapia pre rodiča/rodičov a rodinná terapia.

Podporné opatrenia pri práci s rodinou prebiehajú v prirodzenom prostredí klientov alebo ambulantne a sú zamerané na plnenie úloh vyplývajúcich z vytvoreného plánu podporných opatrení. Dôležité je priebežné vyhodnocovanie situácie dieťaťa a rodiny a spätná väzba. Odborná spolupráca môže byť ukončená na základe dosiahnutia stanoveného cieľa, vyčerpania dohodnutého rozsahu, vzájomnej dohody o ukončení spolupráce alebo zmenou potrieb klientov. Po ukončení spolupráce sa odporúča vypracovať záverečnú správu, ktorá obsahuje aj odporúčania na prípadný ďalší rozvoj klientov alebo riešenie rodinnej situácie.

7. Zoznam použitej literatúry

ŘÍČAN, P., KREJČÍŘOVÁ, D., et al. 1997. Dětská klinická psychologie. Praha: Grada, 1997. ISBN 80-7169-512-2.

SVOBODA, M., KREJČÍŘOVÁ, D., VÁGNEROVÁ. 2001. Psychodiagnostika dětí a dospívajících. Praha: Portál, 2001. ISBN D80-7178-545-8.

VENTER, J. CH. – KOPČANOVÁ, D. 2011. Grafické modelovanie rodiny. Metodický list. VÚDPaP Bratislava, prednáška na vzdelávaní, OZ CPPPaP Prešov. Psychológia rodiny.

EVERETT, C. – EVERETT, S. V. 2000. Zdravý rozvod pro rodiče a děti. 1. vydanie. Praha: TALPRESS, spol. s r. o., 2000. 212 s. ISBN 80-7197-169-3.

HAUCK, P. 1998. Manželské mýty. 1. vydanie. Bratislava: Slovart, 1998. s. 9 - 45. ISBN 80-7145-276-9.

LEMAN, K. 2006. Sourozenecké konstelace. 3. vydanie. Praha: Portál, s. r. o., 2006. 223 s. ISBN 80-7367-194-8.

SOBOTKOVÁ, I. 2012. Psychologie rodiny. 3. vydanie. Praha: Portál, s. r. o., 2012. 224 s. ISBN 978-80-262-0217-2.

15.

Diagnostika sociálnych vzťahov

Autori: Mgr. Anton Kalina

Hodnotitelia: PhDr. Ľubomír Tichý
PaedDr. Erik Papp

Recenzentka: PhDr. Viera Hudečková, PhD.

Sociálne vzťahy predstavujú interpersonálne interakcie, ktoré prebiehajú podľa určitého vzoru. Vzor znamená model, pravidlo, normu, ktorá vzniká pri opakovanej interakcii, prebiehajúcej rovnakým spôsobom, a ktorá ju spätne ovplyvňuje. Sociálne vzťahy majú významnú úlohu v rodinnom živote, v školskej úspešnosti, ale i v budúcom profesijnom a osobnom živote dieťaťa/žiaka. Sú nevyhnutné na vytváranie vzájomných väzieb, na prijatie sociálnych noriem, pravidiel a sociálnej zodpovednosti.

1. Prostredie

Diagnostika sociálnych vzťahov vychádza z pozorovania špecifických prejavov v správaní dieťaťa/žiaka, ktoré sa vyskytujú v rôznych sociálnych prostrediach (rodina, škola, rovesnícka skupina). Diagnostické vyšetrenie sociálnych vzťahov môže byť skriningové, štandardizované alebo komplexné. Skriningové diagnostické vyšetrenie je najčastejšie realizované v školskom prostredí. Štandardizované vyšetrenie možno realizovať v školskom prostredí alebo v poradenskom zariadení. Komplexné diagnostické vyšetrenie sociálnych vzťahov je spojené s vyšetrením kognitívnych schopností, osobnosti a rodinných vzťahov dieťaťa/žiaka.

2. Kompetenčný rámec

Orientačnú diagnostiku sociálnych vzťahov, ktorá sa uskutočňuje najčastejšie v školskom prostredí, realizuje odborný zamestnanec školy (samostatný OZ, OZ s 1. alebo 2. atestáciou) – sociálny pedagóg, školský psychológ, liečebný pedagóg alebo školský špeciálny pedagóg. Komplexnú diagnostiku sociálnych vzťahov môže realizovať odborný zamestnanec poradenského zariadenia (samostatný OZ, OZ s 1. alebo 2. atestáciou) – psychológ, sociálny pedagóg, liečebný pedagóg alebo špeciálny pedagóg. Komplexná diagnostika sociálnych vzťahov je vždy výsledkom spolupráce viacerých odborníkov (pedagóg, psychológ, špeciálny/sociálny/liečebný pedagóg alebo psychiater). Ide o prepojenie diagnostického pozorovania a hodnotenia prejavov sociálneho správania, ich štruktúrované a ciele zisťovanie diagnostickými nástrojmi (pozorovanie prejavov správania, diagnostický rozhovor, hodnotiace škály, štandardizované diagnostické nástroje, projektívne metódy a iné) so zameraním na ich odborný opis, formulovanie možných príčin a súvislostí, spôsob vplyvu na školský a bežný život, stanovenie podporných opatrení a postupov na ich rozvoj, korekciu alebo zmiernenie.

3. Účel

Diagnostické vyšetrenie sociálnych vzťahov dieťaťa/žiaka je indikované pri identifikácii adaptačných, výchovných, vzdelávacích problémov a špeciálnych výchovno-vzdelávacích potrieb. Diagnostické vyšetrenie sociálnych vzťahov je indikované predovšetkým pri takých zmenách správania a prejavocho, ktoré sú sociálne maladaptívne a inkonzistentné s vývinovou úrovňou dieťaťa/žiaka:

- výrazne adaptačné ťažkosti, nápadné zmeny v procese socializácie a prispôsobovania sa sociálnym očakávaniam, normám a pravidlám sociálnych skupín,
- sociálne neprispôsobenie; dieťa/žiak rieši štandardné sociálne situácie nezvyčajným, spoločenským normám odporujúcim, prípadne až patologickým spôsobom,
- neschopnosť rešpektovať platné normy správania na úrovni, ktorá zodpovedá veku, respektíve rozumovým schopnostiam dieťaťa/žiaka,
- výskyt rizikového správania, napr. bitky, neposlušnosť, krádeže, kriminalita, promiskuita, užívanie omamných a psychotropných látok, výrazné prejavy negativizmu, týranie, sebapoškodzovanie a iné,
- nedostatky v osvojení, používaní alebo sebakontrola sociálnych zručností,

- ťažkosti v sociálnom a interaktívnom učení, sociálnej percepcii, komunikácii, akceptácii a sebaaprezentácii,
- ťažkosti v nadväzovaní blízkych a intímnych vzťahov a prežívaní spoločnej vzájomnosti, dôvery, súcitu, náklonnosti, empatie, kooperácie a tolerancie,
- nesprávny výber kamarátov a referenčnej rovesníckej skupiny,
- diskriminácia a šikanovanie v školskom prostredí.

Diagnostika sociálnych vzťahov sa vykonáva aj s cieľom poznania a využitia skupinovej dynamiky v rámci triedy – vo výchovno-vzdelávacom procese a v nastavení preventívnych aktivít.

4. Metódy a postupy

Diagnostika sociálnych vzťahov vychádza z metodologických princípov sociálnej psychológie. V oblasti psychologickkej diagnostiky sa to premieta do analýzy sociálnych vlastností osobnosti, nie v izolovanej podobe, ale vo vzájomnej interakcii osobnosti s inými ľuďmi. Tento interakčný prístup sa výrazne prejavuje v aplikácii diagnostických metód a nástrojov zameraných na poznávanie interpersonálnych vlastností osobnosti, kvality sociálnych interakcií a štruktúry širšieho sociálneho prostredia, ktoré presahuje rodinný systém dieťaťa/žiaka.

Diagnostickým východiskom je často analýza a interpretácia tých zložiek osobnosti, ktoré charakterizujú jej sociálnosť, spoločenskosť, t. j. prítomnosť a existenciu takých vlastností, ktoré majú vplyv na začlenenie dieťaťa/žiaka do sociálneho prostredia a na formovanie jeho interpersonálnych vzťahov. Na kvalitné poznanie sociálnych vlastností sa v psychológii používa viacero psychodiagnostických metód, ktoré majú základ v teoretických prístupoch autorov k osobnosti, jej štruktúre, dynamike a najmä k definovaniu miesta interpersonálne sýtených vlastností v nej. Ďalšiu diagnostickú oblasť predstavuje identifikácia úrovne sociálnych zručností, ktoré sa spolupodieľajú na celkovej kvalite interpersonálnych vzťahov dieťaťa/žiaka. Relatívne samostatnou oblasťou je diagnostika širšieho sociálneho prostredia dieťaťa/žiaka, ktorú predstavujú inštitucionalizované sociálne skupiny (napr. školská trieda). Tu sa diagnostika zameriava na analýzu relatívne stabilných zložiek tohto sociálneho prostredia, predovšetkým na identifikáciu sociálnej štruktúry, dynamika, atmosféry a klímy.

Informácie o sociálnych vzťahoch a interakciách dieťaťa/žiaka možno získať prostredníctvom diagnostického pozorovania, rozhovoru, hodnotiacich a postojových stupníc, situačných testov, sociometrie, dotazníkov a projektívnych techník.

1. Diagnostickým pozorovaním možno zistiť isté navonok sa prejavujúce vzťahy v sociálnej skupine, možno získať údaje o ich štruktúre, o žiakovej pozícii medzi spolužiakmi, ale tiež to, o aké ciele sa skupina usiluje, ako členovia spolu vychádzajú, aké hodnoty uplatňujú a pod. Pozorovanie možno uskutočniť v školskom prostredí počas vyučovania, prestávok, obedov, výletov alebo exkurzií.
2. Diagnostický rozhovor sa používa najčastejšie individuálne. Kvalita a kvantita sociálnych vzťahov sa zisťuje na základe starostlivo pripravených otázok. Výsledky metódy rozhovoru v podstatnej miere závisia od toho, do akej miery sa odbornému zamestnancovi podarí vyvolať u dieťaťa/žiaka pocit dôvery a nakoľko sám pôsobí dojemom diskretnosti.
3. Metóda hodnotenia (rating) spočíva v oceňovaní sociálnych vlastností osobností (priateľskosť, úprimnosť, dôvera), sociálnych foriem správania a rôznych sociálnych javov pomocou určitej stupnice. Stupnice majú rôzny počet škál a týkajú sa intenzity vlastnosti (silná – stredná – nízka) alebo frekvencie výskytu istých foriem správania či istého javu. Základnou podmienkou efektívnosti tejto metódy je, aby sa členovia sociálnej skupiny dobre poznali v hodnotených vlastnostiach a aby všetci jednoznačne a rovnako chápali používané pojmy.
4. Postojové stupnice zisťujú stanovisko skúmanej osoby k istým javom sociálneho života. V tejto

súvislosti sa vyslovia (najčastejšie písomne) určité tézy, názory týkajúce sa sociálneho života, pričom skúmaná osoba zaujíma k nim svoj postoj, či s nimi súhlasí, čiastočne súhlasí alebo nesúhlasí. Škálové odpovede môžu mať aj iné kategórie, napríklad týkajúce sa častosti výskytu istého sociálneho javu.

5. Situačné testy cieľavedome navodzujú určité situácie, ktorými sa vyjadrujú určité formy sociálneho správania a z vyvoleného správania sa usudzujú určité sociálne vlastnosti skúmanej osoby.
6. Dotazníky sa používajú na zistenie sociálnych vlastností osobnosti, autonómie skupiny, na kontrolu správania členov prostredníctvom skupiny, na zisťovanie dôležitosti skupiny pre člena, skupinových noriem a podobne.
7. Sociometria umožňuje analýzu štruktúry sociálnej skupiny a jej dynamiky. Možno pomocou nej zisťovať interpersonálne vzťahy medzi členmi skupiny, postavenie jednotlivých členov v rámci skupiny (okrem iného možno spoznať aj vodcov a okrajových členov), existenciu podskupín a súdržnosť skupiny ako celku.
8. Projektívne metódy sú charakterizované nielen povahou podnetového materiálu, ale predovšetkým prístupom k interpretácii výsledkov. Ide o málo štruktúrovanú úlohu, ktorá umožňuje takmer neobmedzené množstvo odpovedí, globálny prístup k hodnoteniu a zvyčajne účinnosť pri odhaľovaní skrytých, latentných alebo nevedomovaných aspektov sociálnych interakcií. V rámci diagnostiky sociálnych vzťahov sa najčastejšie využívajú statická a kinetická tematická kresba, slovné asociácie alebo štandardizované projektívne nástroje.

Pri výbere spôsobu realizácie (individuálna alebo skupinová administrácia) diagnostického vyšetrenia sociálnych vzťahov, ako aj výbere diagnostických metód a nástrojov je potrebné vychádzať zo získaných anamnestických informácií a individuálnych špecifik detí/žiakov. Odborný zamestnanec môže na analýzu sociálnych vzťahov využiť tieto štandardizované diagnostické nástroje:

SORAD – Sociometrická ratingová metóda, V. Hrabal, Hogrefe – Testcentrum, Praha, 2011. Metóda predstavuje špeciálny sociometrický postup vyvinutý na psychosociálnu diagnostiku školských tried. Táto metóda umožňuje detailnú diagnostiku emocionálnej klímy, rozdelenia sociálnej moci v triede, identifikáciu triednych podskupín a diagnostiku vzájomných vzťahov medzi žiakmi. Nástroj je štandardizovaný v českej populácii.

Triedny kompas – Sociometrická ratingová metóda, V. Hrabal, Hogrefe – Testcentrum, Praha, 2011. Metóda umožňuje vytvorenie sociogramu školskej triedy. Nástroj je štandardizovaný v českej populácii.

FIRO-B (Fundamental Interpersonal Relations Orientation – Behavior) – Dotazník interpersonálnej orientácie, W. C. Schutz, Psychodiagnostika, n. p., Bratislava, 1976. Sebapostupovací dotazník určený na meranie interpersonálnych vzťahových potrieb. Dotazník je konštruovaný tak, aby bolo možné odhadnúť správanie osoby v interpersonálnych situáciách a predikovať jej sociálnu interakciu. Metóda je určená na odhad správania v troch dimenziách – inklúzie, kontroly a afekcie. Dotazník je použiteľný od veku 15 rokov. Nástroj je štandardizovaný v českej populácii.

ICL – Dotazník interpersonálnej diagnózy, T. Leary et al., Psychodiagnostické a didaktické testy, š. p., 1976. Dotazník zisťuje 8 interpersonálnych tendencií: dominanciu, zodpovednosť, kooperatívnosť, konformnosť, submisivitu, agresivitu, afiliantnosť a individuálnosť. Nástroj umožňuje skúmať aj vzájomnú interpersonálnu percepciu. Dotazník je použiteľný od veku 15 rokov. Nástroj je štandardizovaný v českej populácii.

Dotazník sociálnej akceptácie, J. Juhás, Psychodiagnostické a didaktické testy, š. p., Bratislava, 1990. Dotazník vznikol na základe dlhodobého skúmania možností zmeny správania jednotlivca v skupine prostredníctvom aktívneho sociálneho učenia. Je zložený zo 4 subškál – I. vzťah žiaka k spolužiakom; II. pohľad žiaka na kolektív školskej triedy; III. emocionálne prežívanie žiaka v školskej triede; IV. hodnotenie vzťahu rodinného prostredia a školy. Dotazník je určený mládeži vo veku 12 –

16 rokov.

ŠSAT – Škála sociálnej atmosféry v triede, T. Kollárik et al., Psycho-insight, spol. s r. o., 1999. Dotazník je zameraný na diagnostikovanie sociálnej atmosféry v školskej triede. Teoretickým základom štruktúry dotazníka je koncepcia jeho autorov, ktorá zvyrazňuje tri roviny sociálnej atmosféry: a) celková sociálna atmosféra, b) faktory sociálnej atmosféry, c) dimenzie sociálnej atmosféry. Škála je určená pre žiakov druhého stupňa základných škôl a žiakov stredných škôl.

Dotazník sociálnej začlenenosti, T. Kollárik, Psychodiagnostika, a. s., 2008. Je zameraný na sledovanie miery a potreby sociálnej začlenenosti. Teoretický základ metódy tvoria dva aspekty: 1. želané začlenenie – želaná úroveň sociálneho začlenenia determinovaná veľkosťou a silou potreby, 2. dosiahnuté začlenenie – dosiahnutá úroveň sociálneho začlenenia na základe subjektívnej výpovede jednotlivca. Metóda pozostáva z dvoch samostatných dotazníkov. Použiteľné sú v staršej školskej a dospeljej populácii, u ktorej možno predpokladať určité problémy pri začleňovaní sa do spoločnosti, napríklad osoby s určitým druhom postihnutia, znevýhodnenia, osoby z etnických skupín a podobne. Dotazník umožňuje širokospektrálne využitie. Poskytuje údaje o interpersonálnom nastavení jednotlivca, o jeho vzťahoch k ostatným ľuďom, skupinám, ale aj o postojoch ľudí a skupín k nemu.

ŠSAS – Škála sociálnej atmosféry v skupine, T. Kolárik et al., Psychodiagnostické a didaktické testy, š. p., Bratislava, 1989. Škála sociálnej atmosféry v skupine je zameraná na diagnostikovanie sociálnej atmosféry v pracovnej skupine. Sociálnu atmosféru vníma ako reálne existujúci vnútorný štruktúrovaný fenomén, znak skupiny, ktorý má priamy súvis so spokojnosťou členov skupiny i jej pôsobením. Nástroj je určený pre dospelú populáciu.

Dotazník Naša trieda, J. Lašek, J. Mareš, 1998. Dotazník meria päť faktorov – spokojnosť v triede, konflikty v triede, súťaživosť v triede, náročnosť učenia, súdržnosť triedy. Tento dotazník preferuje podiel žiakov na formovaní triednej klímy. Dotazník je prekladom dotazníka My Class Inventory austrálskych autorov B. J. Fräsera a D. L. Fischera (1986). Dotazník a inštrukcie na prácu s ním možno nájsť v článku citovaných autorov v Pedagogickej revue, 1991, s. 401 – 410 alebo v publikácii: MAREŠ, J. 1998. Dotazník sociálneho klimatu školní třídy. Asociace školní psychologie ČR a SR, 1998. Dotazník je určený žiakom druhého stupňa základných škôl a žiakom stredných škôl. Nástroj je štandardizovaný v českej populácii.

Dotazník Škála triedneho prostredia, J. Mareš, J. Lašek, 1991. Dotazník umožňuje sledovať zaujatie žiaka školskou prácou, vzťahy medzi žiakmi, učiteľovu pomoc žiakom, orientáciu na úlohy, poriadok a organizovanosť, jasnosť pravidiel. Žiaci a učiteľ sa podieľajú na formovaní klímy v rovnakom pomere. Dotazník a inštrukcie na prácu s ním možno nájsť v publikácii: LAŠEK, J., MAREŠ, J. 1991. Jak změřit sociální klima třídy? In: Pedagogická Revue, 43, 1991, č. 6, s. 401 – 410. ISSN 1335-1982. Dotazník je určený žiakom druhého stupňa základných škôl a žiakom stredných škôl. Nástroj je štandardizovaný v českej populácii.

Dotazník Skutočná trieda (Actual Classroom), R. L. Burden, B. J. Fraser, 1993. Dotazník skúma päť znakov žiackej triedy – zosobnenie vyučovania, zapájanie žiakov do rozhodovania a využívanie ich nápadov, hľadanie odpovedí na nejasné otázky, nezávislosť, diferencovanie medzi žiakmi. Pri tomto dotazníku je pri formovaní klímy v popredí úloha učiteľa. Je určený žiakom druhého stupňa základných škôl a žiakom stredných škôl. Dotazník a inštrukcie na prácu s ním možno nájsť v publikácii: MAREŠ, J. 2004. Přehled kvantitativních metod pro diagnostiku psychosociálního klimatu školy. In: S. Ježek. Sociální klíma školy III. Brno, MSD, s. r. o., 2004. Nástroj je štandardizovaný v českej populácii.

Dotazník SRQ – Prosocial (Self-regulation Questionnaire – Prosocial), Ryan, Connell, 1989. Dotazník sa zaoberá príčinami konania respondentov v piatich oblastiach, ktoré charakterizujú sociálny kontext prosociálneho správania. Ide teda o situácie, pri ktorých sa dieťa dostáva do interakcie s druhými deťmi. Je zameraný na aktivity alebo oblasti, ktoré popisujú prosociálne správanie. Dotazník bol vytvorený pre cieľovú skupinu žiakov nižšieho sekundárneho vzdelávania a žiakov vyššieho sekundárneho vzdelávania. Dotazník a inštrukcie na prácu s ním možno nájsť v

publikácii: M. KURUC, 2017. Príručka pre používateľov dotazníka SRQ Prosocial v pedagogickej praxi. Univerzita Komenského v Bratislave, 2017.

Škála sociálnych zručností (Social Skills Rating System – Student Forms (SSRS), F. M. Gresham, S. N. Elliott, 1990). Nástroj je zameraný na detekciu miery sociálnych zručností u žiakov na druhom stupni základných škôl. Škála identifikuje nevhodné/problémové správanie žiakov, sociálne zručnosti žiakov a schopnosť učiť sa. Nástroj je určený žiakom druhého stupňa základných škôl a žiakom stredných škôl, ktorí majú problémy v správaní a nadobúdaní sociálnych zručností. Škálu a návod na jej používanie možno nájsť v publikácii: MAREŠ, J. 2004. Přehled kvantitativních metod pro diagnostiku psychosociálního klimatu školy. In: S. Ježek. Sociální klíma školy III. Brno, MSD, s. r. o., 2004. Nástroj je štandardizovaný v českej populácii.

CATO, M. Vágnerová, Psychodiagnostické a didaktické testy, š. p., Bratislava, 1975. Cieľom projektívneho testu je získať čo najviac informácií týkajúcich sa medziľudských vzťahov v rodine a v širšom sociálnom prostredí dieťaťa. Cieľ vyšetrenia môže byť tiež špecifikovaný len na určitý úsek interpersonálnej problematiky a v takom prípade môžu byť použité len tie obrázkové predlohy, ktoré sa týkajú sledovaného cieľa. Nástroj je určený na individuálne použitie pre deti a žiakov od 6 do 12 rokov. Nástroj je štandardizovaný v českej populácii.

Bar-Ilanov test pre deti, R. Itskowitz, H. Strauss, H. (1982), Dánsky pedagogický inštitút, Kodaň, 1982. Ide o poloprojektívny rozhovor, ktorý využíva obrázky realistických situácií, s ktorými sa deti stretávajú počas bežného dňa. Test ponúka pohľad na to, ako deti vnímajú svoje postavenie v kolektíve vrstovníkov, v škole a doma, umožňuje identifikáciu štýlu zvládania náročných životných situácií. Je určený pre populáciu detí materských a základných škôl.

Okrem štandardizovaných diagnostických materiálov je možné použiť rôzne podnetové materiály (napríklad Blob Tree, terapeutické karty, arteterapeutické postupy) a tiež samostatne vytvorené dotazníky.

5. Diferenciálna diagnostika

Výsledkom skrínového diagnostického vyšetrenia sociálnych vzťahov je všeobecná informácia o ich intaktnosti alebo deficite u konkrétneho dieťaťa/žiaka, v rámci triedy alebo inej sociálnej skupiny. Výsledkom štandardizovaného diagnostického vyšetrenia je informácia o kvantitatívnej a kvalitatívnej úrovni sociálnych vzťahov v triede, sociálnej skupine alebo u konkrétneho dieťaťa/žiaka. Výsledkom komplexného diagnostického vyšetrenia je informácia o intrapersonálnych a interpersonálnych determinantoch sociálnych vzťahov konkrétneho dieťaťa/žiaka. Pri hodnotení sociálnych vzťahov je nevyhnutná triangulácia výsledkov skrínových, štandardizovaných a klinických exploračných diagnostických metód. Z hľadiska prevencie rizikového správania je vhodné pozornosť venovať najmä deťom/žiakom sociálne odmietaným, izolovaným, ale i neformálnym vodcom s negatívnym morálnym vplyvom na sociálnu skupinu.

Podrobné informácie zamerané na interpretáciu jednotlivých hodnôt, faktorov a indexov uvádzajú interpretačné a technické príručky jednotlivých diagnostických nástrojov.

Špecifické odchýlky vo výkonoch detí/žiakov s deficitmi v oblasti sociálnych vzťahov sú nasledovné:

- Z kvantitatívnych ukazovateľov je to predovšetkým nízka pozícia v sociometrických dimenziách sociálneho vplyvu a sociálnej obľúbenosti. Tiež nízka úroveň sociálnej inklúzie, afekcie, seba-percepcie, kooperácie a sociálnej začlenenosti.
- Z kvalitatívnych ukazovateľov je to výrazná neistota, intenzívne prežívaný pocit odmietnutia a osamelosti, oscilujúce sociálne sebahodnotenie, rezistencia v akceptácii sociálnych noriem inštitucionalizovaných skupín, neprimeraná sociálna reaktivita, verbalizované pohrdanie ľuďmi a normami spoločnosti.

Zistené diagnostické výsledky je potrebné citlivo zvažovať a analyticky zhodnocovať pri formulovaní odporúčaní do intervenčného a edukačného procesu.

6. Nastavenie podporných opatrení

Diagnostické vyšetrenie sociálnych vzťahov má viesť k zhodnoteniu zistených skutočností všetkými pedagogickými a odbornými zamestnancami, ktorí s dieťaťom/žiakom alebo školskou triedou pracovali (spravidla pedagóg, školský psychológ, školský sociálny pedagóg a odborní zamestnanci poradenského zariadenia) a vypracovaniu systému podporných a intervenčných opatrení.

Systém podporných opatrení spočíva v implementovaní stratégií a intervencií, ktoré pomáhajú ľahšie a efektívnejšie zvládať jednotlivé prejavy deficitov alebo porúch sociálnych vzťahov. Opatrenia zahŕňajú metodické vedenie pedagógov, edukáciu rodičov a stimuláciu detí/žiakov zameranú na korekciu interpersonálnych deficitov a rozvoj sociálnych vzťahov.

Podporné opatrenia využívajú rôzne prístupy (informácie, poznávanie komponentov sociálnych vzťahov, sociálne učenie, manipuláciu s príčinami a dôsledkami, modelovanie, nácvik sociálnych zručností, štruktúrované učenie, kognitívno-behaviorálne techniky, hry, skupinové aktivity a iné) na to, aby sa zlepšila spolupráca pri zvládaní a korekcii deficitov sociálnych vzťahov, rozvoj socializácie, posilnenie sebaúcty a sociálnych zručností dieťaťa/žiaka.

Základom efektívnej práce pedagogických a odborných zamestnancov školy so žiakmi s deficitmi v oblasti sociálnych vzťahov je poznanie a rešpektovanie výsledku štandardizovanej alebo komplexnej diagnostiky žiakov s následným dodržiavaním stanovených odporúčaní, ktoré sa implementujú do vzdelávacieho plánu. Nevyhnutné a potrebné je cieľené využívanie skupinových hier a rozvíjajúcich cvičení. Môže ísť o problémové hry, inscenačné hry, stimulačné hry, rozvíjajúce hry, efektívne môže byť využitie tvorivej dramatiky. Aktivity môžu byť cielene zamerané na konkrétne oblasti sociálnej percepcie a sociálneho učenia: rozvíjanie sebapoznania a sebaúcty, znižovanie sociálneho stresu a napätia, lepšie spoznanie všetkých členov určitej sociálnej skupiny, pozitívne hodnotenie seba aj druhých, vytváranie pozitívnej klímy v skupine, nadväzovanie a prehĺbovanie vzťahov medzi členmi skupiny, porozumenie druhým, vyjadrenie vlastných názorov, postojov, vyjadrenie obáv, hnevu a zlosti primeraným spôsobom. Psychologické a pedagogické intervencie sú zamerané na stimuláciu a nácvik sociálnych, prosociálnych, komunikačných, emocionálnych zručností, sebaovládanie, sebaaprezentáciu a asertivitu detí/žiakov.

V poradenskom zariadení sa v rámci individuálneho poradenstva a terapie pracuje s deťmi/žiakmi najmä formou kognitívno-behaviorálnej terapie a nácviku sociálnych a komunikačných zručností. Ďalšie poradenské a terapeutické prístupy môžu vychádzať zo symbolicko-relaxačnej, filiálnej, hrovej alebo systemickej psychoterapie.

Skupinové intervencie, ktoré sa realizujú v poradenských zariadeniach, vychádzajú z rozličných autorských alebo zostavených programov (Kuprev, Peer programy, programy na rozvoj sociálnych zručností).

Pri výrazných poruchách sociálnych vzťahov je často indikovaná režimová terapia spočívajúca v systémovej zmene režimu v rodine a v škole tak, aby viac vyhovoval potrebám dieťaťa/žiaka.

Výsledkom podporných a intervenčných opatrení je zlepšenie interpersonálnych vzťahov a rozvoj adaptívneho správania dieťaťa v bežných sociálnych situáciách a zvýšenie odolnosti dieťaťa/žiaka voči sociálnemu stresu.

16.

Diagnostika komunikačnej schopnosti

Autorky: PhDr. Emília Lazová
Mgr. Jana Labátová

Hodnotiteľky: Mgr. Mária Zachardová
PaedDr. Ľubica Hollá

Recenzentky: Mgr. Dominika Rajsá
Mgr. Michaela Mojžišová

1. Prostredie

V poradenskom zariadení alebo v škole, v osobitnej miestnosti, v ktorej je zabezpečené súkromie a pokoj.

2. Kompetenčný rámec

Pre logopedickú diagnostiku

Začínajúci odborný zamestnanec – logopéd (v adaptačnom vzdelávaní), samostatný odborný zamestnanec – logopéd, odborný zamestnanec – logopéd s I. atestáciou, odborný zamestnanec – logopéd s II. atestáciou, ktorí spĺňajú predpisy o kvalifikačných predpokladoch podľa vyhlášky Ministerstva školstva, vedy, výskumu a športu Slovenskej republiky (ďalej len „MŠVVaŠ SR“) č. 1/2020 Z. z

Pre psychologickú diagnostiku

Začínajúci odborný zamestnanec – psychológ (v adaptačnom vzdelávaní), samostatný odborný zamestnanec – psychológ, odborný zamestnanec – psychológ s I. atestáciou, odborný zamestnanec – psychológ s II. atestáciou, ktorí spĺňajú predpisy o kvalifikačných predpokladoch podľa vyhlášky MŠVVaŠ SR č. 1/2020 Z. z.

3. Vzťah

Pri hodnotení komunikácie a jednotlivých jazykových rovín zisťujeme neprítomnosť alebo prítomnosť narušenej komunikačnej schopnosti (ďalej len „NKS“) u dieťaťa/žiaka z monolingválneho aj bilingválneho prostredia. Pri NKS identifikujeme riziko a v prípade poruchy druh a stupeň NKS. Na dosiahnutie cieľa používame metódy zamerané na zisťovanie úrovne jazykových schopností.

Prvým dôležitým diagnostickým východiskom je rozhovor s rodičmi/ZZ dieťaťa s cieľom zistiť dôvod vyšetrenia, definovanie problému s komunikačnou schopnosťou dieťaťa. Následne nadväzujeme v priamej činnosti kontakt s dieťaťom so snahou o vytvorenie komunikácie v kontexte rozhovoru či hry, s cieľom hodnotenia komunikačnej schopnosti (ďalej len „KS“) a diagnostiky NKS. V hodnotiacom procese neopomíname ani analýzu dostupných odborných vyšetrení a pri navodzovaní raportu s dieťaťom môžeme začať rozhovorom, v ktorom vysvetlíme dôvod stretnutia. Dieťaťu ponúkneme hračky podľa jeho záujmu, vytvorením atmosféry prijatia a bezpečia ho v rozhovore motivujeme na jeho prirodzený rečový prejav. Poskytneme mu dostatok času na adaptáciu a vlastné vyjadrenie sa podľa jeho záujmu v hre, kresbe, rozhovore. Sledujeme aj neverbálne prejavy, reč tela, u detí s dysfluenciami v reči sledujeme nielen primárne prejavy, ale i sekundárne (nadmernú fyzickú námahu a psychickú tenziu) počas komunikácie.

Pri psychologickej diagnostike komunikácie z hľadiska obsahovej stránky rečového prejavu zisťujeme, ako prítomnosť/nepřítomnosť narušenej komunikačnej schopnosti dotvára celkový profil psychomotorického vývinu dieťaťa. Sledujeme, čo dieťa hovorí. Súvisí to s úrovňou myslenia a jeho charakteristikami. Reč sa viaže na myslenie a dáva signál o jeho kvalite. V rámci psychologickej diagnostiky zisťujeme aj úroveň ostatných kognitívnych procesov a taktiež celkový profil psychomotorického vývinu dieťaťa. Na dosiahnutie cieľa používame metódy zamerané na zisťovanie kognitívneho, emocionálneho a sociálneho vývinu dieťaťa. Na navodenie bezpečného vzťahu

môžeme pri menších deťoch začať voľnou hrou, sledovaním záujmu dieťaťa, pri väčších deťoch sa osvedčilo začať kresbou či voľným rozhovorom.

4. Indikácia a účel

Diagnostiku komunikačnej schopnosti je potrebné realizovať, keď:

- dieťa/žiak má ťažkosti vyjadrovať sa verbálne, jeho reč je ťažko zrozumiteľná pre jeho okolie,
- komunikácia dieťaťa napreduje vo vývine veľmi pomaly, reč dieťaťa sa oneskoruje vzhľadom na vek dieťaťa alebo sa vyvíja nerovnomerne,
- je u dieťaťa prítomné sluchové postihnutie, rúžštep pier a/alebo podnebia, elektívny mutizmus, poruchy tvorby hlasu alebo iný druh postihnutia (syndrómu),
- dieťa vyrastá vo viacjazyčnom prostredí a má ťažkosti v komunikácii.

5. Metódy a postupy

Hodnotenie KS a logopedická diagnostika sa realizuje so zohľadnením veku dieťaťa, formy komunikácie, akú dieťa aktuálne používa (neverbálna/verbálna; hovorená/písaná reč). Na hodnotenie jazykových rovín sa používajú analýzy (video-/audiozáznamu) rečovej produkcie, interakcií a komunikácie rodič – dieťa, dotazníky, rozhovory, pozorovania, testy (nízkoštruktúrované i vysokoštruktúrované), hodnotiace škály pre rodičov, učiteľov, ako i sebaopisovacie, prípadne iné logopedické hodnotiace nástroje.

Veľmi dôležitou súčasťou diagnostiky komunikácie je odobratie anamnézy. Informácie z anamnestického rozhovoru často pomáhajú aj pri diferenciálnej diagnostike. Údaje z anamnézy doplníme informáciami zo zdravotnej a školskej dokumentácie. Dôležitý je multidisciplinárny prístup a spolupráca, ktorá zahŕňa odborné činnosti logopéda, psychológa, špeciálneho pedagóga, učiteľa v škole, neurológa, otorinolaryngológa, foniatra či pedopsychiatra.

Osobitnou kapitolou je zisťovanie, či je dieťa vychovávané dvoj- alebo viacjazyčne.

5.1 Logopedická diagnostika komunikačnej schopnosti podľa jazykových rovín

5.1.1 Pragmatická rovina jazyka

Predstavuje najdôležitejšiu oblasť vyšetrenia u neverbálnych detí s ťažiskom na prekursorov použitia reči, kde je veľmi dôležité zhodnotenie najmä produkcie gest.

U všetkých verbálnych detí sa posudzujú základné skupiny pragmatických funkcií vzhľadom na verbálnu reč.

V predškolskom veku je súčasťou pragmatiky aj vyšetrenie naratív, kde sledujeme schopnosť dieťaťa akceptovať a prispôbovať svoje rozprávanie úrovni počúvajúceho partnera (vrátane teórie mysle realizovanej u dieťaťa v rozprávaní).

Odporúčané testy a metódy:

- Laheyovej metóda ako efektívny nástroj hodnotenia komunikácie rizikových detí v ranom veku,

- Gestá v kontexte raného vývinu (Kapalková – <https://www.pulib.sk/web/kniznica/elpub/dokument/Slancova3/subor/Kapalkova.pdf>),
- Pragmatické funkcie vo vývine rečovej činnosti (v prvých osemnástich mesiacoch života dieťaťa),
- HSET subtesty: Flexibilita pomenovania (BF), Spájanie verbálnych a neverbálnych informácií (VN, Dekódovanie a kódovanie zámerov (ER) (Grimmová – Schöler – Mikulajová, 1997),
- vlastné pozorovanie (komunikačné funkcie u dieťaťa, interakcia a konverzácia, závislosť komunikácie od kontextu).

Orientačné vývinové škály:

- Bednářová J., Šmardová V. : Reč. Pragmatická rovina. (vek 3 - 6 rokov),
- Vývin reči (Steassmeier, 1996).

5.1.2 Lexikálno-sémantická rovina jazyka

Posudzujeme lexikálnu rozmanitosť v spontánnej reči dieťaťa, zameriavame sa na zhodnotenie porozumenia slov, aktívnej slovnej zásoby a orientácie v sémantickom slovnom registri. Sledujeme prítomnosť sémantických kategórií podľa Laheyovej modelu vývinu reči.

Odporúčané testy a metódy:

- zisťovanie úrovne slovného významu: HSET subtesty: Klasifikácia pojmov (BK); Hľadanie slov (WF) (pre deti 4 až 11 rokov) (Grimmová – Schöler – Mikulajová, 1997),
- zisťovanie úrovne vetného významu: HSET subtesty: Tvorba viet (SB) (pre deti 4 až 11 rokov) (Grimmová – Schöler – Mikulajová, 1997),
- analýza sémantických kategórií podľa Laheyovej modelu,
- T – 8 Kondáš: Obrázkovo-slovníková skúška,
- hodnotíme lexikálnu diverzitu (subtest mikroštruktúra) v rámci testu naratív MAIN.

Medzi štandardizované testy používané pri diagnostike lexikálno-sémantickej roviny jazyka patrí:

- Test komunikačného správania (TEKOS) v dlhej aj skrátenej verzii. Oba varianty posudzujú aktívnu a pasívnu slovnú zásobu detí od 8. – 30., resp. 36. mesiaca (skrátená verzia). Navyše sú oba varianty už súčasťou aj povinných pediatrických štandardov na vyhľadávanie rizikových detí.
- Hodnotíme porozumenie reči na úrovni slov, ako aj porozumenie výrazov ako sú synonymá, homonymá, opozitá, dvojznačné výrazy,
- Subtest Porozumenie reči z Mníchovskej funkcionálnej diagnostiky pre deti od 14 mesiacov do 45 mesiacov (Edelkraut – Kohler 1984; 4. revidované vydanie, 1994, preložila Ginzeriová, M.),
- Subtest Porozumenie reči z Testu prediktorov gramotnosti (Mikulajová, 2012) pre deti predškolského veku a na začiatku prvého ročníka ZŠ,
- Subtest VP v HSET (orientačné normy pre vývinovú dysfáziu a dyslexiu) (Grimmová – Schöler – Mikulajová, 1997) pre deti od 4 do 11 rokov.
- Orientačná vývinová škála: Bednářová J., Šmardová V. : Reč. Lexikálno-sémantická rovina. (vek 3 – 6 rokov).

5.1.3 Morfológicko-syntaktická rovina jazyka

Zahrňa jazykový cit, flexiu a syntax na úrovni slova, slovných spojení, viet, produkciu vyšších/komplexnejších celkov (naratíva), gramatické porozumenie na úrovni viet, dlhších prehovorov, príbehov či textu.

Hodnotíme dosiahnutú gramatickú úroveň jazyka, posudzujeme, či v rečovej produkcii dieťaťa sú zastúpené dvojslovné spojenia, S-V-O vety, rozvité vety, priraďovacie súvetia, podrad'ovacie súvetia.

Odporúčané testy:

- morfológická štruktúra: HSET subtesty: Tvorba množného a jednotného čísla (PS),
- tvorba odvodených slov (AM); Odvodzovanie prídavných mien (AD) (pre deti 4 – 11 rokov) (Grimmová – Schöler – Mikulajová, 1997),
- Źlabova skúška jazykového citu (upravili Mikulajová – Rafajdusová, 1993),
- vetná štruktúra: HSET subtesty: Porozumenie viet (VS); Opakovanie viet (IS) (pre deti 4 – 11 rokov) (Grimmová – Schöler – Mikulajová, 1997),
- zisťovanie úrovne vetného významu: HSET subtesty: Oprava významovo nesprávnych viet (KS); Tvorba viet (SB) (pre deti 4 až 11 rokov) (Grimmová – Schöler – Mikulajová, 1997),
- Gramatický profil slovensky hovoriacich detí GPSK (Slančová – Kapalková, 2018),
- Gramatika príbehu v rozprávaní detí predškolského veku (Kapalková, S. – Nemcová, M 2020).

Ďalej hodnotíme porozumenie na úrovni viet.

Odporúčané testy:

- Hodnotenie úrovne porozumenia u detí v ranom veku do tretieho roka. (Kapalková, S. – Lizáková, R, 2021),
- Analýza porozumenia viet v slovenčine (Marková – Cséfalvay – Mikulajová – Schöfelová, 2015) pre deti od 6 do 10 rokov,
- Mníchovská diagnostika, subtest Porozumenie (Edelkraut – Kohler 1984; 4. revidované vydanie, 1994, preložila Ginzeriová, M.).

V oblasti spontánneho rečového prejavu hodnotíme prepojenie všetkých jazykových rovín a dosiahnutú úroveň naratívnych schopností.

Odporúčané testy a metódy:

- HSET subtest: Pamäť pre text (TG) (pre deti 4 – 11 rokov) (Grimmová – Schöler – Mikulajová, 1997),
- Analýza audiozáznamu/videozáznamu reči.
 - Kriteriaálne zhodnotenie na základe analýzy spontánnej rečovej vzorky
 - (prerozprávanie vlastného zážitku, počutého alebo čítaného príbehu s/bez
 - vizuálnej opory o obrázkový materiál),
- Test hodnotenia naratív pre deti od 3 – 10 rokov MAIN. (Kapalková, S., Slančová, D., Nemcová, M.: MAIN. <https://www.leibniz-zas.de/index.php?id=964> (po zaregistrovaní sa je zadarmo siahnuteľná slovenská adaptovaná verzia spolu s podnetovým materiálom a inštrukciami),
- Gramatika príbehu v rozprávaní detí predškolského veku (Kapalková, S. – Nemcová, M 2020).
- Orientačná vývinová škála: Bednářová J., Šmardová V. : Reč. Morfológicko-syntaktická rovina. (vek 3 – 6 rokov).

5.1.4 Foneticko- fonologická rovina jazyka

Zhodnotenie schopnosti fonematickej diferenciácie, zhodnotenie schopnosti rozlišovať dištinkatívne príznaky foném, schopnosti diferenciácie správneho a chybného znenia danej fonémy, prítomnosť špecifických asimilácií v reči.

Odporúčaný test:

- Foneticko-kontrastný test (Antušeková, 1989).

Zhodnotenie fonematického uvedomovania.

Odporúčané testy:

- Subtest Fonematické uvedomovanie z testu prediktorov gramotnosti (Mikulajová, 2012),
- Skúška sluchovej analýzy a syntézy S-A-S-M (upravila Mikulajová a Rafajdusová, 1993),
- Skúška sluchového rozlišovania Wepmana- Matějčka (upravila Rafajdusová, Mikulajová, 1993);

Zhodnotenie fonetického repertoáru a zrozumiteľnosti reči (zhodnotenie výslovnosti samohlások, dvojhlások, spoluhlások izolovane, v slovách, ich použitie v spontánnej reči).

Diferenciálna diagnostika: artikulačná porucha, fonologické poruchy, VVD a DMO.

Odporúčané testy a metódy:

- Artikulačný test Antušekovej (Antušeková, 1989),
- Kriteriaálne hodnotenie zrozumiteľnosti reči voči neznámemu komunikačnému partnerovi (Buntová – Gúthová, 2016),
- Škála hodnotiaca zrozumiteľnosť reči v kontexte: Slovak. (McLeod – Harrison –McCormack, 2012),
- Rozbor voľnej rečovej reprodukcie (Buntová D., Zajíčková P., 2021),
- Skúška stimulability (Buntová D., Zajíčková P., 2021),
- Rodičovský dotazník na stanovenie fonetického repertoáru (Buntová D., Zajíčková P., 2021),
- Skúška špecifických asimilácií (sykaviiek, R/L, ...),
- Opakovanie dlhých slov.
- Zhodnotenie orálnej a verbálnej praxie.

Odporúčané testy:

- Subtest Orálna a verbálna praxia z Testu prediktorov gramotnosti (Mikulajová, 2012),
- Diagnostika znakov vývinovej verbálnej dyspraxie (Buntová D., Zajíčková P., 2021).

Zhodnotenie prítomnosti fonologických procesov, identifikácia fonologických procesov fyziologických, veku neprimeraných a patologických.

Zhodnotenie verbálno-akustickej pamäti spôsobom opakovania viet a pseudoslov. Obe skúšky sú

základným markerom pri posudzovaní vývinovej jazykovej poruchy.

Odporúčaný test a metóda:

- HSET subtest: Pamäť pre text (TG) (pre deti 4 – 11 rokov) (Grimmová – Schöler – Mikulajová, 1997);
- Reprodukcia počutého príbehu.

Zhodnotenie artikulačného systému (čelusť, sánka, chrup, zhryz, pery, jazyk, tvrdé podnebie, mäkké podnebie, rezonančné dutiny).

Odporúčané testy:

- Test veľkosti jazyka (Papcová et al., 2001);
- Test jazykovej uzdičky (Papcová et al., 2001);
- Test tvrdého podnebia (Papcová et al., 2001);
- Test embryonálneho prehĺtania (Papcová et al., 2001);
- Test myofunkčnej poruchy (Kittel, 1999).

Zhodnotenie motoriky rečových orgánov – izolované pohyby, motorické sekvencie, mimická psychomotorika.

Odporúčané testy:

- La pointe a Wertzov test v úprave Cehuľovej a Gúthovej. Normy pre vek od 3 do 6 rokov (Gúthová – Cehuľová, 2001);
- Diagnostika oromotorických schopností (Buntová D., Zajíčková P., 2021).

5.1.5 Hodnotenie porozumenia reči

Oblasť porozumenia zohráva kľúčovú úlohu v rámci vývinu jazykových schopností. Hodnotíme ho na úrovni slov, viet, príbehu a textu.

Odporúčané testy, skúšky:

- TEKOS I – Test komunikačného správania (Kapalková, et al., 2010),
- TEKOS II – Test komunikačného správania (Kapalková, et al., 2010),
- Hodnotenie úrovne porozumenia u detí v ranom veku do tretieho roka (Kapalková, S. – Lizáková, R, 2021),
- Analýza porozumenia viet v slovenčine (Marková – Cséfalvay – Mikulajová – Schöffelová, 2015) pre deti od 6 do 10 rokov,
- Mníchovská diagnostika, subtest Porozumenie (Edelkraut – Kohler 1984; 4. revidované vydanie, 1994, preložila Ginzeriová, M.),
- TOKEN test – verzia pre deti (Mikulajová, 2009),
- HSET subtesty: Porozumenie viet (VS), Oprava významovo nesprávnych viet (KS) (Grimmová – Schöler – Mikulajová, 1997),
- Test čítania s dopĺňaním slov (Mikulajová et al., 2012),
- Skúška čítania pre mladší školský vek (Mikulajová et al., 2012).

V oblasti spontánneho rečového prejavu hodnotíme prepojenie všetkých jazykových rovín a dosiahnutú úroveň naratívnych schopností.

Odporúčané testy a metódy:

- HSET subtest: Pamäť pre text (TG) (pre deti 4 – 11 rokov) (Grimmová – Schöler – Mikulajová, 1997),
- analýza audiozáznamu/videozáznamu reči.

Kriteriálne zhodnotenie na základe analýzy spontánnej rečovej vzorky (prerozprávanie vlastného zážitku, počutého alebo čítaného príbehu s/bez vizuálnej opory o obrázkový materiál):

- Test hodnotenia naratív pre deti od 3 – 10 rokov MAIN. (Kapalková, S., Slančová, D., Nemcová, M.: MAIN. <https://www.leibniz-zas.de/index.php?id=964> (po zaregistrovaní sa je zadarmo stiahnuteľná slovenská adaptovaná verzia spolu s podnetovým materiálom a inštrukciami),
- rozprávanie príbehu podľa obrázkov – prispôsobenie počtu obrázkov veku dieťaťa.

5.1.6 Hodnotenie plynulosti reči (primárne a sekundárne príznaky zajakavosti, brblavosti)

K diagnostickým postupom patrí analýza nahrávky/videonahrávky spontánnej rečovej produkcie dieťaťa, počas čítania a prerozprávania príbehu vo viacerých komunikačných kontextoch. Pri analýze sa zaciľujeme na hodnotenia stupňa narušenia dýchania, fonácie, artikulácie, prozódie, tempo reči, zrozumiteľnosť reči a opisu klinického obrazu zajakavosti zameraného na:

1. hodnotenie dysfluencie:

- a) kvality – analýza dysfluencií,
- b) kvantity – percento výskytu dysfluencií,

2. hodnotenie sekundárnych príznakov:

- a) **nadmernej fyzickej námahy**, napr.: bloky sprevádzané svalovým napätím, mrkanie, grimasy, „ticky“ a pod.,
- b) **psychickej tenzie**, napr. uvedomovanie si svojich ťažkostí, pocity frustrácie, ustupujúci zrakový kontakt, rozpaky, vyhýbavé a únikové správanie, situačný strach, obava z blokov a náročných komunikačných situácií a pod.

Zmapovanie sociálneho kontextu a komunikačných stratégií prebieha v domácom, školskom, príp. v inom prostredí dieťaťa/žiaka s problémami v oblasti plynulosti reči. Pri hodnotení jednotlivých rečových a jazykových schopností dieťaťa vyberáme hodnotiace nástroje (Balbutiogram alebo ICF) v závislosti od prístupu, ktorý bude aplikovaný v ďalšej intervencii (tvarovanie plynulosti alebo modifikácia zajakavosti).

Odporúčané testy a metódy pri zajakavosti:

- Dotazník pre rodičov Palin PRS – Palin Parent Rating Scale z Michael Palin Centre for Stammering Children – voľne dostupný v slovenskom jazyku – možnosť voľnej registrácie pre logopéda na: https://www.palinprs.org.uk/secure/pprs_connect.php – sk. úprava IDR 2018 a viac info <https://detskarec.sk/projekty/pprs-palin-parent-rating-scales>,
- Dotazník situačnej psychickej tenzie pre deti (Lechta, 2010),
- Raná detská zajakavosť – schéma rozhovoru (Tarkowski (1992),
- Stupnica intenzity zajakavosti u detí (Tarkowski (1992).

- Tvarovanie plynulosti:
 - Zajakavosť – integratívny prístup vrátane BALBUTIOGRAMU (Lechta, V. 2006)

Modifikácia zajakavosti:

- Hodnotenie symptómov zajakavosti pomocou ICF – (Laciková, H. – Hrmová Adamiková, M., 2018).

Odporúčané pri brblavosti:

- Predictive Cluttering Inventory (PCI) A. Dalyho(2006) Preklad do slovenského jazyka: Ľ. Štenclová, R. Siklienková (2019) dostupné IN: Štenclová (2021).

5.1.7 Hodnotenie čítanej a písanej podoby jazyka/reči

V školskom veku sa okrem hodnotenia jazykových schopností zameriavame i na hodnotenie čitateľských a pravopisných schopností, pretože čítanie a písanie sú schopnosti jazykovej povahy. V oblasti čítania hodnotíme plynulosť čítania (t. j. parameter rýchlosti a presnosti čítania) na úrovni slov/pseudoslov/viet/textu a porozumenie čítanému. V oblasti písomného vyjadrovania posudzujeme pravopisné schopnosti na úrovni slov a viet, ako i písomné naratíva.

Odporúčané testy a skúšky:

Hodnotenie prekurzorov gramotnosti:

- Test prekurzorov gramotnosti (Mikulajová et al., 2012).

Rýchle automatické menovanie (Caravolas, Mikulajová, Defior, Seidlová Málková, 2018):

- Test rýchleho menovania – obrázky, test rýchleho menovania – farby, test rýchleho menovania – čísla, test rýchleho menovania – písmená.

Fonematické uvedomovanie (Caravolas, Mikulajová, Defior, Seidlová Málková, 2018):

- Test izolácie hlások, test skladania hlások, test vynechávania hlások.

Poznanie písmen (Caravolas, Mikulajová, Defior, Seidlová Málková, 2018):

- Test znalosti písmen – menovanie písmen, test znalosti písmen – písanie písmen.

Hodnotenie čítania:

- Test rýchleho čítania slov (Caravolas, Mikulajová, Defior, Seidlová Málková, 2018),
- Test rýchleho čítania pseudoslov (Caravolas, Mikulajová, Defior, Seidlová Málková, 2018),
- Obrázkovo-slovný test čítania (Caravolas, Mikulajová, Defior, Seidlová Málková, 2018),
- Skúšky čítania pre mladší školský vek (Mikulajová, 2012),
- Test čítania s dopĺňaním slov (Mikulajová, Vencelová, Caravolas, 2012).

Špecifickejšia diagnostika je zahrnutá v OŠ diagnostika dyslexie.

Hodnotenie pravopisu:

- Hodnotenie pravopisných schopností u mladších žiakov (Caravolas, Mikulajová, Vencelová, 2012),
- Hodnotenie pravopisných schopností u starších žiakov (Vencelová, Mikulajová, Caravolas,

2012),

- Test písania jednoduchých slov (Caravolas, Mikulajová, Defior, Seidlová Málková, 2018),
- Test písania zložitejších slov (Caravolas, Mikulajová, Defior, Seidlová Málková, 2018),
- Test písania pseudoslov (Caravolas, Mikulajová, Defior, Seidlová Málková, 2018).

Špecifickejšia diagnostika je zahrnutá v OŠ diagnostika písania.

5.1.8 Iné aspekty hodnotenia reči

Zhodnotenie rezonancie

Sluchové vnímanie a hodnotenie rezonancie

Odporúčané vyšetrovacie skúšky:

- Gutzmanova skúška (A – I) (in. Lechta, 1995),
- Czermakova skúška zahmlenia (in. Lechta, 1995),
- Test merania fonačného času (in. Lechta, 1995).

Zhodnotenie hlasu a fonácie

Posúdenie kvality hlasu (slabý, dyšný, aspirovaný tlačný, chriplavý, priškrtený hlas), spôsobu hlasového začiatku, prítomnosti palatofónie. Sledovanie sily a výšky hlasu počas rečového prejavu.

Zhodnotenie dýchania

Posúdenie spôsobu dýchania (typ a hĺbka nádychu), dĺžky nádychu a výdychu, koordinácie nádychu a výdychu pri rečovom prejave.

Zhodnotenie prozodických faktorov reči

Sledovanie schopnosti variovania hlasu, prítomnosti prízvuku, využívanie dôrazu, pauzy, melódie, tempa reči a zafarbenia hlasu v rečovom prejave.

Zhodnotenie správania, ktoré sprevádza komunikáciu

Sledovanie pohybov orofaciálneho svalstva počas rečového prejavu (súhyby nosových krídel, nosa a jeho okolia, čela a celej tváre).

Bilingvizmus

Multilingválne deti sa môžu prejavovať symptómami oneskoreného až narušeného vývinu reči. V spontánnom prehovore sa môžu vyskytovať dysgramatizmy, slovná zásoba je oslabená, štylistika prehovoru neštandardná, neadekvátne používanie predložiek, zvrtných zámen, narušená flexia slov. Dôležitá je preto diferenciálna diagnostika, odpoveď na otázku, či sú tieto symptómy dôsledkom narušenia, alebo dôsledkom prirodzeného vývinu reči bilingválneho dieťaťa. Pri diferenciálnej diagnostike multilingválnych detí preto treba brať do úvahy osobnú anamnézu dieťaťa, jazykové prostredie (úroveň používania jednotlivých jazykov v interpersonálnej komunikácii), začlenenie dieťaťa do kolektívu, v ktorom sa v daných jazykoch komunikuje, a zároveň sa opierať o výsledky dostupných diagnostických prostriedkov.

Odporúčané testy:

- Test MAIN – nástroj na hodnotenie naratívnych schopností pre multilingválne deti (hodnotí porozumenie a tvorbu rozprávania). Je k dispozícii vo viac ako 60 jazykových verziách po celom svete vrátane slovenskej. Je vhodný pre deti vo veku približne od troch do desiatich rokov. Nástroj MAIN bol navrhnutý tak, aby umožnil vyšetrenie viacerých jazykov u toho istého dieťaťa.
- Diagnostická batéria MABEL – nástroj na hodnotenie včasnej gramotnosti (znalosť písmen, fonematické uvedomovanie, rýchle menovanie, čítanie a pravopisné schopnosti). K dispozícii v angličtine, španielčine, češtine, slovenčine a vo waleštine. Je vhodný pre deti od materskej školy po druhý ročník základnej školy. Batérie MABEL sú vytvorené tak, aby boli paralelné (priamo porovnateľné) vo všetkých jazykoch.
- Rómska verzia skráteného dotazníka TEKOS,
- Test opakovania kvázi univerzálnych pseudoslov pre bilingválne deti (Farma test),
- dotazník BEIRUT TOUR,
- dotazník PABIQ. Celý PABIQ bude zavesený aj na linke <https://detskarec.sk/projekty/pabiq>.

5.2 Psychologická diagnostika

5.2.1 Zhodnotenie kontaktu a spolupráce

V danej oblasti sledujeme, ako sa dieťa adaptuje na prostredie a examinátora, či je schopné separácie od vzťahovej osoby. Zhodnotíme celkové zapojenie dieťaťa do štruktúrovaných aj voľných aktivít, jeho reakcie na verbálny aj neverbálny typ úloh.

5.2.2 Zhodnotenie úrovne psychomotorického vývinu/úrovne intelektových schopností

Raný vek – špecifikom daného obdobia je zhodnotenie celkovej neuromotorickej zrelosti a nie meranie intelektových schopností. Na tento účel sa používajú vývinové škály. V našich podmienkach sú najčastejšie používanými vývinovými škálami: **Bayleyovej škála detského vývinu, Mníchovská funkčná vývinová diagnostika, Gesselove vývinové škály** (Svoboda, Krejčířová, Vágnerová, 2001). Zhodnotenia danej oblasti je možné doplniť analýzou hry dieťaťa. Viac ako v iných obdobiach je dôležité uskutočniť vyšetrenie za prítomnosti vzťahovej osoby a dbať na nadviazanie kvalitného kontaktu na spoluprácu.

Predškolský vek – hovoríme o období, kde už je možné u detí meranie inteligencie. Dôležité však je uvedomiť si, že štruktúra inteligencie je v tomto období iná ako u starších detí či dospelých. Na výsledky majú vplyv vo väčšej miere emočné faktory či aktuálny emočný stav dieťaťa. V niektorých prípadoch je možné vyšetrenie uskutočniť už bez prítomnosti vzťahovej osoby. Je však nutné posudzovať to individuálne najmä pri mladších predškolakoch či deťoch s úzkostnejším ladením (Svoboda, Krejčířová, Vágnerová, 2001).

Najčastejšie používanými intelligenčnými testami v našom prostredí sú: SON-R 21/2-7 (Kopčanová, Farkašová, Dočkal, 2009) **Stanfordova-Binetova skúška IV. revízia** (Thorndike, Hagen, Sattler, Adamovič, 1995), **Kaufmanova hodnotiacia batéria pre deti – K-ABC** (Kaufman, A., Kaufman, N., 1999).

Školský vek – ide o obdobie, kde pri meraní inteligencie prevažne postupujeme štandardizovaným predpísaným spôsobom, v menšej miere je nutné prispôbovať administrovanie testu. V našich podmienkach najčastejšie používanými intelligenčnými testami pre populáciu školských detí sú: **WISC III-sk – Wechslerova intelligenčná škála pre deti** (Dočkal et al. 2006) a **batéria WJ-IE – Woodcockov-Johnsonov test** (Rueff, Furman, Munoz-Sandoval, 2003). Využívajú sa aj na účely zaradovania detí do školskej integrácie v ZŠ. V menšej miere sa používajú už vyššie spomínané testy **Stanfordova-Binetova skúška IV. revízia** a **Kaufmanova hodnotiacia batéria pre deti – K-ABC**. U starších školských detí je možné použiť aj **Test štruktúry inteligencie** – opäť v našich podmienkach menej využívaný (Svoboda, Krejčířová, Vágnerová, 2001).

Na doplnenie zhodnotenia intelektových schopností je možné použiť jednodimenzionálne intelligenčné testy, napr. **Ravenove progresívne matice**, **Farebné progresívne matice** (Ferjenčík, 1985), **Test intelektového potenciálu**, **Kohsove kocky** (Svoboda, Krejčířová, Vágnerová, 2001).

Na záver danej oblasti je nutné upozorniť, že nie všetky vyššie spomenuté testy či batérie sú štandardizované na slovenskú populáciu a majú platné slovenské vekové normy. Pri interpretácii výsledkov je nutné prihliadať aj na tento fakt.

5.2.3 Zhodnotenie rečovej produkcie

V kontexte psychologickkej diagnostiky sa zhodnotenie danej oblasti deje pozorovaním dieťaťa. Býva dôležitým doplnkom logopedickej diagnostiky. Je vhodné sa zamerať na prítomnosť prekurzorov vývinu reči, zhodnotenie zrozumiteľnosti reči pre cudziu osobu, prítomnosť dysgramatizmov, kvantitu rečovej produkcie, jej zloženie a v neposlednom rade zhodnotenie porozumenia reči. Danú oblasť je vhodné posudzovať aj cez optiku verbálnych subtestov jednotlivých intelligenčných testov, napr. slovníkové skúšky.

5.2.4 Zhodnotenie pozornosti

Pozornosť je citlivým ukazovateľom funkčného stavu mozgu (Svoboda, Krejčířová, Vágnerová, 2001). Reguluje všetku psychickú aktivitu. Nemá obsah, preto musí byť spojená s nejakou činnosťou. Pri pozornosti hovoríme o jej vlastnostiach, a to o: koncentrácii – intenzite sústredenia na daný podnet; stabilite – schopnosti sústrediť sa na určitú činnosť dostatočne dlhý čas; selektivite – schopnosti zamerať sa na podstatné podnety a ignorovať tie, ktoré dôležité nie sú; a flexibilitu – schopnosti presúvať a rozdeľovať pozornosť medzi viac podnetov (Vágnerová, 2020).

V našich podmienkach sú najčastejšie používanými testami na zhodnotenie pozornosti **Test cesty** – od 9 rokov (Reitan, Wolfsonová, 1997), **Číselný štvorec** – od 8 rokov, **Test pozornosti d2-R** – od 9 rokov (Brickenkamp, Liepmann, Schmidt-Atzert, 2014) a **Reyova-Osterriethova komplexná figúra** (Rey, Osterrieth, Košč, Novák, 1997). U mladších detí je nutné pozorovaním zhodnotiť stav zdieľanej pozornosti a postupný vývin aj exekutívnej pozornosti. Na zhodnotenie pozornosti u detí je možné použiť aj subtesty z intelligenčných testov, napr. **Vizuálne porovnanie** z Woodcockovho-Johnsonovho testu, kde sa meria procesuálna rýchlosť (Rueff, Furman, Munoz-Sandoval, 2003). Nutné je zamerať sa aj na sledovanie vypracovávania všetkých predkladaných testov či aktivít a zhodnotiť pri nich jednotlivé vlastnosti pozornosti, sústrediť sa aj na rozdiel medzi úrovňou pozornosti pri verbálnom a neverbálnom type úloh. Ako doplnok môžeme použiť aj **Posudzovaciu škálu ADHD** (Theiner, Urbánek, Goetz, Fajmonová, 2020), kde rodičia alebo učitelia posudzujú správanie dieťaťa, sledujúc prejavy nepozornosti a hyperaktivity-impulzivitu.

5.2.5 Zhodnotenie exekutívnych funkcií

Exekutívne funkcie slúžia na riadenie, reguláciu a koordináciu psychických procesov a správania. Umožňujú prispôbiť sa požiadavkám reálnych životných situácií. Zároveň umožňujú účinne využívať poznávacie schopnosti (vnímanie a myslenie) a obmedzovať rušivý vplyv rôznych podnetov vrátane vlastných emócií. Hovoríme o inhibičnej kontrole, pracovnej pamäti, kognitívnej flexibilita a plánovaní (Vágnerová, 2020).

Použití na zhodnotenie danej oblasti môžeme opäť jednotlivé subtesty inteligenčných testov napr. z Woodcockovho-Johnsonovho testu (Rueff, Furman, Munoz-Sandoval, 2003) **Obrátené číselné rady a Vizuálne porovnanie**, kde potom hovoríme o kognitívnej efektívnosti. Používajú sa aj subtesty merajúce pracovnú pamäť, napr. **Opakovanie čísiel** z Wechslerovej inteligenčnej škály pre deti (Dočkal et al., 2006) alebo **Poradie slov** z Kaufmanovej hodnotiacej batérie pre deti (Kaufman, A., Kaufman, N., 1999).

Ako doplnkové informácie môžeme použiť údaje zo **Škály hodnotenia exekutívnych funkcií u detí – BRIEF** (Gioai, Isquith, Guy, Kenworthy, Ptáček, 2011), ktorú vyplňajú rodičia a/alebo učitelia.

5.2.6 Zhodnotenie pamäťových schopností

Na zhodnotenie pamäťových schopností je možné použiť jednotlivé subtesty inteligenčných testov, napr. **Pamäť na vety**, **Pamäť na koráliky**, **Pamäť na čísla** zo Stanfordovej-Binetovej skúšky (Thorndike, Hagen, Sattler, Adamovič, 1995), **Pamäť na mená** a **Obrátené číselné rady** z Woodcockovho-Johnsonovho testu (Rueff, Furman, Munoz-Sandoval, 2003), **Rozpoznávanie tváre**, **Opakovanie čísiel**, **Poradie slov**, **Priestorová pamäť** z Kaufmanovej hodnotiacej batérie pre deti – K-ABC (Kaufman, A., Kaufman, N., 1999). Za pamäťový test môžeme považovať aj **Reyovu-Osterriethovu komplexnú figúru** (Rey, Osterrieth, Košč, Novák, 1997), kde meriame neúmyselnú pamäť (dieťa nie je inštruované, aby si obrázok zapamätalo).

5.2.7 Zhodnotenie percepcie

Vnímanie je ovplyvnené zrením špecifických štruktúr aj učením, získanou skúsenosťou a s ňou spojeným očakávaním (Svoboda, Krejčířová, Vágnerová, 2001).

Najčastejšie v tejto oblasti hodnotíme úroveň zrakovú a sluchovú percepciu.

Zraková percepcia – najpoužívanejším testom na hodnotenie zrakovú diferenciaciu je **Reverzný test** (Edfeldt, 1968). Na hodnotenie tejto oblasti môžeme použiť aj jednotlivé subtesty z inteligenčných testov, napr. **Vzory** zo SON-R 21/2-7 (Kopčanová, Farkašová, Dočkal, 2009), **Trojuholníky** z Kaufmanovej hodnotiacej batérie pre deti – K-ABC (Kaufman, A., Kaufman, N., 1999), **Kocky** a **Skladačky** z Wechslerovovej inteligenčnej škály pre deti (Dočkal et al., 2006) či **Priestorové vzťahy** z Woodcockovho-Johnsonovho testu (Rueff, Furman, Munoz-Sandoval, 2003).

Sluchová percepcia – zhodnotenie realizuje väčšinou logopéd. Pokiaľ sa tak z nejakého dôvodu neudialo, je možné počas psychologickéj diagnostiky použiť overovanie sluchového a fonematického uvedomovania a fonematickej diferenciacie (napr. Skúška sluchového rozlišovania, pozri vyššie v Logopedická diagnostika).

5.2.8 Zhodnotenie motoriky

Širšie koncipovaná oblasť, kde sa môžeme zamerať na zhodnotenie hrubej a jemnej motoriky, dynamickej praxie, grafomotoriky.

U menších detí, u ktorých používame na zhodnotenie vývinové škály, je posudzovanie motorickej oblasti zahrnuté priamo v jednotlivých subškálach, napr. **Telesná pohyblivosť** a **Jemná motorika** v rámci Mníchovskej funkčnej vývinovej diagnostiky alebo **Motorická stupnica** v rámci Bayleyovej škály detského vývinu (Řičan, Krejčířová et al., 2006).

Na zhodnotenie úrovne motorickej spôsobilosti od veku 3 rokov je možné použiť **Test motoriky pre deti – MABC-2** (Henderson, Sugden, Barnett, 2014).

U starších predškolských detí sa zameriavame aj na posúdenie kresebných metód. Používame **Test obkresľovania** (Matějček, Strnadová, 1974), **Bender gestalt test** (Strnadová, 1974), **Vývinovú kresbu postavy** (Vágnerová, 2010). Do hodnotenia grafomotoriky môžeme zahrnúť aj výkon z **Reyovey-Osterriethovej komplexnej figúry** (Rey, Osterrieth, Košč, Novák, 1997).

Vhodné je aj vyšetrenie laterality **Skúškou laterality** (Matějček, Žlab, 1987) a zhodnotenie dynamickej praxie **Orientačným vyšetrením dynamickej praxie** (Míka, 1982).

5.2.9 Zhodnotenie symbolických funkcií

V tejto oblasti sa zameriavame na posúdenie triedenia, priradenie a pomenovania farieb dieťaťom, rozlišovanie a pomenovanie geotvarov, matematické schopnosti. Pri starších predškolských deťoch môžeme sledovať aj rozlišovanie grafém či číslic.

Na zhodnotenie danej oblasti môžeme využiť subtesty z intelligenčných škál, ako napr. **Aritmetika** z Kaufmanovej hodnotiacej batérie pre deti (Kaufman, A., Kaufman, N., 1999) či Wechslerovej intelligenčnej škály pre deti (Dočkal et al., 2006), **Kvantitatívne vyvodzovanie** z Woodcockovho-Johnsonovho testu (Rueff, Furman, Munoz-Sandoval, 2003). Je možné vytvoriť pre deti jednoduché úlohy, kde majú pomenovať farby predmetov (napr. ceruziek) a podobne.

5.2.10 Zhodnotenie sociálnych schopností, vývinu osobnosti

Nemožnosť zrozumiteľného vyjadrenia vlastných pocitov či potrieb je pre dieťa zdrojom opakovaných frustrácií. Tieto frustrácie sa premietajú do vývinu sociálnych schopností a neskôr do vývinu osobnosti.

U mladších detí danú oblasť hodnotíme pomocou subškál vo vývinových škálach, napr. **Sociálne správanie** v Gesselovej vývinovej škále a Mníchovskej funkčnej vývinovej diagnostike (Svoboda, Krejčířová, Vágnerová, 2001).

U starších detí je možnosť použiť projektívne metódy. Najčastejšie používanými v našich podmienkach sú kresebné projektívne metódy – **Kresba postavy**, **Kresba rodiny**, **Kresba začarovanej rodiny**, **Kresba stromu**, **Voľná kresba** (Altman, 2021), (Vágnerová, 2017).

Z nekresebných projektívnych metód je možné použiť Asociačný experiment, Rorschachov test, Test ruky, Tematický apercepčný test či Rosenzweigov obrázkový frustračný test (Svoboda, Krejčířová, Vágnerová, 2001).

Používame taktiež dotazníkové metódy, napr. viacdimenzionálny dotazník **B-JEPI – Osobnostný**

dotazník pre deti (Müllner, Senka, 1987) – či jednodimenzionálne dotazníky **KSAT** – Škála klasickej sociálno-situačnej anxiety (Kondáš, 2007) a CDI – Sebapozudzovacia škála depresivity pre deti (Kovacs, Preiss, 1998). Nápomocná je aj **Posudzovacia škála pozornosti a správania Conners-3** (Conners, Ptáček, Goetz, Švandová, 2018).

5.2.11 Neuropsychologická diagnostika

Vyššie opísaný rozbor jednotlivých oblastí psychologickej diagnostiky môžeme brať aj ako neuropsychologický pohľad na ťažkosti dieťaťa. Narušenie komunikačnej schopnosti môže prameniť aj z čiastkových difúzných oslabení centrálnej nervovej sústavy v zmysle staršieho konceptu ľahkých mozgových dysfunkcií. Najmä ak hovoríme o vývinovej jazykovej poruche.

Špecifické postihnutia psychických funkcií existujú od najranejšieho veku a ich klinické prejavy nie sú uniformné. Vo vývine sú jednotlivé psychické funkcie od seba zložitými spôsobmi závislé: pri chýbaní niektorej z funkcií nedochádza k rozvoju schopností od nej závislých, napr. pri poruche porozumenia reči sa u dieťaťa vlastná reč nerozvíja.

V tomto kontexte je zároveň dôležité uvažovať o otázke možností a hraníc vývinovej plasticity. (Říčaň, Krejčířová et al., 2006)

5.2.12 Diagnostický záver

Závery logopedického diagnostického vyšetrenia komunikačnej schopnosti sú komplexným pohľadom na aktuálny dosiahnutý stav vývinu reči a jazykový potenciál dieťaťa/žiaka.

Diagnostický záver o komunikačnej schopnosti, ktorý logopéd stanoví, je výsledkom jeho odbornej úvahy, ktorá sa opiera o údaje z diagnostického vyšetrenia a pozorovania dieťaťa/žiaka, ako aj o ďalšie údaje kvalitatívneho charakteru, ktoré získa z jeho sociálneho prostredia (od rodičov, učiteľov ap.).

Závery psychologického diagnostického vyšetrenia komunikačnej schopnosti sú komplexným pohľadom na aktuálny dosiahnutý stav vývinu reči a jeho vplyv na celkový profil psychomotorického vývinu dieťaťa. Hovoríme o zhodnotení kognitívneho, emočného a sociálneho fungovania dieťaťa, na základe ktorého je navrhnutý terapeutický plán. Snažíme sa o minimalizáciu dôsledkov rečovej poruchy na osobnostný a emočný vývin dieťaťa, vyhnutiu sa sekundárnym nežiaducim psychickým stavom (depresie, úzkostné poruchy, sociálna inhibícia, kombinácia s elektívnym mutizmom, poruchy sebahodnotenia, poruchy správania).

5.2.13 Špecifiká diagnostiky detí, ktoré nekomunikujú verbálnou rečou

Proces diagnostiky detí, u ktorých absentuje verbálna reč alebo je slabo rozvinutá, sa odlišuje od štandardného vyšetrenia vo výbere diagnostických metód a v spôsobe vedenia diagnostiky.

Vhodnými testami sú TEKOS, diagnostický model podľa Laheyovej, neštandardizované diagnostické materiály a obrázky. Súčasťou vyšetrenia môže byť video-/audiozáznam komunikácie a interakcie s dieťaťom.

Cieľom diagnostiky je opísanie silných a slabých stránok komunikácie dieťaťa, odporúčanie vhodného systému AAK. Dôležitá je spolupráca v multidisciplinárnom tíme (MDT) a podrobné poradenstvo rodičom a pedagógom, ktorí sa podieľajú na vzdelávaní dieťaťa.

Pri vytváraní terapeutického intervenčného plánu je prospešné pre logopéda vedieť o stave

neverbálnych schopností aj zo psychologického hľadiska. Sú dôležitým ukazovateľom potenciálu dieťaťa a možnosti kompenzácie. Pri terapii sa opierame o tieto schopnosti.

Odporúčané:

Cséfalvay, Zs., Mináriková, M.: Augmentatívna alternatívna komunikácia. In: Kerekrétiová, A.: Logopédia. UK: Bratislava, 2016 (s. 223-239).

ŠTIHOVÁ, Alena et al.: Augmentatívna a alternatívna komunikácia v špeciálnej základnej škole. Bratislava: ŠPU 2014. ISBN 978-80-8118- 116-0.

6. Diferenciálna diagnostika

Jej cieľom je zistiť, či sa diagnostikovaná narušená komunikačná schopnosť u dieťaťa/žiaka vyskytuje samostatne, alebo je symptómom iného dominantného postihnutia/narušenia. Dôležitá je spolupráca s inými odborníkmi, najviac frekventovaná diferenciálna diagnostika v poradenských zariadeniach je zacielená na diferenciálnu diagnostiku medzi VJP a VJP pri mentálnom postihnutí, prípadne medzi VJP a VJP pri PVP, VJP a VPU. V rámci NKS sa diferenciálna diagnostika často zacieluje na rozlíšenie artikulačných porúch od fonologických, vývinovej verbálnej dyspraxie od fonologickej poruchy či zajakavosti od vývinovej neplynulosti, neplynulostí pri VJP či iného typu neplynulosti, (napr. na neurologickej báze, či neplynulosti pri brblavosti a podobne).

7. Nastavenie podporných opatrení

V tejto finálnej etape diagnostiky logopéd a psychológ na základe diagnostického záveru formulujú CIELE logopedickej a psychologickéj terapie a podporné opatrenia, v ktorých špecifikujú dieťaťu/žiakovi s NKS ako jednotlivcovi so špeciálnymi edukačnými potrebami predpoklady ďalšieho vývinu, možností edukácie, pracovného uplatnenia, rozsahu reedukačno-terapeutických, resp. logopedických a psychologických intervencií.

V nastavení podporných opatrení sformulujú pre potreby IVVP vhodné stimulačné prvky pri výučbe, individuálne odlišnosti v hodnotení a klasifikácii dieťaťa/žiaka s NKS, využívanie pomôcok v edukačnom procese, pri nehovoriacich deťoch špecifikujú správne využívanie systému alternatívnej a augmentatívnej komunikácie pri výučbe.

Nastavenie podporných opatrení logopéd a psychológ realizujú podľa aktuálnej platnej legislatívy. Deti s vývinovou jazykovou poruchou (špecificky narušeným vývinom reči) sú v riziku vzniku špecifických porúch učenia (ŠPU) v školskom veku. Vieme, že poruchy učenia podľa najnovších výskumov sú vo vysokom percente na báze jazykových (fonologických) deficitov. A preto včasná diagnostika aj zo strany logopéda a psychológa je potrebná – prediktory gramotnosti (Mikulajová).

8. Zoznam použitej literatúry

ANTUŠEKOVÁ, A. 1989. Preventívna logopedická starostlivosť. Bratislava: SPN, 1989. ISBN 80 - 08 - 00022 - 8

ALTMAN, Z. 2021. Využití dětské kresby při psychodiagnostice. Pracovní materiál k odbornému semináru. 2021.

American Psychiatric Association, 2015. DSM-5®: Diagnostický a statistický manuál duševných

poruch. Praha: Hogrefe-Testcentrum, 2015. ISBN 978-80-86471-52-5.

BEDNÁŘOVÁ, J., ŠMARDOVÁ, V.: Diagnostika dítěte předškolního věku. Brno: Press, 2011 ISBN 978 - 80 - 251 - 1829 - 0

BRICKENKAMP, R., LIEPMANN, D., SCHMIDT-ATZERT, L., (preložili a upravili) ČERNOCHOVÁ, D., HOSKOVCOVÁ, S. 2014. Test pozornosti d2-R. Praha: Hogrefe-Testcentrum, 2014.

BUNTOVÁ, D. – GÚTHOVÁ, M. 2016. Narušenie zvukovej roviny reči – artikulačná porucha, fonologická porucha. In: Kerekrétiová et al.: Logopédia. Bratislava: Univerzita Komenského v Bratislave, Vydavateľstvo UK, 2016. ISBN 978-80-223-4165-3

BUNTOVÁ, D., ZAJÍČKOVÁ, P. 2021: Stimulácia fonetického repertoáru – StiFoR. Bratislava: Mabag, spol. s. r. o. 2021 ISBN 978-80-973980-1-9

CARAVOLAS, M., MIKULAJOVÁ, M., DEFIOR, S., & SEIDLOVÁ MÁLKOVÁ, G. (2018). Testy. MABEL. <https://www.eldel-mabel.net/sk/test/>

CONNERS, C. K., PTÁČEK, R., GOETZ, M., ŠVANDOVÁ, L. 2018. Conners 3. Posuzovací škála pozornosti a chování. Praha: Hogrefe – Testcentrum – Hogrefe, 2018.

DOČKAL, V. et al. 2006. Wechslerova inteligenčná škála pre deti – slovenská verzia. 1. vydanie. Praha: Hogrefe-Testcentrum, 2006.

EDFELDT, A. W. 1968. Reverzný test. Bratislava: Psychodiagnostické a didaktické testy, n. p., 1968.

FERJENČÍK, J., 1985. Farebné progresívne matice. Bratislava: Psychodiagnostické a didaktické testy, n. p., 1985.

GAGARINA, N., KLOP, D., KUNNARI, S., TANTELE, K., VÄLIMAA, T., BOHNACKER, U. & WALTERS, J. (2019): MAIN – Multilingual Assessment Instrument for Narratives – Revised. ZAS Papers in Linguistics 63." Slovak version. Translated and adapted by Kapalková, S., Slančová, D. & Nemcová, M.

<https://www.leibniz-zas.de/index.php?id=964> (po zaregistrovaní sa je zadarmo stiahnuteľná slovenská adaptovaná verzia spolu s podnetovým materiálom a inštrukciami).

GIOIA, G. A., ISQUTIH, S. C. G., KENWORTHY, L., (autor české verze) PTÁČEK, R. 2011. BRIEF – Škála hodnotení exekutívnych funkcií u detí. Praha: Hogrefe-Testcentrum. 2011.

GRIMM, H. – SCHÖLLER, H. – MIKULAJOVÁ, M. 1997. Heidelberský test rečového vývinu. Bratislava: Psychodiagnostika a. s., 1997. T-40

GÚTHOVÁ, M. – CEHULOVÁ, Ľ. 2001. Hodnotenie oromotoriky u detí v predškolskom veku. In: Logopaedica, 2001, Zborník SAL, s. 82 – 88. ISBN 80-88932-07-6

HELLBRÜGE – KÖHLER – EGELKRAUT. 1984. Münchener funktionelle entwicklungsdiagnostik. 4. revidované vydanie, 1994, preložila Ginzeriová

HENDERSON, S. E., SUGDEN, D. A., BARNETT, A. L. 2014. MABC-2 – Test motoriky pro děti. Autor české verze: Rudolf Psotta. Praha: Hogrefe – Testcentrum, 2014

JIRÁSEK, J. 1992. Číselný čtverec. Bratislava: PSYCHODIAGNOSTIKA, spol. s r. o., 1992.

KAPALKOVÁ, S.: Gestá v kontexte raného vývinu. In: Štúdie o detskej reči. s. 169 – 211. <https://www.pulib.sk/web/kniznica/elpub/dokument/Slancova3/subor/Kapalkova.pdf>

KAPALKOVÁ, S.: Laheyovej metóda ako efektívny nástroj hodnotenia komunikácie rizikových detí

v ranom veku. In: Listy klinické logopedie. 1/2019, s. 8 – 12. <https://casopis.aklcr.cz/pdfs/lkl/2019/01/03.pdf>

KAPALKOVÁ, S. a kolektív: Hodnotenie komunikačných schopností detí v ranom veku. SAL: Bratislava, 2010. ISBN 978-80-89113-83-5

KAPALKOVÁ, S. – KALETOVÁ, I.: Krátka slovenská verzia Testu komunikačného správania. In: Logopaedica I-II, 2000.

KAPALKOVÁ, S. – LIZÁKOVÁ, R.: Hodnotenie úrovne porozumenia u detí v ranom veku do tretieho roka. In: Listy klinické logopedie. č. 1, 2021

KAPALKOVÁ, S. – NEMCOVÁ, M.: Gramatika príbehu v rozprávání detí predškolského veku. In: Jazyk a kultúra. 2020, s. 43 – 44.

KAUFMAN, A., KAUFMAN, N. 1999. Kaufmanova hodnotiacia batéria pre deti, K-ABC. Bratislava: Psychodiagnostika, a. s. 1999.

KITTEL, A, 1999: Myofunkční terapie. Grada, 1999. s 112. ISBN 8071696196

KONDÁŠ, O: Obrázkovo-Slovníková skúška. Bratislava: Psychodiagnostika T-8 <https://psychodiagnostika.sk/produkt/t-8-obrazkovo-slovnikova-skuska/>

KOPČANOVÁ, D., FARKAŠOVÁ, F., DOČKAL, V. 2009. SON-R 2½-7. 1. Slovenské vydanie. Praha: Hogrefe – Testcentrum, 2009

KOŠČ, M., NOVÁK, J. 1997. Reyov-Osterriethov testkomplexnej figúry. Bratislava: Psychodiagnostika, a. s. 1997

KOVACS, M., PREISS, M. 1998. CDI – Sebaopisovacia škála depresivity pre deti. Bratislava: Psychodiagnostika, a. s. 1998.

KUČERA, M. 1980. Test koncentrácie pozornosti. Bratislava: Psychodiagnostické

a didaktické testy, n. p. 1980

KURUC, J., SENKA, J., ČEČER, M. 1972. Bourdonov test (T-78). Bratislava. Psychodiagnostické a didaktické testy, n. p., 1972.

LACIKOVÁ, H. – HRMOVÁ ADAMÍKOVÁ, M.: Využitie ICF – medzinárodnej klasifikácie funkčnosti zdravotného postihnutia a zdravia v diagnostike a terapii zajakavosti. In. Logopaedica 1/2018, s. 26. ISSN 2453-8450

LECHTA, V. 2006. Zajakavosť – integratívny prístup. Diagnostika. Vydavateľstvo Liečreh Gúth, Bratislava, 2006. ISBN: 80-88932-21-1

LECHTA, V. et al. 1995: Diagnostika narušenej komunikačnej schopnosti. Martin: Osveta, 1995. ISBN 80 - 88824 - 18 - 4

LECHTA, V. 2010. Kockavost. Integrativní přístup. Praha: Portál, 2010. 336 s. ISBN 978-80-7367-643-8.

MARKOVÁ, J. – CSÉFALVAY, Z. – MIKULAJOVÁ, M. – SCHOFFELOVÁ, M. 2015. Analýza porozumenia viet v slovenčine. Bratislava: Vydavateľstvo UK, 2015. ISBN 978-80-223-3797-7

MATĚJČEK, Z., STRNADOVÁ, M. 1974. Test obkreslování. Psychodiagnostické a didaktické testy, n. p. 1974.

MATĚJČEK, Z., VÁGNEROVÁ, M. 1987. Dotazník sebaopjetí školní úspěšnosti – SPAS. (T-216). Bratislava: Psychodiagnostické a didaktické testy, n. p. 1987.

- MATĚJČEK, Z., ŽLAB, Z. 1987. Zkouška laterality. Bratislava: Psychodiagnostika. 1987.
- McLEOD – HARRISON –McCORMACK, 2012: ICS, Škála hodnotiaca zrozumiteľnosť reči v kontexte https://cdn.csu.edu.au/data/assets/pdf_file/0006/569148/ICS-Slovak.pdf (v úprave Buntová)
- Medzinárodná štatistická klasifikácia chorôb a príbuzných zdravotných problémov. 1993. MKCH-10. Bratislava: Obzor, 1993. ISBN 80-215-0249-5.
- MIKULAJOVÁ, M. a K. HORŇÁKOVÁ. Laheyovej model vývinu reči a jeho využitie v ranej diagnostike. Logopaedica 2: zborník Slovenskej asociácie logopédov. Bratislava: LIEČREH, 1998, 2(1), 72-86. ISBN 80-967383-9-9.
- MIKULAJOVÁ, M. et al. 2012. Čítanie, písanie a dyslexia s testami a normami. Bratislava: Slovenská asociácia logopédov, 2012. ISBN 978-80-89113-94-1.
- MIKULAJOVÁ, M., RAFAJDUSOVÁ, I., 1993. Vývinová dysfázia. Špecificky narušený vývin reči. Bratislava, 1993. ISBN 80-900445-0-6.
- MÍKA, J. 1982. Orientační test dynamické praxe. Bratislava: Psychodiagnostické a didaktické testy, n. p. 1982.
- MÜLLNER, J., SENKA J. 1987. B-JEPI – Osobnostný dotazník pre deti. Bratislava: Psychodiagnostické a didaktické testy, n. p. 1987.
- PAPCOVÁ, J. et al. 2001. Hodnotenie artikulačných orgánov klinickým logopédom. In: Logopaedica IV, Zborník SAL, 2001. s. 77 – 81. ISBN 80-88932-07-6.
- REITAN, R. , WOLFSONOVÁ, D. (upravili PREISS, M., PREISS, J., PANAMA, J.) 1997. Test cesty. Bratislava: Psychodiagnostika a. s. 1997.
- REY, A., OSTERRIETH, S. A., KOŠČ, L., NOVÁK, J., 1997. Reyov-Osterriethov test komplexnej figúry TKF. Bratislava: Psychodiagnostika, s. r. o., 1997.
- RUEF, M., FURMAN, A., MUÑOZ-SANDOVAL, A., 2003. Woodcock-Johnson: Medzinárodná edícia. Príručka pre administrátorov: Slovenská edícia. Nashville: The Woodcock-Muñoz Foundation. 2003.
- ŘÍČAN, P. , KREJČÍŘOVÁ, D. et al. 2006. Dětská klinická psychologie, 4., přepracované a doplněné vydání, Praha: Grada, 2006. ISBN 978-80-247-1049-5.
- SLANČOVÁ, D: Pragmatické funkcie vo vývine rečovej činnosti (v prvých osemnástich mesiacoch života dieťaťa). In: Štúdie o detskej reči, 67 – 120. <https://www.pulib.sk/web/kniznica/elpub/dokument/Slancova3/subor/Slancova2.pdf>
- SLANČOVÁ, D. – KAPALKOVÁ, S. 2018. Gramatický profil slovensky hovoriacich detí. In: Slančová (ed.) Desiat štúdií o detskej reči. Bratislava: Veda, 2018. s. 627 – 660. ISBN 978-80-224-1638-2
- STRASSMEIER , W.: 260 cvičení pre deti raného veku. Praha: Portál, 1996 ISBN 80-85282-87-9
- STRNADOVÁ, M. 1974. Bender-Gestalt test. Bratislava: Psychodiagnostické a didaktické testy, n. p., 1974.
- SVOBODA, M., KREJČÍŘOVÁ D., VÁGNEROVÁ, M. 2001. Psychodiagnostika dětí a dospívajících. Praha: Portál, 2001. ISBN 80-7178-545-8
- ŠTENCLOVÁ, L: Štandardné postupy Tumultus sermonis, brblavosť, narušenie plynulosti reči F 98.6 podľa MKCH 10. 2021 str. 21 – 23
- THEINER, P., URBÁNEK, T., GOETZ, M., FAJMONOVÁ, V. 2020. Posudzovacia škála ADHD. Bratislava: Psychodiagnostika, 2020.

THORNDIKE, R. L., HAGEN, E. P., SATTLER, J. M. (preklad a úprava) ADAMOVIČ, K. 1995. Stanford-Binetova inteligenčná škála (Terman-Merrill) IV. Revízia. Bratislava: Psychodiagnostika, s. r. o., 1995.

VÁGNEROVÁ, M. 2010. Kresba postavy. Bratislava: Psychodiagnostika. 2010.

VÁGNEROVÁ, M. 2017. Vývoj detské kresby a její diagnostické využití. Praha: Raabe, 2017. ISBN 978-80-7496-333-9.

VÁGNEROVÁ, M. 2020. Vývoj pozornosti a exekutivních funkcí. Praha: Raabe, 2020. ISBN 978-80-7496-441-1.

https://www.palinprs.org.uk/secure/pprs_connect.php - sk. úprava IDR 2018 a viac info <https://detskarec.sk/projekty/pprs-palin-parent-rating-scales>

<https://detskarec.sk/projekty/pabiq>

<https://www.pulib.sk/web/kniznica/elpub/dokument/Slancova3/subor/Kapalkova.pdf>