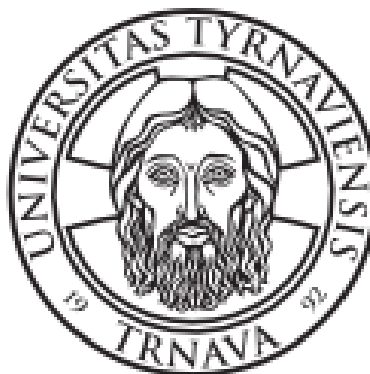


VYSOKOŠKOLSKÉ SKRIPTÁ

PEDAGOGICKÁ FAKULTA TRNAVSKEJ UNIVERZITY V TRNAVE



PEDAGOGICKO-PSYCHOLOGICKÁ DIAGNOSTIKA

*Učebné skriptá pre študentov učiteľstva akademických predmetov,
predškolskej a elementárnej pedagogiky, sociálnej pedagogiky
a vychovávateľstva*

Peter Kusý



PEDAGOGICKO-PSYCHOLOGICKÁ DIAGNOSTIKA

© PhDr. Peter KUSÝ, PhD.

Vydala Pedagogická fakulta Trnavskej univerzity v Trnave, 2019

Recenzenti:

prof. PhDr. Eva GAJDOŠOVÁ, PhD.

PhDr. Peter SZELIGA, PhD.

Za odbornú a jazykovú stránku týchto skrípt zodpovedá autor.

ISBN 978 – 80 – 568 – 0189 - 5

OBSAH

PREDHOVOR.....	4
1 ÚVOD DO PEDAGOGICKO-PSYCHOLOGICKEJ DIAGNOSTIKY – TERMINOLOGICKÉ VYMEDZENIE	5
1. 1 PEDAGOGICKÁ DIAGNOSTIKA A PSYCHODIAGNOSTIKA	5
1. 2 PEDAGOGICKO-PSYCHOLOGICKÁ DIAGNOSTIKA AKO PROCES	8
1. 3 STRATÉGIE A POSTUPY V RÁMCI PEDAGOGICKO-PSYCHOLOGICKEJ DIAGNOSTIKY	13
1. 4 ODBORNÉ A ETICKÉ ZÁSADY DIAGNOSTICKEJ ČINNOSTI	16
2. METODOLÓGIA PEDAGOGICKO-PSYCHOLOGICKEJ DIAGNOSTIKY.....	21
2. 1 Dôležitosť metodológie v diagnostike	21
2. 2 Výber metód a práca s nimi v diagnostickom procese	23
2. 3 KLASIFIKÁCIA METÓD PEDAGOGICKO-PSYCHOLOGICKEJ DIAGNOSTIKY	28
3 VYBRANÉ METÓDY PEDAGOGICKO-PSYCHOLOGICKEJ DIAGNOSTIKY	32
3. 1 EXPLORAČNÉ, OBSERVAČNÉ A RETROSPEKTÍVNE METÓDY A ICH VYUŽITIE	32
3. 1. 1 Metóda rozhovoru v diagnostike.....	32
3. 1. 2 Dotazníkové metódy, posudzovacie škály a ich využitie	40
3. 1. 3 Testy a testové metódy v pedagogicko-psychologickej diagnostike	48
3. 1. 4 Pozorovanie ako diagnostická metóda	54
3. 1. 5 Retrospektívne diagnostické metódy a dôležitosť anamnézy.....	56
3. 2 MOŽNOSTI VYUŽITIA PROJEKTÍVNYCH METÓD V RÁMCI PEDAGOGICKO-PSYCHOLOGICKEJ DIAGNOSTIKY	59
3. 2. 1 Vybrané verbálne projektívne metódy	61
3. 2. 2 Vybrané grafické projektívne metódy.....	66
3. 2. 3 Hra ako expresívna projektívna metóda.....	73
3. 3 ANALÝZA VÝSLEDKOV PROCESU TVORIVEJ ČINNOSTI A ŠTÚDIUM DOKUMENTÁCIE AKO DIAGNOSTICKÉ METÓDY	76
3. 4 METÓDY HODNOTENIA A KLASIFIKÁCIE V PEDAGOGICKO-PSYCHOLOGICKEJ DIAGNOSTIKE ..	77
3. 5 SOCIOMETRIA A JEJ VYUŽITIE V RÁMCI PEDAGOGICKO-PSYCHOLOGICKEJ DIAGNOSTIKY.....	81
ZÁVEREČNÉ ZHRNUTIE	88
PRÍLOHA 1	94
PRÍLOHA 2	96
PRÍLOHA 3	98
PRÍLOHA 4	100
PRÍLOHA 5	104

PREDHOVOR

Jednosemestrálny predmet *Pedagogicko-psychologická diagnostika* (ďalej len PPD) patrí už niekoľko rokov k povinne voliteľným predmetom a študenti sociálnej pedagogiky a vychovávateľstva, učiteľstva akademických predmetov, resp. predškolskej a elementárnej pedagogiky sa tak s ním opätovne stretávajú pri príprave na štátne záverečné skúšky, kde sú práve diagnostike venované niektoré otázky. Okrem „formálnej dôležitosti“ orientovať sa v diagnostike a poznať možnosti a kompetencie v rámci svojej odbornej profilácie, je dôležité nezabúdať na to, že ide o aplikovanú hraničnú disciplínu, ktorá vychádza z praxe a snaží sa tak podporovať praktickú prípravu študentov pedagogických profesií. Diagnostická činnosť je tak neodmysliteľnou súčasťou akéhokoľvek výchovne-vzdelávacieho procesu v pedagogickej praxi. Aj preto je dobré poznať základné možnosti, ktoré pedagogicko-psychologická diagnostika ponúka a vedieť sa orientovať v rôznych diagnostických postupoch, metódach a technikách, ktoré máme v pedagogickej praxi k dispozícii. V neposlednom rade by mali študenti, ktorí úspešne absolvujú prípravu v pedagogicko-psychologickej diagnostike rozpoznať, čo z diagnostických činností spadá do ich kompetenčného rámca a čo ho naopak presahuje.

Tieto učebné skriptá tak môžu slúžiť nielen ako manuál potrebný pre úspešné zvládnutie predmetu *Pedagogicko-psychologická diagnostika* v rámci štúdia. Ale najmä ako úvod a určitý poznatkový základ v oblasti pedagogickej a psychologickéj diagnostiky, ktorej metódy budú neodmysliteľne tvoriť každodennú náplň pedagogickej a výchovnej činnosti budúcich absolventov pedagogickej fakulty.

1 ÚVOD DO PEDAGOGICKO-PSYCHOLOGICKEJ DIAGNOSTIKY – TERMINOLOGICKÉ VYMEDZENIE

Celá prvá kapitola je venovaná najmä základnej terminológii, ktorá je v rámci pedagogicko-psychologickej diagnostiky zaužívaná a je dôležité sa v nej dobre orientovať a fundovane ju diferencovať. Terminologické vymedzenie slúži najmä k jednotnému porozumeniu a následne používaniu jednotlivých termínov. Samozrejme v rámci týchto učebných skrípt si nenárokuje na operacionalizáciu všetkých termínov, s ktorými sa môžeme stretnúť v rámci diagnostického procesu. Vyberáme však základné termíny, ktoré nás uvedú do problematiky pedagogicko-psychologickej diagnostiky v širšom slova zmysle. Pre potreby PPD budeme rozlišovať samostatne »pedagogickú diagnostiku«, »psychologickú diagnostiku« a »pedagogicko-psychologickú diagnostiku« ako samostatnú kategóriu.

1. 1 PEDAGOGICKÁ DIAGNOSTIKA A PSYCHODIAGNOSTIKA

Celý predmet *Pedagogicko-psychologická diagnostika* vzniká spojením dvoch aplikovaných hraničných disciplín - *pedagogická diagnostika* a *psychologická diagnostika* (resp. *psychodiagnostika*). V prvom rade je nutné odlíšiť základné pojmy, ktoré sa často krát laicky nesprávne zamieňajú - *diagnostika*, *diagnostikovanie* a *diagnóza*. Termín »*diagnostika*« používame v rôznych súvislostiach v pomáhajúcich profesiách (psychologická, psychiatrická, pedagogická, špeciálne pedagogická, medicínska a sociálna diagnostika atď.), ale tiež v iných oblastiach a odvetviach (napr. diagnostika PC, mobilná diagnostika, diagnostika automobilu - autodiagnostika, podniková a manažérska diagnostika atď.). Pojem *diagnostika* vzniká spojením dvoch pôvodne gréckych slov *dia* - skrz a *gnosis* - poznanie. ABRAMENKOVÁ a kol. (1987) hovoria v tejto súvislosti tiež o gréc. *diagnostikos* - schopný zisťovať. *Diagnostika* je tak súborom metód, techník a postupov, ktoré slúžia na zisťovanie, resp. hodnotenie určitého stavu, úrovne a pod. Ak hovoríme o *diagnostikovaní*, máme na mysli už samotnú realizáciu diagnostiky - »*diagnostikovanie ako proces*«. *Diagnostikovanie* je už samotným diagnostickým procesom, ktorý vykonáva *diagnostik* (napr. psychológ, psychiater, pedagóg, sociálny pedagóg, vychovávateľ, špeciálny pedagóg, liečebný pedagóg atď.). Ten, koho diagnostikujeme, sa môže označovať rôzne podľa kontextu, ktorého sa tento proces týka. V klinickej oblasti hovoríme o *pacientoch* (ten, ktorý vyhl'adal zdravotnícku starostlivosť a má nejakú odchýlku od normy, ktorú je treba diagnostikovať a následne liečiť), v „neklinickej oblasti“ (napr. poradenstvo) skôr o *klientoch*. Výsledkom procesu diagnostikovania je stanovenie *diagnózy*. Jej vymedzenie je tiež závislé na oblasti v ktorej sa diagnóza stanoví. Na to, aby *diagnostik* mohol vykonávať diagnostikovanie, mal by mať *diagnostickú kompetenciu*. Tú môžeme chápať ako súbor vedomostí a zručností, potrebných na odborné vedenie efektívneho diagnostického procesu. Na to, aby sme boli schopní takéto diagnostikovanie realizovať, využívame *metódy*, ktoré sú pri diagnostike obzvlášť špecifické. *Metóda* v tomto zmysle znamená exaktný spôsob na zisťovanie faktov, javov a ich príčinných (kauzálnych) súvislostí. Efektívne využitie metód však ešte nemusí predikovať aj celkovú efektivitu diagnostického procesu.

Pre lepšiu prehľadnosť si uvedieme jednotlivé termíny v porovnaní *pedagogickej a psychologickkej diagnostiky*.

Aj keď viacerí autori definujú *pedagogickú diagnostiku* rôzne, v mnohom sa ich vymedzenia podobajú. Uvedieme si preto niektoré vybrané definície, ktoré sú pre pochopenie *pedagogickej diagnostiky* v súvislosti s predmetom PPD dostatočné. KOMPOLT (2003) hovorí o tom, že prvý krát bol použitý termín *pedagogická diagnostika* už v r. 1910 u SPICERA. V súčasnosti ju môžeme zaradiť do systému pedagogických disciplín, pričom sa vyčleňuje ako pomerne samostatná disciplína, avšak s blízkym vzťahom k pedagogickým a iným príbuzným vedám (napr. všeobecná pedagogika, didaktika, metodológia výskumu, pedagogická psychológia atď.). CHRÁSKA (1988, podľa DITTRICH, 1993) vníma *pedagogickú diagnostiku* ako špeciálnu pedagogickú disciplínu, ktorá sa zaoberá objektívnym zisťovaním, posudzovaním a hodnotením vnútorných a vonkajších podmienok, ale tiež priebehu a výsledkov vo výchovno-vzdelávacom procese. Na základe zistení a záverov (nálezu) sú potom vyslovené prognostické úvahy a následne navrhnuté pedagogické opatrenia. SINGULE (podľa DITTRICH, 1993) hovorí o tom, že ju môžeme chápať minimálne v dvoch významoch – ako *praktickú diagnostickú činnosť*, resp. ako *teóriu diagnostickej práce* v procese výchovy. GAVORA (2015) vníma pedagogickú diagnostiku ako vednú disciplínu, ktorá sa zaoberá otázkami diagnostikovania vo výchovno-vzdelávacom prostredí. V tomto ponímaní ide o pedagogickú diagnostiku ako *»teóriu diagnostikovania«*, ktorá má svoj predmet, stratégie a postupy, diagnostické metódy a vzťahuje sa tak k iným pedagogickým disciplínam. GAVORA (2015) ďalej popisuje pedagogické diagnostikovanie ako také, ktoré sa uskutočňuje vo výchovno-vzdelávacom prostredí a v situáciách (najmä v škole, v rôznych výchovných zariadeniach a pod.). Autor ďalej definuje *pedagogické diagnostikovanie* ako „*zisťovanie, analyzovanie a hodnotenie úrovne rozvoja žiaka/žiacov ako objektu a subjektu výchovného a vzdelávacieho pôsobenia*“ (GAVORA, 2015, s. 12). Predmetom diagnostikovania môže byť v tomto smere učebná činnosť žiaka (vrátane výsledkov), resp. skupiny žiakov (šk. triedy), rodinné prostredie žiaka, pedagogickí a odborní zamestnanci školského/výchovného zariadenia (učiteľ alebo celý učiteľský zbor, vychovávateľ, sociálny pedagóg, špeciálny pedagóg, riaditeľ a ďalší). ZELINKOVÁ (2011) vníma *pedagogickú diagnostiku* ako komplexný proces, ktorého cieľom je poznávanie, posudzovanie a hodnotenie vzdelávacieho procesu - jeho aktérov. KASÁČOVÁ a CABANOVÁ (2011) vnímajú *pedagogickú diagnostiku* predovšetkým ako teoretickú disciplínu v štúdiu a práci učiteľa primárneho vzdelávania. Táto mu má poskytnúť poznatky, zručnosti a skúsenosti, aby tak bol schopný utvárať svoju diagnostickú spôsobilosť a kompetenciu. Vďaka tomu môže učiteľ následne prostredníctvom diagnostickej činnosti pomáhať rozvoju jednotlivca, resp. efektívite a intencionálnosti výchovno-vzdelávacieho procesu. Pre lepšie porozumenie uvádzame ilustratívnu tabuľku č. 1 nižšie, kde sú v bodoch jasne vytyčené základné otázky dôležité pre porozumenie *pedagogickej diagnostike*.

Tab. 1: *Pedagogická diagnostika v prehľade* (podľa GAVORA, 2015, s. 20)

ÚČEL DIAGNOSTIKY	zistenie stavu rozvoja žiaka, úroveň vedomostí, vyučovania.
KTO DIAGNOSTIKUJE?	učiteľ, výchovný poradca,
KOHO DIAGNOSTIKUJE?	žiaka, skupinu žiakov/triedu, edukačné prostredie
AKO DIAGNOSTIKUJE?	pozorovanie, dotazníky, škály, didaktické testy a iné.
ČO JE VÝSLEDKOM?	nález, zistenie stavu/úrovne
OPATRENIE	pedagogický zásah, intervencia, plánovanie vyučovania a iné
PROGNÓZA	predpoklad budúceho rozvoja

Od *pedagogickej diagnostiky* treba odlišiť *psychodiagnostiku*, ktorá sa síce môže podobáť v rôznych princípoch a metódach, ktoré využíva, ale v cieľoch a celkovom kontexte sa striktné líši. *Psychodiagnostika* je synonymné označenie pre »*psychologickú diagnostiku*«. Zatiaľ čo *pedagogická diagnostika* patrí do kompetenčného rámca pedagóga, *psychodiagnostiku* môže vykonávať výlučne psychológ. STANČÁK (1996) ju chápe ako psychologickú disciplínu, ktorá má presne vymedzený predmet štúdia a vlastný metodický postup. SVOBODA (2001) chápe *psychodiagnostiku* ako aplikovanú psychologickú disciplínu, ktorej úlohou je zisťovanie a meranie psychických vlastností a stavov, prípadne ďalších charakteristík individua. Podľa STANČÁKA (1996) psychodiagnostika vo všeobecnosti nadväzuje na skúmanie interindividuálnych rozdielov medzi ľuďmi. Primárne sa však zameriava na skúmanie vnútornej štruktúry jedinca, prostredníctvom ktorej môžeme vysvetliť rôzne formy správania človeka. Takéto zameranie na intraindividuálne súvislosti tvorí náplň predmetu psychodiagnostiky.

HRABAL (1989) vymedzil základné charakteristické znaky *psychodiagnostiky* nasledovne:

- Ide o poznávanie stavu, vývinu psychické individuality, resp. psychických aspektov jednotlivých sociálnych útvarov. Subjektom – realizátorom, je najčastejšie psychológ.
- Účelom, cieľom je poznanie jedinca/skupiny a porozumenie im, ktoré vyjadrujeme v takej diagnóze, ktorá umožňuje následnú prognózu (odhad pravdepodobného ďalšieho vývinu) a môže sa stať predpokladom pre ďalšie rozhodovanie, resp. optimalizačné zásahy do života a prostredia diagnostikovaného.
- Medzi predpoklady *psychodiagnostiky* môžeme zaradiť poznanie základných zákonitostí štruktúry, vývinu a systémových závislostí diagnostikovanej individuality/skupiny. Predpokladom je tiež schopnosť tvorby a využitia diagnostických nástrojov a postupov, ktoré následne spracovávame, vyhodnocujeme a interpretujeme v efektívnom diagnostickom procese. V neposlednom rade je dôležitá základná orientácia psychodiagnostika v teórii a praxi predmetného oboru, v ktorom sa diagnostika uplatňuje (napr. klinická psychológia, školská psychológia, poradenská psychológia atď.).
- *Psychodiagnostika* má svoju vlastnú teóriu, aj keď jej jadrom je konkrétna odborná diagnostická činnosť.

Pre lepšiu prehľadnosť a porozumenie *psychodiagnostike* uvádzame podobne ako v predchádzajúcom prípade ilustračnú tabuľku č. 2 nižšie.

Tab. 2: *Psychologická diagnostika v prehľade.*

ÚČEL DIAGNOSTIKY	Poznanie psychického stavu, vlastností, osobnosti, inteligencie a pod.
KTO DIAGNOSTIKUJE?	psychológ
KOHO DIAGNOSTIKUJE?	Klienta/pacienta
AKO DIAGNOSTIKUJE?	Klinické, testové a prístrojové metódy
ČO JE VÝSLEDKOM?	nález, psychologická diagnóza
OPATRENIE	zásah, intervencia, poradenstvo/psychoterapia a pod.
PROGNÓZA	predpoklad budúceho priebehu diagnostikovaného javu

Kombináciou *pedagogickej* a *psychologickej diagnostiky* vzniká *pedagogicko-psychologická diagnostika*, ako samostatná aplikovaná disciplína, ktorej vymedzeniu sa budeme bližšie venovať v nasledujúcej podkapitole 1. 2.

1. 2 PEDAGOGICKO-PSYCHOLOGICKÁ DIAGNOSTIKA AKO PROCES

Aj keď sa na prvý pohľad možno zdá, že pedagogicko-psychologická diagnostika pripomína pedagogickú diagnostiku, resp. psychodiagnostiku, existujú medzi týmito disciplínami kľúčové rozdiely, ktoré ich striktne oddeľujú. Prax však ukazuje, že sa líšia najmä v cieľoch a zámeroch, kontexte (okolnostiach, prostredí, diagnostickom probléme atď.) a kompetenčnom rámci diagnostika. V tejto podkapitole sa budeme venovať práve vymedzeniu *pedagogicko-psychologickej diagnostiky* – ako samostatnej kategórie, jej špecifikám a základným princípom. Zároveň kladieme dôraz na to, že pokiaľ hovoríme o PPD, vždy máme na mysli diagnostický proces so všetkými špecifikami, ktoré má.

Pedagogicko-psychologická diagnostika (PPD) je skutočne kombináciou princípov pedagogickej a psychologickej diagnostiky. Zároveň ju však môžeme zaradiť medzi hraničné špeciálne psychologické disciplíny. Zjednodušene sa dá povedať, že ide o aplikáciu psychologickej diagnostiky v školskom prostredí, resp. pedagogickej oblasti. Hrabal (2002) chápe PPD ako proces poznávania a hodnotenia individuálnych zvláštností a špecifik osobnosti žiaka/dieťaťa a výchovnej skupiny/triedy s orientáciou na prognózu. Ďalej tento proces vyústí do návrhov pre optimalizáciu rozvoja osobnosti žiaka/dieťaťa. Hrabal (1989, s. 13-14) tiež hovorí o PPD ako o „*poznávaní stavu a vývinu psychickej individuality či psychických aspektov jednotlivých sociálnych útvarov. Účelom, cieľom je poznanie jedinca a skupiny a porozumenie im, ktoré sa vyjadrí v takej diagnóze, ktorá umožňuje následné určenie prognózy (odhad pravdepodobného ďalšieho vývoja). Tá sa môže potom stať podkladom pre rozhodovanie, prípadne pre optimalizačné zásahy do života, či prostredia diagnostikovaného jedinca, sociálnej jednotky. Príjemcom diagnózy sa*

stáva diagnostikovaný, resp. všetci, ktorí sú kompetentní pre rozhodovanie a spolurozhodovanie o diagnostikovanom, ale tiež diagnostik sám“.

Centrálnym predmetom PPD je žiak (resp. vo všeobecnosti dieťa alebo chovanec), vychovávaný, edukant. Predmetom tiež môže byť výchovná skupina, školská trieda, resp. celá výchovná inštitúcia ako sociálny útvar a samozrejme tiež i samotní učitelia, vychovávatelia ako výchovní činitelia (Hrabal, 1989) – „tí ktorí (spolu)vychovávajú. *Subjektom* a teda diagnostikujúcim je najčastejšie (školský/poradenský) psychológ, učiteľ, resp. vychovávateľ.¹ Účelom a cieľom býva zvyčajne optimalizácia rozvoja jednotlivých žiakov/výchovnej skupiny, čo znamená, že sa v rámci PPD snažíme o hľadanie psychických potencialít osobnosti, resp. rezerv v pôsobení prostredia a vo výchovných postupoch. V teoretickej aj praktickej rovine sa vo väčšej miere PPD prekrýva s pedagogickou diagnostikou ako s psychodiagnostikou, Zároveň netreba zabúdať, že nie všetko, čo v rámci diagnostiky realizuje pedagóg, je len pedagogická diagnostika. Často krát to spadá (či už z pohľadu cieľov, kontextu, použitých metód) do oblasti pedagogicko-psychologickej diagnostiky. Ak sme na začiatku hovorili o tom, že ide o hraničnú disciplínu, PPD má prieniky najmä s nasledujúcimi vednými disciplínami: *pedagogická diagnostika, psychodiagnostika, všeobecná pedagogika, špeciálna pedagogika, didaktika, pedagogická psychológia, školská psychológia, poradenská psychológia, všeobecná a vývinová psychológia, metodológia a psychometria/edumetria*, a ďalšie. Pre lepšie porozumenie uvádzame podobne ako v predchádzajúcich prípadoch ilustratívnu prehľadovú tabuľku č. 3 nižšie.

Tab. 3: *Pedagogicko-psychologická diagnostika v prehľade*

ÚČEL DIAGNOSTIKY	zistenie stavu rozvoja a potencialít žiaka/triedy/učiteľa.
KTO DIAGNOSTIKUJE?	Školský/poradenský psychológ, učiteľ, výchovný poradca, vychovávateľ
KOHO DIAGNOSTIKUJE?	žiaka, skupinu žiakov/triedu, edukačné prostredie, pedagóga
AKO DIAGNOSTIKUJE?	Exploračné, observačné, retrospektívne, projektívne, štúdium dokumentácie.
ČO JE VÝSLEDKOM?	nález, diagnóza - zistenie stavu/úrovne
OPATRENIE	zásah, intervencia, rozvoj dispozícií, zmena požiadaviek a pod.
PROGNÓZA	predpoklad budúceho rozvoja

Ako sme už naznačili, diagnostikovanie v rámci PPD vnímame ako proces, ktorého kroky majú svoju logickú postupnosť a nasledujú nadväzujúco na seba. Ako však upozorňuje GAVORA (2015), tieto kroky často v praxi okrem toho, že na seba nadväzujú, prebiehajú zároveň simultánne.² Niektoré sa realizujú pred vlastným diagnostikovaním

¹ Nemáme na mysli, len vychovávateľa v rámci školského zariadenia (školský klub detí), ale aj v rámci iných inštitúcií, kde sa realizuje (aj) výchovná činnosť – napr. Centrum pre dieťa a rodinu; Reedukačné a resocializačné centrá; Liečebno-výchovné sanatóriá; Diagnostické centrá a pod.

² Tak napr. diagnostickú hypotézu, resp. otázku, si formulujeme v úvodných etapách diagnostického procesu. Priebežne počas získavania informácií a údajov o diagnostikovanom, ju môžeme reaktualizovať

(zber diagnostických údajov), iné až po ňom. Viacerí autori popisujú diagnostický proces vo viacerých fázach. Pre potreby úvodu do PPD nám postačuje vybrať niektorých, ktorých jednotlivé fázy diagnostického procesu sa zdajú byť principiálne kompatibilné. Napr. GAVORA (2015) hovorí o 8 základných fázach diagnostického procesu:

- **Plánovanie a organizovanie diagnostikovania** - Koho, kedy a ako často diagnostikovať? Ide o vstupné/priebežné alebo výstupné diagnostikovanie? Aké organizačné a technické podmienky potrebujeme zabezpečiť, aby mohlo diagnostikovanie prebehnúť?
- **Diagnostická hypotéza (otázka)** - na začiatku procesu diagnostikovania si diagnostik kladie základnú otázku/hypotézu, ktorá ho v celom procese potom vedie. Cieľom diagnostikovania sa tak stáva potvrdenie/vyvrátenie hypotézy, resp. hľadanie odpovedí na diagnostické otázky. Diagnostická hypotéza/otázka môže byť stanovená explicitne (je vyslovená, resp. má písomnú podobu) alebo implicitne (v duchu a predstave diagnostika o diagnostikovanom).
- **Zber a spracovanie diagnostických údajov** - zber diagnostických údajov predstavuje jadro celého diagnostického procesu. Často ide o terénnu prácu, pri ktorej vyberáme a aplikujeme rôzne špeciálne diagnostické metódy a nástroje. Výber metód, by mal vychádzať z premenných diagnostickej otázky/hypotézy, ktoré by mali diagnostické metódy adekvátnym spôsobom zachytiť. Metódy nikdy nevyberáme náhodne, vždy ich využívame primeraným spôsobom (v závislosti od metodického usmernenia pre každú diagnostickú metódu) a získané údaje spracúvame rovnako predpísaným spôsobom (nie náhodne intuitívne). Presnosť a správnosť v tejto fáze nám zabezpečí relevantnejšie interpretácie diagnózy/nálezu v nasledujúcich krokoch.
- **Vyhodnotenie a interpretácia diagnostických údajov** - Údaje, ktoré v rámci fázy zberu dát získame, je potrebné vyhodnotiť a následne interpretovať. Interpretácia by sa mala vždy vzťahovať na individuálnu genézu žiaka/skupiny. Vyhodnocovacie a interpretačné postupy sú často súčasťou metodických materiálov pre jednotlivé diagnostické metódy - opäť postupujeme svedomito, systematicky a nie náhodne.
- **Stanovenie diagnózy** - Netreba zabúdať, že diagnóza v zmysle PPD znamená určitý nález, ktorý popisuje zistenie stavu. Tvorí sa po fáze vyhodnotenia a interpretácie získaných diagnostických údajov. Diagnóza by mala byť výsledkom (syntézou) analýzy a komparácie aktuálneho stavu diagnostikovaného s minulým stavom, resp. kritériom (požadovanou normou, cieľovým zámerom a pod.). Ide tak o vyjadrenie vzťahu medzi aktuálnym stavom rozvoja žiaka a určitým kritériom.
- **Komunikácia diagnózy** - Na tomto mieste je dôležité spomenúť, že stanovením diagnózy sa diagnostický proces nekončí. Veľmi dôležitá je ďalšia fáza - komunikácia diagnózy. Ide tak citlivé a zrozumiteľné komunikovanie (odovzdávanie) diagnostických nálezov všetkým zainteresovaným

a preformulovať, čo je bežný a opodstatnený postup. Neskôr po analýze získaných údajov a interpretácii výsledkov, ju môžeme dokonca úplne zmeniť - čo môže byť opäť štartovacia čiara ďalšieho (re)diagnostického procesu.

a kompetentným – rodičom, učiteľom, vychovávateľom a ďalším, ktorí sa podieľajú na procese výchovy (resp. reedukácie, resocializácie, socioterapie a psychoterapie atď.).

- **Pedagogické opatrenie (zásah a intervencia)** – Po určení a komunikovaní diagnózy by mal diagnostik vysloviť určité odporúčania smerom k zlepšeniu, optimalizácii rozvoja žiaka/triedy. Odporúčania diagnostika by mali odpovedať na viaceré otázky – Ako urobiť nápravu? Ako využiť potenciality diagnostikovaného? Čo je nutné u žiaka/v prostredí/v intervencii zmeniť smerom k optimalizácii rozvoja žiaka/triedy?
- **Vyslovenie prognózy** – Posledným krokom, ktorý diagnostik v rámci procesu diagnostikovania podnikne, je vyslovenie prognózy. Snaží sa tak naformulovať predpoklad o ďalšom rozvoji žiaka/triedy – vôbec sledovaného a diagnostikovaného javu. Niekedy ide skôr o krátkodobú prognózu, inokedy o dlhodobú (v závislosti od diagnózy).

Pre porovnanie uvádzame jednotlivé etapy diagnostického procesu podľa HRABALA (1989), ktorý však tiež upozorňuje na fakt, že v praxi často prebiehajú súčasne, prípadne sa cyklicky opakujú (najmä ak pokrok/zmena v jednom štádiu ovplyvní pokrok v predchádzajúcom štádiu). HRABAL (1989) popisuje nasledujúcich 6 etáp diagnostického procesu v rámci PPD:

- **Formulácia a upresnenie diagnostickej otázky a vstupnej hypotézy** – otázka je zvyčajne konkretizácia niektorého zo všeobecných problémov. V úvodnej fáze si ju tak kladie sám diagnostik, ale tiež rodič, resp. žiak (diagnostikovaný). Na základe predbežných údajov, ktoré má diagnostik k dispozícii, vytvára predbežnú diagnostickú hypotézu, ktorá je vlastne všeobecnou hypotetickou odpoveďou, resp. alternatívnou odpoveďou na diagnostickú otázku.
- **Zámerné získavanie diagnostických údajov a voľba vhodných metód** – Všetky ďalšie diagnostické je potrebné získať zameraným úsilím. Pokiaľ majú mať získané diagnostické údaje význam, musia umožniť po analýze odpoveď na diagnostickú otázku. Už pri výbere metód, sa diagnostik rozhoduje, ktorú diagnostickú stratégiu v ďalšom procese zvolí (bližšie k diagnostickým stratégiám vid' nasledujúcu podkapitolu 1. 3). Výber metód tak nie je náhodný, ale logický a systematický – opäť v závislosti od vstupnej diagn. otázky/hypotézy.
- **Spracovanie, utriedenie a analýza diagnostických údajov** – Analýza je nevyhnutná práve preto, že získané údaje sú prevažne komplexné. Podľa druhu vybraných diagnostických metód má kvalitatívny charakter alebo kvantitatívny charakter (s použitím štatistických metód). Spracovanie a analýza opäť prebieha systematicky v závislosti od metodiky jednotlivých špecifických diagnostických nástrojov.
- **Interpretácia a hodnotenie** – Cieľom analýza je následná interpretácia a hodnotenie diagnostikovaných javov. Ide tak o porozumenie vzťahu dispozícií

a vonkajších činiteľov. Získané údaje sa tak interpretujú v závislosti od diagnostickej otázky/hypotézy.

- **Konečná syntéza** – Odpoveďou na diagnostickú otázku by mala byť určitá diagnóza/nález a následne prognóza. Pokiaľ je diagnóza formulovaná správne, umožňuje nám lepšie pochopiť a porozumieť súčasnému stavu žiaka/triedy, jeho genéze. Z toho následne vyplýva určenie smeru výchovných opatrení, resp. vývinová prognóza.
- **Diagnostický záver** – Tento má spravidla hypotetickú a často alternatívnu podobu. Až výsledok navrhnutých výchovných postupov a odporúčaní je definitívnym overením správnosti diagnózy, preto má rozhodujúci význam získanie spätných informácií o diagnostikovanom jave v perspektíve budúcnosti. Po neúspechu, je nutné revidovať diagnostické hypotézy, znovu ich overiť realizáciou diagnostiky a následne formulovať novú diagnózu a nové riešenia.

A nakoniec uvádzame etapy diagnostického postupu, ako ich uvádza DITTRICH (1993):

- **Formulácia a upresnenie otázky a vstupnej hypotézy (subjektívnej)** – Otázka a hypotéza je vždy formulovaná diagnostikom (učiteľom, psychológom, výchovným poradcom a pod.), resp. tiež rodičom, žiakom, ktorého sa priamo týka. Môže sa tak objaviť vo vyjadreniach žiaka, jeho očakávaní, jeho porozumenia tomu, prečo vôbec vstúpil do diagnostického procesu a podobne.
- **Zámerné a zamerané získavanie diagnostických údajov** – Dôležitý je výber adekvátnych diagnostických metód.
- **Spracovanie, utriedenie a analýza získaných údajov** – Po zbere údajov nasleduje ich spracovanie, triedenie a analýza, ktorá vedie k adekvátnej interpretácii získaných údajov.
- **Interpretácia a hodnotenie** – Realizujú sa na základe vzťahu vnútorných dispozícií diagnostikovaného a vonkajších podmienok, ktoré na neho pôsobia (resp. na sledovaný jav v rámci PPD).
- **Syntéza dát o prostredie a osobnosť** – Následná syntéza výsledných zistení nám umožní stanovenie diagnózy – diagnostického záveru a z toho vyplývajúcich pedagogických opatrení.
- **Stanovenie diagnostického záveru a pedagogické opatrenia** – Ak je diagnóza (nález) formulovaná adekvátne, mali by z nej priamo vyplývať konkrétne pedagogické opatrenia a intervencie, ktoré by bolo vhodné v ďalšej práci s diagnostikovaným zohľadniť a aplikovať.

Z vyššie uvedených fáz diagnostického procesu v rámci PPD troch rozličných autorov vyplýva, že by sme nemali zabúdať na logickú postupnosť, ale tiež na to, že jednotlivé kroky sa v rámci PPD často prekrývajú. Nemôžeme však vyberať metódy, ak nemáme vstupnú diagnostickú hypotézu/otázku a teda cieľ, ku ktorému celý diagnostický proces smeruje. Ak čo „najčistejšie“ prebehne fáza zberu, analýzy a interpretácie údajov, nemali by sme si nálezy nechávať len pre seba, ale citlivým spôsobom ich komunikujeme všetkým zainteresovaným – vrátane diagnostikovaného. Návrh odporúčaní by mal smerovať

smerom k zlepšeniu, optimalizácii rozvoja diagnostikovaného a jeho aktuálneho stavu. Záverečné zhrnutie a prognóza by sa mala snažiť zachytiť, ako sa bude v čase sledovaný jav vyvíjať a čo môžeme v tejto súvislosti očakávať – vždy v závislosti od diagnózy.

1. 3 STRATÉGIE A POSTUPY V RÁMCI PEDAGOGICKO-PSYCHOLOGICKEJ DIAGNOSTIKY

Ako sme naznačili vyššie, už v úvodných fázach diagnostického procesu sa diagnostik (niekedy vedome, inokedy nevedome) prikláňa k určitej diagnostickej stratégii. Ak hovoríme o diagnostickej stratégii, máme tým na mysli určitý postup diagnostika, ktorý v sebe zahŕňa vo všeobecnosti celkové „uvažovanie“ o diagnostickom probléme. Takéto nastavenie sa potom odrazí vo výbere, resp. preferencii určitých diagnostických metód (napr. skôr kvalitatívne orientovaných ako kvantitatívne a pod.), následnom zbere, spracovaní a analýze diagnostických údajov. A nakoniec sa konkrétna diagnostická stratégia pretaví do spôsobu interpretácie (porozumenie zistením výsledkom PPD) a formulácie diagnostických záverov – nálezov. DITTRICH (1993) navyše dodáva, že snaha nájsť čo najpresnejšie, najobjektívnejšie údaje (vrátane metód, ktoré tieto údaje zachytia) o človeku, sa odvíja v dvoch hlavných smeroch. Z hľadiska PPD tak hovorí o dvoch základných stratégiách:

- **Kazuistická (klinická)** – tzv. „prirodzená diagnostika“, ktorá prirodzeným spôsobom študuje konkrétny prípad a osobnosť diagnostikovaného. Práve v školskom prostredí sa pedagóg najčastejšie prikláňa ku kvalitatívne orientovanému postupu v rámci PPD, kedy sa zameriava na konkrétny prípad – žiaka/triedu, než na „výskumný zber dát“ a ich kvantifikáciu.
- **Psychometrická** – ktorá je skôr zameraná na kvantifikáciu dát s využitím štatistických a matematických operácií. Táto stratégia sa však využíva v školskom prostredí najmä pri práci s didaktickými testami, kde je kvantifikácia získaných údajov pre pedagóga nevyhnutná.

Rovnako o týchto dvoch diagnostických stratégiách hovorí aj HRABAL (1989), ktorý navyše uvádza, že vývoj psychodiagnostiky a metód sa uberal dvoma odlišnými základnými smermi – **kazuistický/klinický** a **psychometrický**. **Kazuistická**, resp. **klinická** diagnostická stratégia býva niekedy označovaná ako „prirodzená diagnostika“. Ak sa diagnostik orientuje skôr kazuisticky, smeruje priamo k individualite diagnostikovaného. Hľadá však na rozdiel od laika systematickým a zámerným spôsobom určité zákonitosti, súvislosti, podľa ktorých sa vyvíjal a žije ako individualita. Nekladie dôraz na porovnávanie diagnostikovaného s celou populáciou, pretože by tým zmazal rozdiely medzi jednotlivcami, ktoré sú v rámci PPD dôležité. Tieto rozdiely sú podľa autora kvalitatívne jemnejšie, citlivejšie, diagnostika ide viacej do hĺbky sledovaného javu. Základným diagnostickým nástrojom sa stáva sám diagnostik a dokonca autor polemizuje o tom, že sa tu objektivita dosahuje práve vďaka prehĺbeniu subjektívneho prístupu k diagnostikovanému. V niektorých diagnostických školách sa na tomto mieste zdôrazňuje najmä empatia, porozumenie a prijatie, akceptácia diagnostikovaného takého, aký v skutočnosti je (minimálne v úvodných etapách diagnostického procesu). Pre porozumenie a interpretáciu diagnostických údajov je samozrejme nevyhnutný určitý

vnútorný odstup. HRABAL (2002) ďalej uvádza, že z diagnostických metód siahne kazuisticky orientovaný diagnostik najčastejšie po metóde rozhovoru, pozorovania, projektívnych a retrospektívnych metódach. GAVORA (2015) vysvetľuje pri kazuistickom prístupe podstatu v etymológii slova – kauza ako prípad. Diagnostik tak so svojou pozornosťou venuje každému diagnostikovanému prípadu individuálne. Kvalitatívne orientovaná metóda sa tak stáva „láskavejšou“, pričom jej cieľom nie je používanie exaktných metód, ktoré by získané údaje kvantifikovali – prevádzali na číselné údaje. HALAMA (2005) hovorí o jedinečnosti a individualite, ktorá stojí v popredí uvažovania klinicky/kazuisticky orientovaného diagnostika. Cieľom je tak získanie čo najväčšieho množstva informácií o diagnostikovanej osobe/skupine, pričom nie je nutné ignorovať žiadne údaje – ani tie, ktoré nevieme kvantifikovať. Výhodou sa tak stáva, že môže využívať aj zriedkavo sa vyskytujúce špecifické údaje, ktoré môžu byť v rámci diagnostického procesu užitočné pre celkové závery. Ide tak o flexibilný prístup, ktorý je založený na získavaní informácií o diagnostikovanom z viacerých zdrojov. Podľa STANČÁKA (1996) sa tak diagnostik stáva elastickým nástrojom pre získavanie rozličných informácií, formulovanie hypotéz a ich verifikácií. Často krát tak nejde o štandardný štrukturalizovaný spôsob získavania, spracovania a analyzovania, či interpretovania diagnostických údajov.

Druhou základnou diagnostickou stratégiou je **psychometrická stratégia**, ktorá je skôr kvantitatívne orientovaná. Podľa HRABALA (1989) je psychometrická stratégia v PPD blízka najmä výskumným experimentálnym postupom. Vychádza tak z premisy, že všetci ľudia majú v podstate rovnaké dispozície, ktoré sú rozvinuté v rôznej intenzite a kombinácii. Rozdiely, ktoré tam vznikajú, je možné merať a kvantifikovať. Nevyhnutné je tak použitie štatistických a matematických metód, pretože kvantifikácia sa premieta do všetkých etáp diagnostického procesu (vrátane konštrukcie vlastných diagnostických nástrojov). Matematicko-štatistickou analýzou (napr. faktorová analýza) sa zisťujú činitele, ktoré zachytávame získanými diagnostickými údajmi (napr. formou bodov, skóre a pod.). Zisťujú sa tak štatistické závislosti medzi premennými a tým sa dospeje k interpretácii dát a zároveň tým odpovedáme na diagnostickú otázku (resp. potvrdzujeme/vyvraciam hypotézu), ktorej dispozície/javy metóda zachytáva. Výkony a údaje sa často hodnotia podľa určitých noriem (najmä pri štandardizovaných meracích nástrojoch máme k dispozícii normy, etalón – rozloženie skúmaného javu/premennej v populácii v rôznych skupinách a pod.). HALAMA (2005) hovorí o psychometrickom prístupe tiež ako o testovom, neosobnom. Najmä v rámci psychodiagnostiky je akcent na používanie štandardizovaných metód, ktoré umožňujú kvantifikovať meraný jav a interpretovať tak mieru vlastností testovaného. Ak je tento prístup štandardizovaný, znamená to, že je jasne definovaný, štruktúrovaný a platí rovnako u všetkých diagnostikovaných. Autor ďalej hovorí, že každá kvantifikácia nejakej osobnostnej črty, schopnosti vzhľadom na populáciu, je väčšinou vyjadrená umiestnením jedinca v skupine ľudí. Podľa toho vieme určiť, či je tento diagnostikovaný človek v meranej premennej priemerný, nadpriemerný alebo podpriemerný, resp. do akej miery vôbec. Psychometrický prístup je tak založený na matematickej štatistike, vďaka čomu sa kladie dôraz na všeobecný výskyt javov na úkor ignorovania špecifických individuálnych prejavov človeka. STANČÁK (1996) tento prístup (najmä v rámci psychodiagnostiky)

označuje ako testový, pretože prostredníctvom diagnostických testov a techník identifikuje určité vlastnosti na kontinuu, čo slúži ako podklad pre analýzu osobnosti a jej zložiek. Pri testovom prístupe sa diagnostik snaží o to, aby diagnostický proces (najmä fáza zberu, spracovania a analýzy, interpretácie dát) prebehol za rovnakých podmienok, za akých boli získané údaje pre populačné normy pri jednotlivých diagnostických nástrojoch (najmä testoch, dotazníkoch, posudzovacích škálach). GAVORA (2015) označuje tento prístup za **edumetrický**, pričom hovorí skôr o oblasti pedagogickej diagnostiky. V rámci tohto prístupu diagnostik používa kvantitatívne (číselné) metódy a zisťované diagnostické údaje majú numerický charakter, pričom až tieto číselné hodnoty sa následne vysvetľujú a interpretujú. Autor uvádza, že sa najčastejšie s edumetrickým prístupom stretávame v *Centrách pedagogicko-psychologického poradenstva a prevencie (CPPPaP)*. Učitelia využívajú v rámci pedagogickej diagnostiky edumetrický prístup najmä pri testovaní vedomostí a zručností žiakov (rôzne didaktické testy).

Aj keď sa najčastejšie v rámci psychodiagnostiky, a pedagogickej diagnostiky (a platí to aj pre oblasť PPD) hovorí o *psychometrickej/edumetrickej a kazuistickej/klinickej stratégii*, zaujímavé je tiež spomenúť iné delenie prístupov, ktoré sa môžu objaviť v praxi PPD. STANČÁK (1996) napr. uvažuje o *formálnom a neformálnom prístupe* v diagnostike. Pod **formálnym prístupom** chápe v rámci psychodiagnostiky mechanickú aplikáciu testových metód s dôrazom na kvantitatívne ukazovatele diagnózy, čo pripomína psychometrický prístup spomenutý vyššie. Formálny (alebo tiež laboratórny) prístup býva subjektívne negatívne vnímaný a pocitovaný diagnostikovaným a neumožňuje kvalitatívne zhodnotenie diagnostikovaného. V tomto prístupe sa tak vytráca človek – jeho jedinečnosť a individualita a diagnostik ho vníma „len“ ako prípad, resp. určitý typ diagnózy a podobne. Naopak **neformálny prístup** zohľadňuje vhodné a odborné aplikovanie diagnostických metód (aj kvalitatívne orientovaných) smerom k poznaniu, porozumeniu stavu diagnostikovaného, čo pripomína skôr klinický/kazuistický prístup popísaný vyššie. STANČÁK (1996) vníma ako devízu najmä to, že pri neformálnom prístupe diagnostik získava informácie o všetkých okolnostiach, ktoré môžu determinovať sledované javy/premenné. Hypotetické závery sú tak ďalej overované prostredníctvom správne indikovaných metód. Ako však ukazuje prax a potvrdzujú viacerí autori (napr. HALAMA, 2005; GAVORA, 2015 a iní), oba prístupy sa často **integrujú**, čím vzniká možnosť vzájomného sa dopĺňania a prelínania. V rámci integrovaného prístupu k diagnostike môže byť vhodné vytvoriť „prístup šitý na mieru diagnostikovaného“, čo znamená, že diagnostik s ohľadom na každý jeden diagnostický prípad vytvára diagnostickú stratégiu, ktorá zohľadňuje a akceptuje individuálne zvláštnosti, možnosti a potreby diagnostikovaného. Zároveň nezabúda na účel, cieľ diagnostického procesu, ktorý ho vedie aj pri výbere metód a ich aplikácii. V neposlednom rade musíme mať na zreteli, či ide o **parciálny prístup k diagnostikovaníu** a kedy sa diagnostická činnosť zameriava len na dielčie – parciálne premenné (prejavy, vlastnosti, schopnosti a pod.). Druhou možnosťou je nazerať na diagnostikovanie ako na **globálny – komplexný proces**. Tento prístup k PPD tak vytvára možnosť pre štúdium a porozumenie celému komplexu (viac zameraný do šírky) sledovaných premenných – napr. vzájomných interakcií psychických javov, funkcií, prejavov správania a sociálnych, resp. fyziologických javov. Príkladom pre

globálny – komplexný prístup k diagnostikovaní je *pedagogická charakteristika žiaka*, kedy učiteľ – diagnostik popisuje a vysvetľuje sledovaného diagnostikovaného žiaka komplexne – vo všeobecnosti. GAVORA (2015) ešte hovorí aj o **explicitnom a implicitnom diagnostikovaní**. Implicitné diagnostikovanie je podľa neho typické pre učiteľa, ktorý v priebehu vyučovania spontánne posudzuje žiakov, aktuálny priebeh vyučovacieho procesu a reaguje priamo na situácie, ktoré sa vyskytnú. Naopak explicitné diagnostikovanie je skôr zjavné, formálne odlišné od bežného vyučovania, resp. iného výchovno-vzdelávacieho procesu. Príkladom je nejaká forma testovania (vrátane didaktických testov a testov na zmapovanie vedomostí, poznatkov v nejakej oblasti). Samozrejme, že sa nedá zjednodušene hovoriť o tom, ktorý prístup, resp. diagnostická stratégia je vhodnejšia, lepšia. Dôležité je tak vedieť sa v nich orientovať, uvedomovať si kontext, pretože diagnostikovanie ako proces prebieha síce stále pod gesciou diagnostika – vždy však pre dobro a potreby diagnostikovaného.

1. 4 ODBORNÉ A ETICKÉ ZÁSADY DIAGNOSTICKEJ ČINNOSTI

„Primum non nocere“

(Hippokrates)

Okrem všeobecne platných pravidiel a zásad, by sme nemali zabúdať ani na etickú stránku diagnostického procesu. V prvom rade by sme si mali uvedomiť, že rovnako, ako dokážeme vhodne zvoleným diagnostickým postupom a celkovým diagnostickým nálezom diagnostikovanému pomôcť, rovnako mu môžeme aj uškodiť. Súhlasíme tak s HALAMOM (2005), ktorý zdôrazňuje, že diagnostická činnosť sa nezaobíde bez dodržiavania určitých morálnych štandardov – *»etických zásad«*. Tie však úzko súvisia s odbornými zásadami a je priamo determinované tým, že diagnostik má dostatočné odborné vedomosti a dokáže ich adekvátne aplikovať v praxi PPD. Autor ďalej hovorí o tom, že neodborné používanie diagnostických metód nemôže byť nikdy etické, pretože vedie k nespoľahlivým a skresleným diagnostickým záverom, čím môže dôjsť až k poškodeniu diagnostikovaného.

Podľa SVOBODU a KLIMUSOVEJ (2007) bývajú niekedy etické princípy redukované len na súbor akýchsi pravidiel, štandardov, či zákonných obmedzení, ktoré je nutné dodržiavať BRICKLINOVA (2001) dodáva, že konať eticky neznamená len rešpektovať určitý etický kódex. Medzi prvky etického rozhodovania zaraďuje osobné hodnoty, etické princípy vyššieho rádu, etické kódexy a etické zásady formulované zákonom. Vzhľadom na vyššie uvedené vnímame v rámci PPD ako úplne prvú a elementárnu zásadu diagnostického procesu – *»primum non nocere“* (niekedy tiež *»primum nihil nocere“*). Autorstvo sa pripisuje HIPPOKRATOVÍ³ a v preklade to znamená - *»v prvom rade neškodiť“*. Ak má diagnostik na zreteli počas celého diagnostického procesu,

³ Nie je však úplne jasné, či je skutočne autorom presne týchto slov. V jeho *Corpus hippocraticum* sa táto fráza v trochu inom znení objavila ako súčasť tzv. *Hippokratovej prísahy*, preto sa prisudzuje autorstvo najčastejšie jemu (pre viac info viď napr. <http://www.eastridges.com/wesley/primum.html>).

že rovnako, ako dokáže pomôcť a byť pre diagnostikovaného užitočný, môže ho aj poškodiť, mal by sa vyhnúť zásadným prešľapom a omylom v rámci PPD. Na tomto mieste sa môžeme inšpirovať etikou platnou v psychológii, pričom existuje viacero rešpektovaných organizácií, ktoré formulovali všeobecne platné dokumenty – tzv. etické kódexy.⁴ Pre potreby PPD tak uvádzame etické zásady, ktoré uvádza HALAMA (2005)⁵ a sú vo veľkej miere aplikovateľné aj pre diagnostickú činnosť v školskom (výchovno-vzdelávacom) prostredí:

- **Odbornosť a nestrannosť diagnostika a jeho záujem o dobro diagnostikovaného** – ide v podstate o súbor zásad, kde patrí na prvom mieste zásada dobra a prospechu klienta. Diagnostik tak berie ohľad na úžitok klienta a má záujem o to, aby diagnostická činnosť bola pre diagnostikovaného (napr. dieťa, žiaka) čo najužitočnejšia. Diagnostikovaná tak má právo byť na rešpektovanie a spravodlivé zaobchádzanie v rámci PPD. HALAMA (2005) naznačuje, že by mal byť diagnostikovaný čo najmenej stigmatizovaný, čo je často v praktickej rovine veľmi náročné. Zásada odbornosti a kompetencie diagnostika sa týka najmä jeho odbornej pripravenosti, úrovne vedomostí a schopnosti adekvátnej realizácie diagnostického procesu. Diagnostik – ako kompetentný odborník, sa tak stáva zodpovedným za kvalitu diagnostického procesu (napr. výber metód, analýza, interpretácia atď.). Štandardy pre pedagogické a psychologické testovanie (AERA, APA, NCME, 2001) v tomto prípade uvádzajú, že diagnostik (v PPD často ako užívateľ psychologických testov) má obmedziť testovanie a s tým súvisiace činnosti v rámci diagnostikovania na oblasť svojej kompetencie, ktorá je daná jeho vzdelaním, výcvikom, supervíziou, praxou, kvalifikáciou a pod. Diagnostik by tak nemal používať diagnostické metódy, ktoré nespádajú do jeho kompetencie. Zároveň to však znamená, že by sa mal priebežne dostatočne oboznamovať so všetkými informáciami, ktoré súvisia s používanými diagnostickými postupmi a metódami (na čo sa často v praxi zabúda a neprikladá sa tomu veľký význam, čo je v konečnom dôsledku rizikové pre diagnostikovaného a celý proces PPD). Posledná zásada v rámci tejto oblasti je podľa HALAMU (2005) požiadavkou na nestrannosť a nezávislosť diagnostika. Základným princípom je tak zabezpečenie toho, aby výsledky diagnostikovania a ich interpretácia neboli ovplyvnené diagnostikom (resp. inými zainteresovanými osobami). V prípade, ak nie je schopný takúto nestrannosť a objektivitu zabezpečiť (napr. konflikt záujmov, iný vzťah s diagnostikovaným ako pracovný – diagnostik a diagnostikovaný), mal by z procesu diagnostikovania vystúpiť a nechať ho tak na kolegu, ktorý je schopný nestranne a objektívne realizovať PPD.

⁴ Na Slovensku je to napr. *Etický kódex psychologickej činnosti Slovenskej psychologickej spoločnosti pri SAV* (http://www.slovenskapsychologickaspolocnost.sk/main.php?page=10-sk-Eticky_kodex); resp. vo svete sú to najmä *Štandardy pre psychologické a pedagogické testovanie – AERA, APA, NCME (2001)*.

⁵ Autor hovorí o etických (resp. odborných) zásadách v činnostiach autorov a vydavateľov diagnostických testov (ako napr. konštrukcia a publikovanie testu, zabezpečenie odbornosti a bezpečnosť testu) a právach a povinnostiach užívateľov testu a testovaných – diagnostik a diagnostikovaný v PPD. My sa však bližšie budeme venovať len druhej oblasti etických zásad na strane diagnostika a diagnostikovaného.

- **Povinnosť mlčanlivosti a právo na ochranu údajov** – ide v prvom rade o diskretnosť a mlčanlivosť, ktorá je súčasťou ochrany diagnostikovaného. Diagnostik tak zabezpečuje ochranu všetkých informácií o diagnostikovanom, ktoré získal v procese diagnostikovania. Táto zásada tak chráni diagnostikovaného predtým, aby všetky dostupné údaje o ňom (jeho rodine, soc. okolí, anamnestické a osobné údaje a pod.), boli zneužitú, resp. desinterpretované treťou stranou. Tieto povinnosti do istej miery upravuje aj *Zákon č. 18/2018 o ochrane osobných údajov* (známy tiež ako GDPR), ktorý upravuje spôsob ochrany osobných údajov o fyzických osobách a zásady pre ich spracovanie. Diagnostik by tak mal znenie tohto zákona nielen poznať, ale najmä rešpektovať a dodržiavať, pretože tým chráni opäť dobro a prospech diagnostikovaného.⁶ Ako uvádza HALAMA (2005), súčasťou je aj povinnosť mlčanlivosti o týchto údajoch, ktorá platí aj po spracovaní osobných údajov (a dokonca aj po ich likvidácii). Výnimkou je len podanie informácií zo strany diagnostika pre účely trestného konania. Na to, aby sme vôbec získali akékoľvek údaje, potrebujeme dobrovoľný súhlas zákonného zástupcu (najčastejšie rodiča). Každý zákonný zástupca (resp. diagnostikovaný) má právo sa rozhodnúť, čoho a či vôbec sa chce zúčastniť a za akým účelom. V praxi sa tak využíva v úvodnej fáze pred začiatkom celého diagnostického procesu na tento účel »*informovaný súhlas*«. Podľa HALAMU (2005) je jeho cieľom jednak potvrdenie, že diagnostikovaný/jeho zákonný zástupca súhlasí s diagnostikovaním, ale tiež informovať diagnostikovaného a jeho zákonného zástupcu o procese diagnostikovania. Mal by tak zahŕňať cieľ diagnostiky, informácie o forme a spôsobe, ako sa bude PPD realizovať, ďalej o tom, na čo budú použité získané údaje, komu budú dostupné a aké sú možné dôsledky procesu diagnostikovania. Až na základe týchto informácií sa diagnostikovaný, resp. jeho zákonný zástupca rozhoduje, či súhlasí s takto nastaveným diagnostikovaním. V prípade, že odmietne, diagnostik sa môže pokúsiť overiť, či správne porozumel informáciám, ktoré mu boli odkomunikované, prípadne to môže vysvetliť a popísať ešte raz. Ak aj napriek tomu odmieta dať súhlas na diagnostikovanie, treba ho informovať o dôsledkoch tohto rozhodnutia, prípadne ho upovedomiť o ďalšom postupe zo strany inštitúcie (napr. školy) a odporučiť, ako by mal (pre prospech a dobro diagnostikovaného) následne postupovať ďalej.⁷
- **Ďalšie práva diagnostikovaného** – poslednou kategóriou etických zásad v diagnostickom procese v rámci PPD, sú ďalšie doposiaľ nespomenuté práva diagnostikovaného, ktoré by mali byť rešpektované. HALAMA (2005) uvádza, že jedným z najdôležitejších je právo diagnostikovaného dozvedieť sa výsledky PPD.

⁶ Zvlášť pokiaľ ide o prax PPD, najčastejšie sa stretávame v súvislosti so zákonom o ochrane osobných údajov pri komunikácii s rodičmi (zákonnými zástupcami) diagnostikovaných. Oni prví často „reklamujú“ a napádajú diagnostikovaného, ak majú pocit, že bola ochrana údajov o ich dieťati porušená, resp. sa diagnostik dopustil nejakého neštandardného kroku a pod.

⁷ Netreba zabúdať na výnimky, ktoré sa v súvislosti s informovaným súhlasom v praxi vyskytujú. Niekedy je proces diagnostikovania súčasťou súdneho nariadenia, resp. na vyžiadanie od sociálnej kurately, kedy sa súhlas nevyžaduje, avšak diagnostik by mal rovnako primerane informovať diagnostikovaného a zákonného zástupcu (HALAMA, 2005).

Aj keď sa zdá na prvý pohľad, že ide o samozrejmú, v praxi to tak často nie je a diagnostik niekedy nevie, ako adekvátne reagovať na otázky zo strany diagnostikovaného, ktoré sa týkajú práve účelu a neskôr výsledkov diagnostiky (napr. Čo to pre mňa znamená? Prečo to tak vyšlo? Ako to môžem zmeniť? To nie je pravda, to na mňa nesedí a pod.). Diagnostikovaný (ako aj jeho zákonný zástupca) má nárok na to, aby mu bolo primeraným, citlivým a jemu zrozumiteľným spôsobom vysvetlené a popísané, čo je výsledkom diagnostiky a čo pre neho z toho vyplýva (odporúčania a prognóza).⁸ Ďalšie práva diagnostikovaného, ktoré zdôrazňujú najmä Štandardy pre pedagogické a psychologické testovanie (AERA, APA, NCME, 2001), je právo na diagnostikovanie pomocou takých metód, ktoré spĺňajú aktuálne profesionálne štandardy (viď napr. základné metodologické princípy a kritériá výberu metód v 2. kapitole). Na druhej strane platí, že diagnostikovaný nemá len práva, ale aj povinnosti, ako napr. príprava na diagnostikovanie, motivácia a ochota spolupracovať, pravdivosť a úprimnosť, dodržiavanie a rešpektovanie pravidiel pri diagnostikovaní a pod.

Vyššie uvedené kategórie etických zásad tak stručne približujú dôležitosť ich dodržiavania v praxi PPD. Existuje samozrejme množstvo etických kódexov, ktorými by sme sa mohli v PPD inšpirovať a priblížiť si ich, avšak na to v rámci týchto učebných textov nie je priestor. Na záver si tak uvedieme ešte niektoré etické zásady, ktoré zdôrazňuje pri psychodiagnostike napr. STANČÁK (1996), avšak principiálne môžu platiť aj pre potreby PPD. Doposiaľ sme nehovorili o požiadavke na osobnosť diagnostika, ktorá úzko súvisí s kompetenčným rámcom diagnostika v procese PPD. Diagnostik by mal mať prirodzenú úctu k človeku a úprimný záujem o druhých ľudí, so schopnosťou bezpodmienečne akceptovať, bez akýchkoľvek sociálnych konvencií, moralizovania a pod. Mal by byť citlivý na verbálne a neverbálne prejavy diagnostikovaného a tiež na to adekvátnym spôsobom reagovať. Pokúsiť sa vytvoriť bezpečnú atmosféru prijatia a dôvery, správať sa autenticky (kongruentne), taktne, čestne a ohľaduplne. STANČÁK (1996) poukazuje aj na niektoré charakterové vlastnosti, ako napr. úprimný záujem o dobro diagnostikovaného, ktorý sa prejaví v taktnom, čestnom a optimistickom prístupe v PPD. Ďalej by mal diagnostik dbať o svoju povest' (nielen zvonajšok a vonkajšiu stránku, ale tie vnútorné vlastnosti a schopnosti), aby mal reputáciu schopného a dobrého človeka – nielen odborníka. U diagnostikovaného tým vzbudzuje pocit dôvery, ktorý je v procese diagnostikovania veľmi dôležitý. Ďalej by mal diagnostik vedieť kriticky vyhodnotiť svoje postoje k diagnostikovaným a tiež k spolupracovníkom a iným odborníkom s ktorými v rámci PPD komunikuje. Určitá úroveň sebareflexie je tak nielen žiadúca, ale nevyhnutná. Diagnostik, ktorý podceňuje nároky, ktoré sa kladú na jeho osobnosť a odbornosť (napr. nemá záujem sa ďalej vzdelávať a kvalifikačne rásť, resp. riešiť svoje osobné,

⁸ Rovnako ako pri informovanom súhlase, aj pri komunikácii diagnostických záverov platí, že diagnostik nemusí prezradiť niektoré princípy platné v PPD, resp. diagnostické metódy (výsledky a riešenia niektorých testových úloh, skrytý význam pri projektívnych metódach a pod.).

prípadne profesijné ťažkosti prostredníctvom intervízie/supervízie), poškodzuje v konečnom dôsledku nielen diagnostikovaného, ale aj seba a reputáciu pracoviska, prípadne profesie, ktorú vykonáva.

KRÁTKA REKAPITULÁCIA:

Po preštudovaní celej prvej kapitoly, by sme mali vedieť odpovedať na nasledujúce otázky:



Aký je rozdiel medzi diagnózou, diagnostikou a diagnostikovaním?

V čom sa líši pedagogická diagnóza od tej psychologickej?

Viete popísať samostatne pedagogickú diagnostiku, psychodiagnostiku a pedagogicko-psychologickú diagnostiku?

Akými postupnými fázami prechádzame v rámci diagnostického procesu PPD?

Viete popísať a odlíšiť od seba dve základné diagnostické stratégie – dva diagnostické postupy?

Aké etické zásady by sme mali rešpektovať a dodržiavať v rámci PPD?

2. METODOLÓGIA PEDAGOGICKO-PSYCHOLOGICKEJ DIAGNOSTIKY

V druhej kapitole sa budeme venovať základným metodologickým princípom a pravidlám, ktoré by mal nevyhnutne poznať každý diagnostik ešte predtým, než začne vyberať jednotlivé diagnostické metódy a zbierať údaje o diagnostikovanom. Postupne si tak priblížime, prečo je vôbec dôležité poznať základy metodológie a orientovať sa v metodologických pravidlách a princípoch v súvislosti s diagnostickým procesom. Popíšeme postup pri výbere metód a kritéria, resp. podmienky, ktoré by mali byť pri výbere metód akceptované a dodržané. V závere druhej kapitoly si klasifikujeme diagnostické metódy, pričom sa môžeme oprieť opäť o klasifikačné systémy používané psychodiagnostike.

2.1 Dôležitosť metodológie v diagnostike

Vzhľadom na to, že v diagnostike sa pracuje s principiálne rovnakými metódami získavania údajov, ako vo výskume, môžeme sa inšpirovať základnými metodologickými princípmi, ktoré sú platné pri vedeckom výskume. Metodológia pedagogického, resp. psychologického výskumu tak ponúka základné vymedzenia platné aj v rámci PPD. GAVORA (2015) uvádza, že problematikou diagnostikovania sa zaoberá diagnostika, zatiaľ čo problematikou výskumu sa zaoberá metodológia výskumu⁹. Bez metodológie tak nemôže existovať exaktný vedecký výskum a ani adekvátne odborná diagnostická činnosť. A ako dodáva MARŠALOVÁ (1978), kardinálnym znakom alebo zložkou vedy a vedeckého poznania je metóda - »veda je metóda«.

Na úvod by sme mali vedieť rozoznať základné termíny s ktorými v rámci druhej kapitoly operujeme. Základným termínom je *metodológia*, ktorá sa zaoberá teóriou vedeckej metódy a určuje smer a logiku poznávania vo vede. Obsahuje všeobecné vedecké princípy a postupy, ktoré sa využívajú v rámci vedeckého výskumu (TIRPÁKOVÁ, MARKECHOVÁ & DANIEL, 1998). Aj NAKONEČNÝ (1997) vníma metodológiu ako teóriu vedeckej metódy, ktorej úlohou je predovšetkým zladiť predmet vedy so spôsobom vedeckého skúmania. ŠVEC a kol. (2009) definujú metodológiu vedy (s akcentom na vedy o výchove) ako užitie vedy o princípoch, stratégiách, procedúrach, nástrojoch a normách fungovania, pre rozvoj objektívneho poznávania a praktického pretvárania (v našom prípade v oblasti školstva, výchovy a vzdelávania). Ide tak o metavedný odbor, ktorý svoje poznatky zakladá na filozofii vedy, psychológii a sociológii vedy. MARŠALOVÁ (1978) vysvetľuje pojem metodológia vedy z etymologického hľadiska, čo znamená v podstate »učenie o metóde«. Metodológiu chápe ako učenie o spôsobe a procese získavania poznatkov. Metodológiu zároveň vníma ako *logiku vedy* z čoho vyplýva, že metodológia je vo svojej podstate aj logikou diagnostického procesu.

S pojmom metodológia sa občas v praxi zamieňa pojem *metodika*. Tá však podľa TIRPÁKOVEJ, MARKECHOVEJ a DANIELA (1998) v sebe zahŕňa návod na realizáciu riešenia vedeckého problému v konkrétnych podmienkach (napr. využitie konkrétnych testov,

⁹ V rámci pedagogickej oblasti je to pedagogická diagnostika, prípadne PPD a pre vedecký výskum je to metodológia pedagogického výskumu. V psychológii je to psychodiagnostika a metodológia psychologického výskumu.

dotazníkov a pod.). KUPRIJANOV (1971, podľa MARŠALOVÁ, 1978) rozumie pod metodikou súhrn špecifických postupov, ktoré umožňujú aplikovať nejakú metódu na danú problematickú oblasť.

Dôležitosť metodológie pre diagnostický proces zdôrazňujú viacerí autori (napr. DITTRICH, 1993; DVOŘÁKOVÁ, 2002; GAVORA, 2015), ktorí vymedzili niekoľko základných metodologických pravidiel. Diagnostik by ich nemal ignorovať, pretože tvoria základné princípy práce v rámci PPD. Autori popisujú najmä nasledujúce »*metodologické pravidlá*«:

1. **Etiologické hľadisko** – znamená, že diagnostik nezisťuje len aktuálny stav diagnostikovaného (resp. podmienky výchovno-vzdelávacieho procesu a pod.), ale hľadá aj príčiny existujúceho javu/stavu (napr. nejaké ťažkosti, problémy, prípadne potenciality a možnosti). V praxi má každý prípad zvyčajne viacero príčin, ktoré môžu spolu súvisieť, vzájomne sa prepájať a podmieňovať.
2. **Komplexné hľadisko** – stanovuje, že pri diagnostikovaní je nutné pozeráť na každý prípad do široka – vždy z viacerých uhlov pohľadu. Diagnostik sa tak nesnaží hľadať jednoduché a zjednodušujúce vysvetlenia a berie do úvahy rôzne vzťahy a roviny (napr. nielen žiak, ale aj spolužiaci, rodina a pod.). PPD tak prebieha komplexne, bez predčasných simplifikácií a interpretácií.
3. **Spolupráca viacerých diagnostikov** – pri konkrétnej diagnostickej práci, resp. pri konzultáciách, diagnostikovaní, návrhu opatrení a intervencií, by mal diagnostik spolupracovať v prvom rade s rodičmi/zákonnými zástupcami a všetkými zainteresovanými odborníkmi, ktorých participácia môže byť v procese diagnostiky užitočná (napr. školský psychológ, školský špeciálny pedagóg, sociálny pedagóg, vychovávateľ, učiteľ, pediater, sociálny pracovník atď.).
4. **Hľadisko dlhodobého (longitudinálneho) diagnostikovania** – znamená, že každý jav sa má sledovať vždy v priebehu – vo vývine. Zvlášť, ak hovoríme o diagnostike detí a dospelých, kde je v podstate všetko, čo v rámci PPD sledujeme „v pohybe“ – závislé na vývine diagnostikovaného v jednotlivých oblastiach. Diagnostik sa tak nezameriava na aktuálny stav len v jednom časovom bode, ale vníma ho v kontexte (s ohľadom na časové hľadisko).
5. **Individuálny prístup k diagnostikovanému** – diagnostik vždy pristupuje ku každému prípadu (diagnostikovanému) individuálne, so zreteľom na jeho jedinečnosť. Každý diagnostikovaný sa líši od všetkých ostatných a pri PPD je preto nevyhnutné rešpektovať interindividuálnu variabilitu.
6. **Diagnostický záver a konkrétne výchovné opatrenia** – toto hľadisko hovorí o tom, že každý záver diagnostického procesu je nutné spojiť s návrhom konkrétnych opatrení v rámci výchovno-vzdelávacieho procesu. Diagnostikovanie tak nekončí stanovením a komunikáciou diagnózy, pretože tým by sa v konečnom dôsledku ešte diagnostikovanému nemuselo vôbec pomôcť a celá diagnostika by tak mohla viac uškodiť ako naopak.

Vyššie uvedené metodologické pravidlá by mal mať na zreteli každý diagnostik v rámci praxe PPD. Vzhľadom na to, že metodológia v diagnostike sa zaoberá najmä

teoretickými otázkami používaných diagnostických metód, budeme sa v ďalšej časti venovať samostatnej problematike výberu metód z metodologického pohľadu.

2. 2 Výber metód a práca s nimi v diagnostickom procese

Ak máme v úvodnej fáze diagnostického procesu správne naformulovaný cieľ/zámer a vstupné diagnostické otázky/hypotézy, je dôležité vedieť vybrať z množstva diagnostických metód práve tie, ktoré by nám mohli pomôcť tieto diagnostické ciele a zámery naplniť. Určité vstupné informácie má diagnostik k dispozícii od začiatku diagnostického procesu – ešte pred voľbou metód zberu dát. Ako však upozorňuje HRABAL (1989), tieto vstupné informácie sú často z diagnostického hľadiska pomerne heterogénne. Preto nie je pre diagnostika ľahkou úlohou nielen vhodne nastaviť diagnostickú stratégiu, ciele, otázky/hypotézy, ale aj následne vhodne vybrať metódy získavania diagnostických údajov.

Prečo je vôbec dôležité sa zaoberať vhodnosťou metód a ich výberom? Ako správne upozorňujú KASÁČOVÁ a CABANOVÁ (2011), nemôžeme v rámci PPD uvažovať o diagnostických metódach izolovane. Ak má diagnostik postupovať komplexne (viď metodologické požiadavky na diagnostický proces v podkapitole 2. 1 vyššie) a vyvarovať sa tak chýb a prešľapov v procese diagnostikovania, musí mať na zreteli, že pri výbere a práci s metódami ide o ucelenú stratégiu (bližšie viď podkapitolu 1. 3). Ak si uvedomíme, že rovnako ako vo výskume, aj v PPD predstavuje metóda súbor spôsobov, princípov a prostriedkov na získavanie poznatkov o diagnostikovanom (NAKONEČNÝ, 1997), pochopíme, že na adekvátnom výbere metód závisí ďalší postup v rámci procesu diagnostikovania. Pod pojmom »metóda« v kontexte PPD rozumieme cieľavedomý postup, súbor činností a krokov, ktoré vedú k dosiahnutiu diagnostického cieľa. Podľa KOVÁČA (1985), je každá metóda priamo viazaná na cieľ vedeckej disciplíny, kde sa používa (v našom prípade PPD). BOROŠ (1977) uvažuje o metóde príznačne ako o ceste poznania – spôsobe, ktorým poznávame predmet vedy. Podľa TIRPÁKOVEJ, MARKECHOVEJ a DANIELA (1998) je metóda sústavou princípov a spôsobov získavania poznatkov v podobe faktov. SVOBODA (2001) hovorí o diagnostickej metóde ako o exaktnom spôsobe, ktorý vedie k zisťovaniu javov, faktov a ich súvislostí. Viacerí autori (napr. HRABAL, 1989; SVOBODA, 2001; ZELINKOVÁ, 2001; KASÁČOVÁ a CABANOVÁ, 2011; BAKHTIYAR EMINLI, 2011; MAREŠ, 2013; GAVORA, 2015 a iní.) pripodobňujú diagnostické metódy k metódam zberu dát, ktoré sa využívajú vo výskume (napr. v pedagogike, psychológii a pod.). KASÁČOVÁ a CABANOVÁ (2011) dokonca hovoria o tom, že psychologické, sociologické a pedagogické výskumné metódy sa môžu po určitej modifikácii (hlavne s prihliadnutím na cieľ a zámer PPD) využiť aj ako metódy diagnostické. Na inom mieste charakterizuje KASÁČOVÁ (2007) diagnostické metódy ako také, ktoré predstavujú sústavu podnetov (rôznych úloh, situácií, či otázok), ktorými zámerne vyvolávame správanie (úkony, slovné odpovede, reakcie atď.) diagnostikovanej osoby. Ide tak o systematický, cieľavedomý, sústavný a plánovitý proces sledovania a vnímania objektu diagnostiky (resp. javu a procesu edukácie). Ten by mal viesť k odhaleniu podstatných súvislostí a vzťahov sledovanej skutočnosti. SVOBODA (2005) dodáva, že vo všeobecnosti možno za diagnostickú metódu považovať každý špeciálny postup, ktorý vedie k získaniu diagnózy.

Na to, aby však vybraná metóda skutočne plnila všetky odborné a metodologické kritériá, je nevyhnutné si popísať niekoľko základných podmienok, ktoré by mali spĺňať metódy na to, aby sme ich mohli využívať v rámci PPD ako diagnostické. KASÁČOVÁ a CABANOVÁ (2011) hovoria o nasledujúcich podmienkach:

- **Cieľ** – čo chceme zistiť použitím konkrétnej diagnostickej metódy (určitý zámer, účel použitia).
- **Predmet – objekt** – čo konkrétne chceme zistiť a koho chceme diagnostikovať.
- **Registrácia a dokumentácia** – dôležitý je spôsob, akým zaznamenávame (a tiež ukladáme, archivujeme) získané údaje, zistené javy pri použití konkrétnej metódy.
- **Vyhodnotenie** – najmä časové hľadisko a metodický postup pri vyhodnotení získaných údajov.
- **Komunikácia výsledkov** – spôsob a adresnosť komunikácie výsledných zistení v rámci diagnostikovania.

Ako je vidieť v základných podmienkach pri práci s diagnostickými metódami vyššie, hneď prvou a azda jednou z najdôležitejších podmienok pri výbere diagnostických metód v rámci PPD je *»princíp závislosti cieľa diagnostiky a voľby metódy«*. Ten hovorí o tom, že pokiaľ nemáme adekvátne formulovaný cieľ/účel celej diagnostiky, ani kvalitná diagnostická metóda „nám nepomôže“. Ďalej by sme nemali zabúdať na *»zahrnutie výberu metód do plánu diagnostického procesu«*. Výber a voľba metód je samostatným krokom – etapou diagnostického procesu a preto by sme mali tento fakt zohľadniť už v úvode pri plánovaní a organizovaní diagnostiky. Vzhľadom na to, že sa diagnostik snaží v rámci diagnostického procesu rešpektovať interindividuálnu variabilitu, mal by aj k výberu metód pristupovať pri každom prípade individuálne. V praxi to znamená, že sa snažíme vytvoriť batériu diagnostických nástrojov diagnostikovanému „na mieru“ – podľa jeho schopností, vlastností, hendikepov a potencialít. Nevyhnutná je však určitá flexibilita a otvorenosť diagnostika, ktorý by mal vždy vyberať z viacerých dostupných metód a kombinovať ich pri získavaní údajov v procese diagnostikovania. V PPD tak platí, že sa snažíme *»vyberať vždy z viacerých diagnostických metód«*, ktoré sú vlastne pre nás zdrojom informácií a dávajú nám možnosť vzájomného doplnenia a porovnania získaných informácií. Používanie širokého spektra metód zároveň súvisí s viacerými diagnostickými kompetenciami na strane diagnostika, ako napr. odbornosť, profesijná a osobná zrelosť a potreba vzdelávania a kvalifikácie (keďže niektoré špeciálne diagnostické metódy si vyžadujú samostatné doplňujúce vzdelávanie v podobe rôznych kurzov, školení a pod.). Pre ilustráciu uvádzame nižšie *Príklad z praxe č. 1.*, ktorý demonštruje ako by to v PPD nemalo vyzeráť, avšak žiaľ opak je niekedy pravdou.

PRÍKLAD Z PRAXE Č. 1:



V jednom Centre pre dieťa a rodinu pracovala už 6. rok psychologička, ktorá v rámci svojej pracovnej náplne vykonávala štandardne aj diagnostickú činnosť. Najčastejšie mala za úlohu realizovať vstupnú diagnostiku po prijatí dieťaťa do zariadenia v tzv. adaptačnej fáze, následne retestovou formou sledovať psychosociálny vývin dieťaťa a pod. Súčasťou toho bolo samozrejme štandardné vypracovanie psychologických správ pre účely súdneho pojednávania, pre potreby školy a pod. Keď sme sa jej pýtali, aké diagnostické metódy najčastejšie používa a prečo, odpovedala, že ona „moc testy nemá rada a najčastejšie využíva metódu pozorovania a rozhovor, to jej celkom stačí.“ V tomto zariadení však bola k dispozícii batéria desiatok štandardizovaných diagnostických metód (rôznych testov, dotazníkov, škál a projektívnych metód) za niekoľko tisíc eur, ktorá však ostávala nevyužitá.

Iný, avšak podobný prípad z jednej bežnej Základnej školy, kde v rámci PPD mala triedna učiteľka na vyžiadanie školského psychológa napísať stručný report k pedagogickej diagnostike žiaka pre potreby integrácie žiaka so Špecifickými vývinovými poruchami učenia (v tomto prípade Dyslexia, Dysgrafia). Po opakovanej výzve zo strany školského psychológa a ponuke, že jej rád v prípade potreby pomôže a bude v procese diagnostikovania spolupracovať, triedna učiteľka odmietala použiť iné diagnostické metódy, ako pozorovanie a bolo zjavné, že má strach z použitia iných - (pre ňu) nových diagnostických metód, ktorými by mohla rozšíriť svoju batériu v rámci PPD.

Ako sme naznačili už vyššie, pri výbere metód a ich využívaní v rámci PPD nesmieme zabúdať na kompetenciu a odbornosť diagnostika.

Množstvo autorov (napr. STANČÁK, 1996; SVOBODA, 2001, 2005; HRABAL, 2002; HALAMA, 2005; GAVORA, 2015 a iní) často kladie dôraz na poslednú, avšak veľmi dôležitú podmienku pri výbere metód v rámci diagnostického procesu - »základné psychometrické/edumetrické parametre«. Ide o základné psychometrické (v pedagogickej diagnostike sa hovorí o edumetrických) vlastnosti diagnostických metód (najmä testových, resp. kvantitatívne orientovaných), ktoré by mala spĺňať každá kvalitná diagnostická metóda v rámci PPD. A keďže v PPD používame diagnostické metódy len na zisťovanie toho, na čo sú pôvodne nastavené a konštruované (GAVORA a kol., 2010), mali by sme poznať základné ukazovatele relevantnosti týchto nástrojov - »psychometrické/edumetrické vlastnosti«.

Pojem *psychometria*¹⁰ sa používa najčastejšie v súvislosti s metodológiou psychologického výskumu a psychodiagnostických meracích nástrojov. Psychometria sa zaoberá meraním spravidla pomocou psychologických testov. Vyvíja a overuje postupy na

¹⁰ Niektorí autori používajú synonymné označenia *psychometrika*. Napr. URBÁNEK (2002) ju definuje ako pomocnú psychologickú disciplínu, ktorá je zameraná na tvorbu a hodnotenie psychodiagnostických metód, pričom využíva najmä viaceré štatistické a matematické postupy.

zdokonalenie týchto testov a poskytuje návody k tomu, ako dosahovať validné a spoľahlivé odhady meraných znakov (využíva teoretické, matematické a formalizované modely) (DŽUKA, 2006). Ekvivalentom pre pedagogickú oblasť je pojem *edumetria*¹¹ - náuka o pedagogickom meraní, ktorá sa zaoberá primárne kvantifikovaným spracovaním a vyhodnocovaním údajov o pedagogických javoch vo výchovno-vzdelávacom procese. Keďže sa tento termín objavuje v oblasti pedagogickej diagnostiky, výskumu a evalvácie, pokrýva spracovanie a vyhodnocovanie dát v každej so spomenutých oblastí (GAVORA, 2015). My v rámci PPD operujeme s kombináciou – *psychometria/edumetria*, pričom je dôležité odlišovať vždy kontext konkrétnej metódy, ku ktorej sa toto označenie viaže. Keď hovoríme skôr o psychodiagnostickej metóde, platí pre ňu psychometrický kontext. Ak však ide o metódu pedagogickej diagnostiky (napr. didaktické testy, klasifikácia a hodnotenie), uvažujeme o nej v súvislosti s edumetriou.

Pri výbere diagnostických metód by sme nemal zabúdať na štyri základné psychometrické/edumetrické vlastnosti, ktoré by mala každá použitá metóda v rámci PPD obsahovať (resp. pri kvalitatívnych/klinických metódach sa im aspoň približovať):

- *Štandardnosť*¹² – hovorí o požiadavke uniformného, rovnakého prístupu pri administrácii diagnostickej metódy, pri analýze dát a vyhodnocovaní, resp. interpretácii výsledkov. Bez štandardného, uniformného a jednotného prístupu by následná komparácia výsledných zistení (napr. medzi jednotlivými žiakmi v triede, resp. triedami v škole a pod.) nebola možná. Adekvátne nastavená diagnostická metóda predpisuje diagnostikovi postup, akým spôsobom administruje, následne zaznamenáva a analyzuje, vyhodnocuje diagnostické údaje a tiež interpretuje výsledné zistenia (FERJENČÍK, 2000). Aj keď štandardnosť nie je typická psychometrická vlastnosť, uvádzame ju na tomto mieste, pretože tvorí dôležité kritérium pri výbere diagnostických metód v procese PPD.
- *Objektivita* – tiež úzko súvisí so štandardnosťou. Znamená, že diagnostik nemá vplyv na to, aký bude výsledok diagnostického procesu (FERJENČÍK, 2000). DŽUKA (2006) dodáva, že diagnostická metóda sa dá považovať za objektívnu vtedy, ak rôzni administrátori, ktorí administrovali ten istý diagnostický test, zaznamenali rovnaké výsledné hodnoty. Kvalitné diagnostické testy by tak podľa autora mali mať vysokú mieru objektivity, pričom testový výsledok musí byť nezávislý na osobe diagnostika.
- *Reliabilita* – znamená spoľahlivosť, stabilitu s akou diagnostická metóda meria to, čo skutočne meria. Treba si uvedomiť, že žiadny (ani ten najspoľahlivejší) diagnostický nemia s absolútnou presnosťou (FERJENČÍK, 2000). Prejavuje sa stabilitou získaných výsledkov (HRABAL, 1989; TIRPÁKOVÁ, MARKECHOVÁ a DANIEL, 1998) a v užšom slova zmysle hovorí

¹¹ GAVORA (2015) používa skôr synonymné označenie *edukometria*, ktorá v jeho ponímaní predstavuje náuku o pedagogickom meraní.

¹² *Štandardnosť* ako základné metodologické pravidlo – zásadu pri diagnostickom procese (najmä pri práci s metódami PPD) treba odlišovať od *štandardizácie*. Pokiaľ hovoríme o štandardizácii v súvislosti s diagnostickými metódami, ide o súhrnné označenie pre zistenie reliability, validizáciu, overenie noriem a účinnosti jednotlivých častí diagnostického testu, resp. stanovenie jednotnej inštrukcie a spôsobu administrácie (SVOBODA, 2005). Nie všetky diagnostické testy, ktoré sa v rámci PPD používajú, sú skutočne aj štandardizované, čo však neznamená, že nemôže byť dodržaná zásada štandardnosti.

o presnosti merania, ktorá je definovaná prostredníctvom chyby merania (DŽUKA, 2006). Aj pri opakovaných meraniach pri dodržaní tých istých podmienok, by sme pri spoľahlivej a stabilnej diagnostickej metódy mali dosahovať tie isté výsledky, čo je zaručené práve tým, že sa pri meraní neobjavili žiadne nekontrolovateľné chyby (TIRPÁKOVÁ, MARKECHOVÁ a DANIEL, 1998). Pri diagnostických testoch, ktoré sú štandardizované, resp. prešli aspoň adaptáciou na naše kultúrne prostredie, môže diagnostik dohľadať niekoľko zdrojov údajov o reliabilite, podľa ktorých môže usudzovať o spoľahlivosti a stabilite merania danej metódy v rámci PPD.¹³

- *Validita* – ktorá znamená platnosť výsledných zistení. HRABAL (1989) hovorí o tom, že validita diagnostických nástrojov sa zaisťuje nepriamo, keďže väčšina diagnostikovaných premenných je len ťažko bezprostredne uchopiteľných a obsiahnutelných v rámci PPD. DŽUKA (2006) upozorňuje na to, že aj napriek tomu, že je diagnostický nástroj reliabilný, ešte nemusí byť aj validný. V takomto prípade je v podstate nepoužiteľný, pretože aj keď meria určitú premennú spoľahlivo a stabilne, nie je to tá premenná, ktorú sme v podstate chceli metódou zachytiť. ANASTASIOVÁ (1988, podľa DŽUKA, 2006) tak hovorí o validite nástroja ako o miere toho, ako nástroj meria to, čo bolo skutočným zámerom merania. HALAMA (2005) hovorí o troch základných typoch validity: *obsahová*, *kritériálna* a *konštruktová*, pričom každá poskytuje špecifické údaje súvisiace s platnosťou a použiteľnosťou diagnostického nástroja.¹⁴ Validitu považuje napr. SVOBODA (2005) vôbec za najzávažnejší psychometrický ukazovateľ pri diagnostických nástrojoch, preto by sme ju nemali v rámci PPD (zvlášť pri výbere metód) prehliadať.

Na veľký nedostatok v oblasti určitej „metodologickej gramotnosti“ upozorňuje napr. MAREŠ (2013), ktorý pripomína, že v praxi sa často stretávajú s testami a diagnostickými nástrojmi, ktoré sú vytvorené intuitívne, bez vedomosti a uplatnenia základných metodologických princípov a podobne. V konečnom dôsledku sa stretneme s výstupom v podobe diagnostických nálezov a záverov, kde sú interpretované zistenia,

¹³ Najčastejšie sa hovorí o *koeficiente test-retest reliability*, ktorý vychádza z predpokladu, že ak administrujeme tú istú diagnostickú metódu tým istým diagnostikovaným dvakrát, mali by sa tieto merania zhodovať. Korelačný koeficient medzi prvým a druhým meraním (niekedy sa nazýva ako koeficient stability) nám hovorí o tesnosti vzťahu medzi výsledkami medzi jednotlivými meraniami v čase (HALAMA, 2005). Ďalším ukazovateľom miery reliability môže byť *koeficient ekvivalencie*, ktorý sa používa, ak máme k dispozícii dve a viacero foriem toho istého diagnostického testu. Tieto formy potom použijeme v rôznych časoch podobne ako pri test-retest diagnostike a výsledky medzi nimi porovnáme. Výsledkom je korelačný koeficient medzi výsledkami meraní rôznymi formami toho istého testu, ktorý sa nazýva tiež *koeficient ekvivalencie*. Posledným zdrojom údajov o reliabilite môže byť podľa HALAMU (2005) miera vnútornej konzistencie, ktorá sa sleduje práve v prípade, ak nemáme možnosti retestovať v čase, resp. použiť iné formy toho istého testu. Veľmi zjednodušene tak môže diagnostik sledovať mieru vnútornej konzistencie napr. pomocou *Cronbachovej alfy* (α), ktorá by sa mala pohybovať nad hladinou 0,7 ($\alpha \geq 0,7$). GAVORA a kol. (2010) ešte dodávajú spôsob zisťovania reliability napr. pri metóde pozorovania, ktorý sa nazýva *metóda posudzovania dvoma nezávislými hodnotiteľmi* (inter-rater reliability). O dobrej reliabilite metódy pozorovania tak možno hovoriť, ak sa dvaja hodnotitelia zhodnú v zisteniach aspoň na 80%.

¹⁴ Bližšie sa jednotlivým typom validity venovať nebudeme a odkazujeme tak na viacerých autorov, ktorí sa tomu venovali bližšie (napr. FERJENČÍK, 2000; HALAMA, 2005; DŽUKA, 2006 a ďalší.).

ktoré sú podložené získanými údajmi z diagnostických metód, ktoré v skutočnosti nemerajú spoľahlivo, stabilne a s plnou platnosťou. Rizikom je (aj keď neúmyselné) poškodenie diagnostikovaného, čo je samozrejme pre PPD nežiadúce a treba sa tomu vyhnúť.

Z vyššie uvedeného v rámci tejto podkapitoly vyplýva niekoľko základných odporúčaní, ktoré môžu pomôcť diagnostikovi pri výbere a práci s metódami v rámci PPD. Ponúkame tak pár praktických rád zhrnutých do niekoľkých bodov:

- ! Ak nemám zadaný diagnostický cieľ (účel, zámer celého diagnostického procesu), ani kvalitná metóda nám nepomôže.
- ! Výber metód je jednou z etáp diagnostického procesu, ktorý má svoju logickú postupnosť a následnosť.
- ! Nevyberať najskôr metódy (podľa dostupnosti, sympatií atď.), až potom realizovať kroky, ktoré tomu predchádzajú (napr. formulácia cieľov, hypotéz, otázok).
- ! Ak si nie som istý svojou kompetenciou, resp. metódou, radšej ju nepoužívam. Ak ju chcem predsa len „prvý krát“ použiť, mal by som to konzultovať v rámci intervízie s iným kolegom, resp. so supervízorom a dôsledne sa na prácu s touto metódou pripraviť (nepodceňovať).
- ! Ak si niesom istý psychometrickými parametrami diagnostickej metódy, resp. neviem ako postupovať vo fáze vyhodnotenia a interpretácie získaných údajov, neprikladám výslednému zisteniu z danej metódy v rámci PPD taký dôraz („výsledky beriem skôr z rezervou“).
- ! Ak je diagnostikovaný v odpore (môže mať na to viacero odlišných dôvodov), nevnučujem mu metódu za každú cenu a prispôbujem tempo diagnostikovanému. Nie je nutné za každú cenu „prinútiť“ diagnostikovaného k spolupráci – niekedy je dôležitým diagnostickým zistením aj fakt, že nie je ochotný alebo schopný spolupracovať.

Samozrejme, mohli by sme nájsť aj ďalšie konkrétne tipy a odporúčania pre „dobrú prax“ diagnostika v PPD, preto veríme, že tento krátky výpis posluží skôr ako inšpirácia pri výbere a práci s diagnostickými metódami.

2. 3 KLASIFIKÁCIA METÓD PEDAGOGICKO-PSYCHOLOGICKEJ DIAGNOSTIKY

Ak už poznáme základné princípy, zásady a kritéria pri výbere metód v diagnostike, mali by sme poznať aj s akými dostupnými metódami môžeme v rámci PPD počítať. Existuje niekoľko klasifikačných systémov diagnostických metód – samostatne pre oblasť pedagogickej diagnostiky a psychodiagnostiky. My si pre ilustráciu uvedieme najskôr vybranú klasifikáciu psychodiagnostických metód, ktoré sú pre pôsobenie PPD v mnohom inšpiráciou a zdrojom. Uvedieme si tiež klasifikáciu pedagogicko-diagnostických metód, ktorá sa od psychodiagnostiky podstatne líši. Následne sa pokúsime ukázať základnú klasifikáciu metód v rámci PPD, čo je určitá syntéza dvoch

predchádzajúcich klasifikačných systémov. Zároveň netreba zabúdať, ako upozorňuje HRABAL (1989), že učiteľ/pedagóg/sociálny pedagóg („nepsychológ“) môže využívať len časť metód, resp. niektoré len čiastočne. Naopak psychológ využíva niekedy v rámci PPD aj psychodiagnostické metódy, nie však s rovnakým zámerom ako je tomu pri psychodiagnostike v klinickej oblasti. A zároveň psychológ využíva len obmedzene, resp. nevyužíva vôbec niektoré metódy pedagogickej diagnostiky (najmä didaktické testy, klasifikáciu a hodnotenie).

Ako sme už uvádzali viackrát, väčšina metód v PPD je modifikovaná a do istej miery prebraná z psychodiagnostiky. Uvádzame pre lepšiu predstavu klasifikáciu metód v psychologicknej diagnostike podľa SVOBODU (2005, s. 22):

I. Klinické metódy:

- Pozorovanie
- Interview/rozhovor
- Anamnéza
- Analýza spontánnych produktov

II. Testové metódy:

A. Výkonové testy

1. *Testy inteligencie*
 - *Jednodimenzionálne inteligenčné testy*
 - *Komplexné (viacdimenzionálne) inteligenčné testy*
2. *Testy špeciálnych schopností a jednotlivých psychických funkcií*
 - *Testy pamäti*
 - *Skúšky kreativity/tvorivosti*
 - *Skúšky parciálnych a kombinovaných schopností*
 - *Testy technických schopností*
 - *Testy verbálnych a matematických schopností*
 - *Testy umeleckých schopností*
 - *Testy organicity*
3. *Testy vedomostí*

B. Testy osobnosti

1. *Projektívne testy osobnosti*
 - *Verbálne*
 - *Grafické*
 - *Manipulačné/testy voľby*
2. *Objektívne testy osobnosti*
3. *Dotazníky*
 - *Jednorozmerné*
 - *viacrozmerné*
4. *Posudzovacie stupnice/škály*
 - *Sebaposudzovacie (tzv. „self-report“) stupnice/škály*
 - *Objektívne posudzovacie stupnice/škály*

III. Prístrojové metódy

Viacerí autori (napr. STANČÁK, 1996; SVOBODA, 1999; HALAMA, 2005 a iní) zhodne delia psychodiagnostické metódy primárne na klinické a testové, pričom sa k nim ešte pridáva vďaka technologickému pokroku aj možnosť využitia prístrojovej diagnostiky. Podobne, ako tomu bolo pri vymedzení dvoch základných diagnostických stratégií – *kazuistickej a psychometrickej/edumetrickej*, dalo by sa uvažovať aj pri rozdelení metód o tom, že klinické sú skôr *kvalitatívne* orientované, zatiaľ čo testové skôr *kvantitatívne*. Iné delenie ponúka napr. HALAMA (2005), ktorý hovorí aj o *testových a netestových metódach*, resp. *štandardných a neštandardných* psychodiagnostických metódach.

Ak sa presunieme do oblasti pedagogickej diagnostiky zistíme, že viacerí autori neklasifikujú diagnostické metódy podobne striktne, ako je tomu v psychodiagnostike. Niektorí skôr uvádzajú len výpis metód a vzťahujú ich tak ku konkrétnym oblastiam vybraných „diagnostických problémov“, na ktoré sa jednotlivé metódy viažu (napr. HRABAL, 1989; DITTRICH, 1993; MUSILOVÁ, 2012; GAVORA, 2015). Prehľadnú klasifikáciu pedagoško-diagnostických metód však nachádzame u KASÁČOVEJ a CABANOVEJ (2011):

- **Exploračné metódy:**
 - Interview/rozhovor
 - Dotazník a posudzovacia stupnica/škála
 - Testy a testové metódy
- **Observačné metódy:**
 - Pozorovanie
- **Retrospektívne metódy:**
 - Anamnéza
- **Projektívne metódy:**
 - Hra (analýza hry)
 - Verbálne projektívne metódy
 - Grafické projektívne metódy
- **Analýza procesu a výsledkov tvorivej činnosti**
- **Štúdium pedagogickej dokumentácie**
- **Metódy hodnotenia a klasifikácie**
 - Verbálna skúška
 - Písomná skúška
- **Sociometria**

Z klasifikácie metód v psychodiagnostike a pedagogickej diagnostike sa môžeme inšpirovať pri rozdelení diagnostických metód v rámci PPD. Je však nevyhnutná modifikácia vyššie uvedenej klasifikácie diagnostických metód v práci učiteľa podľa KASÁČOVEJ a CABANOVEJ (2011) pre potreby praxe v rámci PPD. Niektoré je nutné vynechať (napr. metódy hodnotenia a klasifikácie) a iné zasa doplniť a rozšíriť (najmä projektívne metódy, analýza výsledkov tvorivej činnosti, experiment a pod.). Diagnostik v oblasti pedagoško-psychologickej diagnostiky vyberá z viacerých (pôvodne) výskumných, psychologických, pedagogických a sociologických metód, ktoré možno rozdeliť nasledovne:

- **Exploračné metódy:**
 - Interview/rozhovor (voľný a riadený)
 - Dotazník a posudzovacia stupnica/škála (selfreportné a objektívne)
 - Testy a testové metódy (napr. štandardizované, neštandardizované a didaktické testy)
- **Observačné metódy:**
 - Pozorovanie (voľné a zámerné)
- **Retrospektívne metódy:**
 - Anamnéza (osobná, rodinná, sociálna/školská)
- **Projektívne metódy:**
 - Hra (analýza hry)
 - Verbálne projektívne metódy
 - Grafické projektívne metódy
- **Analýza procesu a výsledkov tvorivej činnosti** (analýza spontánnych/tvorivých produktov)
- **Štúdium dokumentácie** (pedagogická dokumentácia, portfólio žiaka)
- **Experimentálne metódy** (metóda experimentu)
- **Sociometria**

Takáto klasifikácia metód v oblasti PPD je samozrejme jednou z možných akceptovateľných. Dôležité je, aby nám pomohla pri lepšej orientácii v rôznych typoch diagnostických metód, ktoré máme k dispozícii a z ktorých si vyberáme. Zároveň sa pokúsime podľa tejto klasifikácie štruktúrovať aj nasledujúce kapitoly, pričom najmä tretia bude venovaná vybraným metódam PPD s ktorými môže pracovať ako diagnostik pedagóg, sociálny pedagóg, učiteľ, výchovný poradca, resp. školský psychológ.

KRÁTKA REKAPITULÁCIA:

Po preštudovaní celej druhej kapitoly, by sme mali vedieť odpovedať na nasledujúce otázky:



Viete definovať a odlíšiť od seba pojmy metóda, metodológia a metodika?

Čomu sa venuje metodológia a prečo je dôležitá pre diagnostiku?

Na čo by sme nemali zabúdať pri výbere diagnostických metód v PPD?

Poznáte štyri základné psychometrické/edumetrické vlastnosti, ktoré by mala mať kvalitná diagnostická metóda? Viete ich stručne popísať?

Ako by sme mohli rozdeliť diagnostické metódy v rámci PPD?

Prevažne z akých iných oblastí čerpá PPD svoje metódy?

3 VYBRANÉ METÓDY PEDAGOGICKO-PSYCHOLOGICKEJ DIAGNOSTIKY

Vychádzajúc z klasifikácie metód pedagogicko-psychologickej diagnostiky uvedenej v závere druhej kapitoly vyššie, si v tejto časti priblížime postupne jednotlivé kategórie metód. Uvedieme si konkrétne metódy, ktoré môže v rámci svojej kompetencie využívať diagnostik v PPD. Pri jednotlivých metódach na viacerých miestach budeme odkazovať na konkrétne metodické pomôcky, ktoré sú následne uvedené v prílohách v závere týchto skrípt. Samozrejme nie je možné obsiahnuť na tomto mieste všetky možné a dostupne diagnostické metódy, ktoré pripadajú do úvahy v súvislosti s PPD. Preto vyberáme len tie, ktoré sa využívajú najčastejšie a patria často medzi najobľúbenejšie a vôbec najzákladnejšie v rámci diagnostiky všeobecne.

3.1 EXPLORAČNÉ, OBSERVAČNÉ A RETROSPEKTÍVNE METÓDY A ICH VYUŽITIE

Exploračné, resp. tiež exploratívne metódy tvoria samostatnú kategóriu metód, ktoré sa využívajú jednak v diagnostike, ale tiež napr. vo výskume. Principiálne sú založené na priamom opytovaní sa a následných výpovediach diagnostikovaného (v rámci PPD najčastejšie označovaný ako respondent). Cieľom exploračných metód je tak vyťažiť z týchto verbálnych výpovedí (ústnych/orálnych, prípadne písomných) čo najviac diagnosticky cenných informácií. Najčastejšie v rámci exploračných metód využívame v PPD *rozhovor/interview; dotazník a test* (KASÁČOVÁ & CABANOVÁ, 2011).

3.1.1 Metóda rozhovoru v diagnostike

Jednou vôbec z najčastejšie používaných a tiež najobľúbenejších diagnostických metód je *rozhovor* alebo tiež *interview*. SVOBODA (2005) však upozorňuje na to, že ide zároveň o jednu z najobťažnejších diagnostických metód, na čo sa žiaľ v praxi často zabúda. Rovnako vo výskume, ako v PPD je táto metóda charakteristická najmä priamou sociálnou interakciou zúčastnených osôb, pričom diagnostik na základe cielených otázok získava o diagnostikovanom verbálne výpovede – cenné diagnostické informácie. Devízou rozhovoru je aj jeho *flexibilita*, ktorá sa prejavuje v otvorenosti pružne reagovať na priebeh rozhovoru a meniť jeho smerovanie v závislosti od situácie. Ďalšou výhodou je *holistickosť*, ktorá predstavuje komplexný záber pri možnosti poznávania diagnostikovaného (KASÁČOVÁ & CABANOVÁ, 2011). GAVORA a kol. (2010) dodávajú, že rozhovor umožňuje zachytiť nielen fakty, ale tiež hlbšie preniknúť do motívov a postojov respondentov. Možno pri ňom sledovať reakcie diagnostikovaného, na základe čoho diagnostik flexibilne reaguje a upravuje priebeh a smerovanie rozhovoru. Okrem spomenutých výhod, autori uvádzajú aj nevýhody metódy rozhovoru, ako napr. určité zábrany, odpor, ktoré môže vyvolať práve osobný kontakt a interakcie medzi diagnostikom a diagnostikovaným (niekedy je výhodou anonymita, čo v prípade rozhovoru nie je možné). Nevýhodou môže byť tiež nesprávne, resp. neefektívne zaznamenávanie odpovedí (či už formou audio nahrávok a následnou transkripciou, resp. stručným prepisom na pripravený rozhovorový hárok a pod.), čo spôsobuje následne dezinterpretáciu výsledných zistení v PPD.

V praktickej rovine rozlišujeme niekoľko druhov rozhovoru, ktoré môže diagnostik v rámci PPD v procese diagnostikovania využiť. Z hľadiska účelu, zamerania, cieľa by sme mohli hovoriť napr. o poradenskom, terapeutickom, výskumnom, výberovom (náborovom), resp. diagnostickom rozhovore. Nás bude zaujímať v kontexte PPD len diagnostický rozhovor a zvlášť typologické kritérium – *cieľ rozhovoru*, ktorý je pri práci s rozhovorom ako diagnostickou metódou nevyhnutný. FERJENČÍK (2000) hovorí v súvislosti s cieľom rozhovoru o *poznávacom rozhovore* (nástroj na získavanie informácií napr. v PPD) a *formatívny rozhovor* (nástroj na ovplyvňovanie, intervenciu, napr. poradenský, terapeutický a pod.). Podľa počtu účastníkov hovoríme o *individuálnom* a *skupinovom rozhovore*. Zatiaľ čo individuálny prebieha v dyáde – diagnostik a diagnostikovaný, má oveľa intímnejší a osobnejší charakter, skupinový prebieha v skupine (často sa hovorí napr. o tzv. „fokusových skupinách“), kde diagnostik vedie rozhovor naraz s viacerými účastníkmi v skupine naraz a pripomína skôr diskusnú formu práce so skupinou v pedagogickom procese. Cieľovou skupinou môžu byť najčastejšie deti (rola diagnostikovaného ako primárny zdroj diagnostických informácií) alebo príbuzní, rodičia a pod. (sekundárny zdroj diagnostických informácií). MUSILOVÁ (2012) hovorí o rôznych typoch rozhovorov z časového hľadiska: *anamnestický* (skúmanie minulého vývinu a histórie diagnostikovaného vo vzťahu k prítomnosti); *diagnostický* (skúmanie súčasného stavu) a *prognostický* (predpoklad budúceho rozvoja). Treba však dodať, že v praxi sa anamnestický rozhovor stáva často diagnostickým (slúži na diagnostické účely) a prognostický je tiež súčasťou záverečnej fázy diagnostického procesu.

Ďalej môžeme diferencovať rozhovor podľa štruktúry vedenia, tzn. na *voľný – neštruktúrovaný* a *riadený – štruktúrovaný* (čiastočne riadený, resp. riadený štandardizovaný/neštandardizovaný). *Voľný rozhovor* podľa KASÁČOVEJ a CABANOVEJ (2011) nie je v pravom slova zmysle vždy diagnostickým rozhovorom¹⁵. Najčastejšie vychádza z aktuálnej situácie, diania v triede a tému môže často iniciovať aj diagnostikovaný sám. *Voľný rozhovor* sa často využíva ako vôbec prvý – vstupný rozhovor a nadviazanie kontaktu a raportu s diagnostikovaným. FERJENČÍK (2000) však hovorí o neštruktúrovanom rozhovore ako o takom, kde nemá diagnostik vopred pripravený zoznam otázok, avšak mal by mať pripravenú tému, čím sa približuje k zámeru, cieľu pri použití tejto metódy ako diagnostickej. KOLLÁRIK, SOLLÁROVÁ a kol. (2004) uvádzajú, že pri neštruktúrovanom a neštandardizovanom rozhovore je určený cieľ a okruhy, ktoré sú predmetom rozhovoru, avšak otázky niesú vopred pripravené a naformulované. Diagnostik ich tak prispôsobuje situácii a reakciám respondenta. Druhým typom je *riadený – štruktúrovaný* rozhovor, ktorý sa líši práve tým, že je viacej štruktúrovaný, má vymedzené a vopred pripravené otázky, ktorými cielene získavame odpovede od

¹⁵ Niekedy sa podľa KASÁČOVEJ a CABANOVEJ (2011) označuje za *neriadený*, čo nie je úplne šťastné pomenovanie, keďže diagnostik vždy určitým spôsobom vedie a riadi diagnostický rozhovor. Preto sa v PPD skôr prikláňame k označeniu *voľný*, resp. *neštruktúrovaný* rozhovor. SVOBODA (2005) však od seba odlišuje voľný riadený a neriadený rozhovor. Pri riadenom voľnom rozhovore diagnostik smeruje ku konkrétnemu cieľu, avšak prostriedky a spôsoby k jeho dosiahnutiu niesú vopred stanovené. Naopak neriadený rozhovor je podľa neho taký, ktorý nie je vopred naprogramovaný a voľnosť vo výbere tém je na iniciatíve respondenta. A nakoniec STANČÁK (1996) od seba odlišuje neštruktúrovaný a štruktúrovaný rozhovor, ktorý nazýva diagnostické interview a zväčša býva najmä v psychodiagnostike štandardizované.

respondenta – diagnostikovaného (KASÁČOVÁ & CABANOVÁ, 2011). SVOBODA (2001) dodáva, že v prípade riadeného rozhovoru získava diagnostik informácie zámerným a organizovaným spôsobom. Základom štruktúrovaného a štandardizovaného rozhovoru sú presne formulované otázky, ktoré sú rovnaké pre všetkých respondentov. Vopred je stanovené aj rovnaké poradie, pričom diagnostik v priebehu rozhovoru nedopĺňa, nemení a nepreformuluje pripravené otázky, aj keď by to mohlo byť žiadúce (KOLLÁRIK, SOLLÁROVÁ a kol., 2004).

KASÁČOVÁ a CABANOVÁ (2011) rozlišujú štyri fázy vedenia rozhovoru – *prípravná fáza; utváranie atmosféry; realizácia rozhovoru a záver rozhovoru*. V PPD sa môžeme pokojne inšpirovať touto štruktúrou, pričom uvádzame niekoľko zásad pre jednotlivé fázy vedenia rozhovoru:

1. **Prípravná fáza** – keďže dôkladná príprava na rozhovor je prvým predpokladom úspechu, nemali by sme byť ľahostajní voči úvodným krokom, ktoré je potrebné podniknúť ešte pred realizáciou samotného diagnostického rozhovoru. Pri štandardizovanom rozhovore uvádza MUSILOVÁ (2012) niekoľko krokov v prípravnej fáze – ešte pred realizáciou samotného rozhovoru v rámci PPD. Na začiatok je dôležité vymedzenie cieľov rozhovoru, premyslenie a nastavenie podmienok v akých, sa bude rozhovor odohrávať (prostredie, eliminácia prípadných rušivých faktorov, časové hľadisko a pod.) a v neposlednom rade premyslenie stratégie vedenia rozhovoru. Súčasťou prvého kroku je tiež úvaha o diagnostikovanom v závislosti od toho, či už o ňom diagnostik nejaké údaje má k dispozícii (napr. z dokumentácie, portfólia žiaka, informácie od iných odborníkov, rodičov a pod.) alebo ide o vstupný rozhovor pri úplne prvom kontakte s diagnostikovaným¹⁶. KASÁČOVÁ a CABANOVÁ (2011) v tejto súvislosti hovoria o dlhodobej príprave na rozhovor a bezprostrednej príprave na rozhovor. Zatiaľ čo dlhodobá zahŕňa celkové zdokonaľovanie sa v schopnosti viesť rozhovor (štúdiom, rôznymi tréningami, vzdelávaním), v prípade bezprostrednej prípravy ide o výber a nastavenie prostredia (miesta), resp. príprava spôsobu zaznamenávania údajov počas rozhovoru. Ďalej je podľa MUSILOVEJ (2012) dôležitá najmä konštrukcia otázok, prípadne tvorba záznamového hárku, kde bude diagnostik v priebehu rozhovoru zaznamenávať odpovede respondenta (základné zásady a odporúčania pre tvorbu otázok v diagnostickom rozhovore si popíšeme neskôr). Nakoniec ešte pred samotnou realizáciou musí diagnostik zabezpečiť a pripraviť primerané podmienky a prostredie v ktorom sa bude diagnostický rozhovor odohrávať. Vhodné je tiché, nerušené miesto, bez veľkého „pohybu“ v okolí, napr. kancelária školského psychológa, prípadne kabinet učiteľa a pod. Rozhovor by mal prebiehať v individuálnej forme bez prítomnosti cudzej – nezainteresovanej tretej osoby, čím sa zvýši pocit bezpečia a dôvery, resp. ochota a otvorenosť diagnostikovaného.

¹⁶ HERSEN (2004) hovorí o tzv. iníciaľnom interview, ako vôbec prvom, vstupnom a úvodnom pre ďalšiu nadväzujúcu diagnostickú činnosť. Zdôrazňuje dôležitosť tohto „prvého kroku“, pričom len veľmi ťažko môžeme nahradiť údaje získané práve prostredníctvom metódy interview v úvodnej fáze diagnostického procesu.

2. **Vytvorenie príjemnej atmosféry** – v rámci PPD je žiadúce, aby rozhovor prebiehal v atmosfére vzájomnej úcty, dôvery, empatie a akceptácie (KASÁČOVÁ & CABANOVÁ, 2011). Diagnostik môže práve úmyselným a cieleným navodením príjemnej, bezpečnej atmosféry podporiť celkovú ochotu diagnostikovaného spolupracovať a zdieľať svoje pocity, myšlienky a postoje. SVOBODA (2005) hovorí o tejto fáze už ako o fáze vedenia rozhovoru, pričom je kľúčové práve navodenie optimálnej atmosféry. Tá pomáha u respondenta odstrániť a eliminovať úzkosť, tenziu, trému, nedôveru a pomáha k lepšiemu uvoľneniu počas rozhovoru. Autor ďalej upozorňuje na to, že v tejto fáze by malo ísť o neriadený rozhovor (neštruktúrovaný), pričom voľba tém a iniciatíva diagnostikovaného má už sama o sebe svoju diagnostickú hodnotu. Diagnostik sa tak snaží empaticky naladiť na úroveň respondenta (mentálnu, kognitívnu, komunikačnú, emočnú a pod.) a prispôsobuje svoj slovník, nastavenie a celkovo stratégiu vedenia rozhovoru respondentovým možnostiam a kapacitám. Prechodom od úvodnej fázy k samotnému „jadru“ diagnostického rozhovoru môže byť napr. vysvetlenie dôvodu a účelu realizácie interview, čím často niektoré deti začínajú stretnutie už pri prvom kontakte. Vhodné je pýtať sa na to, ako rozumie dôvodu a účelu takéhoto rozhovoru diagnostikovaný a následne primeraným spôsobom preformulovať účel a dôvod tak, aby tomu porozumel a bolo to pre neho bezpečné.
3. **Realizácia rozhovoru** – táto fáza v sebe už zahŕňa realizáciu samotného rozhovoru po nadviazaní prvého kontaktu a určitého raportu, ktorý je kľúčový pre celý ďalší priebeh a efektivitu zaradenia tejto metódy v PPD. KASÁČOVÁ a CABANOVÁ (2011) odporúčajú, že rozhovor je vhodné začínať neformálne, prítlačlivým a uvoľnenejším spôsobom, čím sa podarí rozptýliť práve prvotné obavy a rozpaky diagnostikovaného. Diagnostik by tak mal pôsobiť citlivo, taktne, trpezlivo, nehodnotí a nevytvára si unáhlené interpretácie, skôr sa zaujíma, pýta, overuje si svoje „pracovné diagnostické hypotézy“, ktoré sa počas diagnostického procesu vynárajú. Počas rozhovoru zároveň sledujeme aj neverbálne a paraverbálne prejavy diagnostikovaného (aj keď pozorovanie v tomto prípade nie je zámerné, resp. samostatne použité ako diagnostická metóda, je v rozhovore prítomné). Po položení otázky necháva dostatok času na premyslenie, odpoveď, prípadne citlivo podporí, povzbudí a ak respondent neodpovedá (pretože nevie, nechce), nehodnotí to, ale skôr to bezpodmienečne akceptuje. Neskáče diagnostikovanému do reči, neopravuje prípadne chyby, nevysmieva sa, nezosmiešňuje a snaží sa nedat' najavo nespokojnosť, súhlas/nesúhlas, aby tým nevyvolal hodnotiaci dojem. SVOBODA (2005) hovorí o „jadrovej časti“ pri realizácii rozhovoru ako kľúčovej z pohľadu relevantnosti diagnostických údajov. Zvyčajne tak prechádzame pri kladení otázok od všeobecnejších (bezpečnejších) ku konkrétnejším (niekedy až osobnejším, intímnejším) témam. Musíme však myslieť na primerané rozloženie otázok (množstvo otázok je subjektívne od prípadu k prípadu) a nepreťažiť tak diagnostikovaného ani množstvom, ani intenzitou použitých otázok v rozhovore. Súčasťou tejto fázy je aj zaznamenávanie odpovedí respondenta, čo sa zvyčajne

realizuje priamo počas rozhovoru, resp. ihneď po ukončení rozhovoru (každý diagnostik preferuje iný typ, podľa vlastného uváženia a schopností viesť rozhovor).

4. **Záver rozhovoru** – od záverečnej fázy rozhovoru závisí, akým spôsobom sa budú odvíjať ďalšie interakcie s diagnostikovaným (či už v rámci PPD administrácia ďalších metód v diagnostickom procese alebo samotné výchovné opatrenia a intervencie a pod.). KASÁČOVÁ a CABANOVÁ (2011) odporúčajú na záver zhrnúť obsah a témy, ktoré sa v priebehu rozhovoru otvorili a ak je to možné, poskytnúť odporúčania, závery pre ďalšie smerovanie diagnostikovaného (odpovedať mu tak na otázku – „čo to pre mňa znamená?“). MUSILOVÁ (2011) pripomína zdvorilý takt diagnostika, obdobne ako pri zahájení rozhovoru. Nezabudnúť tak nechať diagnostikovanému priestor na prípadné otázky, nejasnosti, resp. spätnú väzbu k priebehu rozhovoru a na záver poďakovať za jeho ochotu, spoluprácu a čas, ktoré rozhovoru venoval.

Netreba zabúdať na to, že nepripravený diagnostik môže nechtiac spôsobiť opačný efekt – nežiadúci vývoj rozhovoru, odpor a nechota spolupracovať u diagnostikovaného, znížená dôveryhodnosť, istota a pokojná atmosféra počas rozhovoru a pod. Na to, aby sme vedeli efektívne realizovať rozhovor v PPD je dobré poznať niekoľko jednoduchých techník vedenia rozhovoru (SVOBODA a kol., 2001; SVOBODA, 2005):

- **Technika kladenia otázok** – otázky v PPD slúžia na získavanie diagnostických údajov a sú jednou z najčastejších a najviac využívaných techník vedenia rozhovoru v diagnostike. GAVORA (2015) chápe pod otázkou výrok, ktorý má opytovaciu formu, pričom každá úloha, formulácia v rozkazovacej/oznamovacej vete, má potenciú stať sa otázkou. SVOBODA a kol. (2001) upozorňujú na to, že je v rámci diagnostického rozhovoru klásť čo najmenej uzavretých otázok s možnosťou odpovede typu áno/nie (výnimkou sú základné anamnestické a demografické údaje napr. pri OA, RA, SA). Formulácia otázok by tak mala v PPD provokovať diagnostikovaného k obsiahlejším výpovediam, načo slúži napr. pýtať sa „ako“ a „čo“ (napr. „ako vnímaš, chápeš, rozumieš...?“ Čo pod tým chápeš...? Čo tým myslíš...?). Najčastejšie sa používajú tri typy otázok: *priame* (na konkrétnu vec sa pýtame priamo – „míňaš veľa peňazí z vreckového? Na čo najčastejšie míňaš peniaze? ; *nepriame/nedirektívne* (k jadru veci sa približujeme nepriamo – napr. „máš niekedy dojem, že je ťažké odolať a nekúpiť si síce peknú, ale menej potrebnú vec?“) a *projektívne otázky*¹⁷ (uplatňujú princíp projekcie – napr. „čo si myslíš o deťoch, ktoré si niečo kúpia, ale moc o tom nepremýšľajú, či to skutočne potrebujú?“). Dôležité je nezabúdať na to, že otázky majú byť formulované zrozumiteľné, jednoznačne (nie dvoj a viaczmyselne), nemali by obsahovať dvojité zápor, či sa pýtať na dve a viac vecí naraz (napr. „Myslíš si, že je dobré, ak deti utrácajú viac peňazí alebo ak utrácajú na to, čo v podstate nepotrebujú?“). Pri technike kladenia otázok by sme nemali zabúdať na to, že ak je používame v rámci diagnostického rozhovoru vo veľkej miere, môže to pripomínať až „výsluchovú“ situáciu a diagnostikovaný tak môže vnímať určitý nátlak, nezáujem

¹⁷ Pre lepšie porozumenie princípu *projekcie* a možnostiam využitia projektívnych metód v PPD viď podkapitolu 3. 2.

zo strany diagnostika a pod. Vhodné je tak primerane kombinovať techniku kladenia otázok s inými technikami vedenia rozhovoru a zároveň ju vhodne rozložiť na čas realizácie diagnostického rozhovoru.

- **Technika jednoduchej akceptácie** – hlavný princíp spočíva v tom, že sa snažíme diagnostikovanému vyjadriť, že ho počúvame a berieme na vedomie to, čo hovorí. SVOBODA (2005) hovorí tiež o technike „pritakávania“, kedy používame často pomocné slová ako „áno“, „iste“, „samozrejme“, „hm“ a podobne. Tieto verbálne prejavy je dobré doplniť aj neverbálnymi gestami (mimikou a pantomimikou), čím zabezpečujeme diagnostikovaného, že jej plne venujeme pozornosť, máme úprimný záujem o to, čo nám hovorí. Táto technika tak vzbudzuje na druhej strane pocit dôvery, podporuje celkovú bezpečnú atmosféru a má motivačný charakter.¹⁸
- **Technika zachytenia a objasnenia** – spočíva najmä v tom, že diagnostik zachytáva podtext toho, čo bolo povedané a objasňuje pocity a skryté úmysly diagnostikovaného. Toto objasnenie musí byť však podané taktne, nepriamo, aby tak neodradilo respondenta od ďalších výpovedí a nevyvolalo konfliktnú situáciu (SVOBODA a kol., 2001). Zároveň je dôležité zo strany diagnostika objasniť a overiť to, či správne rozumie výpovedi diagnostikovaného. Môže sa tak opätovne spýtať na to, čo zaznelo, vrátiť sa k tomu, ešte raz si to nechať potvrdiť, povedať možno trochu inými slovami a podobne, čím eliminuje riziko skreslenia, neporozumenia a dezinterpretácie získaných informácií v rozhovore (napr. „Rozumiem tomu správne, že spolužiaci ti robia zle a teba to trápi?“; „Máš pocit, že to, čo ti robia spolužiaci, nie je správne a príjemné“, „Ak hovoríš, že spolužiaci ti robia zle, myslíš tým, že sa k tebe nesprávajú dobre a slušne?“ a pod.).
- **Technika parafrázovania** – využitím parafrázovania v podstate diagnostik v rozhovore opakuje určitú časť výpovede diagnostikovaného, pričom ju trochu preformuluje, prerozpráva – preparafrázuje inými slovami. Podľa SVOBODU a kol., (2001) slúži táto technika na udržanie rozhovoru na živej, spontánnej úrovni. Samozrejme aj pri tejto technike platí jej správne vyváženie použitia a zaradenie v rámci rozhovoru, pričom prílišné používanie by mohlo vyvolať skôr opačný efekt a byť v rozhovore určitou prekážkou/brzdou vo výpovediach diagnostikovaného. Spôsob akým diagnostik upravuje, mení a dopĺňa výpoveď diagnostikovaného, by mal byť citlivý, primeraný, bez zbytočného domýšľania, sugescie a navádzania (napr. „Hádame sa s bratom každý deň“ – „Hm, mám pocit, že u Vás doma asi nie je príliš klľudu“; „S bratom máte asi občas dost' odlišné názory“ a pod.).
- **Technika interpretácie** – veľmi dôležitá, ale zároveň pomerne náročná technika vedenia rozhovoru je využitie interpretácie. Tá predstavuje interpretáciu diagnostika, ktorá by mala byť spojená s objasnením, vysvetlením toho, čoho sa práve týka. Interpretovať je vhodné až vtedy, ak je diagnostikovaný na ňu pripravený a je schopný prijať určité možné vysvetlenia ohľadom seba a svojho prežívania. Naopak predčasná interpretácia, resp. zle načasovaná a príliš často využívaná interpretácia

¹⁸ Technika jednoduchej akceptácie nám pripomína *bezpodmienečné pozitívne prijatie*, ktoré má dôležité miesto najmä v humanistickej orientovanej psychológii Carla R. ROGERSA (viď napr. SOLLÁROVÁ, 2005; ROGERS, 2015).

môže celkovo narušiť vzťah dôvery a bezpečia s diagnostikovaným (SVOBODA a kol., 2001). Dalo by sa dokonca uvažovať o tom, že technika interpretácie patrí medzi pomerovo najmenej zastúpené v rámci diagnostického rozhovoru v PPD. Niekedy diagnostik použije interpretáciu 2-3 krát počas rozhovoru, inokedy dokonca vôbec (napr. „*Môj brat sa často háda so sestrou. Hm, mám brata rád, ale neznášam, keď sa háda so sestrou*“ – „*Hm, vyzerá to tak, že máš k sestre veľmi blízko. Asi by si ju chcel pred bratom ochrániť, čo myslíš?*“ alebo „*Máš asi so sestrou naozaj dobrý vzťah. Možno dokonca o niečo lepší ako s bratom*“. a pod.).

- **Technika uistenia** – vychádza z toho, že často sa pri PPD stáva, že diagnostikovaný je neistý, úzkostný a môže byť dokonca v odpore (resp. sa aktivujú ďalšie obranné mechanizmy). Diagnostik sa tak snaží respondentu uistiť, povzbudiť, upokojiť, poskytuje mu oporu a ubezpečuje ho, že celý rozhovor je zvládnuteľný, bezpečný a zároveň dôležitý a užitočný pre lepšie porozumenie tomu, čoho sa konkrétny diagnostický proces týka a na čo je zameraný. Uistenie tak podľa SVOBODU (2005) pomáha prekonať zábrany, obavy a rozplýva prvotné obrany, ktoré sú prirodzeným nastavením diagnostikovaného v novej (potenciálne ohrozujúcej) situácii (napr. „*Rozumiem, že je to pre teba ťažké a chcem aby si vedel, že nie je tvoja vina, ak si sa dostal do tejto situácie. Chcel by som ťa podporiť, aby si mi skúsil povedať o tom viac*“ alebo „*Rád by som ocenil, že o tom hovoríš, aj keď je to pre teba náročné. Budem rád, ak v tom budeš pokračovať, aby sme tomu mohli lepšie porozumieť.*“ a pod.). Samozrejme, nie je vhodné používať túto techniku vždy a za každú cenu aj „nasilu“ na miestach, kde to nie je potrebné a nutné, resp. si to daná situácia vôbec nevyžaduje.
- **Technika používania ticha** – na tomto mieste si treba uvedomiť, že ticho (najmä formou úmyselných prestávok, medzier a tichých pasáží) má v komunikácii rovnako dôležité miesto ako hovorené slovo. Najmä začiatočníci, ktorí majú menšie skúsenosti s vedením rozhovoru, majú tendenciu vyhybať sa tichým miestam a pasážam a skôr sa boja využívať ticho v komunikácii účelovo a systematicky. Tichá pauza môže mať rôzne konotácie (napr. trápne ticho spojené s pocitom neistoty; ticho podporujúce napätie a stresovú situáciu; ticho podporujúce pokoj, klud a čas na hlbšie zamyslenie a premyslenie niečoho; trpezlivé ticho ako čakanie na niečo a pod.) a je dobré, ak si „kvalitu ticha“ diagnostik v komunikácii uvedomuje a dokáže s ňou v rámci rozhovoru flexibilne pracovať. Dôležité je tak nezabúdať na to, že diagnostikovaný niekedy možno potrebuje väčší čas a priestor na premyslenie odpovede, prípadne rozpamätanie sa. Diagnostik mu tak dáva najavo, že byť ticho je v poriadku, nie je to nič zlé, nevhodné a podporuje tak bezpečnú atmosféru a dôveru vo vzťahu k respondentovi.

Vyššie uvedené techniky vedenia rozhovoru, ako ich uvádza napr. SVOBODA (2005), môžu poslúžiť pri práci s rozhovorom ako diagnostickou metódou v rámci PPD. Vedenie efektívneho rozhovoru je zručnosť, ktorú si diagnostik potrebuje osvojiť, aby mohol vyťažiť z rozhovorovej metódy čo najviac pre diagnostický proces. Zároveň treba dodať, že všetky techniky vedenia rozhovoru sa vzájomne kombinujú a to v rôznej miere vždy od závislosti od preferencií, osobnosti a komunikačného štýlu diagnostika,

diagnostikovaného a celkovo situácie, okolností a kontextu v akom sa celý rozhovor realizuje. Vo všeobecnosti však môžeme uviesť niekoľko odporúčaní pre efektívnu prácu s rozhovorom ako diagnostickou metódou v PPD:

- ✓ Rozhovor je diagnostická metóda – tzn. mal by byť zvolený a vybraný v závislosti podľa cieľa/zámeru diagnostiky a prispieť tak k overeniu diagnostickej hypotézy, resp. odpovedať na časť diagnostickej otázky.
- ✓ Aktívne počúvanie je nevyhnutnou súčasťou rozhovoru – podľa MUSILOVEJ (2012) sa prejavuje formou neverbálnej (zrakový kontakt, vľúdna mimika, otvorená a zaujatá pozícia „tvárou v tvár“, súhlasné prikyvovanie, umiernené gestá a pod.) a verbálnej komunikácie (uistenie, že počúva, zaujíma sa, kľudný, skôr tichší hlasový prejav a pod.).
- ✓ Zrozumiteľnosť a jednoznačnosť vo vyjadrení diagnostika – prispôsobuje jazykový štýl primerane k možnostiam, schopnostiam a kapacite diagnostikovaného.
- ✓ Flexibilita a otvorenosť – diagnostik je schopný pružne reagovať na prípadné neočakávané prejavy diagnostikovaného (napr. odpor, rigidita, neochota spolupracovať, resp. hyperaktivita a pod.). Snaží sa otvorene prijímať, nehodnotí, podporuje a navodzuje tak príjemnú motivujúcu atmosféru.
- ✓ Vytvorenie atmosféry bezpečia a dôvery – diagnostik vyjadruje a ubezpečuje diagnostikovaného, aby mal pocit dôvery, bezpečia a ochotne spolupracoval. Niekedy stačí len jednoduchý úprimný „ľudský záujem“ o druhú osobu, nehodnotiaci prístup, bezpodmienečné prijatie a dieťa dokáže na to bezprostredne reagovať.
- ✓ Zaznamenávanie a vyhodnocovanie rozhovoru – netreba zabúdať ani na to, akým spôsobom bude pri realizácii rozhovor zaznamenávaný (často to môže byť formou audio/video nahrávok s následným prepisom) a neskôr analyzovaný a vyhodnocovaný. Pri štandardizovaných rozhovoroch poznáme vopred metodiku, ktorá v sebe zahŕňa aj spôsob zaznamenávania a vyhodnocovania získaných údajov. V iných prípadoch na to netreba zabúdať a vopred sa pripraviť na „praktickú stránku“ pripravovaného rozhovoru v PPD.

Okrem niekoľkých odporúčaní, ktoré sme zhrnuli v bodoch vyššie, by sme však mali byť obozretný aj pri často sa opakujúcich „chybách a nedostatkoch“, ktoré realizácia diagnostického rozhovoru prináša. Ponúkame tak niekoľko najčastejšie sa objavujúcich chýb (KASÁČOVÁ & CABANOVÁ, 2011), ktoré sa môžu objaviť pri využití rozhovoru v PPD:

- ! Príliš autoritatívne a direktívne vedenie rozhovoru alebo naopak príliš dôverné, uvoľnené, kamarátske a benevolentné vedenie rozhovoru.
- ! Rýchle tempo – striedanie otázok a odpovedí, malá trpezlivosť diagnostika a prílišné preťaženie/zahľtenie diagnostikovaného.

- ! Nepripravenosť diagnostika na rozhovor (štruktúry otázok, techník vedenia rozhovoru, zámeru/cieľa, smerovania, spracovania/zaznamenávania, vyhodnocovania a pod.).
- ! Predčasné závery, dezinterpretácie, nepodložené domnienky a predsudky na strane diagnostika.
- ! Nepozornosť pri počúvaní a „neschopnosť aktívne počúvať“ počas rozhovoru.
- ! Impulzivnosť, prerušovanie diagnostikovaného a skákanie do reči, resp. zadanie ďalšej otázky – bez možnosti reagovať na tú predchádzajúcu.
- ! Neochota a nechúť počúvať druhého – prílišné presadzovanie si svojich vlastných verzí a názorov (orientácia na svoje „ego-potreby“ na úkor orientácie na potreby dieťaťa).
- ! Prílišná emocionálnosť (určitá emočná labilita) a nevyrovnanosť, neprimerané reakcie na emocionálne prejavy diagnostikovaného (napr. nevhodný smiech, plač, agresívne ladenie a pod.).

Diagnostik v procese PPD sa tak môže inšpirovať vyššie uvedenými často sa opakujúcimi chybami pri práci s rozhovorom, avšak treba upozorniť, že efektivita pri vedení rozhovoru stúpa nielen kvalifikáciou a tréningom (rôzne zážitkové sebarozvojové kurzy, workshopy, výcviky a pod.), ale tiež skúsenosťami v praxi, ktoré diagnostik v diagnostickej činnosti postupne nadobúda. Netreba zabúdať, že diagnostický rozhovor je vo svojej podstate úsilím naučiť sa o diagnostikovanom čo najviac (GREENSPAN & THORNDIKE GREENSPAN, 2007). Snahou je získať diagnostické údaje, dozvedieť sa čo najviac od diagnostikovaného a lepšie tak porozumieť súvislostiam a sledovaným javom v PPD. Efektívne vedenie diagnostického rozhovoru je možné sa naučiť a zdokonaľovať sa v ňom, vždy však musíme mať na zreteli cieľ rozhovoru, ktorý nás pri realizácii povedie (WETZIG-WÜRTH & MÜLLER, 2004). V závere upozorňujeme, že špecifickým možnostiam využitia rozhovoru (napr. anamnestický rozhovor, rozhovor s rodičmi a rodinnými príslušníkmi a pod.) sa venujeme v iných častiach. Niektoré výhody a nevýhody voľného a štruktúrovaného rozhovoru nájdete v prehľadnej tabuľke v [prílohe 1](#).

3. 1. 2 Dotazníkové metódy, posudzovacie škály a ich využitie

Ďalšou diagnostickou metódou v rámci exploračných metód je »dotazník«, a dotazníkové metódy, ktoré majú pomerne široké zastúpenie v rámci PPD. Dotazníky patria medzi najčastejšie používané výskumné metódy, avšak dôležité miesto majú aj v diagnostickom procese. Tieto metódy sú dobre známe už takmer 150 rokov, kedy prvý dotazník zostrojil a použil už v r. 1867 DARWIN, ktorý skúmal citové prejavy u primitívnych národov. O pár rokov neskôr začal používať BARHOLOMĀI dotazníky v pedagogickej praxi a začiatkom 20. storočia bolo čoraz viac autorov, ktorí ich využívali na výskumné, resp. diagnostické účely (STANČÁK, 1996).

Dotazníky slúžia na pomerne rýchle zisťovanie faktov, názorov, postojov, preferencií, hodnôt, motívov, potrieb a záujmov (GAVORA a kol., 2010). ALMAŠIOVÁ

a KOHÚTOVÁ (2014) hovoria o tom, že dotazníky sú vhodné práve na zisťovanie javov, ktoré sú pomerne jednoduché a nie komplikované (ako napr. názory, postoje, predstavy, potreby, správanie respondentov a pod.). Za relatívne krátky čas dokážeme vďaka dotazníkom zachytiť väčšie množstvo dát u viacerých respondentov. Dotazník tak podľa autoriek predstavuje formulár, v ktorom sú vopred formulované otázky a má jasnú štruktúru (oslovenie respondenta, inštrukcia ako dotazník vyplniť, jednotlivé otázky/položky, poďakovanie v závere). Dotazník pripomína interview práve tým, že je to spôsob písomného kladenia otázok a získavania písomných odpovedí od diagnostikovaného (ZELINOVÁ, 2011). Cieľom dotazníka je podľa STANČÁKA (1996) získať subjektívne údaje diagnostikovaného o vlastných postojoch, názoroch, potrebách, motívoch, vzťahoch, vlohách, schopnostiach, preferenciách a pod. MUSILOVÁ (2012) dodáva, že vzhľadom ku kvantite získaných diagnostických údajov býva dotazník vôbec najefektívnejšou diagnostickou metódou. DITTRICH (1993) zaraďuje dotazník medzi písomné diagnostické metódy a upozorňuje, že je dôležité, aby sme ho v PPD využívali v kombinácii s inými metódami, aby sa tak kompenzovali nedostatky diagnostických metód vôbec.

Väčšina dotazníkov v PPD sa v súčasnosti používa buď klasickou formou – „ceruzka – papier“, tzn. v tlačenej papierovej podobe alebo v digitalizovanej elektronickej podobe prostredníctvom PC. Ak respondent vypovedá sám o sebe (tzv. sebaopisovanie, angl. *self-report*), ide o „JA“ formu. V tomto prípade, ako uvádza SVOBODA (2005), sú dotazníky ako diagnostické metódy skôr subjektívne a založené na introspekcii diagnostikovaného. Sám diagnostikovaný tak vyberá a označuje odpovede, ktoré podľa jeho subjektívneho uváženia najviac vystihujú sledovaný znak. Ak vypovedá o diagnostikovanom niekto iný (napr. spolužiak, učiteľ, rodič a pod.), ide o „ON“ formu dotazníka. Vhodné je kombinovať obe uvedené formy, čím sa zvyšuje objektivita získaných údajov o diagnostikovanom (tzv. triangulácia). GAVORA a kol. (2010) hovoria o tom, že dotazník zvyčajne používame v PPD ako hlavnú diagnostickú metódu, ako doplnujúcu, resp. ako exploračnú – skríningovú, na oboznámenie sa so sledovaným javom (napr. výskyt problémového správania v školskej triede; miera sebahodnotenia žiakov a pod.). SVOBODA (2005) z formálneho hľadiska rozlišuje *dotazníky* (angl. *questionnaire*) a *inventáre* (angl. *inventory*). Zatiaľ čo dotazníky v sebe zahŕňajú skôr uzavreté otázky, na ktoré respondent odpovedá „áno/nie/neviem“, inventáre majú jednotlivé položky formulované ako oznamovacie vety, pričom diagnostikovaný vyberá zväčša mieru súhlasu na určitej stupnici (škále), resp. vyberá z viacerých navrhovaných alternatív (tzv. metóda nútenej voľby). ŠVEC a kol. (2009) hovoria rovnako o podobnosti medzi inventárom a dotazníkom, avšak uvádzajú, že inventár sa najčastejšie používa na diagnostikovanie osobnostných čŕt, záujmov, postojov a potrieb, pričom úlohou respondenta je reagovať na krátke tvrdenia ohľadom jeho osobnosti, či správania. Pre potreby PPD nám môže poslúžiť delenie dotazníkov ENGELSMANNA (podľa Svoboda a kol., 2001, s. 322):

- *Anamnestické dotazníky a diagnostické schémy*
- *Dotazníky postojov, záujmov a hodnôt*
- *Multifaktoriálne dotazníky*

- *Skríningové dotazníky*

Od dotazníkov a inventárov treba odlišiť »posudzovacie škály/stupnice«, ktoré sú niekedy súčasťou samotných dotazníkov a inventárov (ako subškály), ale niekedy sa používajú ako samostatné diagnostické metódy. Podobne ako dotazníky, aj posudzovacie škály predstavujú diagnostický nástroj, ktorý umožňuje zisťovanie vlastností, frekvenciu alebo intenzitu rôznych stránok osobnosti alebo činnosti diagnostikovaného (GAVORA a kol., 2010). Hodnotenie diagnostikovaného javu sa realizuje označením príslušnej hodnoty na danej škále/stupnici, pričom sa rovnako využívajú formy sebahodnotenia, resp. hodnotenia druhých. Vyznačujú sa rovnakými výhodami a nevýhodami ako dotazníky, avšak je nutné nezabúdať na základné psychometrické a edumetrické parametre, ktoré by mali rovnako dotazníky ako posudzovacie škály v PPD spĺňať, aby sme ich mohli adekvátne použiť (bližšie viď podkapitulu [2. 2 Výber metód a práca s nimi v diagnostickom procese](#)). KASÁČOVÁ a CABANOVÁ (2011) rozdeľujú dotazníkové metódy z hľadiska formulácie jednotlivých položiek na:

- **štruktúrované dotazníky** – obsahujúce uzavreté otázky s obmedzenými možnosťami výberu napr. a., b., c. a pod.
- **neštruktúrované dotazníky** – obsahujúce otvorené položky s možnosťou formulovať odpovede voľne.
- **kombinované dotazníky** – obsahujúce kombináciu otvorených a uzavretých položiek.

Všetky dotazníkové metódy sú založené na predpoklade, že diagnostikovaný je schopný určitej introspekcie a seba-percepcie a dokáže posúdiť a zhodnotiť svoje vlastné schopnosti, vlastnosti, správanie a pod¹⁹. Dotazníkové metódy sa tak zväčša využívajú u respondentov s priemernou, resp. vyššou mierou intelektových schopností. Kľúčovým však je záujem a ochota spolupracovať, keďže výsledky je možné pomerne ľahko vedome ovplyvniť a skresliť. Najčastejšie v praxi PPD využívame množstvo známych štandardizovaných, resp. adaptovaných dotazníkov na naše kultúrne prostredie. Koluje však mnoho takých, ktoré boli svojvoľne vytvorené a u ktorých nie sú známe základné psychometrické vlastnosti (reliabilita, validita). Rovnako často krát diagnostika láka vytvoriť si vlastný dotazník, avšak nemal by zabúdať, že bez orientácie v metodológii, štatistických metódach, psychometrii a edumetrii a bez predbežného overenia základných vlastností dotazníka, hrozí riziko, že použitý nástroj nebude funkčný. V prílohách uvádzame niekoľko známych a overených dotazníkov a posudzovacích škál, ktoré sa používajú v rámci PPD pomerne často (viď napr. [prílohu 2](#) a [prílohu 3](#)).

Keď sa diagnostik rozhodne pre konkrétny dotazníkový nástroj, resp. posudzovaciu škálu v PPD, čaká ho *administrácia* – zber diagnostických údajov. Zvlášť pri dotazníkoch ide zväčša o pomerne jednoduchú úlohu, avšak je dôležité, aby diagnostik vopred poznal nástroj, ktorý sa rozhodol použiť. Mal by mať dobre naštudovanú celú štruktúru a poznať „kritické miesta“, pri ktorých sa môžu respondenti zastaviť, opýtať a pod. V úvodnej časti dotazníkov a posudzovacích škál sa zvyčajne nachádza jednoduchá

¹⁹ DŽUKA (2006) túto schopnosť nazýva metakognícia a vysvetľuje ju ako schopnosť diagnostikovaného uvedomiť si obsahy svojho prežívania, tie ktoré sa týkajú jeho osobných vlastností a pod.

a zrozumiteľná inštrukcia, ktorú buď prečíta diagnostik nahlas alebo apeluje na respondentov, nech si ju prečítajú každý v tichosti a samostatne. V prípade otázok a nejasností by mal byť diagnostik po celý čas v strehu a k dispozícii, aby tak mohol prípadné nedorozumenia a skreslenia na strane respondentov eliminovať. Väčšina dotazníkov a posudzovacích škál má aj presne odporúčané časové ohraničenie, ktoré je tiež dobré rešpektovať. Následne po administrácii diagnostik zozbiera všetky vyplnené dotazníky, resp. posudzovacie škály²⁰ a vyhodnocovanie opäť prebieha rovnako štandardným a pomerne jednoduchým spôsobom, ako administrácia. Najmä pri štandardizovaných a adaptovaných nástrojoch má diagnostik k dispozícii vyhodnocovacie šablóny, resp. vyhodnocovacie kľúče, pričom pomerne jednoducho dokáže určiť výsledné skóre (najčastejšie hrubé skóre, ktoré sa niekedy prevádza na percentily a stenové normy). Interpretácia získaných výsledkov závisí vždy na teoretickom pozadí, na základe ktorého bol dotazník skonštruovaný. Niektoré dotazníky a škály môžu byť „jednodimenzionálne“, tzn. merajú len jednu premennú (napr. *Rosenbergova škála sebaúcty*)²¹, iné zasa „viacdimenzionálne“, tzn. merajúce viacero premenných (subškál) súčasne (napr. dotazník *Naša trieda*). Medzi najčastejšie úskalía, ktoré sa objavujú pri práci s dotazníkmi v diagnostickom procese, uvádza DŽUKA (2006) jednak úroveň metakognície respondenta, sociálnu žiadúcnosť (odpoveď respondenta tak, ako je to v spoločnosti, komunite, triede očakávané, ako by bolo vhodné), sociálne porovnávanie sa a priehľadnosť otázok (najmä starší respondenti môžu niekedy pochopiť zámer, cieľ, ktorý niektoré položky v dotazníku sledujú). Riešením tak môže byť podľa autora pridanie dodatočných škál (subškál), ktoré sa zakladajú práve na meraní ochoty priznať si určité malé nedostatky (tzv. ľži škály). Vysoké skóre (tzv. ľži skóre) môže vyjadrovať, že má diagnostikovaný zvýšenú tendenciu prejavíť sa v inom svetle, ako v skutočnosti je. V interpretácii tak musíme prihliadať aj na takýto ukazovateľ, ktorý vlastne určuje do akej miery je získaný výsledok o diagnostikovanom výpovedný a relevantný.

Diagnostik by sa mal orientovať v štruktúre dotazníka, tzn. poznať aké rôzne typy položiek a škál sa v dotazníkových metódach najčastejšie používajú. ŠVEC a kol. (2009) uvádzajú nasledovné typy otázok/položiek v dotazníku:

- **priame a nepriame otázky** – rozdiel spočíva najmä v tom, akou formou sa vyžaduje špecifická odpoveď od respondenta. Zatiaľ čo *priame* otázky sa pýtajú konkrétne, priamo na to, čo sledujú, *nepriame* môžu využívať mnohoznačnosť, neurčitosť a pýtajú sa nepriamo na to, čo potrebujú zistiť. Nepriamy prístup má podľa autorov väčšiu pravdepodobnosť, že vyvolá úprimnejšie a otvorenejšie odpovede respondenta.

²⁰ Medzi najčastejšie uvádzané nevýhody dotazníkov vo výskume patrí nízka návratnosť. Tá však vo veľkej miere odpadá pri diagnostickom využití dotazníkov, keďže diagnostik, resp. administrátor je zväčša priamo prítomný pri zbere údajov a dokáže si ustrážiť návratnosť vyplnených dotazníkov a škál. Ani to však negarantuje, že všetky zozbierané dáta budú vyplnené úprimne, pravdivo a budú mať požadovanú výpovednú hodnotu pre diagnostický proces.

²¹ RSE je voľne dostupná na viacerých miestach, napr. vid': <https://www.yorku.ca/rokada/psyctest/rosenbrg.pdf>

- **Špecifické a nešpecifické otázky** – otázky sa môžu týkať buď veľmi konkrétnych, špecifických premenných (napr. preferencie, sebahodnotenie, vlastnosti, názory a pod.) alebo nešpecifických, všeobecnejších tém.
- **Faktuálne a názorové položky** – niekedy sa v položkách od respondentov vyžadujú konkrétne fakty (napr. demografické údaje) a inokedy skôr určité názory. V oboch prípadoch je žiadúce, aby diagnostik minimalizoval zdroje predpojatosti a iné intervenujúce faktory, ktoré môžu skresliť celkový úsudok a vyjadrenie respondentov.
- **Otázky a podnetové tvrdenia (položky)** – v dotazníku môžeme priamo klásť otázku (formou opytovacej vety) a v inventároch naproti tomu formulujeme určité podnetové vety (tvrdenia), ktoré sa stávajú položkami nástroja (angl. *items*). Forma podnetového tvrdenia sa tak používa ako alternatíva k otázkam a sleduje preferenčné stanovisko (mieru súhlasu/nesúhlasu) diagnostikovaného. Môžeme sa tak pýtať napr. „Myslíš si, že by bolo vhodné začínať vyučovanie skôr“? (áno/nie); resp. formulovať podnetové tvrdenie: „Bolo by vhodné, aby vyučovanie začínalo skôr“ (súhlasím/nesúhlasím).
- **Otvorené, polouzavreté a uzavreté otázky** – *otvorené otázky* neponúkajú možnosti odpovedí a je tak len na respondentovi, ako sám naformuluje odpoveď. Diagnostikovaný tak sám vyjadruje svoj názor, postoj, bez určitého obmedzenia a limitovaných možností (napr. „Čo si myslíš o tom, kedy na našej škole začína vyučovanie“?). *Uzavreté otázky* dávajú vždy možnosti odpovede – *dichotomické* (vyberá z dvoch protichodných možností – súhlasím/nesúhlasím; áno/nie), resp. *alternatívne* (s viacerými možnosťami odpovede – pripomínajúce škálu/stupnicu). Uzavreté otázky smerujú k vyššej miere objektivity, jednotnosti a spoľahlivosti diagnostikovaného javu, avšak na druhej strane sú kritizované za svoju „povrchnosť“ a niekedy až sugestívnosť odpovede respondentovi. V dotazníkoch sa ešte objavuje aj kombinácia otvorených a uzavretých - *polouzavreté otázky*, ktoré ponúkajú možnosť uzavretia odpovedovej voľby, ku ktorej sa pridáva výber s otvoreným zakončením (napr. „Aké ocenenie si dostal doma sa svoje študijné výsledky“? a.) *vecnú odmenu*; b.) *finančnú odmenu*; c.) *slovnú pochvalu*; d.) *zážitkovú odmenu*; e.) *iné*:“). Vhodné je všetky typy otázok kombinovať, čím sa dosiahne väčšia efektivita a objektivita získaných údajov.

Iné delenie typov dotazníkových a škálových položiek nám ponúka GAVORA a kol. (2010):

- a) **Zatvorené položky** – ponúkajúce vopred stanovené možnosti odpovedí, napr.
- ✓ **Dichotomické** – „S touto školou som spokojný“ – áno/nie.
 - ✓ **Jednoduchý výber** – „Označte, čo je pre Vás na tejto škole najdôležitejšie (vyberte jednu možnosť)“
- | | |
|--------------------------|----------------------------|
| a. vzťahy so spolužiakmi | c. vybavenie školy |
| b. vzťahy s učiteľmi | d. dobré študijné výsledky |

✓ **Viacnásobný výber** - „Vyberte, čo je pre Vás na tejto škole dôležité (vyberte najviac 3 možnosti)“:

a. vzťahy so spolužiakmi

d. dobré študijné výsledky

b. vzťahy s učiteľmi

e. vzťah s triednym učiteľom/učiteľkou

c. vybavenie školy

f. výber rôznych záujmových krúžkov

✓ **Poradová hierarchia** - „Usporiadajte nasledovné hodnoty podľa toho, ako sú pre Vás dôležité“:

__ vzťahy so spolužiakmi

__ vybavenie školy

__ vzťahy s učiteľmi

__ dobré študijné výsledky

b) **Otvorené položky** - diagnostikovaný nevyberá z možností, ale sám vytvára a formuluje odpoveď. Napr. „Aké situácie v našej škole, ti spôsobujú najväčší stres“?

c) **Polouzavreté položky** - kombinácia otvorených a uzavretých položiek, pričom ponúkajú možnosť výberu odpovede, ale tiež výber s otvoreným zakončením. Respondent tak buď volí jednu z možností alebo sám dopisuje vlastnú odpoveď. Napr. „Ako ťa rodičia najčastejšie odmeňujú“?

a. pochvalou

c. formou zážitku

e. iné:

b. materiálnym, vecným darom

d. finančnou odmenou

Vyššie sú uvedené najčastejšie používané typy otázok a položiek v dotazníkových metódach v PPD. Následne si priblížime rôzne typy a formy posudzovacích škál a stupníc, ktoré sa v diagnostickom procese využívajú najčastejšie. Zároveň platí, že niekedy sú škály súčasťou dotazníkov, inokedy sú používané samostatne – oddelene ako samotný diagnostický nástroj. V psychodiagnostike by sme našli určite isté odlišnosti v niektorých formách a druhoch škál, ktoré sa používajú. Pre potreby PPD sa však inšpirujeme skôr pedagogickou diagnostikou, resp. pedagogickým výskumom a tak uvádzame niekoľko foriem škál podľa GAVORU a kol. (2010, dostupné na: <http://www.e-metodologia.fedu.uniba.sk/index.php/kapitoly/posudzovacie-skaly/formy.php?id=i13p1>):

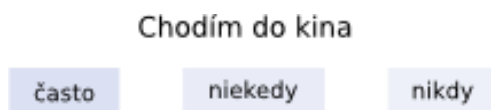
✓ **Numerické** - jednotlivé možnosti sú číselne (numericky) vyjadrené a odstupňované na škále/stupnici.



✓ **Grafické** - graficky odstupňované jednotlivé možnosti voľby („dieliky“), ktoré sú presne vyjadrené v odstupňovaných hodnotách.



- ✓ **Slovné** – jednotlivé možnosti sú na škále vyjadrené v prvom rade slovne, pričom „gradácia“, stupňovanie je tiež zahrnutá v slovnom vyjadrení na stupnici.

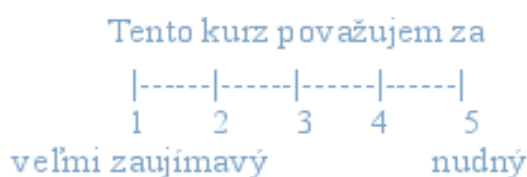


- ✓ **Symbolické** – jednotlivé možnosti sú na škále vyjadrené formou jednoduchých symbolov, čo sa najčastejšie používa najmä pri mladších deťoch (napr. mladší školský vek).



Okrem jednotlivých foriem škál, ktoré sa najčastejšie využívajú v PPD, poznáme aj rôzne druhy škál, ako ich uvádzajú GAVORA a kol. (2010):

- ✓ **Poradové** – sú zamerané na usporiadanie sledovaných javov do určitého poradia z rôznych hľadísk (napr. podľa významu, obľuby a pod.). Výhodou je pomerne ľahké zhotovenie, vyplnenie a vyhodnotenie, avšak nevýhodou naopak fakt, že medzi jednotlivými možnosťami zväčša niesú merateľne rovnaké rozdiely. Príkladom je napr. poradová škála v štandardizovanom *Dotazníku HO-PO-MO* (VONKOMER, 1992).
- ✓ **Intervalové** – pomocou ktorých, sa hodnotia zväčša vlastnosti alebo javy v intervaloch na stupnici. Intervaly sú rovnako veľké (na rozdiel od poradovej), čo ju zvyhodňuje štatisticky pri následných analytických operáciách so získanými údajmi. Vyjadrenie stredových hodnôt slovne nie je vždy nutné, avšak vždy musia byť slovne vyjadrené krajné hodnoty – polarity.



- ✓ **Bipolárne** – tie, ktoré majú vždy na krajných póloch opačné výrazy (opozitá). Je dôležité, aby boli obe polarity čo najvhodnejšími protikladnými pojmami, tým istým slovným druhom, pričom by sme sa mali vyhýbať negáciám (pridanie predpony -ne, napr. *introvertný* – *neintrovertný*).



- ✓ **Likertove** – patria medzi najznámejšie a najpoužívanéjšie typy škál vôbec (názov nesú po americkom psychológovi Rensisovi LIKERTOVI, ktorý vo svojom výskume položil základ pre využitie takéhoto typu škál vo výskume a v praxi). Zväčša sa

používajú na meranie názorov, postojov a tvoria ich výroky na stupnici. Všetky výroky sa formulujú vždy v pozitívnom tvare a gradácia je slovno-významová.

Voľný čas trávim najradšej v spoločnosti priateľov

úplne súhlasím súhlasím nemám vyhranený názor nesúhlasím úplne nesúhlasím

Vyššie uvedené formy a druhy škál nachádzame v rôznych dotazníkových metódach a posudzovacích škálach a stupniciach v PPD najčastejšie. Pre podrobnejší popis štruktúry dotazníkov, otázok/položiek a možností odpovedí pri škálovaní odkazujeme napr. na 12. kapitolu v monografii ŠVECA a kol. (2009), resp. 26. kapitolu v knihe KERLINGERA (1972) a monografiu ALMAŠIOVEJ a KOHÚTOVEJ (2014). Na záver si zhrnieme niekoľko odporúčaní a tipov, ktoré by mal mať diagnostik na zreteli pri práci s dotazníkovými metódami a škálami v PPD. Výhody a nevýhody týchto metód stručne ilustrujeme v prehľadovej tabuľke [Prílohy 1](#) v závere učebných skrípt.

- ✓ Nezabúdať na cieľ dotazníkových metód a posudzovacích škál – otázky a položky by mali smerovať práve k cieľu diagnostického nástroja.
- ✓ Dôležité je vedieť zhodnotiť, komu je dotazník/škála vhodné administrovať a komu nie. Diagnostik by mal zároveň poznať psychometrické/edumetrické vlastnosti diagnostickej metódy ešte predtým, ako sa pre ňu rozhodne v PPD.
- ✓ Položky v dotazníku by mali byť krátke, jednoznačné, zrozumiteľné a mali by sa pýtať len na jednu vec. Netreba zabúdať, že nie je vhodné používať sugestívne otázky a na citlivejšie témy je žiadúce používať skôr nepriame otázky (GAVORA a kol., 2010).
- ✓ Pri posudzovacích škálach dbať na to, aby výroky boli jednoduché, zrozumiteľné, spisovné, nesugestívne, bez použitia cudzích slov a dvojitého záporu.
- ✓ Vhodné je striedať kladné a záporne formulované položky pre minimalizáciu stereotypných odpovedí respondenta.
- ✓ Dôležité je vhodné označenie jednotlivých stupňov na stupnici/škále – vždy musia byť zrozumiteľné a jednoznačné (GAVORA a kol., 2010).
- ✓ Výber množstva stupňov na škále (pri menšom počte prehľadnejšie, jednoduchšie pre vyhodnotenie, avšak menej citlivé a presné meranie a ťažšie rozhodovanie sa respondenta; pri väčšom počte presnejšie, citlivejšie meranie, ľahšie rozhodovanie pre respondenta, avšak sú menej prehľadné a náročnejšie pre vyhodnocovanie).
- ✓ Položky a otázky v dotazníkových metódach a posudzovacích škálach by mali byť zoradené do logickej štruktúry podľa určitej náročnosti a intenzity a mali by sa primerane striedať. Formulácie by mali vzbudzovať záujem respondenta a otázky, ktoré nesúvisia s cieľom, je lepšie vynechať a nepoužívať (ONDREJKOVIČ, 2005; DUCHOVIČOVÁ a kol., 2012).
- ✓ Vyhodnocovanie a interpretácia by mala prebiehať vždy v súlade s manuálom, resp. vyhodnocovacím kľúčom a odporúčaniami autorov dotazníka/škály, prípadne zdrojového dokumentu.

- ✓ Získané výsledky vždy interpretujeme a chápeme len ako informácie o spôsobe percepcie diagnostikovaného javu, nie objektívny popis skutočnosti (VÁGNEROVÁ & KLÉGROVÁ, 2008).

Samozrejme mohli by sme nájsť u rôznych autorov ďalšie tipy a odporúčania pri tvorbe dotazníkov a prácu s nimi vo výskume, resp. diagnostike. Takýto základný prehľad však slúži ako usmernenie pre začínajúceho diagnostika v oblasti PPD, ktorý sa zoznamuje s jednotlivými dotazníkovými metódami a posudzovacími škálami, resp. ich využíva v rámci svojej odbornej a pedagogickej praxe. Nižšie uvádzame „príklad zlej praxe“, ktorý ilustruje akým spôsobom žiaľ diagnostik niekedy využíva dotazník bez toho, aby dodržiaval vyššie uvedené základné princípy a pravidlá. V tomto bode odkazujeme aj na základné etické zásady a princípy (viď podkapitulu [1. 4 Odborné a etické zásady diagnostickej činnosti](#)) a elementárne pravidlo – *Primum non nocere!* Pri podobných lapsusoch žiaľ vždy na nerozvážny a ľahostajný prístup diagnostika dopláca v konečnom dôsledku hlavne diagnostikovaný.

PRÍKLAD Z PRAXE Č. 2:



Na jednej bežnej základnej škole pracovala už niekoľko rokov školská psychologička, ktorej náplňou práce bola aj bežná pedagogicko-psychologická diagnostika. Využívala aj rôzne formy dotazníkov, pričom jedným z nich bol dotazník vlastnej konštrukcie (s názvom „Dotazník žiaka“). Tento dotazník sa rozhodla skonštruovať v podstate intuitívne preto, aby si zdanlivo „zľahčila“ prácu tým, že „nebude predsa hľadať iný overený a adaptovaný nástroj“ so známymi psychometrickými vlastnosťami. Školská psychologička tak tento dotazník bežne používala pri žiakoch Základnej školy, výsledky z neho tvorili súčasť správ o žiakoch, resp. triedach, kde tento nástroj používala. Nástroj však okrem sugestívnych otázok, gramaticky nesprávnych formulácií a nelogickej štruktúry vôbec nemeral to, čo merať mal (alebo si aspoň myslela, že meria) a výpovedná hodnota v procese PPD tak bola len minimálna.

3. 1. 3 Testy a testové metódy v pedagogicko-psychologickej diagnostike

Poslednými z kategórie exploračných metód v PPD sú »testy a testové metódy«, ktorým sa budeme bližšie venovať v tejto podkapitole. Test v angličtine znamená vyskúšať, preskúšať, preveriť, resp. skúška. KERLINGER (1972) definuje test ako systematický postup, v ktorom sa testovanému predkladá súbor konštruovaných podnetov, na ktoré má reagovať (odpovedať), pričom tieto reakcie (odpovede) umožňujú examinátorovi (diagnostikovi) priradiť testovanému číslo alebo číselné hodnoty. Z takéhoto súboru číselných hodnôt, ktoré získal testovaný, môžeme následne dedukovať, čo je diagnostikovanému vlastné z toho, čo má pôvodne test podľa predpokladu zachytiť a merať. V kontexte PPD vnímame pojem *test* ako diagnostickú metódu, ktorá slúži na

zistenie, získanie informácií o edukačnom procese (KASÁČOVÁ & CABANOVÁ, 2011); úrovni vedomostí a zručností žiakov (GAVORA, 2015). Podľa ŠVECA a kol. (2009), je test špecifickým druhom skúšky. GRONLUND a LINN (1990, podľa ŠVEC a kol., 2009) chápu pod pojmom test určitý nástroj alebo systematickú procedúru na meranie vzorcov správania. Poskytuje nám tak odpovede na otázky, ako dobrý je výkon diagnostikovaného v porovnaní s výkonmi ostatných, resp. v porovnaní s výkonom v realizovaných úlohách testu? V podobnom duchu chápe test aj ANASTASIOVÁ (podľa Svoboda, 2005), ktorá hovorí, že test je de facto objektívnym a štandardizovaným meraním vzorcov správania. Netreba však zabúdať, že aj keď test je v podstate skúškou, nie každá skúška je automaticky testom. Niekedy sa s testom spája synonymne pojem experiment, najmä v zmysle úmyselne vyvolaného správania, resp. reakcie v kontrolovaných podmienkach. CRONBACH (1975) chápal test ako systematickú procedúru na pozorovanie správania v štandardných podmienkach a jeho opis, ktorý prebieha pomocou numerickej škály alebo systému kategórií. Nám pre potreby PPD môže poslúžiť ŘÍČANOVÉ (1973) vymedzenie testu, ako štandardizovaného postupu, pri ktorom u probanda (diagnostikovaného) navodzujeme diagnosticky cenné javy, ktoré registrujeme/evidujeme tak, že je možné výsledky rôznych probandov navzájom porovnať. Štandardy pre pedagogické a psychologické testovanie (2001) vymedzujú test ako súbor úloh vytvorených tak, aby zachytili správanie testovanej osoby v určitej oblasti ako škálu, ktorá opisuje takéto správanie. Testom je tak nástroj alebo postup pre hodnotenie probandovho správania v určitej oblasti, resp. postup, pri ktorom je získaná a hodnotená (štandardným postupom zachytená) vzorka takéhoto správania. Aj keď neexistuje jednotné a všeobecne platné vymedzenie pojmu test, z vyššie uvedených definícií vybraných autorov vyplýva, že ide skutočne o unikátnu diagnostickú metódu, ktorá má svoje miesto najmä v psychológii (v psychodiagnostike), ale tiež v pedagogickej diagnostike (didaktické testy).

Viacerí autori (napr. KERLINGER, 1972; FERJENČÍK, 2000; RUISEL, 2004; HALAMA, 2005; DŽUKA, 2006; GAVORA, 2015 a iní) zhodne zdôrazňujú, že devízou testov je najmä ich objektívnosť a štandardnosť (bližšie vid' [podkapitolu 2. 2.](#)). GAVORA (2015) uvádza, že objektívnosť je vôbec základnou vlastnosťou testu. Znamená vylúčenie, resp. redukciu náhodných alebo subjektívnych činiteľov pri testovaní. Objektívnosť môžeme zabezpečiť správnym výberom testových úloh, zhodnými podmienkami testovania u všetkých testovaných a rovnakým spôsobom skórovania (hodnotenia) tej istej odpovede probandov. Pri štandardnosti testových metód máme na mysli najmä určitú uniformitu – jednotnosť pri administrácii, vyhodnocovaní a interpretácii získaných údajov. Rovnakým spôsobom by tak mal byť test administrovaný všetkým probandom, rovnako ako platí pre každého jednotný vyhodnocovací kľúč (skórovanie) a rovnakým spôsobom získané skóre interpretujeme.

Podľa procesu a striktnosti overenia edumetrických/psychometrických vlastností môžeme testy rozdeliť na »štandardizované« a »neštandardizované«²². Testy, ktoré prešli štandardizáciou, sú zvyčajne overené na veľkom množstve probandov a pre ich využitie

²² Netreba si mýliť *štandardnosť* – ako edumetrickú/psychometrickú vlastnosť testov a *štandardizáciu*, ako proces adaptácie, vytvárania noriem a optimalizácie testových metód pre konkrétne kultúrne prostredie. Je však pravda, že štandardizované testy by mali spĺňať aj podmienku štandardnosti.

sú nastavené presné pravidlá. Bývajú pri nich vypracované populačné normy (etalón), ktoré dávajú možnosť porovnania výkonu diagnostikovaného s porovnateľnou reprezentatívnou skupinou v národnom rozmere (väčšinou samostatne podľa veku, pohlavia a ďalších parametrov). Najviac sa štandardizované testy používajú v psychodiagnostike, kde sú určené výlučne pre psychológov (KASÁČOVÁ & CABANOVÁ, 2011). HRABAL st. a HRABAL ml. (2004) dodávajú, že učiteľ môže v PPD pri použití niektorých štandardizovaných testov získať informácie o úrovni sociálno-psychických dispozícií, vzdelanosti a vzdelávateľnosti v porovnaní s rovesníkmi, o úrovni kognitívnych a motivačných dispozícií žiaka, o spôsobe a možnostiach uplatnenia vedomostí a schopností, resp. zamerania motivácie žiaka.

Neštandardizované testy v PPD sú obmedzené len na vybranú skupinu (napr. školská trieda) a autormi týchto testov sú zvyčajne pedagógovia z praxe, prípadne sa vyskytujú v regionálnej metodologickej a odbornej literatúre a pod (KASÁČOVÁ & CABANOVÁ, 2011). GAVORA (2015) v tejto súvislosti hovorí o tzv. *testoch vedomostí a schopností*, ktoré predstavujú kvalitne spracované, avšak neštandardizované diagnostické testy v PPD. FONTANA (1997) hovorí o *objektívnom teste*, kde každá položka obsahuje len jedinú správnu odpoveď. Dôležité je, aby diagnostik pri tvorbe takéhoto neštandardizovaného diagnostického testu (najčastejšie sú to didaktické testy a testy vedomostí) nezabúdala na nasledujúce:

- ✓ Z cieľov viacerých vyučovacích hodín, ktoré chce pedagóg diagnosticky obsiahnuť, zostaví zoznam tých výkonov, ktoré reprezentujú to, čo by mali žiaci v danej oblasti štandardne zvládnuť.
- ✓ Vychádzajúc z obsahu jednotlivých predmetov a konkrétnych vyučovacích hodín, zostaví diagnostik zoznam vedomostí a schopností, ktoré by mali byť obsiahnuté v týchto výkonoch.
- ✓ Na základe prvých dvoch krokov, zostaví následne diagnostik tabuľku relatívnej významnosti každej z položiek vybraných z obsahu učiva. Od toho následne stanoví počet otázok, ktoré budú vytvorené ku každej obsahovej položke.
- ✓ Nakoniec diagnostik zostaví konkrétne testové otázky, pričom najčastejšie sú to práve uzavreté otázky s možnosťou voľby (jedna správna možnosť z viacerých).

Takýmto pomerne jednoduchým spôsobom môže postupovať pedagóg pri tvorbe rôznych neštandardizovaných testov vedomostí a schopností. Nemal by však zabúdať na to, aby bol test skutočne v stanovenom čase zvládnuteľný pre každého jedného žiaka (FONTANA, 1997).

Testy a testové metódy sú charakteristické aj svojou štruktúrou, ktorý je zväčša odlišná od dotazníkových, resp. škálových diagnostických metód. GAVORA a kol. (2010) uvádzajú, že gro testu tvoria *testové úlohy* (niekedy tiež označované ako testové položky – angl. *items*), ktoré môžu mať rôznu formu. Testová úloha sa skladá z *kmeňa* (zadanie úlohy) a *odpovede* (reakcie probanda). Autori uvádzajú pre ilustráciu nasledujúci príklad testovej úlohy²³ z testu vedomostí:

²³ Bližšie k druhom testových úloh odporúčame čitateľom bližšie pozrieť podkapitolu 10. 1 (GAVORA, 2015).

Kmeň

Indiáni, pôvodní obyvatelia Ameriky prišli do Ameriky z:

Odpovede

- a) severozápadnej Ázie
- b) severovýchodnej Ázie
- c) južnej Ázie
- d) juhozápadnej Ázie

Administrácia je označenie pre zadávanie testu v procese PPD. Nasleduje analýza získaných výsledkov a vyhodnotenie – *skórovanie*. V súčasnosti sa stále najčastejšie využíva klasický spôsob administrácie v písomnej podobe – „*ceruzka – papier*“, avšak svoje miesto si postupne nachádza testovanie pomocou PC – tzv. adaptívne testovanie (CAT). Odlišným spôsobom testovania sú manipulačné testy (skladačky a pod.), ktoré sú však typické skôr pre niektoré testové batérie v rámci psychodiagnostiky (napr. WECHSLEROVE testy; STANFORD-BINETOV test a pod.). Čo sa týka dĺžky testovania, rozlišujeme v PPD *krátke testovanie* (10-15 testových úloh) alebo *dlhé testovanie* (niekedy až desiatky testových úloh), pričom platí, že s množstvom položiek stúpa aj reliabilita testových metód (DŽUKA, 2006). GAVORA (2015) ešte upozorňuje na situácie v ktorých sa testovanie používa. Najčastejšie tak rozlišujeme *vstupné testovanie*, ktoré sa väčšinou realizuje na začiatku školského roka, pri prijímacích skúškach, pri zisťovaní učebných predpokladov žiakov a pod. *Priebežné testovanie* sa využíva v priebehu štúdia a informuje o rozsahu ovládaného učiva žiakmi, čím slúži ako spätná väzba žiakom, ale aj učiteľovi. *Výstupné testovanie* sa zadáva zvyčajne na konci školského roka (resp. kurzu, školenia a inej vzdelávacej aktivity) a umožňuje objektívne zhodnotenie toho, čo sa diagnostikovaní naučili v priebehu určitého obdobia (šk. roka, kurzu atď.).

Okrem klasických psychodiagnostických testov, ktorým sa venuje samostatná pozornosť v psychodiagnostike²⁴ (majú vlastnú klasifikáciu, systém a pod.), sa budeme venovať didaktickým testom, ktoré sú unikátnou diagnostickou metódou pedagogickej diagnostiky, resp. majú svoje miesto aj v PPD. »*Didaktické testy*« sú určené špeciálne pre oblasť pedagogickej, resp. pedagogicko-psychologickej diagnostiky a zvyčajne ich využívajú učitelia, pedagógovia – „*nepsychológovia*“. KASÁČOVÁ a CABANOVÁ (2011) zaraďujú didaktické testy (angl. *achievement tests*) medzi neštandardizované testy. PRŮCHA, WALTEROVÁ a MAREŠ (2008) hovoria o didaktických testoch ako o nástrojoch pre systematické zisťovanie výsledkov edukačného procesu. BYČKOVSKÝ (podľa KASÁČOVÁ a CABANOVÁ, 2011) vymedzuje didaktický test podobne ako nástroj systematického merania (diagnostikovania) výsledkov vyučovacieho procesu. HRABAL (1989) hovorí, že výsledkom didaktického testu by mal byť komplexný údaj, ktorý odráža okrem školského prospechu aj štruktúru sociopsychických dispozícií žiaka. Pre didaktické testy platia nasledujúce zásady:

²⁴ Psychologickým testom, resp. psychodiagnostickým testovým metódam sa venujeme v týchto skriptách skutočne len okrajovo a to z toho dôvodu, že v PPD sú pre „*nepsychológa*“ nepoužiteľné a môžeme sa niektorými z nich akurát inšpirovať. Bližšie sa im venujú na iných miestach viacerí autori (viď napr. STANČÁK, 1996; SVOBODA a kol., 2001; SVOBODA, 2006 a iní). Väčšiu pozornosť tak venujeme skôr „*nepsychologickým*“ testovým metódam, ako napr. špeciálne didaktickým testom, ktoré majú svoje miesto práve v PPD.

- ✓ Je oslobodený od vplyvu individuálnych zvláštností učiteľovho hodnotenia a meria relatívne „čistý“ prejav.
- ✓ Je ovplyvnený odlišným spôsobom reprodukcie znalostí, než je ústne skúšanie.
- ✓ Údaje sú získavané v štandardnej situácii pre všetkých žiakov jednotne (vrátane administrovania a skórovania) (DITTRICH, 1993).
- ✓ Didaktický test by mal byť používaný prevažne k diagnostickým účelom a má mnohostranné využitie (napr. dáva žiakom bezprostrednú spätnú väzbu o výkone a vedomostiach, schopnostiach, podklad pre hodnotenie učiteľovho pôsobenia atď.).
- ✓ výkony sledované v didaktických testoch sú menej globálne a komplexné a preto nedávajú diagnostikovi ucelený obraz o školskej úspešnosti žiaka (HRABAL, 1989).

Rovnako ako testy a testové metódy, aj pre didaktické testy platí, že môžu byť v praxi PPD štandardizované, resp. neštandardizované. Tie štandardizované didaktické testy sú charakteristické tým, že obsahujú len určitý konkrétny výsek časti učiva (môže to byť napr. reprezentatívny výber učiva pre daný ročník). Sú preverené na reprezentatívnom populačnom výbere žiakov a výsledky sa hodnotia porovnávaním s populačnými normami v danej krajine. Takéto štandardizované didaktické testy prechádzajú pomerne zložitým a náročným konštrukčným štatistickým procesom a preto ich väčšinou nemôže konštruovať len jeden odborník a učiteľ, ale skôr tím vybraných odborníkov (HRABAL, 1989). Pri ich používaní sa dodržiavajú štandardné – presne určené a popísané podmienky (a to ako pri administrácii, tak aj pri skórovaní a interpretácii). GAVORA (2015) uvádza, že boli vytvorené na dostatočne širokom populačnom výbere, sú vopred overené a ich vlastnosti a parametre sú dobre známe a väčšinou je k týmto testom k dispozícii pre diagnostika aj diagnostický manuál, kde je presný popis testovej metódy. U nás sa najčastejšie používajú štandardizované testy napr. pri celoslovenskom testovaní vedomostí a zručností žiakov, ktoré sa realizuje pravidelne pod gesciou *Národného ústavu certifikovaných meraní vzdelávania – NÚCEM*.

Naopak *neštandardizované didaktické testy* vytvára zvyčajne učiteľ (resp. iný pedagogický pracovník) pre vlastnú potrebu. Nenapĺňajú tak určité štandardy – vysoké kritériá štandardizovaných testov, ale pomáhajú učiteľovi objektivizovať hodnotenie žiakov v procese edukácie a sú cenným nástrojom PPD. Aj konštrukcia takýchto neštandardizovaných testov si však vyžaduje náležitú prípravu, množstvo času a pilotné overovanie. GAVORA (2015) tak odporúča, aby pri vytváraní neštandardizovaných didaktických testov spolupracovali viacerí učelia a pedagogickí pracovníci, ktorí napr. spolupracujú v rámci toho istého predmetu a pod. Ako uvádza SKALKOVÁ (1985, podľa HRABAL, 1989), pri konštrukcii týchto testov by mal diagnostik vychádzať z pedagogického cieľa a test konštruuje tak, aby zistil, či a do akej miery bol cieľ dosiahnutý. Niekedy sa hovorí aj o tzv. *kvázi-štandardizovaných* didaktických testoch (BYČKOVSKÝ, 1982), ktoré predstavujú akúsi kombináciu štandardizovaných a neštandardizovaných, pričom časť môže byť „prevzatá“ a použitá zo známeho a overeného štandardizovaného didaktického testu a iná časť naopak dotvorená podľa

potreby pedagógom. Pre celkový lepší prehľad v didaktických testoch uvádzame klasifikáciu didaktických testov podľa BYČKOVSKÉHO (1982) na obr. 1 nižšie:

Obr. 1: Klasifikácia didaktických testov (BYČKOVSKÝ, 1982).

KLASIFIKAČNÉ HEADISKO	DRUHY TESTOV		
meraná charakteristika výkonu	rýchlosti		úrovne
dokonalosť prípravy testu a jeho prislúšenstva	štandardizované	kvázi- štandardizované	neštan- dardizované
povaha činnosti testovaného	kognitívne		psychomotorické
miera špecifičnosti učenia získovaného testom	výsledkov výučby		študijných predpokladov
interpretácia výkonu	rozlišujúce (relatívneho výkonu)		overujúce (absolútneho výkonu)
časové zaradenie do výučby	vstupné	priebežné formatívne	výstupné (sumatívne)
tematický rozsah	monotematické		polytematické (súhrnné)
miera objektívnosti skórovania	objektívne skórovateľné	kváziobj. skórovateľné	subjektívne skórovateľné

Medzi výhody didaktických testov zaraďuje KASÁČOVÁ a CABANOVÁ (2011) napr. systematickosť s akou je test konštruovaný a používaný. Devízou je tiež možnosť porovnať jednak výsledky tých istých žiakov v čase (požiadavky kladené na žiakov), resp. ich vzájomné porovnanie medzi sebou. Didaktický test tak učiteľovi pomáha získať objektívne údaje o úrovni zvládnutia učiva, ktorú žiak či skupina žiakov dosiahla. CHRÁSKA (2007) však upozorňuje aj na nevýhody didaktických testov, ako napr. že zisťuje len aktuálnu úroveň školskej výkonnosti žiakov. Systematickosť môže byť rovnako výhodou ako nevýhodou, pričom chýba práve určitá pružnosť, flexibilita ako pri väčšine testových metód. Rovnako nevýhodou je aj fakt, že písomná forma nemusí byť rovnako výpovedná pre každého žiaka (u niekoho je z relevantných dôvodov preferovaná ústna forma skúšania a preverovania študijných výkonov). Aj napriek vyššie uvedenému patria didaktické testy k často používaným testovým metódam učiteľa v procese PPD a prinášajú cennú spätnú väzbu žiakovi (o jeho študijných výkonoch a úrovni vedomostí, schopností), ale tiež učiteľovi (požiadavky a nároky, efektívnosť vyučovacieho štýlu a pod.), čo by malo smerovať k optimalizácii edukačného procesu.

3. 1. 4 Pozorovanie ako diagnostická metóda

Ďalšou kategóriou metód PPD sú observačné metódy (z angl. *observation* – pozorovanie, pozornosť), kde zaradíme *pozorovanie* ako diagnostickú metódu. Podľa viacerých autorov (napr. HRABAL, 1989; DITTRICH, 1993; FERJENČÍK, 2000; CHRÁSKA, 2007; GAVORA, 2015 a iní) ide skutočne o jednu z najpoužívanejších a najrozšírenejších diagnostických metód vôbec. Spoločne s rozhovorom tvorí základné diagnostické metódy tzv. „prirodzenej diagnostiky“. FERJENČÍK (2000) veľmi výstižne hovorí o tom, že veľkú časť toho, čo vieme o sebe a o svojom prostredí, je sprostredkovaná práve pozorovaním a skúmaním svojho okolia, ľudí a vecí okolo nás. Ľudské pozorovanie je tak v zásade vždy selektívne (z prístupných podnetov sú vždy vybrané a pozorované len niektoré) a to isté platí pri pozorovaní ako diagnostickej metódy PPD. Autor ešte upozorňuje, že si diagnostik v podstate kladie dve základné otázky – *čo pozorovať?* a *ako pozorovať?*

Na rozdiel od pozorovania využívaného v bežnom živote v interakcii s druhými (v komunikácii a pod.), v PPD diagnostik využíva pozorovanie ako diagnostickú metódu, tzn. nemal by zabúdať, že takéto pozorovanie by malo byť zámerné, cieľavedomé, systematické, plánované, pripravené a objektívne. Presnosť a efektivita pozorovania sa získava výcvikom a praxou diagnostika. Ako diagnostickú metódu ho môžeme definovať ako úmyselné sledovanie činností alebo vlastností druhých ľudí, registrácia (evidencia pozorovaného) alebo popis pozorovaného a jeho následné hodnotenie (ŠVEC a kol., 2009). Podľa KASÁČOVEJ a CABANOVEJ (2011) môžeme pozorovanie považovať za diagnostickú metódu len vtedy, ak zachováme všeobecné podmienky ako cieľ, predmet, registrácia, vyhodnotenie a komunikácia výsledkov. MUSILOVÁ (2012) zdôrazňuje, že odborné pedagogické pozorovanie sa líši od náhodného, bežného („neodborného“) práve tým, že spĺňa kritériá *funkčnej zameranosti* (intencionality), *organizácie*, *systematickosti*, *registrácie* a *spôsobu spracovania* pozorovaných údajov. GAVORA a kol. (2010) hovoria v podobnom duchu o troch základných vlastnostiach pozorovania (plánovitosti, systematickosti a presnosti/objektivity) a dokonca SVOBODA a kol. (2001) uvádzajú tieto tri základné zásady ako podmienky pre pozorovanie ako exaktnú diagnostickú metódu:

- ✓ **Plánovitosť** – predmet a čas pozorovania sú vopred stanovené, spôsob pozorovania je rovnako vopred premyslený, vyskúšaný a presne určený. Pozorovanie je vopred naplánované (vrátane obsahu a postupu).
- ✓ **Systematickosť** – neuskutočňuje sa náhodne, ale systematicky, organizovane v určitom čase, resp. intervale (podľa plánu).
- ✓ **Objektívnosť** – pozorovanie v PPD by malo byť čo najmenej ovplyvnené subjektívnymi pocitmi a názormi diagnostika (riziko projekcie a protiprenosových reakcií), ale tiež náhodnosťou a nepresnosťou. Diagnostik tak jasne vymedzí kritérium posudzovania, spôsob registrácie, čím zabezpečí čo najvyššiu možnú nezávislosť na osobe pozorovateľa (miera objektivity).

Posledná uvedená vlastnosť – *objektívnosť*, býva často práve predmetom kritiky tejto diagnostickej metódy. Často sa totižto v praxi stretávame s rôznymi subjektívnymi faktormi, ktoré výrazne znižujú objektívnosť pozorovania (napr. „Haló efekt“, predsudky,

stereotypizácia, analógia, vzťah figúra-pozadie, sympatie a antipatie, tendencia k priemernému hodnoteniu a pod.). Preto, ako upozorňuje DITTRICH (1993), by sme nemali zabúdať na rôzne deskriptívne techniky, ktoré do určitej miery eliminujú tieto rušivé faktory pri metóde pozorovania v PPD.²⁵

V zhode so SVOBODOM a kol. (2001) môžeme uvažovať o tom, že pozorovanie ako diagnostická metóda v PPD sa prakticky využíva dvojakým spôsobom:

- Pozorovanie ako „**parciálna metóda**“ v PPD – pozorovanie, ktoré prebieha pri všetkých diagnostických interakciách a pri využití iných metód (rozhovor, testovanie, hra a pod.), avšak nie je ústrednou diagnostickou metódou (skôr voľné pozorovanie ex post).
- Pozorovanie ako **hlavná metóda v PPD** – diagnostik využíva pozorovanie ako relevantnú diagnostickú metódu oddelene a samostatne od ostatných úkonov a metód v diagnostickom procese. Väčšinou využíva zamerané, systematické pozorovanie (s využitím pozorovacích hárkov a pod.).

Väčšinou pri metodológii psychologického (resp. pedagogického) výskumu nájdeme rozdelenie na pozorovanie orientované do vnútra na seba - *introspekcia*²⁶ (sebapozorovanie) a orientované navonok na druhých - *extrospekcia* (napr. KERLINGER, 1972; FERJENČÍK, 2000; HENDL, 2005; MIOVSKÝ, 2006 a iní). GAVORA a kol. (2010) tiež hovorí o *priamom pozorovaní*, ktoré prebieha priamo v teréne, kde diagnostik – pozorovateľ pozoruje určitú činnosť, situáciu, jav, správanie a pod. priamo (najčastejšie využívané v PPD). Naopak *nepriame pozorovanie* prebieha bez fyzickej prítomnosti pozorovateľa v situácii, na ktorú sa pozorovanie zameriava a sleduje ju zo záznamu (využívané skôr vo výskume). Okrem toho viacerí autori (SVOBODA a kol., 2001; ŠVEC a kol., 2009; KASÁČOVÁ & CABANOVÁ, 2011 a iní) zhodne rozdeľujú pozorovanie ako diagnostickú metódu na dva základné typy – *voľné* a *zamerané* pozorovanie. Voľné pozorovanie je vo svojej podstate prirodzeným pozorovaním v PPD a vyskytuje sa najčastejšie. Pozorovateľ si tak môže všímať všetko, čo sa v danej situácii udeje, voľne sleduje v prirodzených podmienkach žiaka/žiacov, pričom nezasahuje do diania, skôr nestranne zaznamenáva všetko relevantné a odpozorované (KASÁČOVÁ & CABANOVÁ, 2011). SVOBODA a kol. (2001) hovoria o voľnom pozorovaní ako o orientačnom, kedy je pozornosť diagnostika upútaná nejakým javom, rysom, nápadnosťou a pozorovanie prebieha náhodne, nepodlieha prísnyim pravidlám, nie je vymedzený predmet pozorovania (presný zámer) a pod. Zjednodušene sa dá povedať, že diagnostik vie, že ide sledovať danú situáciu a všetko, čo sa v nej odohrá, avšak nevie, čo konkrétne v nej bude sledovať, resp. čo sa môže udiat. Naproti tomu stojí *zámerné* pozorovanie, ktoré je systematické, kontrolované a obmedzené vopred stanovenou schémou, plánom, programom. Pozorovateľ sa sústreďí na výskyt konkrétnych hľadísk a neregistruje to, čo nie je podstatné a súvisiace s vytýčeným predmetom a zámerom pozorovania. Výhodou sa tak stáva určité

²⁵ Známe sú napr. BELACKOVA technika znakového jazyka (pri interakcii učiteľ – žiak), technika frekvenčnej a sekvenčnej analýzy (napr. FLANDERSOV kategoriálny deskriptívny systém) alebo rôzne pozorovacie škály a hárky (DITTRICH, 1993).

²⁶ MUSILOVÁ (2012) upozorňuje na to, že introspekcia má svoj význam najmä v autodiagnostike učiteľa, kde je súčasťou určitej sebareflexie, spätnej väzby v zmysle sebaregulácie a optimalizácie vlastného pôsobenia.

spresnenie, špecifikovanie a zjednodušenie úlohy, z čoho vyplýva úspora času a energie. KASÁČOVÁ a CABANOVÁ (2011) v tomto prípade hovoria systematickom a plánovanom pozorovaní, ktoré má presne stanovený cieľ a objekt pozorovania. Malo by prebiehať podľa určitého časového plánu a pri konkrétnej činnosti žiaka/žiacov, kde sa zameriava na vybrané prejavy, ktoré diagnostik zaznamenáva a eviduje. Väčšinou sa tak využívajú rôzne pozorovacie schémy a hárky, ktoré slúžia na štruktúrovanie a systematické evidovanie sledovaných javov. Pre ilustráciu uvádzame príklad pozorovacieho hárku, resp. kategórií, ktoré môžu byť v konkrétnom pozorovacom hárku obsiahnuté (viď [príloha č. 4](#))²⁷. SVOBODA a kol. (2001) upozorňujú, že dobrou a nevyhnutnou pomôckou pre pozorovanie v diagnostike sú pozorovacie schémy (resp. pozorovacie protokoly)²⁸, ktoré sa vyskytujú v dvoch hlavných variantách:

- Zaznamenávame len incidenciu (tzn. prítomnosť/nepítomnosť sledovaného javu, znaku, prejavu, charakteristiky a pod.).
- Okrem incidencie zaznamenávame aj intenzitu, ktorá sa môže posudzovať na určitej hodnotiacej stupnici (sila sledovaného prejavu – napr. *hlasitosť prejavu žiaka – 1. príliš nahlas, až rušivo; 2. primerane, zrozumiteľne; 3. veľmi ticho, až nezrozumiteľne*).

Diagnostik by tak nemal podceňovať všetky náležitosti a nástrahy, ktoré so sebou prináša využitie metódy pozorovania v PPD. Zároveň však treba podotknúť, že skutočne nie je náhoda, že je metóda pozorovania jednou z najpoužívanejších a najobľúbenejších a proces diagnostikovania v školskom, edukačnom prostredí si sotva vieme predstaviť bez jej využitia.

3. 1. 5 Retrospektívne diagnostické metódy a dôležitosť anamnézy

Poslednou z metód v rámci tejto podkapitoly, ktorá patrí medzi retrospektívne metódy PPD je *anamnéza*, resp. *anamnestický rozhovor*. Retrospektívne metódy nám v diagnostike podávajú informácie o niečom, čo sa udialo v minulosti – histórii diagnostikovaného. Získavame tak informácie o jeho doterajšom psychickom, sociálnom, fyzickom a morálnom vývine, čo nám pomôže lepšie porozumieť aktuálnemu stavu, ktorý sa snažíme zmapovať v rámci PPD.

Pojem *anamnéza* pochádza z gr. *anamnesis*, čo znamená spomínanie, resp. rozpomätávanie sa (ŠPAŇÁR & HRABOVSKÝ, 1987). Z lekárskeho hľadiska tak hovoríme o rozpomätávaní sa, spomínaní si; z filozofického hľadiska podobne o spomínaní si, resp. uvedomovaní si. Veľmi dôležitú úlohu zohráva anamnéza najmä v psychodiagnostike, kde dokonca NAKONEČNÝ (1997) upozorňuje na to, že bez anamnestických údajov, ktoré tvoria základný predpoklad psychodiagnostiky, by psychologické vyšetrenie prebiehalo v podstate „na slepo“. Z *psychologického hľadiska* tak môžeme chápať anamnézu ako

²⁷ Iný príklad pozorovacej schémy, ktorá je zameraná na vzťahy medzi žiakmi (zároveň parciálna sociometrická metóda v PPD), môžeme nájsť v prílohe č. 6 v monografii od GAVORU (2015, s. 194).

²⁸ Pre bližšie informácie k pozorovacím schémam a protokolom viď napr. podkapitolu 4. 2. 1 v učebnici KASÁČOVEJ a CABANOVEJ (2011), resp. v 8. kapitole publikácie ŠVECA a kol. (2009), kde niektoré bližšie popisujú a odkazujú čitateľa na ďalšie konkrétne zdroje.

získovanie všetkých relevantných údajov z minulosti diagnostikovaného, ktoré majú významný vzťah k poznaniu jeho osobnosti. Cieľom sa tak stáva získanie a kategorizovanie signifikantných údajov z histórie diagnostikovaného, ktoré pomáhajú objasniť jeho aktuálny stav (SVOBODA a kol., 2001). STANČÁK (1996) dodáva, že psychologická anamnéza predstavuje klinickú metódu, ktorá sa zameriava na získanie uceleného obrazu o vývine a stave osobnosti, charakterových zvláštnostiach a psychologických symptómoch. Pozornosť sa koncentruje práve na tie zdroje informácií, ktoré osvetľujú rozvoj osobnosti (vrátane dedičných a konštitučných determinantov, resp. vplyvov prostredia). V anamnéze sa tak všetky informácie nielen zhromažďujú, ale aj vysvetľujú a uvádzajú do súvislostí. Z *pedagogického hľadiska* predstavuje anamnéza v PPD získavanie takých informácií z minulosti diagnostikovaného, ktoré nám môžu pomôcť objasniť aktuálny stav a porozumieť súčasnej situácii v ktorej sa diagnostikovaný nachádza (ZELINKOVÁ, 2001). Pedagóg tak získava prostredníctvom tejto metódy cenné informácie o doterajšom vývoji žiaka (KASÁČOVÁ, 2007). KANTORKOVÁ (podľa KASÁČOVÁ a CABANOVÁ, 2011) upozorňuje na to, že anamnéza ako diagnostická metóda nie je v edukačnej praxi vôbec zabehnutá a nevyužíva sa tak jej diagnostický potenciál, ktorý v sebe nesie. V PPD tak môže predstavovať nielen čiastkovú diagnostickú metódu, ale tiež hlavnú metódu, ktorá by podľa autorky mala predchádzať plánovaniu ďalších diagnostických postupov a krokov. Reálna situácia v školskom prostredí je však taká, že sa s anamnézou a anamnestickými údajmi pracuje len minimálne. Zatiaľ čo v klinickej praxi (v psychodiagnostike, lekárskej diagnostike) anamnestický rozhovor predstavuje už rutinne prvý krok v rámci získavania diagnostických údajov, v edukačnom prostredí to predstavuje skôr výnimku. Ako upozorňujú KASÁČOVÁ a CABANOVÁ (2011), je otázne, do akej miery a či vôbec by mal učiteľ disponovať anamnestickými informáciami o svojich žiakoch. Zároveň však netreba zabúdať, že jeho nárok na získanie informácií z osobnej histórie diagnostikovaného (osobnej, rodinnej, sociálnej a školskej) narastá o to viac, čím väčšie špecifiká prináša aktuálny stav diagnostikovaného. Niekedy práve poznanie minulých súvislostí a vývinových špecifík dieťaťa prispieva k objasneniu a porozumeniu jeho aktuálneho pôsobenia, správania, prežívania a tiež školského výkonu. Reálne nástrahy s ktorými sa tak najčastejšie diagnostik stretáva, predstavuje najmä nechota rodičov spolupracovať ohľadom diagnostického procesu. Často nemá pedagóg k dispozícii dokumentáciu (portfólio) žiaka, ktoré by obsahovalo prepracovanú anamnézu, čo by bolo určite z pohľadu PPD žiadúce.

V anamnéze sa vždy vyskytujú dva typy údajov – *objektívne dáta* (napr. vek, pohlavie, rodinný stav, dosiahnuté vzdelanie a pod.) a *subjektívne dáta* (napr. hodnotenie správania diagnostikovaného rodinnými príslušníkmi; hodnotenie výchovného štýlu rodičov dieťaťom a pod.). SVOBODA a kol. (2001) upozorňujú na to, že je nutné tieto dva typy získaných anamnestických údajov rozlišovať a nezamieňať ich. Keď sa to podarí, máme možnosť vzájomnej komparácie objektívnych a subjektívnych údajov, čím v podstate overujeme niektoré subjektívne výpovede diagnostikovaného a zároveň nám to dáva informáciu o validite diagnostickej metódy. Autori však upozorňujú aj na možné nepresnosti v anamnestických údajoch, ktoré zväčša vznikajú neschopnosťou vybaviť si niektoré spomienky čo najpresnejšie, resp. ochota spomienku zdieľať (tzv. spomienkový

optimizmus, sociálna žiadúcnosť a pod). Vhodné je tak porovnávať anamnestické údaje získané z viacerých dostupných zdrojov – rôznych druhov anamnézy. Túto diagnostickú metódu v PPD tak môžeme rozdeliť na tri základné druhy anamnézy podľa zamerania (SVOBODA a kol., 2001; ZELINKOVÁ, 2001; KASÁČOVÁ & CABANOVÁ, 2011 a iní):

1. **Osobná anamnéza (OA)** – prináša významné informácie o doterajšom vývine diagnostikovaného, ktoré sa týkajú prenatálneho, perinatálneho a postnatálneho obdobia. Následne jeho raného vývinu, doterajšieho zdravotného stavu, motorického vývinu a vývinu reči, záujmov a ostatných oblastí v ontogenéze diagnostikovaného (KASÁČOVÁ & CABANOVÁ, 2011). STANČÁK (1996) zdôrazňuje, že osobná anamnéza sa najčastejšie realizuje formou rozhovoru a všetky anamnestické údaje sú zaznamenávané ihneď počas rozhovoru (čo pri rozhovore ako diagnostickej metóde nie je vždy pravidlom). Netreba zabúdať, že osobná anamnéza sa vzťahuje bezprostredne na diagnostikovaného (SVOBODA a kol., 2001) a podľa zdroju informácií ju ďalej rozlišujeme na *autoanamnézu* a *heteroanamnézu*.
 - a) *Autoanamnéza* - je vlastne *subjektívnou anamnézou*, pričom zdrojom informácií je diagnostikovaný sám, ak je toho schopný. V rámci anamnestického rozhovoru sa tak sám rozpomätáva a vypovedá o svojej minulosti.
 - b) *Heteroanamnéza* - označuje sa tiež ako objektívna anamnéza, pretože zdrojom informácií o diagnostikovanom sú práve výpovede iných osôb (najčastejšie rodičia, súrodenci, členovia rodiny, či opatrojúce osoby, učitelia, vychovávatelia, resp. iní odborníci).
2. **Rodinná anamnéza (RA)** – zameriava sa primárne na rodinu a rodinné prostredie diagnostikovaného. Diagnostik sa tak snaží zmapovať sociálne vzťahy medzi členmi v rodine a diagnostikovaným, súrodenecké konštelácie, výchovné štýly, kultúra rodiny a prípadné výchovné ťažkosti, ktoré rodičia riešili (KASÁČOVÁ & CABANOVÁ, 2011). V rámci PPD by sme nemali zabúdať ani na hereditárne faktory, ktoré nám hovoria o prípadnej „genetickej záťaži“, výskyte sociálno-patologických javov a psychických ochorení u jednotlivých členov v rodine a pod (SVOBODA a kol., 2001). Veľmi podnetnú štruktúru použiteľnú pre rodinnú anamnézu v rámci PPD ponúka BAKOŠOVÁ (2008, s. 74), ktorá ju pôvodne vypracovala ako sociálno-pedagogickú kazuistiku rodinného prostredia. Vytýčila celkovo 9 kategórií – tematických okruhov, ktorých sa môže rodinná anamnéza v PPD dotýkať.
3. **Sociálna/školská anamnéza (SA)** – sa zameriava na vzťahy k širšej komunite – za hranicami rodiny. Podľa KASÁČOVEJ a CABANOVEJ (2011) sa snaží zmapovať doterajší vývin a nadväzovanie sociálnych vzťahov diagnostikovaného v komunite, kolektíve, širšej societe kde pôsobil (napr. adaptácia pri nástupe do MŠ, na ZŠ, vzťahy v triede, s rovesníkmi, kamarátmi, deťmi a ľuďmi so susedstva a pod.). Ak sa anamnestické údaje týkajú školského prostredia, hovoríme o školskej anamnéze, ak ide o mimoškolské sociálne prostredie diagnostikovaného (za hranicami rodiny), ide o sociálnu anamnézu.

Vyššie uvedené druhy anamnézy podľa zamerania, patria medzi dôležité varianty diagnostickej metódy v rámci PPD a je dobré, ak sa v nich diagnostik primerane orientuje a využíva ich pre vyššiu relevanciu a efektivitu diagnostického procesu.

KRÁTKA REKAPITULÁCIA:

Po preštudovaní podkapitoly o exploračných, observačných a retrospektívnych metódach, by sme mali vedieť odpovedať na nasledujúce otázky:



Aké exploračné metódy v PPD poznáme?

Viete rozlíšiť typy rozhovorov, pozorovania a anamnézy?

Aký je rozdiel medzi dotazníkmi, posudzovacími škálami a testovými metódami?

Popíšte didaktické testy a uveďte aspoň tri výhody a nevýhody tejto metódy v PPD.

3. 2 MOŽNOSTI VYUŽITIA PROJEKTÍVNYCH METÓD V RÁMCI PEDAGOGICKO-PSYCHOLOGICKEJ DIAGNOSTIKY

Ak sme pri metóde rozhovor a pozorovanie hovorili o tom, že ide o najčastejšie používané, najobľúbenejšie, ale zároveň najnáročnejšie diagnostické metódy v rámci PPD, pri projektívnych metódach môžeme zopakovať, že ide tiež o veľmi náročné, avšak vôbec najatraktívnejšie a najkreatívnejšie diagnostické metódy vôbec. Svojou originalitou, špecifickosťou pridávajú na pútavosti nielen pre diagnostikovaného, ale tiež pre diagnostika. Projektívne diagnostické metódy vo všeobecnosti slúžia na diagnostikovanie žiaka, rodiny, resp. malej sociálnej skupiny (školskej triedy), čím sa zaraďujú medzi unikátne metódy PPD.

Pod pojmom »projektívne metódy« rozumieme v PPD všetky diagnostické metódy, techniky, testy a postupy, ktoré účelovo využívajú princíp projekcie.²⁹ Pojem *projekcia* (z lat. *prōiciō*, znamená hodiť, zhodiť, prehodiť, zahodiť, vypovedať a pod., podľa ŠPAŇÁR & HRABOVSKÝ, 1987) zaviedol už v r. 1984 FREUD, ktorý ním pôvodne označoval obranný mechanizmus ega proti stavu úzkosti (SVOBODA a kol., 2001). FREUD (podľa KAŠČÁKOVÁ, 2007) vysvetľuje obranný mechanizmus projekcie ako prostriedok prvotnej obrany proti vnútorným podráždeniam, ktoré sa stávajú pre svoju intenzitu príliš nepríjemné. Človek ich tak premieta (projikuje) navonok, čo mu umožňuje pred nimi utiecť. Motívom projekcie je primárne vyhnúť sa vnútornému napätiu a intrapsychickému konfliktu. NAKONEČNÝ (1997) definuje pojem projekcia ako premietanie psychických obsahov (napr. úmyslov, pocitov, postojov a pod.) do iných osôb, či sociálnych dejov. Projekcia sa netýka len motívov a činov, ale tiež pocitov, myšlienok, predstáv a povahových rysov. AEPPLI

²⁹ STANČÁK (1996) upozorňuje na nejednotné terminologické vymedzenie v literatúre, kde sa často zamieňajú pojmy ako projektívne metódy, techniky a testy. Najširšou kategóriou sú projektívne metódy, pod ktoré spadajú aj techniky a testy (konkrétne projektívne testy) a v takomto zmysle s nimi operujeme aj v rámci PPD.

(1942, podľa NAKONEČNÝ, 1997) dodáva, že projekcia je vlastne schopnosťou psychiky zachytiť niečo vlastné v inom človeku a brať to ako jeho súčasť. SCHLEGEL (2005) hovorí o citoch alebo hnutiach, ktorým sa dotýčný bráni a tak ich pripisuje niekomu inému. V praxi to znamená, že si môžeme premietat' vlastné problémy, konflikt a nejasné ťažkosti do niekoho iného, berieme to ako jeho súčasť a nevidíme, resp. nedokážeme si uvedomiť, že ide o náš „premietaný obsah“, nie reálne vlastnosti, ťažkosti druhého človeka. V súvislosti s diagnostickou činnosťou tak princíp projekcie zjednodušene znamená premietanie/premietnutie nevedomých obsahov (pocitov, myšlienok, vlastností, motívov, postojov a pod.) navonok (druhým osobám, zvieratám, rastlinám, veciam alebo dejom) (SVOBODA, 2005).

V psychologickú diagnostiku tvoria projektívne metódy svojbytnú kategóriu najmä pre svoju komplikovanosť, rôznorodosť, obtiažnosť a náročnosť pri administrácii ako aj vyhodnocovaní a interpretácii, šírku záberu, originalitu, kreativitu a pod. SVOBODA a kol., 2001). V pedagogickej diagnostike a PPD sa z nich využíva skutočne len niekoľko a to najmä preto, že väčšina je zameraná na diagnostikovanie osobnosti v celej svojej komplexite, čo je mimo kompetenčný rámec „nepsychológa“. Zároveň treba dodať, že diagnostikovanie osobnosti nie je zámerom a cieľom pedagogickej diagnostiky a PPD, čo však neznamená, že niektoré z nich nemôže pedagóg v roli diagnostika použiť skriningovo na zachytenie niektorých osobnostných kvalít, vzťahov k významným druhým v živote diagnostikovaného, prežívania niektorých situácií v školskom, prípadne rodinnom prostredí a pod.³⁰ Ako pripomína KASÁČOVÁ a CABANOVÁ (2011), činnosti, produkty, deje a okolnosti vykonania projektívnych metód sú často bežnými didaktickými aktivitami v procese edukácie. Zároveň však upozorňujú na to, že pedagóg nemôže produktom diagnostikovaného (reakciám, výpovediam, kresbám, výtvorom a pod.) pripisovať význam bez poznania kontextu a súvislostí, resp. bez použitia iných podporných diagnostických metód. Diagnostik by tak mal v tomto prípade o to viac rešpektovať fenomenologický prístup a snažiť sa, aby diagnostikovaný sám dovysvetlil a interpretoval svoje vlastné výtvary a diela.

V nasledujúcich podkapitolách sa budeme venovať vybraným projektívnym metódam, ktoré môže vo svojej praxi využívať diagnostik v PPD – „nepsychológ“. Pre lepšiu prehľadnosť sa môžeme inšpirovať SVOBODOM (2005), resp. KASÁČOVOU a CABANOVOU (2011), ktorí rozdeľujú projektívne diagnostické metódy na *verbálne projektívne metódy*, *grafické projektívne metódy* a *hra ako projektívna metóda*.³¹

³⁰ Je zaujímavé, že niektorí autori (napr. HRABAL, 1989; DITTRICH, 1993; MUSILOVÁ, 2012 a iní) vôbec nespomínajú projektívne metódy v pedagogickej diagnostike resp. v oblasti PPD. Môžeme sa len domnievať, či to znamená, že projektívne metódy v ich ponímaní nepatria do rúk pedagógom alebo ich vo svojich prácach len opomenuli.

³¹ SVOBODA (2005) hovorí ešte o manipulačných projektívnym metódach (resp. metódach voľby), ktoré majú svoje miesto v psychodiagnostike, avšak v PPD je ich využitie skôr limitované. V psychodiagnostike sem zaradíme napr. metódy ako *Test sveta*, *Sceno test*, *Lüscherov test farieb*, *Chromaticko-apercepčný test a iné*.

3. 2. 1 Vybrané verbálne projektívne metódy

Verbálne projektívne diagnostické metódy v PPD sú charakteristické tým, že základ tvorí slovo (či už verbálne alebo písomne vyjadrené). Metódy, ktoré si následne bližšie popíšeme sú tak založené na princípe projekcie, pričom podnety, na ktoré diagnostikovaný reaguje, tvorí zvyčajne slovo (resp. veta) a to buď v písomnej alebo verbálnej (orálne reprodukovanej) podobe. Medzi najznámejšie verbálne projektívne metódy v psychodiagnostike, ktoré môže využiť tiež „nepsychológ“ v rámci PPD patria *Slovný asociačný experiment*; *Nedokončené vety* a *Tematické rozprávanie*³².

Jednou z najstarších diagnostických metód vôbec je »*Slovný asociačný experiment*«. Už prvé experimentovanie so slovnými asociáciami popisoval GALTON, resp. WUNDT v druhej polovici 19. storočia. Neskôr sa však vznik tejto metódy spájal so švajčiarskym psychiatrom C. G. JUNGOM, ktorý z pôvodného asociačného testu vypracoval individuálnu metódu na diagnostikovanie osobnosti (1910, podľa STANČÁK, 1996). Odvtedy prešiel *Slovný asociačný experiment* rôznymi modifikáciami a menili sa najmä spôsoby administrácie, vyhodnocovania, resp. interpretácie. Pôvodný JUNGOV zoznam podnetových slov obsahoval celkovo 100 slov. SVOBODA a kol. (2001) však upozorňujú na to, že pri deťoch a dospievajúcich sa zvyčajne používa set max. 20-30 slov.

Keďže ide o experimentálnu metódu, diagnostik v podstate navodí experimentálnu situáciu v ktorej má diagnostikovaný za úlohu voľne asociovať k podnetovým slovám. Ak test prebieha *písomnou formou*, je možná aj skupinová administrácia, kedy diagnostikovaný dostane odpoveďový hárok, kde je set vopred pripravených a vybraných podnetových slov a voľné miesto, kde dopĺňa slová, ktoré ho pri podnete napadnú ako prvé. GAVORA (2015) hovorí o rôznych pravidlách, ktoré môžu pri slovnom asociačnom experimente platiť – napr. produkcia obmedzeného počtu slov (napr. len 3 slová ku každému podnetovému slovu) alebo neobmedzený počet slov; produkcia slov akéhokoľvek slovného druhu (napr. podnetové slová sú vždy podstatné mená, ale odpoveď bude napr. prídavné meno, sloveso – napr. „rodina“ – *zlá, bojím sa* a pod.) alebo rovnakého slovného druhu (podstatné mená). Ak sa však diagnostik rozhodne pre individuálnu formu, je možné predčítavať jednotlivé podnetové slová a zapisovať verbalizované asociácie diagnostikovaného, pričom môže sledovať napr. neverbálne prejavy pri odpovediach, asociačné reakčné časy (ako dlho trvá, kým zareaguje na podnetové slovo) a pod. Zoznam podnetových slov volí diagnostik podľa cieľa a zamerania konkrétneho diagnostického procesu. Ak chce napr. učiteľ diagnostikovať poznatky a pojmové mapy žiakov, odvodí podnetové slová od konkrétneho učiva k predmetu, ktorého sa to týka. Podnetová úloha v tomto prípade bude znieť: „*Napiš/povedz všetko, čo ti/vám napadne keď sa povie.....*“ (KASÁČOVÁ & CABANOVÁ, 2011). Ak však diagnostik zameriava svoju pozornosť na sociálne vzťah diagnostikovaného, prípadne jeho rodinu a pod., prispôsobí zoznam podnetových slov

³² Slovný asociačný experiment (resp. Slovný asociačný test) a Nedokončené vety (resp. Test nedokončených viet; Test dopĺňovania viet) v štandardizovanej podobe môže v rámci diagnostiky využívať len kvalifikovaný psychológ. Existuje však viacero zjednodušených variant oboch týchto metód, ktoré sú využiteľné aj pre „nepsychológa“ v PPD.

podľa zamerania. V tomto prípade môže pri individuálnej forme slovného asociačného experimentu inštrukcia znieť nasledovne: „Teraz ti prečítam zoznam niekoľkých slov. Skús vysloviť prvé slovo, ktoré ťa napadne, bez akejkoľvek cenzúry“.

Veľmi dôležité je upozorniť na to, že v *Slovnom asociačnom experimente* sa používajú najčastejšie dva typy podnetových slov – *neutrálne* a *kritické (konfliktogénne)*. Takéto rozlíšenie má zmysel najmä v psychodiagnostike, ale aj nepsychológ by mal brať do úvahy konotáciu a určitý emočný náboj, ktoré podnetové slová môžu obsahovať.

V PPD tak môžeme použiť Slovný asociačný experiment jednak na pedagogické účely, kedy sa diagnostik zameriava na zisťovanie úrovne školských znalostí (KASÁČOVÁ & CABANOVÁ, 2011), ale tiež na psychologické účely, tzn. poznať niektoré osobnostné vlastnosti, charakteristiky, názory, myšlienky, či emócie, resp. vzťahy diagnostikovaného – vždy však len orientačne, skrútingovo, bez psychologickéj interpretácie. Pri tvorbe zoznamu podnetových slov by sme nemali zabúdať na viaceré dôležité zásady (KONDÁŠ, 1979a):

- ! **Zrozumiteľnosť** – všetky podnetové slová musia byť zrozumiteľné a prispôsobené kapacite diagnostikovaného. Nepoužívajú sa tak zvyčajne cudzie slová, či odborné alebo slangové výrazy a pod.
- ! **Rovnaké slovné druhy** – všetky podnetové slová by mali byť rovnakými slovnými druhmi, pričom najčastejšie sa využívajú podstatné mená. Obmedzenie pri jednotnosti slovných druhov v odpovediach je variabilné.
- ! **Rovnaká dĺžka** – všetky podnetové slová by mali mať približne rovnakú dĺžku, tzn. väčšinou sú to 2-3 slabičné slová.
- ! **Adekvátny pomer neutrálnych/kritických slov** – nemali by prevažovať kritické (tzv. konfliktogénne slová) nad neutrálnymi. Zvyčajne sa odporúča pomer 5 neutrálnych slov : 1 kritické slovo, tzn. pri sete 25 slov to bude 5 kritických, ktoré však nesmú nasledovať za sebou, ale sa primerane striedajú s neutrálnymi slovami.³³

Okrem reakčných časov, pozorovania počas experimentu (testovej situácie), môže diagnostik následne hodnotiť viacero ukazovateľov. Ak sa rozhodol pre pedagogický zámer a snaží sa zmapovať školské znalosti žiaka, hodnotí počet správnych a relevantných odpovedí k podnetovému slovu (tých, čo s ním skutočne nejakým spôsobom súvisia), pričom nezmyselné odpovede sa neberú do úvahy. Ak je zameranie skôr pedagogicko-psychologické, môže sa kvalitatívne pozrieť na jednotlivé odpovede, pričom je vhodné potom o nich s diagnostikovaným ďalej hovoriť (doplňujúce otázky). Sám diagnostikovaný by mal vysvetliť a popísať svoje asociácie, tzn. ak napr. uviedol pri

³³ Zatiaľ čo neutrálne slová sa používajú práve pri pedagogickom zameraní diagnostického procesu (napr. na zistenie vedomostí a školských znalostí žiakov); tzv. doplnené kritické slová majú skôr psychologický význam. KONDÁŠ (1979a) navrhuje, aby boli doplnené po dedukcii z anamnézy diagnostikovaného, čo môže mať význam pri jeho produkcii na tieto slová. Neutrálne slovo neprovokuje u diagnostikovaného potenciálne žiadne napätie (napr. slová ako *počasie; slnko; auto; voda* a pod.), zatiaľ čo kritické slová sú potenciálne konfliktogénne a môžu spustiť u diagnostikovaného asociácie, ktoré vedú k zaujímavým diagnostickým úvahám (napr. slová ako *smrť, choroba, nešťastie, otec, matka, rodina*).

podnetovom slove „rodina“ že je „zlá, mám strach“ a v rozhovore následne potvrdí, že sa doma prejavuje nejaká forma násilia, je to potvrdenie predpokladu, ktorý pri takýchto odpovediach diagnostik má, ale neinterpretuje predčasne. Zároveň je samozrejme nutné podporiť takéto zistenia inými metódami v rámci PPD, aby závery z diagnostiky, odporúčania a intervencia boli efektívne nastavené v prospech diagnostikovaného.

PRÍKLAD Z PRAXE Č. 3:



SAMKO (12 r.) bol umiestnený spolu s 2 st. bratmi do Krízového strediska pre nezaujím a nedostatočnú starostlivosť zo strany matky, ktorá pracovala v Rakúsku a odmietala prevziať za výchovu a starostlivosť detí zodpovednosť. U SAMKA išlo o hraničné pásmo MR, skôr introverntejšie ladeného, submisívnejšieho, menej komunikatívneho, avšak spolupracujúceho. Pri Slovnom asociačnom experimente produkoval napr. nasledujúce odpovede:

Potok – „voda, tečie“

Lev – „zvíra“

Matka – „nič, neviem...“

Kniha – „učenie, nuda“

Dieťa – „malé, furt reve“

Chlapec – „ja“ (dlhší ARČ)

Plač – „smútok, strach, slzy“

Rodina – „neviem...“ (dlhší ARČ)

Strach – „keď sa bojím“

Druhou verbálnou projektívnou metódou, ktorú sme spomenuli vyššie, je »*Test nedokončených viet*« (alebo tiež *Test doplňovania viet; Nedokončené vety*). Aj v tomto prípade ide o jednu z najstarších psychologických metód vôbec, keď ju už v r. 1897 použil EBINGHAUS pri skúmaní inteligencie (RUISEL, 2004). Rovnako aj táto metóda má viaceré používané varianty, ktoré sú často tematicky podľa zamerania špeciálne skonštruované (napr. šikana, vzťahy v triede, rodina, alkohol a drogy a pod.). Principiálne veľmi podobná metóda ako pri slovných asociáciách, akurát že v tomto prípade diagnostikovaný reaguje na podnetové začaté vety. Jeho úlohou je tieto nedokončené vety dokončiť, dotvoriť, doplniť podľa ľubovôle, spontánne, prvé čo mu napadne. KASÁČOVÁ a CABANOVÁ (2011) hovoria o tom, že nedokončené vety môžu byť použité v školskom prostredí napr. za účelom poznania vzťahu žiaka ku škole (ako sa cíti v triede, očakávania, obavy, postoje, úroveň vedomostí); sociálneho a rodinného prostredia žiaka (vzťahy v rodine, názory a postoje a pod.); úroveň vedomostí a znalostí žiaka (napr. súčasť didaktického testu). Autorky upozorňujú na to, že je vhodné tvoriť inventár flexibilne podľa potreby a zamerania diagnostického procesu. Diagnostik by ju však nemal kombinovať s úlohami na hodnotenie jazykových a gramatických aspektov, resp. odpovede žiakov známkovať.

Inventár nedokončených viet je možné vytvoriť podľa potreby, pričom by mali byť dodržané podobné zásady ako pri slovnom asociačnom experimente:

- ! **Mali by byť smerujúce k cieľu** diagnostikovania
- ! **Nemajú obsahovať sugestívne návody** a nápovedy k odpovediam
- ! **Nemali by byť príliš dlhé** (súvetia)
- ! **Jednoznačné a zrozumiteľné formulácie**
- ! Primeraný pomer „**neutrálnych a kritických**“ nedokončených viet

Jednou z možností, ako následne diagnostik vyhodnocuje nedokončené vety, je kvalitatívna analýza jednotlivých odpovedí respondenta. Vždy je vhodné pokračovať po administrácii rozhovorom s diagnostikovaným, dopytovať sa k jednotlivým vetám, prípadne mu dať možnosť, nech nám vysvetlí, ako to myslel, čo tým myslel a chcel povedať a podobne. Okrem toho si môžeme technicky odpovede rozdeliť do troch pomocných kategórií – *A – negatívna konotácia* (2 body); *B – neutrálna konotácia* (1 bod) a *C – pozitívna konotácia* (0 bodov). Tzn. že čím väčší počet bodov v jednej z kategórií nedokončených viet diagnostikovaný získa, tým vyššia je pravdepodobnosť nejakého konfliktu, problému v danej oblasti. Ak napr. k vetám, ktoré sa týkajú rodiny odpovie opakovanie negatívne, dá sa predpokladať, že to môže byť problematická oblasť v jeho živote (pre ilustráciu viď *príklad z praxe č. 4* nižšie).

PRÍKLAD Z PRAXE Č. 4:



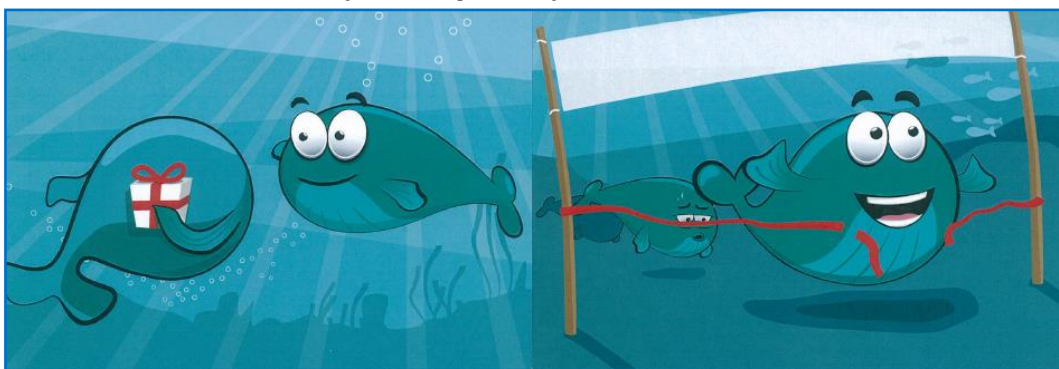
DUŠAN (8 r.) bol umiestnený do Krízového strediska potom, čo staršia sestra nezvládla starostlivosť (mala ho v NOS). U Dušana sa prejavilo hraničné pásmo MR, narušené komunikačné schopnosti, psychická deprivácia (zanedbaná výchova) a pod. V úvodnej diagnostickej fáze sme nemali k dispozícii takmer žiadnu spisovú dokumentáciu dieťaťa. Nedokončené vety (vzhl'adom na jeho mentálnu kapacitu a narušenú komunikačnú schopnosť) boli použité len ako parciálna diagnostická metóda, pričom ako alarmujúce vyskočili kategórie rodina, vzťah k rovesníckej skupine, k otcovi a matke, k budúcnosti. DUŠAN reagoval napr. nasledovne (doslovný prepis):

- *Mám maminku rád ale... „ona furt pije“*
- *Myslím, že maminka väčšinou... „ide nekam preč“.*
- *Keby náš otec... „ma zobral nekedy na zmrzlinu“.*
- *Otcovia niekedy... „furt pijú a keď dojdu dom z krčmy, sú takí opití a robia bordel“.*
- *Naši si o mne myslia, že... „robím zle“*
- *Moji kamaráti ma často... „nepočujú, keď chcem im nečo povedať“.*
- *Vždy si tajne prajem... „aby bola rodina pokope“.*

Poslednou verbálnou projektívnou metódou, ktorú sme naznačili v úvode tejto podkapitoly, je »*Tematické rozprávanie*«. Ide v podstate o modifikáciu

psychodiagnostických metód, ktoré spočívajú na princípe, že diagnostikovanému sú ukázané podnetové karty (rôzne typy) a on má vytvoriť na základe podnetového obrázku príbeh.³⁴ KASÁČOVÁ a CABANOVÁ (2011) uvádzajú, že pri tematickom rozprávání má žiak vopred daný sled obrázkov a jeho úlohou je vytvoriť príbeh a jeho dej k jednotlivým obrázkom. Diagnostik tak sleduje napr. úroveň verbálneho vyjadrovania žiaka (bohatosť slovnej zásoby, obraznosť, domýšľanie, fantázia a tvorivosť), akým spôsobom spracúva vizuálny podnet z obrázkov (rešpektovanie pravidiel, zachovanie postupnosti obrázkov), do akej mier ho prežíva, identifikuje sa s hlavnou postavou a pod. Druhý postup je benevolentnejší, kedy má diagnostikovaný pred sebou voľne rozložené obrázky (podnetové karty), sám ich zoradí podľa vlastného uváženia a dotvára k nim príbeh a pointu. Jednotlivé výstupy žiakov tak môžeme vzájomne porovnať (napr. v rámci triedy), čo nám dá určitý obraz o komunikačných, verbálnych a tvorivých schopnostiach žiakov. V našom kultúrnom prostredí sú pomerne rozšírené a obľúbené tzv. »*Terapeutické karty*«, ktoré sa využívajú v rôznych obdobiach (napr. *Copingové karty – COPE; Emočné karty; Karty s príbehmi; Mythos; Persona; Personita; Resilio; Tandoo; Roads* a iné). Aj keď ide o metódu, ktorá sa využíva primárne na poradenské, resp. terapeutické účely, má v sebe aj značný diagnostický potenciál a je použiteľná okrem psychológov tiež pre sociálnych pedagógov, špeciálnych pedagógov a liečebných pedagógov.³⁵ Pomerne jednoduché princípy, na ktorých sú *Terapeutické karty postavené*, môže v modifikácii na potreby PPD použiť aj diagnostik v edukačnom prostredí. Karty ponúkajú viaceré postupy, od jednoduchých asociácií pocitov, nálady, vzťahov diagnostikovaného, resp. vzťahov v triede, cez hodnoty, postoje, názory, predstavy a pod. Možné je tiež kombinovať viacero kariet a tvoriť z nich príbehy, ktoré využívajú potenciál projekcie, ako všetky projektívne metódy v PPD. Pre ilustráciu uvádzame na obrázku č. 2 nižšie niektoré podoby terapeutických kariet zo sady *Emočných kariet* (v češtine *More emocií*), ktoré sa zvlášť využívajú s obľubou pri práci s deťmi (viď www.b-creative.cz).

Obr. 2. Príklad emočných terapeutických kariet.



³⁴ V psychodiagnostike patria medzi štandardizované projektívne metódy, ktoré využívajú tento spôsob administrácie a produkcie diagnostikovaného, napr. *Tematický apercepčný test (TAT, CAT, CATO); Apercepčné karty pre adolescentov (AAC)* a pod. (ŘÍČAN, KREJČÍŘOVÁ a kol., 2006).

³⁵ Na Slovensku už niekoľko rokov realizuje vzdelávanie v práci s touto metódou Dr. ANALYIAIOVÁ a jej kurzy sú otvorené okrem psychológov aj sociálnym pedagógom, špeciálnym pedagógom a liečebným pedagógom, ktorý pracujú priamo s klientmi napr. pri krízovej intervencii, prevencii a pod. Viac informácií nájdete na: <http://www.ior.sk/o-nas>

3. 2. 2 Vybrané grafické projektívne metódy

Ďalšou kategóriou projektívnych metód sú »grafické metódy«, kde je dôležitý práve grafický prejav diagnostikovaného. Tieto metódy sa tak synonymne môžu označovať za »kresebné metódy«, pretože zahŕňajú rôzne varianty kresebných metód využiteľných v PPD.

Kresba dieťaťa v sebe nesie veľký diagnostický potenciál, pretože odráža rôzne psychické a iné procesy, ako napr. kognitívny prístup k stvárnenej téme, celková úroveň jemnej motoriky a senzomotorickej koordinácie, schopnosť vizuálnej percepcie, koncentrácia na vizuomotorickú činnosť. V kresbách sa prejavuje aj temperament diagnostikovaného dieťaťa, jeho emočné ladenie a prežívanie, prípadne spôsob nazerania a postoje k určitým skutočnostiam, vzťahom (napr. v rodine, soc. skupine) či k sebe samému (sebahodnotenie a sebaojatie), čím sa zvyšuje „kredit“ pri práci s detskou kresbou v diagnostike (SVOBODA a kol., 2001). Kresby, maľby a grafické prejavy dieťaťa dávajú diagnostikovi možnosť analýzy jeho grafomotorických zručností, prípadne stupňa kognitívneho rozvoja a to už v predškolskom veku. Pri projektívnych grafických metódach vychádzame z predpokladu, že dieťa si do kresby (výtvarný expresia) premieta svoje podvedomé psychické stav, pocity, túžby, myšlienky, postoje a emócie. Netreba však zabúdať, že v PPD má „nepsychológ“ len obmedzené možnosti analyzovania detskej kresby na diagnostické účely. Kresba ako projektívna metóda (nie spontánna detská kresba, ktorej sa venujeme v rámci [podkapitoly 3. 3](#) o analýze výsledkov tvorivej činnosti dieťaťa) sa využíva v PPD skôr skrínigovo a má tak informatívnu, signalizačnú a orientačnú hodnotu. Diagnostické závery je vždy vhodné konzultovať so psychológom, aby diagnostik nerobil predčasné interpretácie, ktoré nemusia byť relevantné vo vzťahu k diagnostikovanému (KASÁČOVÁ & CABANOVÁ, 2011). SVOBODA a kol. (2001) uvádzajú možnosti použitia detskej kresby, ktoré sú aplikovateľné aj pre potreby PPD:

- Kresba môže poskytnúť orientačné informácie o celkovej vývinovej úrovni dieťaťa, slúži ako skrínig globálneho vývinu rozumových schopností a pod.
- Je užitočná pre zistenie úrovne senzomotorických schopností, resp. úroveň vývinu jemnej motoriky a vizuálnej percepcie dieťaťa.
- V diagnostike nám môže signalizovať spôsob citového prežívania, tendenciu k určitému emočnému reagovaniu a tiež aktuálne emočné ladenie dieťaťa.
- Je to užitočný nástroj pre identifikovanie určitých špecifických vzťahov a postojov, ktoré dieťa niekedy nedokáže vyjadriť iným spôsobom (napr. verbalizovať).

Ak hovoríme o grafických projektívnych metódach v PPD, medzi najčastejšie používané môžeme s určitosťou zaradiť rôzne varianty »kresby ľudskej postavy« (*dynamická kresba ľudskej postavy*); »kresby rodiny« (vrátane kresby začarovanej rodiny), ale tiež originálne a v diagnostickej praxi pomerne obľúbené techniky ako »kresba troch stromov« a »test kresby stromu rodiny« (*strom s panákmi*) a samozrejme mnohé ďalšie, ktorým sa žiaľ nemáme priestor venovať v rámci týchto učebných skrípt.

Kresba postavy patrí medzi najčastejšie využívané tematické kresebné techniky v diagnostike vôbec.³⁶ Pomocou tejto metódy môžeme v PPD zachytiť úroveň vnímania, senzomotorickej koordinácie, jemnej motoriky, resp. okrajovo aj úroveň rozumových schopností dieťaťa. Podľa KASÁČOVEJ a CABANOVEJ (2011) vypovedá detská kresba v PPD o troch úrovniach rozvoja osobnosti dieťaťa/žiaka:

- Odráža úroveň čiastkových schopností zrakového vnímania, predstavivosti, pamäte, jemnej motoriky a senzomotoriky, resp. integrácie týchto funkcií.
- Odráža tiež úroveň rozumových schopností dieťaťa (úroveň detskej kresby by mala byť porovnateľná s vývinovou úrovňou dieťaťa v aktuálnom vývinovom období, kde sa nachádza).
- Odráža niektoré osobnostné charakteristiky a vlastnosti (napr. úroveň sebavnímania a sebahodnotenia, sebaobraz a pod.).

»Kresba postavy« (ako väčšina projektívnych kresebných metód) vychádza z predpokladu, že diagnostikovaný si premieta do kresby ľudskej postavy svoje základné pocity a postoje, čím sa tiež predpokladá, že niektoré psychologické charakteristiky a vlastnosti diagnostikovaného, resp. ľudskej postavy, ktorú nakreslil, nie sú podobné náhodou. Neznamená to však zaručene, že to tak vždy musí byť, preto je nevyhnutné zachytené signály overovať najskôr dopytovaním u diagnostikovaného, neskôr ďalšími metódami, kde sa to môže potvrdiť, resp. vyvrátiť (SVOBODA a kol., 2001).

Pri administrácii tejto metódy má dieťa k dispozícii čistý papier A4 a pero, resp. ceruzku (ak má k dispozícii aj gumu a môže gumovať, treba pri analýze kresby na to brať ohľad a zachytiť to prípadne aj počas pozorovania správania dieťaťa v testovej situácii). Diagnostik vyzýva dieťa: „*nakresli ľudskú postavu*“. Niekedy sa deti zvyknú vypytovať, že akú, kto to má byť alebo či to môže byť napr. nejaká známa postava a pod. Je dobré diagnostikovaného len podporiť, vrátiť naspäť k pôvodnému zadaniu – „*skús nakresliť nejakú ľudskú postavu*“. Keď je prvá kresba hotová, dostane za úlohu na druhú stranu papiera – „*nakresli ešte jednu postavu, ale tentokrát opačného pohlavia*. Väčšina detí nakreslí v prvej kresbe postavu rovnakého pohlavia, ako sú oni samé. Časový limit pri tejto úlohe nie je určený, je však dobré dieťa povzbudzovať a podporovať, zvyčajne zvládnu kresby nakresliť v priebehu 10 – 15 minút. Keď je dieťa s kresbami hotové, pokračujeme dopytovaním ohľadom nakreslených postáv. Je vhodné, ak nám dieťa samé predstaví postavy, ktoré nakreslilo, kto by to mohol byť, aké má vlastnosti, aký je a pod (SVOBODA a kol., 2001). Netreba zabúdať na to, že by sme sa (rovnako ako pri všetkých projektívnych metódach) v rámci PPD mali vyhnúť psychologickému analýze a interpretácii získaných údajov. Aj napriek tomu je žiadúce, ak sa diagnostik orientuje v základných obdobiach vývinu detskej kresby, má predstavu o tom, ako asi môže detská kresba vyzeráť primerane v ktorom veku a prípadne zachytiť nejaké varovné signály. Všetky

³⁶ V psychodiagnostike sa pracuje s viacerými variantami tejto metódy (napr. MACHOVEROVEJ *Draw a person test – DAP*; BALTRUSCHOV *Figure drawing test – FDT*; GOODENOUGHOVEJ *kresba postavy* a pod.). My si uvedieme len základné informácie k metóde kresby ľudskej postavy, ktorá je využiteľná v PPD, avšak s iným cieľom ako v psychodiagnostike. Pre viac info ku kresebným metódam pri práci s deťmi odporúčame napr. publikácie DAVIDOVEJ (2008); LIPNICKEJ a UJČIKOVEJ (2012) a COGNETA (2013).

podozrenia a predpoklady, ktoré s takýmto zistením súvisia, je vhodné konzultovať s ďalšími odborníkmi (školským psychológom, poradenským alebo klinickým psychológom a pod.). Inou verziou kresby ľudskej postavy môže byť napr. *HÁRDIHO dynamická kresba ľudskej postavy* (STANČÁK, 1996), ktorá sa využíva v diagnostike opakovane v čase. Dynamická kresba (tzn. opakovaná v čase za rovnakých podmienok) má oproti statickej (bežná jednorázová kresba ľudskej postavy) tú výhodu, že nám dáva možnosť porovnať kvalitu a celkové poňatie kresieb diagnostikovaného v dlhšom časovom období. Aj keď pôvodne HÁRDI (podľa STANČÁK, 1996) vytvoril túto metódu pre potreby klinickej diagnostiky psychotických prejavov v sérii kresieb pacientov a dodnes sa používa prevažne v psychodiagnostike, základný princíp „dynamiky kresby“, resp. sérii kresieb v PPD je v zjednodušenej podobe využiteľný. Diagnostik tak môže opakovane sledovať tie isté znaky a signály dieťaťa, čo môže byť v procese PPD veľmi užitočné. Nižšie uvádzame pre ilustráciu príklad z praxe s kresbou ľudskej postavy, ktorá bola využitá ako jedna z metód v rámci diagnostického procesu.

PRÍKLAD Z PRAXE Č. 5:



Príklad SAMKA (12 r.) sme si už spomenuli v príklade z praxe č. 3 vyššie. Chlapec bol umiestnený spolu s 2 st. bratmi do Krízového strediska pre nezaujím a nedostatočnú starostlivosť zo strany matky U SAMKA išlo o hraničné pásmo MR, čo je zjavné aj s kresby. Bol skôr introvernejšie ladený, pomerne citlivý, v prejave submisívnejší a menej komunikatívny, avšak spolupracujúci.

1. kresba



2. kresba



Ďalšou projektívnou kresebnou metódou, pri ktorej sa zastavíme, je »kresba rodiny«, resp. »kresba začarovanej rodiny«, ktoré patria medzi najobľúbenejšie kresebné metódy v diagnostike vôbec. V tomto prípade nám kresba umožňuje získať určité

informácie o spôsobe, akým diagnostikovaný vníma svoju rodinu, ako sa mu javí a ako hodnotí jednotlivých členov a svoj vzťah k nim. Spôsob, akým zobrazí svoju rodinu v kresbe tak vyjadruje jeho názory, postoje, pocity a vždy ide o subjektívny pohľad dieťaťa (SVOBODA a kol., 2001). Ako uvádza GAVORA (2015), do kresby rodiny premieta dieťa svoje vzťahy k rodičom, súrodencom, prípadne členom širšej rodiny. Táto metóda sa využíva najmä u žiakov primárneho vzdelávania, kde je práve kresba a kresebný prejav dieťaťu prirodzený, väčšina detí kreslí bez väčších ťažkostí a je to pre nich určitá forma hry a realizácie. Kresby sú tak väčšinou spontánne, spolupracujú motivovane a bez zábran (samozrejme, že to nie je pravidlom u všetkých detí), čo je prvý predpoklad, prečo môže byť zaradenie detskej kresby do PPD efektívne. Zároveň obrázok, ktorý dieťa nakreslí, odzrkadľuje vzťahy v rodine, rodinné prostredie, určitú atmosféru a kultúru rodiny ako takej a to najmä preto, že je prirodzene viazané na svoje vzťahové osoby a rodinné prostredie. Ak máme dieťa, ktoré nevyrastá vo svojom rodinnom prostredí, môžeme hovoriť v duchu „Matějčkovskej terminológie“ o „jeho ľudoch“, tzn. významných vzťahových osobách dieťaťa s ktorými žije (nemusia to byť zaručene biologickí rodičia, ale napr. v náhradnej osobnej/rodinnej starostlivosti aj teta, ujo, strýko, starí a krstní rodičia, prípadne ďalšie opatrojúce osoby).

ŘÍČAN, KREJČÍŘOVÁ a kol. (2006) upozorňujú na to, že kresbu rodiny ako projektívnu diagnostickú metódu je vhodné použiť vtedy, ak dieťa splňa vývinovú normu z hľadiska vývoja detskej kresby (ak to zistíme až po administrácii, treba to vždy zohľadniť pri interpretácii výsledkov). V podstate poznáme viaceré zadania, inštrukcie, ktoré sa pri detskej kresbe rodiny najčastejšie používajú a môžeme ich rozdeliť na kinetické (tzn. je tam prítomný nejaký „pohyb“, príbeh, dynamika, dej a pod.) a *akinetické, resp. statické* (kde sú všetci členovia nakreslení bez nejakej akcie, aktivity, príbehu, deja, ktorý by sa v kresbe odohrával). Diagnostik tak dieťaťu pri kresbe rodiny ponúkne čistý papier formátu A4 a ceruzku (použitie farebných pasteliek sa neodporúča z toho dôvodu, že to väčšinou dieťa odvádza od pôvodného zadania nakresliť členov svojej rodiny). Dôležité je počas kreslenia dieťa v prípade potreby povzbudiť, uistiť, vždy však skôr všeobecne, neutrálne, bez konkrétnych usmernení a sugescie. Inštrukcie, ktoré sa zvyčajne používajú sú napr.:

- „Nakresli svoju vlastnú rodinu“.
- „Nakresli akúkoľvek rodinu“.
- „Nakresli obrázok, ktorý by vyjadroval život celej vašej rodiny“.
- „Nakresli, ako to u vás doma vyzerá, keď sa učíš, keď sa pripravuješ na vyučovanie“. / „Nakresli, čo sa u vás deje, čo kto robí, keď sa učíš“.³⁷

Ďalšou variantou, ktorá sa používa, je oblúbená »kresba začarovanej rodiny« (MATĚJČEK & STROHBACHOVÁ, 1981), kde platia rovnaké princípy a zásady, ako pri kresbe rodiny, avšak líši sa v inštrukcii. Diagnostik tak môže vyzvať dieťa napr.: „Nakresli vašu

³⁷ Posledný spomenutý príklad je modifikácia kinetickkej kresby ARMSTRONGOVEJ (1995, podľa GAVORA, 2015), ktorú v našich podmienkach upravil a adaptoval MAREŠ (1998, podľa GAVORA, 2015). Táto varianta kresby rodiny prináša informácie o domácej príprave a učení sa žiaka, resp. o tom, čo sa doma v tom čase deje, ako k tomu pristupujú ostatní členovia rodiny a pod.

rodinu začarovanú na nejaké zvieratá. Akoby prišiel kúzelník a každého z vás by začaroval na nejaké zviera“. Dôležité je, aby buď priamo pri kreslení, resp. následne pri dopytovaní dieťa samo pomenovala každé zviera a tiež uviedlo, kto z rodiny by to mohol byť a prečo (aké vlastnosti má to zviera, čo má spoločné s členom rodiny a pod.).³⁸ Pri kresbe rodiny si môže diagnostik všimnúť niekoľko znakov, ktoré následne analyzuje a interpretuje. Vždy je vhodné konzultovať svoje zámery s psychológom, zohľadniť interpretácie a vysvetlenia diagnostikovaného a nezabúdať na kompetenčný rámec, ktorý v rámci PPD ako „nepsychológ“ v roli diagnostika má. Projektívne kresebné metódy tak v tomto zmysle slúžia hlavne ako orientačný, skriningový nástroj na zachytenie určitých varovných signálov, prípadne dôležitých informácií a údajov o percepcii a prežívaní diagnostikovaného. Hlavné znaky, ktoré nás môžu zaujímať, sú podľa viacerých autorov (napr. POGÁDY a kol., 1993; SVOBODA a kol., 2001; NOVÁK, 2004; ŘÍČAN, KREJČÍŘOVÁ a kol., 2006; DAVIDO, 2008; KASÁČOVÁ & CABANOVÁ, 2011; GAVORA, 2015 a iní) nasledujúce:

- ! **Celkový dojem** – využitie priestoru (napr. pravá/l'ová orientácia), harmonická/disharmonická kresba a pod.
- ! **Osoby a ich zobrazenie v kresbe** – napr. chýbajúce postavy a členovia rodiny (pomyselná existencia vzťahovej osoby v živote dieťaťa); veľkosť postáv (dôležitosť a významnosť pre dieťa); poradie stvárnenia postáv, v akom kreslí jednotlivých členov rodiny (percepcia pozícií členov v rodine); vzdialenosť medzi jednotlivými postavami a dieťaťom (skutočná vzdialenosť vo vzťahoch); spôsob zobrazenia postáv (prepracovanosť, detaily, resp. jednoduchosť ako spôsob ochoty sa zaoberať danou osobou a pod.); výraz jednotlivých postáv a zobrazenie častí tela (dis/proporcionalita; emočné ladenie postáv a pod.).
- ! **Šrafovanie, tieňovanie a iné grafické efekty** – treba posudzovať vždy individuálne podľa konfrontácie s obsahom odpovedí dieťaťa pri doplňujúcich a objasňujúcich otázkach.
- ! **Vynechanie niektorej osoby** – potlačenie existencie danej osoby v živote dieťaťa (napr. pri výrazne narušených vzťahoch, konfliktoch, domácom násilí, sexuálnom sneužívaní a pod.); vždy to treba však potvrdiť v rozhovore, pretože môže ísť o situačné vynechanie so skrytým úmyslom (napr. dieťa povie, že „otec tam nieje, lebo išiel na nákup“).
- ! **Iné zvláštnosti priebehu kresby** – nadmerná pozornosť venovaná niektorým častiam, postavám, resp. l'penie na detailoch na určitých miestach; časté gumovanie a pod.

Samozrejme existuje oveľa viac znakov, ktoré si diagnostik môže na kresbe rodiny všimnúť a analyzovať ich. Dôležité je však nezabúdať na dopytovanie a doplnenie kresby rozhovorom s diagnostikovaným bezprostredne po dokreslení rodiny. KASÁČOVÁ a CABANOVÁ (2011) dokonca upozorňujú na to, že bez takéhoto doplňujúceho rozhovoru

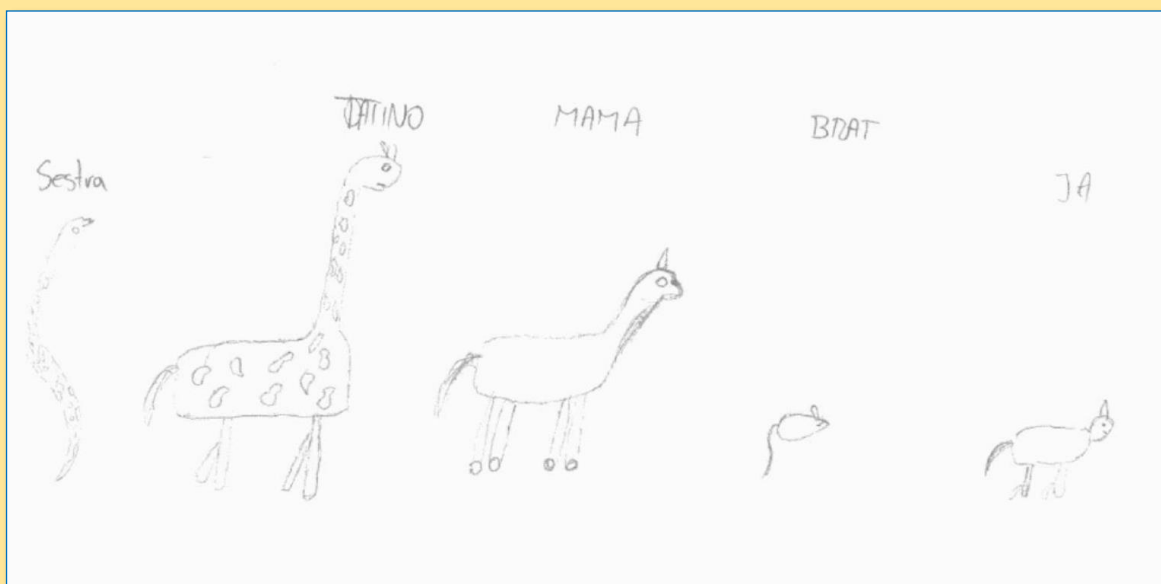
³⁸ Netreba zabúdať na dopytovanie (ako pri každej kresebnej a projektívnej metóde), kde nám dieťa objasňuje a popisuje jednotlivé postavy, ich vlastnosti, prípadne svoje vzťahy s nimi, čo už zvyčajne býva diagnosticky relevantné.

nie je vhodné použiť detskú kresbu v diagnostike ani len orientačne, pretože naše postrehy a zistenia môžu byť veľmi zavádzajúce. Pre ilustráciu uvádzame nižšie príklad z praxe 6, kde je uvedená kresba začarovanej rodiny u 12 ročného dievčaťa.

PRÍKLAD Z PRAXE Č. 6:



KAMILA (12 r.) má diagnostikované Špecifické vývinové poruchy učenia (dyslexiu, dysgrafiou), posledné obdobie sa prejavuje depresívna symptomatika (je úzkostná, anxiózna, sebaepochybovačná, so strachom zo zlyhania, nízkou mierou sebahodnotenia a pod.) a psychosomatické prejavy (zvracanie, bolesti hlavy a brucha a pod.). KAMILA prestúpila na novú školu a navštevuje 6. ročník. Na predchádzajúcej škole bola niekoľko rokov obeťou šikany, čo ťažko niesla a rozhodla sa tak zmeniť prostredie. KAMILA je výrazne naviazaná na matku, so staršou sestrou má skôr ambivalentný vzťah.



Poslednou metódou, ktorú môžeme zaradiť medzi projektívne grafické v rámci PPD, je »Test kresby stromu rodiny« alebo tiež »Strom s panáčkmi« (ZAKOUŘILOVÁ, 2014), ktorý sa v originálnych verziách objavuje pod názvom »Blob tree«, ako súčasť tzv. *Blob tests* (Dostupné na: <https://www.blobtree.com/>). Vzhľadom na to, že je úlohou diagnostikovaného dokresľovať do predtlačeneho stromu s postavami, môžeme hovoriť o *semiprojektívnej* diagnostickej metóde (princíp projekcie však samozrejme platí aj v tomto prípade). Táto metóda nám dáva možnosť preskúmať vzťahy v rodine diagnostikovaného, odhaliť prípadné koalície, pocity, predstavy a prania vo vzťahu k „svojim ľuďom“ (ZAKOUŘILOVÁ, 2014). Diagnostikovanému tak predkladáme predtlačенý strom s neurčitými postavami (existujú viaceré verzie, [viď príloha 5](#)), má na výber s farebných pasteliek (vhodné, aby boli zastúpené aspoň všetky základné farby). Inštrukcia môže znieť napr.: „Vyznač, vyfarbi, ktorým z týchto panáčikov by si mohol byť ty? Potom rovnakým spôsobom vyfarbi aj členov celej svojej rodiny.“

V prípade, ak túto metódu nevzťahujeme výlučne len na rodinné prostredie, je možné inštrukciu trochu pozmeniť: „Vyznač, vyfarbi, ktorým z týchto panáčikov by si mohol

byť ty? Rovnakým spôsobom vyfarbi aj „všetkých svojich ľudí“, ktorých máš okolo seba, sú v tvojom živote – vrátane rodiny“.

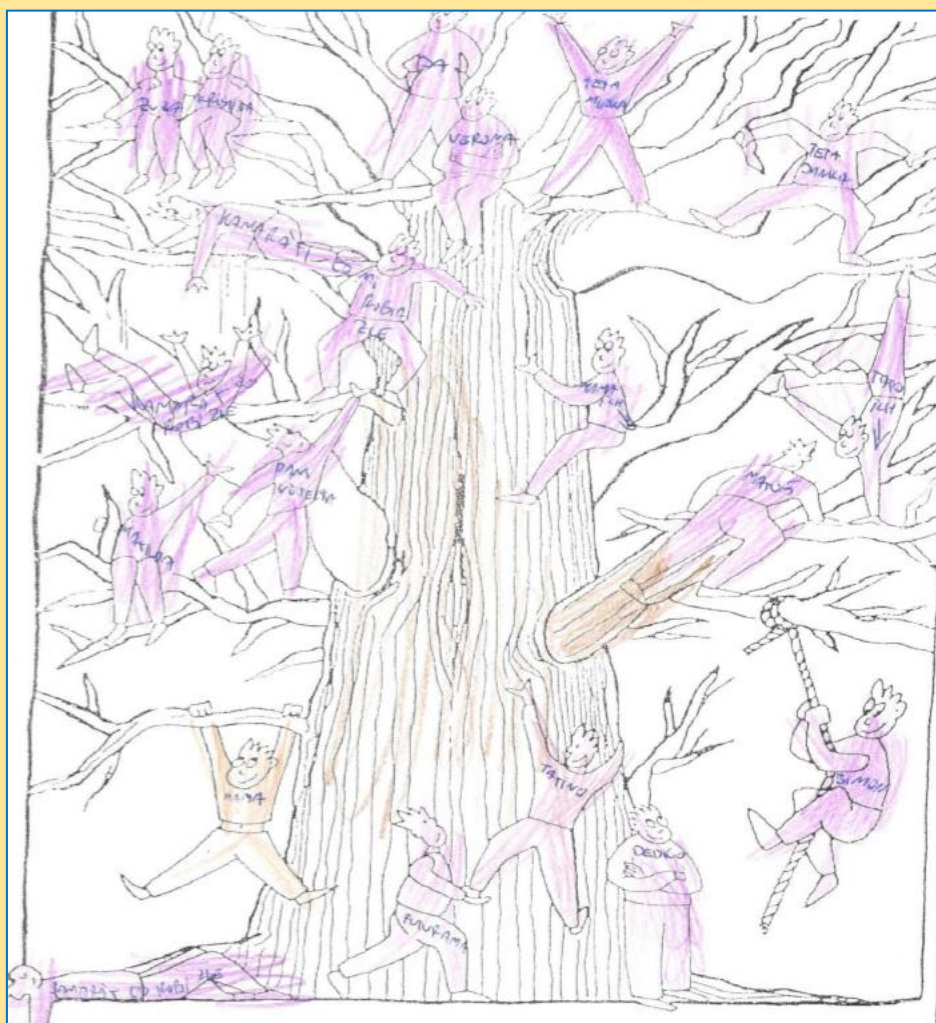
Opäť upozorňujeme na nutnosť dopytovania sa a vedenia doplňujúceho rozhovoru bezprostredne po dokreslení stromu s panákmi u diagnostikovaného. Vhodné je pýtať sa, prečo označil tú ktorú postavu (vrátane seba), zaujímať sa, ako vníma vzdialenosť postáv na svojom strome? Aké postavy to sú a ako sa správajú? Čo je pre nich typické, aké majú vlastnosti?

Pre ilustráciu uvádzame nižšie príklad z praxe č. 7, kde sa nachádza kresba stromu s panákmi od DUŠANA (8 rokov), ktorý bol umiestnený do Krízového strediska a bližšie sme ho spomenuli v príklade č. 4 vyššie.

PRÍKLAD Z PRAXE Č. 7:



DUŠAN (8 r.) bol umiestnený do Krízového strediska potom, čo staršia sestra nezvládla starostlivosť (mala ho v NOS). U Dušana sa prejavilo hraničné pásmo MR, narušené komunikačné schopnosti, psychická deprivácia (zanedbaná výchova) a pod. V úvodnej diagnostickej fáze sme nemali k dispozícii takmer žiadnu spisovú dokumentáciu dieťaťa (vrátane anamnestických údajov a rodinnej anamnézy). DUŠAN sa počas diagnostiky prejavoval motivovane, ochotne, niekedy až odbrzdene, spolupracoval primerane a kresba bola pre neho hrou. Jeho Strom s panákmi vyzeral nasledovne:



3. 2. 3 Hra ako expresívna projektívna metóda

Poslednou z kategórie projektívnych metód, ktoré môžeme uplatniť v PPD, je »hra a hrová činnosť dieťaťa«. To, či je práca s hrou s diagnostickým zámerom skutočne projektívna metóda, je diskutabilné. Vychádzame však zo základného predpokladu, že hra je prirodzenou aktivitou dieťaťa v predškolskom a mladšom školskom veku, kde si práve hrou a v hre dieťa premieta správanie svojich doterajších vzorov. Zároveň sa prejaví aj jeho schopnosť reprodukovať obsah rôznymi spôsobmi (myšlienky, resp. celé naučené koncepcie poznania), čím sa aktivuje jeho vnútorný potenciál (KASÁČOVÁ a CABANOVÁ, 2011).

Vzhľadom na to, že detská hra ponúka z pedagogického a psychologického hľadiska veľké množstvo podnetov na zamyslenie a je veľmi dôležité, aby sa v nich pedagóg pri svojej práci s dieťaťom vedel orientovať, pokúsime sa priblížiť stručne prácu s hrou ako expresívnou projektívnou metódou v PPD.³⁹

Podľa KASÁČOVEJ a CABANOVEJ (2011) diagnostik v PPD môže využiť detskú hru nielen ako didaktickú, ale tiež ako diagnostickú metódu. Súčasťou je tak samozrejme pozorovanie, prípadne rozhovor (či už skupinový alebo individuálny ako súčasť reflexie ex post). Podľa MAJZLANOVEJ (1998) môže hra ako diagnostická situácia vzniknúť v podstate dvomi spôsobmi:

- **Spontánne** – kedy diagnostik nezasahuje do jej vzniku, neinicuje a nevyvoláva ju, ale vzniká spontánne z iniciatívy detí v skupine/triede. V priebehu hrovej činnosti nezasahuje, skôr je v pozícii pozorovateľa, neovplyvňuje priebeh hry, nepodnecuje deti, len využíva vzniknutú hrovú situáciu a jej potenciál pre diagnostické účely.
- **Zámerné** – diagnostik môže iniciovať, vyvolávať, začať hrovú činnosť, ktorú následne facilituje, vstupuje do nej, upravuje ju, koriguje, dáva podnety a stimuly, námety, prípadne zavádza a kontroluje pravidlá a pod. (vždy podľa diagnostických zámerov, ktoré tým sleduje).

Z hľadiska PPD sa môžeme zamerať na niekoľko typov hier a typických diagnostických javov, pričom inšpirovať sa môžeme napr. v prácach DYNERA (1976); VALACHOVEJ (2009) alebo KASÁČOVEJ a CABANOVEJ (2011):

- **Námetové hry** – diagnostikujeme napr. formu (individuálna/skupinová); dĺžku a obsah hry (obsahová chudobnosť/bohatosť hry, určitá nápaditosť, miera tvorivosti a pod.).
- **Manipulačné hry** – zameriavame sa na jemnú/hrubú motoriku, schopnosť manipulácie s predmetmi v súlade s ich funkčnosťou a určením; odhad významu predmetov a pod.
- **Tematické hry** – zameriavame sa napr. na stupeň rozvoja určitej miery gramotnosti, či sa dieťa dokáže hrať na niečo/nieкого podľa tematického

³⁹ Detskej hre sa venuje v odbornej literatúre pomerne veľká pozornosť, preto odkazujeme na niektoré zdroje, kde má práve hra z pedagogicko-psychologického hľadiska svoje miesto. Napr. 2. kapitola v publikácii FONTANU (1997); 4. kapitola v učebných skriptách od BRESTOVANSKÉHO (2013) a iné.

vymedzenia, dokáže sa vžiť do role, napodobňovať a pod.; aká je bohatosť/chudobnosť jeho nápadov; slovná zásoba atď.

- **Konštrukčné hry** – sledujeme hrubú/jemnú motoriku; schopnosť manipulácie s predmetmi a hračkami; či dokáže zhotoviť, skonštruovať podľa predlohy daný predmet, resp. voľne využiť jednotlivé kocky, skladačku na to, na čo slúži; dodržiava pravidlá, postupy a zvláda „frustrácie“ pri neúspechoch a pod. Konštrukčné hry môžeme diagnostikovať z hľadiska priestoru, kde si všímame napr. horizontálne/vertikálne radenie kociek, prípadne ich kombináciu; ale tiež dvoj/trojrozmernosť a zložitosť konštrukcie. Zameriť sa môžeme tiež na cieľ konštruovania (fantázia, resp. predloha) a spôsob naplňovania tohto cieľa zo strany dieťaťa.
- **Intelektové hry** – zameriavame sa na úroveň kognitívneho vývinu, riziká špecifických vývinových porúch učenia; schopnosť dieťaťa triediť, klasifikovať, priradovať, zoskupovať podľa podobností/rozdielov, druhovej príslušnosti a hľadať zhody/rozdiely vo vonkajších a vnútorných súvislostiach.
- **Senzorické hry** – zameriavame sa na úroveň zmyslového vnímania, tzn. sluchová a zraková diferenciacia; lateralita; schopnosť zachytiť a rozoznať vonkajšie zmyslové kvality vecí a pod.
- **Pohybové hry** – zisťujeme úroveň hrubej/jemnej motoriky (vrátane jednotlivých komponentov ako koordinácia, rýchlosť, sila, vytrvalosť); lateralitu horných a dolných končatín a pod.
- **Napodobňovacie hry** – sú užitočné pri sledovaní kognitívneho vývinu dieťaťa, učebného štýlu; kreativity; fantázie; afektívneho rozvoja (napr. úroveň empatie); schopnosť vidieť, uvedomiť si a napodobniť vzory v prostredí a pod.
- **Slovné hry** – zvyčajne slúžia na diagnostikovanie pamäti; úrovne verbalizácie a rečových schopností; sluchovej diferenciacie, pričom pomáhajú pri identifikácii formálnych a obsahových nedostatkov v rečovom prejave dieťaťa.
- **Rytmicko-muzikálne hry** – pomáhajú diagnostikovanie pamäťových procesov (schopnosť reprodukcie, rozlíšenia a zapamätania melodických a rytmických vzorcov); štýlu učenia sa dieťaťa; zisťovania elementárnych rytmicko-muzikálnych schopností; spontaneitu a pod.
- **Dramatické hry** – umožňujú získať komplexnejší obraz o dieťati/skupine; dôležité informácie o vnútornom prežívaní dieťaťa, potenciáli skupiny, sociálnych vzťahoch a väzbách v rámci skupiny a sociabilite dieťaťa.

Nesmieme však zabúdať, že je dôležité registrovať, evidovať zachytené informácie a postrehy počas hrovej činnosti, ktoré mal diagnostik možnosť pozorovať, zistiť. Následne by mala prebehnúť kvalitatívna analýza hry a jej vyhodnotenie a interpretácia výsledkov. Platnosť zistení, ktoré vyplývajú z analýzy hrovej činnosti je vhodné podporiť, resp. overiť aj inými diagnostickými metódami v rámci PPD.

V závere tejto podkapitoly uvádzame pre ilustráciu príklad konkrétnej hry, ktorá sa osvedčila v praxi pri práci s rôznymi cieľovými skupinami (školskej triede, výchovnej skupine v centre pre deti a rodinu, resp. v krízovom stredisku a pod.). Hra nesie názov

»Zámok splnených prianí« a ponúka viaceré oblasti pre zameranie PPD, ktorých sa tematicky dotýka (napr. predstavy, sny a priania detí, komunikácia a komunikačné zručnosti, vzťahy, konflikty a šikana v skupine, dominancia vs. submisivita a skupinové role a ďalšie.). Na úvod sa vytýči hrové pole napr. zo stoličiek, lavíc do tvaru kruhu, ktorý predstavuje práve pomyselný hrad splnených prianí. Všetci sa chcú dostať do vnútra tohto hradu, pretože ak sa tam dostanú, môžu si niečo želať a je veľká šanca, že sa im to môže splniť. Dostať sa tam môžu cez vstupné brány, ktoré sú symbolizované vynechaným priestorom na niekoľkých miestach v kruhovom usporiadaní stolov/stoličiek. Do týchto vstupov diagnostik vyberá niekoľkých dobrovoľníkov (resp. môže vybrať účelovo napr. podľa sociometrie najdominantnejších, periférnych členov, obľúbených a pod.), ktorí budú predstavovať strážcov zámku. Dostať sa do vnútra môžu všetci ostatní len cez nich a to tak, že ich tam sami pustia. Nie je dovolené používať akúkoľvek formu násilia, podvádzat' tým, že stoličky/stoly preskočia, podlezú a pod., dostať sa do zámku dá len „oficiálne“ cez jeho strážcov. Týchto dobrovoľníkov – strážcov si diagnostik zoberie na chvíľu za dvere, aby im vysvetlil, čo je ich úloha. Spoločne si dohodnú jeden kľúč, podľa ktorého budú všetci zhodne púšťať záujemcov do zámku. Kľúč môže obsahovať jednoduchšie, viditeľné veci, ako napr. že pustia tých, čo majú tmavé topánky, hnedé oči, červené tričko a pod. Môže však účelovo obsahovať aj niečo na prvý pohľad nie také zjavné, ako napr. že pustia tých, ktorý použijú „čarovné slovíčko“ d'akujem a pod. Niekedy môže kľúč úmyselne vybrať diagnostik, ak má napr. podozrenie na nejaké konflikty, nenávistné, prípadne šikanujúce správanie medzi deťmi v skupine, môžu napr. ostať pred zámkom len tí, ktorí sú potenciálnymi agresormi (nemusí sa dostať do vnútra každý). Dôležitá je potom citlivá a poctivá reflexia, kde sa venuje otázkam typu: *Aké to pre Vás bolo, keď ste sa dostali do vnútra? Vedeli ste, prečo sa Vám to podarilo? V čom sa líšite od tých, ktorí sa do vnútra nedostali? Čo všetko ste skúšali na to, aby Vás strážcovia pustili? Aké to pre Vás bolo, keď ste sa do vnútra nedostali? Čo si myslíte, prečo sa to im podarilo a Vám nie? Čo všetko ste skúšali? Prečo si myslíte, že to nepomohlo? Ako na Vás pôsobili strážcovia?*

Zvlášť pri šikane, kde môže účelovo dôjsť k hraniu obrátených rolí voči realite, môže byť analýza tejto hry diagnosticky veľmi užitočná. Treba si však uvedomovať riziká, ktoré z takejto interaktívnej, zážitkovej aktivity vyplývajú a diagnostik by sa mal snažiť pracovať v tomto prípade len v rámci PPD s diagnostickým zámerom (nie terapeutickým a pod.).

KRÁTKA REKAPITULÁCIA:

Po preštudovaní podkapitoly o projektívnych metódach v PPD, by sme mali vedieť odpovedať na nasledujúce otázky:

V čom spočíva princíp projekcie v diagnostike?

Aké druhy projektívnych metód poznáme?

Aké sú najpoužívanéjšie grafické a verbálne projektívne diagnostické metódy v PPD?

Akým spôsobom môžeme využiť hru ako diagnostickú metódu?



3. 3 ANALÝZA VÝSLEDKOV PROCESU TVORIVEJ ČINNOSTI A ŠTÚDIUM DOKUMENTÁCIE AKO DIAGNOSTICKÉ METÓDY

Ďalšou kategóriu v rámci pedagogicko-psychologických diagnostických metód je »analýza výsledkov procesu tvorivej činnosti« a »štúdium dokumentácie žiaka/dieťaťa«. Prvá spomenutá, sa často objavuje pod názvami ako *analýza spontánnych produktov dieťaťa*; *analýza spontánnych výtvorov*; *analýza tvorivej činnosti dieťaťa*; *analýza úloh* a pod. V princípe ide o analýzu, rozbor hotových produktov, výrobkov, materiálu alebo úloh, ktoré má dieťa splniť (ZELINKOVÁ, 2001). V praxi táto metóda často nie je príliš docenená a nevyužíva sa potenciál, ktorý v sebe nesie. Diagnostik pri nej v rámci PPD realizuje rozbor, analýzu už hotového výrobku, produktu tvorivej činnosti, či analýzu úlohy, ktorú má riešiť. Pedagóg v úlohe diagnostika hodnotí výsledky činností z rôznych výtvarných aktivít, pracovných činností, riešenia projektov a ich výsledkov, resp. nácvik novej básne, prednesu piesne, tanečnej kreácie, telesného cvičenia a pod. Pri analýze môžeme sledovať kvalitatívne prepracovanejší, resp. menej prepracovaný, až chybný, „nepodarený“ výrobok, pričom výkon sa vždy posudzuje ako celok, ale tiež ako samostatná časť. Výstup z takejto analýzy nám môže poskytnúť informácie o úrovni kognitívneho vývinu dieťaťa a rozvoja všeobecných tvorivých schopností dieťaťa. Analýza úloh znamená, že diagnostik (zväčša učiteľ) danú úlohu rozanalyzuje v jednotlivých častiach a krokoch, pričom posúdi ich zvládnutie. Zároveň treba poznamenať, že analýza a rozbor finálnych produktov a výtvorov, kde nemáme k dispozícii informácie o procese tvorby, je v praxi náročnejšia ako analýza procesu kreovania. Absentujú informácie o činnostiach v procese tvorby, reakciách dieťaťa a pod.(VALACHOVÁ, 2009). Ak hovoríme o analýze výsledkov procesu tvorivej činnosti, zvyčajne sa v diagnostike stretáme s nasledujúcimi typmi:

- **Analýza písomných prejavov** – ako napr. písomné a slohové práce, básne, texty („vlastná tvorba“), denníky a pod.
- **Analýza kresebných prejavov** – všetky kresebné prejavy, ktoré vznikli spontánne, bez zadania a výzvy zo strany diagnostika, skôr z vlastnej iniciatívy diagnostikovaného dieťaťa. Pri analýze spontánnych detských kresieb platia rovnaké zásady a princípy, aké sme naznačili pri práci s detskými kresbami [v podkapitole 3. 2. 2.](#) vyššie.
- **Analýza ostatných produktov tvorivej činnosti** – všetky ďalšie výsledky spontánnej tvorivej činnosti dieťaťa – okrem písomných a kresebných (napr. rôzne umelecké, výtvarné produkty, ručné práce a výrobky z rôznych materiálov a pod.).
- **Spôsob úpravy osobného teritória** – diagnosticky dôležité informácie nám môže priniesť aj analýza osobného teritória – priestoru žiaka/dieťaťa (ako napr. detská izba, lavica a pod.).

Okrem analýzy výsledkov tvorivej činnosti žiaka, ktoré sme stručne popísali vyššie, si ešte priblížime *štúdium dokumentácie (portfólia) žiaka*, ktoré môžeme využiť ako zdroj relevantných diagnostických informácií o diagnostikovanom. Dokumenty

môžeme chápať vo všeobecnosti ako výsledky činností, ktoré sa stávajú predmetom ďalšieho spracúvania a vznikali s cieľom odovzdať a zachovať určité informácie (HRADISKÁ, in KOLLÁRIK, SOLLÁROVÁ a kol., 2004). Majú svoj obsah, formu a pre diagnostické účely sú zvyčajne dostupné najmä v písomnej podobe. MUSILOVÁ (2012) upozorňuje na to, že dokumenty majú v edukačnom procese značný diagnostický význam, pretože zahŕňajú objektívne výpovede o skúmanej realite. KASÁČOVÁ a CABANOVÁ (2011) uvádzajú, že pedagogické dokumenty tvoria všetky záznamy, ktoré sú charakteristické pre školu, vlastnú prácu učiteľa a žiaka (všetky dokumentované materiály školy ohľadom učiteľa, žiaka, triede a pod.). Medzi školské materiály tak patria najmä triedny výkaz, učebné osnovy, štandardy pre príslušné ročníky, metodické usmernenia a pokyny, internú smernicu, školský poriadok. Materiály učiteľa sú triedna kniha, klasifikačný záznam, učebný plán, príprava na vyučovanie (vrátane učebných pomôcok). Pedagogické dokumenty, ktoré sa týkajú žiakov sú najmä individuálne vzdelávacie plány (IVP), vlastné poznámky učiteľa ohľadom konkrétnych žiakov. MUSILOVÁ (2012) hovorí o dvoch druhoch dokumentácie – *osobné dokumenty* (vzťahujúce sa k jednotlivcom – žiakom, učiteľom) a *verejné dokumenty* (praktické školské dokumenty o edukačnej realite). ZELINKOVÁ (2001) upozorňuje aj na pedagogické portfólio, ktoré tvorí usporiadaný súbor prác žiaka, poskytujúci dostatok informácií o študijných a pracovných výsledkoch žiaka. Takéto portfólio možno označiť na jednej strane za autentickú diagnostickú metódu, na druhej strane za druh hodnotenia žiaka. Portfólio nám tak podľa VALACHOVEJ (2009) ponúka možnosť sledovať vývinové zmeny v určitom časovom období, čo je súčasťou diagnostického zámeru. Všetky vyššie uvedené metódy môžeme používať v kombinácii s ďalšími diagnostickými metódami, čím zvýšime objektivizáciu celkových získaných údajov o diagnostikovanom.

3. 4 METÓDY HODNOTENIA A KLASIFIKÁCIE V PEDAGOGICKO-PSYCHOLOGICKEJ DIAGNOSTIKE

Jednou z klasických metód pedagogickej diagnostiky, ktorú môžeme zaradiť aj do rozmedzia PPD, je »metóda hodnotenia a klasifikácie«. Vzhľadom na to, že pedagogika má normatívny charakter, pracuje systematicky s reláciami cieľ – proces – výsledok (DITTRICH, 1993). KASÁČOVÁ a CABANOVÁ (2011) vymedzujú metódy hodnotenia a klasifikácie ako také, ktoré sa zameriavajú na zisťovanie úrovne osvojených vedomostí u žiakov. K diagnostikovaniu ich úrovne môže diagnostik (najčastejšie učiteľ) použiť viaceré diagnostické metódy, na základe ktorých je schopný reálne zhodnotiť vzdelávacie výsledky svojich žiakov (napr. didaktické testy a rôzne skúšky). Už v metodických usmerneniach č. 22/2011 Ministerstva školstva SR (Dostupné na: <https://www.minedu.sk/data/att/462.rtf>) k zákonu č. 596/2003 Z. z. o štátnej správe v školstve a školskej samospráve, nachádzame konkrétne zásady hodnotenia v práci učiteľa pre primárne a sekundárne vzdelávanie. Z tohto metodického pokynu vypláva niekoľko zásad dôležitých pre diagnostiku v procese PPD:

- Hodnotenie žiakov je nevyhnutná súčasť procesu výchovy a vzdelávania, pričom má najmä informatívny, korekčný a motivačný charakter.
- Žiak má právo dozvedieť sa o spôsobe a následne výsledkoch procesu hodnotenia zo strany diagnostika a hodnotenie by sa malo realizovať priebežne.
- Diagnostik realizuje hodnotenie buď formou klasifikácie, slovného hodnotenia, resp. ich kombináciou. O spôsobe môže rozhodnúť riaditeľ školy, avšak svoje rozhodnutie by mal prerokovať v pedagogickej rade školy.
- Klasifikácia je jednou z foriem hodnotenia (nie jedinou), ktorá vyjadruje výsledky na 5 stupňoch (úrovniah hodnotenia).
- Slovné hodnotenie je rovnako jednou z foriem hodnotenia (nie jedinou), ktoré sa zvyčajne v predprimárnej a primárnej edukácii realizuje prostredníctvom štyroch stupňov hodnotenia.
- Kombinácia klasifikácie a slovného hodnotenia je taktiež formou hodnotenia, pri ktorej sa kombinuje vyjadrenie výsledkov niektorých predmetov slovne, resp. klasifikačným stupňom (známkou).
- Vo výchovno-vzdelávacom procese sa realizuje hodnotenie ako priebežné (čiastkové prejavy a výsledky žiakov na vyučovaní - motivačné), resp. ako celkové (realizuje sa na konci prvého a druhého polroka – čo najobjektívnejšie zhodnotenie schopností, vedomostí a návykov v konkrétnom predmete).
- Diagnostik v procese hodnotenia vystupuje humánne, uplatňuje primeranú náročnosť, pedagogický takt, rešpektuje práva dieťaťa. Predmetom hodnotenia sú najmä učebné výsledky žiaka, ktoré dosiahol v tom danom predmete a to v súlade s primeranými požiadavkami, ktoré vychádzajú z učebných osnov konkrétneho predmetu.
- Pri hodnotení by mal diagnostik postupovať v súlade s výchovno-vzdelávacími požiadavkami jednotlivých vzdelávacích predmetov; požiadavkami na rozvoj kompetencií a učebnými osnovami, štandardami a plánmi.
- V proces hodnotenia žiaka sa posudzujú získané kompetencie v súlade s učebnými osnovami a zároveň schopnosti pre ich využívanie (napr. komunikačné a jazykové schopnosti, digitálna, matematická gramotnosť a pod.).

Vyššie uvedené zásady by mali byť akceptované a dodržiavané v procese hodnotenia, aby tak skutočne učiteľ – diagnostik naplnil cieľ a účel hodnotenia v procese PPD. KASÁČOVÁ a CABANOVÁ (2011) diferencujú metódy hodnotenia a klasifikácie na *ústne* a *písomné skúšanie*. Ústne skúšanie predstavuje metódu zisťovania vedomostí, resp. úrovne verbálneho prejavu žiaka. Táto metóda tak smeruje zároveň k nácviku verbálneho prejavu diagnostikovaného, ale zároveň je metódou hodnotenia osvojených poznatkov a vedomostí žiakov. Netreba však zabúdať, že pre niektorých žiakov je táto forma skúšania skôr kontraproduktívna, stresujúca a veľmi nepríjemná (napr. žiaci s narušenou komunikačnou schopnosťou, úzkostní, „sociofóbickí“, s nízkou mierou sebahodnotenia a pod.).⁴⁰ Ako ďalej uvádzajú autorky, skúšky verbálnych výpovedí dieťaťa s analytickým

⁴⁰ Na tomto mieste odkazujeme na populárnu monografiu od KONDÁŠA (1979b), ktorí sa venoval práve výskumu strachu a trémy zo skúškových situácií u detí a mládeže.

diagnostickým zámerom majú v PPD dôležité miesto. Cieľom je získať bezprostredný obraz o dieťati v rôznych vývinových obdobiach (napr. pri zápise do školy, po nástupe do školského vzdelávania a pod.). Formou ústneho skúšania sa v diagnostike môžeme zamerať na *úroveň vedomostí dieťaťa* (rozumové operácie a schopnosť myšlienkových operácií); *zistenie detských prekonceptov* (resp. mylné koncepty o učebných obsahoch, kedy diagnostik po analýze možných chýb predchádza upevňovaniu práve týchto nesprávnych vedomostí a dezinformácií žiaka); *výslovnosť a reč* (analýza korektnej výslovnosti, plynulosti a jazykového kódu) a *využitie reči ako komunikačného nástroja* (analýza porozumenia, vhodnosti, správnosti či schopnosti odpovede).

Čo sa týka *písomného skúšania*, veľkú časť tejto metódy tvoria práve didaktické testy (vid' [podkapitulu 3. 1. 3](#) vyššie), ktorým sa na tomto mieste nebudeme opäť venovať. Podľa CABANOVEJ a KASÁČOVEJ (2011) môžu slúžiť písomné skúšky nielen naposúdenie vedomostí, ale zároveň umožňujú žiakom formulovať a vyjadriť vlastné myšlienky prostredníctvom vlastných výpovedí. Analýza chýb v písomnom prejave diagnostikovaného môže prispieť aj k identifikácii špecifických vývinových porúch učenia (ako dyslexia, dysgrafia, dysortografia a pod.). Špecifickým druhom písomného skúšania je napr. *pojmová mapa*, ktorá umožňuje žiakom vyjadriť prostredníctvom zakreslenia na liste papiera, aké špecifické vzťahy vnímajú medzi určitými pojmami. Podstatou je kľúčové slovo na liste papiera, pričom diagnostikovaní žiaci majú za úlohu zapísať všetky pojmy, ktoré ich v súvislosti s kľúčovým slovom napadnú. Tieto slová potom následne pospájajú navzájom, čím vzniká štruktúra pojmov (lineárne, hierarchické a sieťové vzťahy medzi pojmami). Rozlišujeme tak štruktúrované mapy (učiteľ zadá žiakom určitý počet pojmov, ktoré majú usporiadať do istej štruktúry a zobrazit' vzťahy medzi nimi) alebo neštruktúrované pojmové mapy (žiak dostane len kľúčové slovo a jeho úlohou je okolo neho vytvoriť štruktúru pojmov, ktoré ho k nemu napadnú). Vyhodnocovanie pojmovej mapy tak môžeme v rámci PPD realizovať prostredníctvom *vizuálnej kontroly* (vizuálne zhodnotenie prítomnosti/nepřítomnosti pojmov a vzájomných vzťahov); *maticového spôsobu* (prostredníctvom matice zobrazí pojmy a správne vyjadrenie vzájomných vzťahov) resp. *číselného skórovania* (zameriava sa na vyjadrenie vzťahu medzi dvoma pojmami a vytvára hierarchiu, vetvenie pojmov a pod.), ktoré sa využívajú rovnako pri štruktúrovanej ako neštruktúrovanej pojmovej mape (GAVORA, 2015). ČÁP a MAREŠ (2001) dodávajú, že skúšanie a hodnotenie prostredníctvom pojmových máp predstavuje užitočnú diagnostickú metódu najmä pri vstupnom diagnostikovaní, resp. pri poznávaní porozumenia a poňatia učiva na strane žiaka.

Ak hovoríme o »*klasifikácii*« ako spôsobe hodnotenia, vychádzame primárne z porovnávania výkonov žiakov s objektívnou normou, ktorú ovplyvňujú napr. učebné osnovy a štandardy. Netreba však zabúdať ani na subjektívnu normu, ktorú chtiac – nechtiac do procesu hodnotenia vnáša učiteľ, čo je samozrejme nežiadúci jav. Hodnotenie pomocou klasifikačnej stupnice má zvlášť v našom kultúrnom prostredí silnú tradíciu, čo sa prejavuje v pedagogickej praxi dodnes (KASÁČOVÁ a CABANOVÁ, 2011). Klasifikácia je podľa GAVORU (2015) v prvom rade informácia, ktorej adresátom je okrem žiaka taktiež rodič, učiteľ, výchovný poradca, školský psychológ a pod. Hodnotenie tak slúži učiteľovi, pričom ukazuje prospievania žiaka a triedy ako celku a je určitým obrazom učiteľovej

práce. Netreba zabúdať tiež na sociálny rozmer klasifikačného hodnotenia, keďže žiak je členom kolektívu – školskej triedy, ako malej sociálnej skupiny. Jeho pozícia v triede, určitá prestíž, obľuba a pod., je do istej miery ovplyvňovaná aj školským prospechom, keďže žiaci majú prirodzenú tendenciu navzájom sa porovnávať, súťažiť a hodnotiť. KASÁČOVÁ a CABANOVÁ (2011) tak upozorňujú na riziko vzniku konkurenčného prostredia, ktoré môže mať celkovo negatívny dopad nielen na celú triedu, ale na jednotlivcov, ktorí sú menej úspešní a pod. GAVORA (2015) tak vníma *známku* ako komplexný údaj a dôležitú informáciu, preto by nemala byť primárnym cieľom v práci školy, učiteľa, ale tiež žiaka. Skôr ju môžeme v PPD vnímať ako nástroj pre lepšie porozumenie a pochopenie žiaka, stimulovanie jeho rozvoja smerom k zlepšeniu a zároveň nástroj na zlepšenie všetkých aktérov edukácie – žiakov celej triedy.

Od klasifikácie treba odlíšiť »*slovné hodnotenie*«, ktoré predstavuje rovnako metódu formatívneho ako sumatívneho hodnotenia. Používanie slovného hodnotenia vyžaduje určité pedagogické a psychologické poznatky a diagnostické zručnosti učiteľa, ktoré sa prejavujú najmä dobrým poznaním žiaka, celej triedy (vrátane vzťahov), pričom nestačí poznať len kognitívnu úroveň. Slovné hodnotenie akcentuje individualitu žiaka, tzn. že žiak je v procese hodnotenia porovnávaný len sám so sebou, so svojimi výkonmi za určité časové obdobie (nie s objektívnou normou, či ostatnými spolužiakmi). Podstatnou súčasťou konceptu slovného hodnotenia je systematická evidencia záznamov (poznámok) o každom žiakovi, kde sú napr. informácie z pozorovania v rámci edukačného procesu a pod. (KASÁČOVÁ & CABANOVÁ, 2011). Slovné hodnotenie ako komplexný verbálny opis stavu rozvoja žiaka neznamena, že učiteľ prevedie známky do slovnej podoby. Ide skôr o odlišný systém hodnotenia, ktorý je založený na individuálnom prístupe pohľadu na žiaka (GAVORA, 2015). Okrem slovného hodnotenia sa v praxi stretávame aj s inými „alternatívnymi“ formami hodnotenia, ako je napr. *autentické hodnotenie žiaka a žiacke portfólio*,⁴¹ ktoré sme už stručne spomenuli v predchádzajúcej podkapitole pri analýze dokumentov.

KRÁTKA REKAPITULÁCIA:

Po preštudovaní podkapitol o analýze produktov tvorivej činnosti a dokumentácie žiaka, resp. metódach hodnotenia a klasifikácie, by sme mali vedieť odpovedať na nasledujúce otázky:

Viete popísať metódu analýzy produktov tvorivej činnosti dieťaťa v PPD?

Aké druhy produktov tvorivých činností v PPD analyzujeme?

Čo všetko patrí k analýze dokumentácie žiaka?

V čom spočívajú metódy hodnotenia a klasifikácie?

Aké metódy skúšania a hodnotenia učiteľ v rámci diagnostiky využíva?



⁴¹ Autentické hodnotenie a žiacke portfólio môžeme nájsť bližšie popísané napr. v podkapitole 3. 3 v publikácii od GROLMUSOVEJ (2013).

3. 5 SOCIOMETRIA A JEJ VYUŽITIE V RÁMCI PEDAGOGICKO-PSYCHOLOGICKEJ DIAGNOSTIKY

Poslednou, avšak unikátnou metódou v rámci PPD je »sociometria«, ktorú môže vo svojej práci s malou sociálnou skupinou (školskou triedou, výchovnou skupinou a pod.) využívať sociálny pedagóg, resp. učiteľ. *Sociometria* predstavuje v podstate „sociálne meranie“, tzn. meranie malej sociálnej skupiny (z lat. *socius* – druh, priateľ; z gréc. *metron* – meranie). Zakladateľom bol v 30. rokoch 20. storočia J. L. MORENO, ktorý pracoval so sociálnymi skupinami a skúmal ich skupinovú dynamiku, štruktúru, vzťahy v skupine.⁴² Podľa MUSILOVEJ (2012) predstavuje sociometria metódu, ktorá overuje emocionálnu situáciu skúmanej skupiny a poskytuje tak hlbší vhl'ad do skupinovej dynamiky a štruktúry. DITTRICH (1993) o nej hovorí ako o základnej technike, ktorá slúži k zisťovaniu, popisu a analýze smeru, intenzity preferencie v interpersonálnych vzťahoch malých sociálnych skupín. V PPD nám tak podľa autora slúži na zisťovanie vzťahov v sociálnych skupinách, objasnenie príčin kladných/záporných vzťahových preferencií a zachytenie miery vplyvu v skupine. KASÁČOVÁ a CABANOVÁ (2011) doplňajú, že ide o skúmanie predovšetkým neformálnych vzťahov, pričom školská trieda ako malá sociálna skupina je z tohto hľadiska vhodná pre jej využitie. KOLLÁRIK (in KOLLÁRIK, SOLLÁROVÁ a kol., 2004) vymedzuje sociometriu ako špecifickú metódu na analýzu štruktúry skupiny. Jej využitie je mnohostranné, napr. v oblasti školstva, klinickej praxi, pracovnej a organizačnej sfére a pod. Najefektívnejšie je využitie v malých sociálnych skupinách, kde sa jednotliví členovia vzájomne poznajú (nevhodné je zaradiť sociometriu na začiatku školského roka pri novo vzniknutej triede, skupine a pod.). Základným princípom sociometrie je voľba členov skupiny, čo umožňuje mapovanie súdržnosti, vzťahov medzi jednotlivcami, ich postavenie v skupine (vodca, periférni členovia atď.). Voľby jednotlivých členov získavame obvykle písomnou formou výpovedí týchto členov, pričom diagnostik vždy formuluje sociometrické otázky (KASÁČOVÁ & CABANOVÁ, 2011). GAVORA (2015) hovorí o troch základných krokoch, ktoré sa v rámci sociometrie používajú – *sociometrický test; sociometrická matica a sociogram*. KASÁČOVÁ a CABANOVÁ (2011), resp. KOLLÁRIK (in KOLLÁRIK, SOLLÁROVÁ a kol., 2004) hovoria o troch formách vyjadrenia výsledkov sociometrie – *sociogram; sociometrická matica a sociometrické indexy*. Prvým krokom je tak realizácia *sociometrického testu*, ktorý môže mať rôzne podoby. Podľa GAVORU (2015) nejde o testovú metódu v pravom slova zmysle, ale skôr metódu, ktorá pripomína dotazník. »*Sociometrický test*« sa používa na zistenie vzťahov medzi členmi malej skupiny. Takýto sociometrický test si tak môže ľubovoľne vytvoriť diagnostik pre potreby PPD a postup je zvyčajne taký, že každý člen označí na papierovom hárku svoj pozitívny vzťah (preferenciu) a svoj negatívny vzťah (odmietanie) voči členom v skupine. Niekedy sa v rámci PPD žiada, aby diagnostikovaný vyjadril aj svoj indiferentný vzťah, ak

⁴² J. L. MORENO bol pôvodne psychiater a sociológ rumunského pôvodu a okrem sociometrie je tiež autorom terapeutickej metódy *sociodrámy* a *psychodrámy* (metódy hrania rolí a pod.). Pod súhrnným označením *sociometria* zároveň označujeme všetky techniky a metódy, ktoré patria do okruhu sociometrických – tzn. ktoré sa zameriavajú na meranie vzťahov v sociálnej skupine (GAVORA, 2015).

je to potrebné (GAVORA, 2015). Otázky, ktoré sa najčastejšie používajú sa týkajú práve odmietnutia a preferencie členov skupiny (napr. žiakov v triede navzájom):

- „Koho by ste si vybrali za partnera na určitú činnosť alebo situáciu“ ? (napr. susedstvo v lavici, riešenie spoločnej úlohy, projektu, sedenie v autobuse cestou na výlet, záujmová činnosť a pod.).
- „Koho by ste naopak odmietli, nevybrali by ste si ho ako partnera na určitú činnosť alebo situáciu“?






FONTANA (1997) k voľbe „oblíbeného člena“ pridáva aj voľbu vodcu, vedúceho skupiny. V takom prípade sa pýtame členov na to, „komu by ste najradšej zverili vedenie našej skupiny/triedy?“ Takýmto spôsobom môžeme získať informácie o tom, kto je „najvplyvnejší člen“, koho si vedia ostatní predstaviť ako vodcu, lídra, vedúceho skupiny, na čo môžu mať samozrejme rôzne dôvody. Ako upozorňuje GAVORA (2015), pre potreby PPD sa zvyčajne používajú dva typy otázok, ktoré sa vzťahujú k situáciám v škole, resp. mimo školy (rôzne mimoškolské aktivity, záujmové činnosti a pod.). V pôvodnom MORENOVOM poňatí bolo dôležité, aby dal voľbu každý člen všetkým ostatným (čím získal každý voľbu od každého navzájom), čím by sme získali veľké množstvo informácií o preferenciách a odmietaní v rámci vzťahov v skupine. V praxi sa však často používa zjednodušená verzia (najmä, ak pracujeme s väčšou skupinou), kde sa určí maximálny možný počet volieb (napr. vyberte piatich), kde však hrozí riziko, že niektorí členovia budú mať menej volieb, resp. žiadne (čo môže byť tiež diagnosticky zaujímavý údaj).

Po administrácii sociometrického testu (sociometrických otázok) a zaznamenaní jednotlivých výpovedí členov skupiny, môžeme tieto údaje analyzovať a získame tak výsledky o zisťovaných vzťahoch, štruktúre diagnostikovanej skupiny. Tieto výsledky môžeme spracovať napr. formou »sociometrickej matice«, ktorá vyjadruje jednotlivé voľby systémom tabuliek s dvojitým chodom (KOLLÁRIK, in KOLLÁRIK, SOLLÁROVÁ a kol., 2004). V sociometrickej matici má každý člen skupiny svoj stĺpec a svoj riadok, pričom hlavná diagonála sa nepoužíva (znamenala by voľbu samého seba). Tam, kde sa pretína riadok a stĺpec, zapíšeme voľbu jedného člena druhému (či už pozitívnu alebo negatívnu). V tabuľke prehľadovo vidíme, kto koho volil, resp. kto mal koľko volieb a pod. (GAVORA, 2015). V matici sa zvyčajne používajú jednoduché symboly pre kladnú voľbu (+) a pre zápornú voľbu (-). Na konci riadkov a stĺpcov môžeme pri každom nechať ešte priestor pre sumatívne skóre – sumu volieb v celom riadku/stĺpci (KASÁČOVÁ & CABANOVÁ, 2011). Pre lepšiu prehľadnosť uvádzame tabuľku č. 4 nižšie, kde je uvedená sociometrická matica jednej výchovnej skupiny v Centre pre deti a rodiny, pri ktorej sa vyskytlo podozrenie na šikanu.

Tab. 4: Príklad sociometrickej matice výchovnej skupiny v Centre pre deti a rodiny

	ADAM	DENIS	SANDRA	VIKTOR	ERIK	MÁRIA
ADAM		+	+			-
DENIS			+		+	
SANDRA				+		
VIKTOR			+		+	-
ERIK			+	+		
MÁRIA			-			

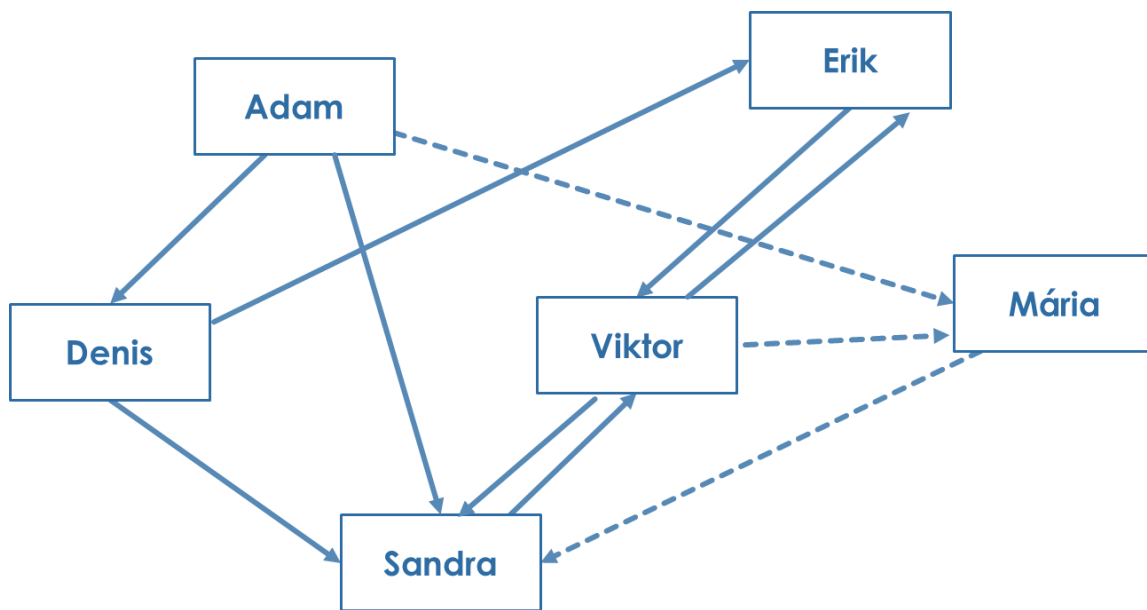
Ďalšou možnosťou vyhodnotenia sociometrického testu, resp. prevodu sociometrickej matice je »sociogram«. Sociogram predstavuje grafické znázornenie vzájomných vzťahov a postavenia jednotlivcov v skupine. Použitie sociogramu sa z praktických dôvodov neodporúča pri skupinách väčších ako 20 členov⁴³, kvôli jeho neprehľadnosti a ťažkej čitateľnosti (KOLLÁRIK, In KOLLÁRIK & SOLLÁROVÁ a kol., 2004; KASÁČOVÁ & CABANOVÁ, 2011). Sociogram je tak akousi schémou, ktorá názorne ukazuje a zobrazuje sieť vzťahov medzi členmi v diagnostikovanej skupine. Odhaľuje štruktúru skupiny, pozície jednotlivcov, dvojíc, prípadne podskupín a pod. Sociogram je tak vyššou formou spracovania údajov zo sociometrickej matice, pričom ide o orientovaný graf, kde sú jednotlivými uzlami členovia skupiny. V sociograme zvyčajne používame nasledujúce značky (GAVORA, 2015):

-  jednosmerná kladná voľba
-  jednosmerná záporná voľba
-  vzájomná kladná voľba
-  vzájomná záporná voľba
-  ambivalentná voľba (jeden člen má kladnú, druhý zápornú voľbu)

⁴³ GAVORA (2015) hovorí dokonca o 15 členoch ako maximálnej hornej hranici, preto je určite na zvážení diagnostika, či je vhodné použiť sociogram pri skupine, ktorá má väčší počet členov, aby tak kvôli neprehľadnosti nestrácal pre neho ako diagnostický nástroj na svojom význame.

Vyššie vidíme najčastejšie používané značky v rámci sociogramu, pričom máme viacero možností volieb v rámci preferencie/odmietnutia obľuby/vplyvu každého z členov v skupine. GAVORA (2015) upozorňuje, že sa následne používajú dva typy sociogramov – *neusporiadaný* a *usporiadaný*. Najjednoduchšou formou sociogramu je práve ten *neusporiadaný*, ktorý pre lepšiu prehľadnosť uvádzame na obrázku č. 3 nižšie. Aj v tomto prípade ide o príklad z praxe, kde do formy sociogramu prevádzame sociometrickú maticu výchovnej skupiny z Centra pre deti a rodiny uvedenej v tabuľke č. 4 vyššie.

Obr. 3: Príklad sociogramu výchovnej skupiny v Centre pre deti a rodiny.



Pri sociograme by sme mali „realitu“, ktorú zachytáva sociometrický test, resp. matica, preklopiť do grafickej podoby. Nesmieme tak zabúdať, že členov, ktorí majú vzájomné voľby, dávame vždy v priestore bližšie k sebe. Tých, ktorí sú skôr izolovaní, kreslíme periférne, akoby excentricky a pod. (GAVORA, 2015).

Druhým typom je *usporiadaný* sociogram, ktorý sa využíva v dvoch podobách – *hierarchický usporiadaný* a *terčový usporiadaný sociogram*. Prvý spomenutý hierarchický, sa skladá zo zvislých čiar, ktorých výška by mala zodpovedať s tým, koľko volieb dostal daný člen od ostatných, pričom sa používajú len kladné voľby (negatívne v tomto prípade ignorujeme). Druhým typom je *terčový usporiadaný sociogram*, ktorý je podobný priestorovej relačnej mape, avšak namiesto jednej kružnice obsahuje sústredené kružnice, na ktoré sa dopĺňajú voľné osoby (GAVORA, 2015). Sociogram aj s legendou vysvetliviek môže byť užitočnou pomôckou pre učiteľa, vychovávateľa, resp. ďalších pracovníkov, ktorí prichádzajú do interakcie so skupinou a jej jednotlivými členmi.

Posledným krokom pri sociometrii môže byť napr. využitie *sociometrických indexov*, ktoré sledujú znaky skupiny ako celku. V týchto znakoch tak môže byť vyjadrená súdržnosť skupiny, expanzivita vo forme rôznych matematicko-štatistických operácií, kedy napr. z celkového počtu volieb a ich mediánu (prostrednej hodnoty) môžeme

vypočítať určitú mieru kohézie skupiny a pod., čo je diagnosticky veľmi užitočné (KASÁČOVÁ & CABANOVÁ, 2011). Sociometrické indexy tak predstavujú číselné vyjadrenie uskutočnených volieb, ktoré treba následne štatisticky spracovať (KOLLÁRIK In KOLLÁRIK & SOLLÁROVÁ, 2004).

Okrem základného MORENOVSKÉHO sociometrického testu, resp. sociometrických otázok, ktoré sa využívajú v praxi PPD pomerne často, poznáme aj ďalšie diagnostické metódy z okruhu sociometrických, ktoré môžu byť pri zisťovaní sociálnych vzťahov a štruktúry v skupine užitočné a nápomocné. Jednou z najčastejšie skloňovaných metód v súvislosti so sociometriou v našich kultúrnych podmienkach je *Sociometrický ratingový dotazník – SORAD*, ktorý u nás adaptoval v r. 1989 HRABAL. SORAD primárne zisťuje aktuálny stav sociálnych vzťahov v skupine a jej aktuálnu štruktúru. V školskej realite však neprináša komplexný náhľad na sociálne vzťahy a roly žiakov, pretože absentuje vzťah učiteľ - žiak. Na druhej strane však prináša dôležité informácie o vzťahoch žiaka v rámci triedy, ktoré môže učiteľ vnímať a poznať len ťažko a sú diagnosticky relevantné (GAJDOŠOVÁ, 2000). HRABAL (1989) vytvoril pôvodne SORAD ako nástroj na diagnostikovanie sociability žiaka v triede, resp. zachytenie údajov o vzájomných interindividuálnych vzťahoch medzi žiakmi v triede (alebo inej výchovnej skupine) a zároveň osobnostné charakteristiky, ktoré súvisia s týmito vzťahmi. SORAD tak predstavuje pomerne jednoduchý nástroj (z pohľadu administrácie), avšak podstatne komplikovanejší (z pohľadu vyhodnocovania) a prepracovanejší (z pohľadu interpretácie), ktorý je v PPD použiteľný rovnako pre učiteľa, sociálneho pedagóga, školského psychológa a pod. Podľa GAJDOŠOVEJ (2000) sa dotazník zvyčajne používa od 11-12 rokov a celá administrácia trvá cca jednu vyučovaciu hodinu. Žiaci dostanú záznamový list s inštrukciou a najskôr majú vyplniť záhlavie (meno, priezvisko, škola, trieda, dátum). Následne si všetci zapíšu priezviská (s príslušným kódom) ostatných spolužiakov v poradí podľa triednej knihy. Ku každému menu budú následne dopĺňať hodnoty z 5-bodovej stupnice, pričom hodnotia všetkých okrem seba. Prvá voľba sa týka vplyvu v triede a stupnica je nasledovná: *1 – najvplyvnejší žiak v triede; 2 – patrí medzi niekoľko najvplyvnejších žiakov; 3 – má priemerný vplyv, ako väčšina žiakov; 4 – má slabý vplyv v triede; 5 – nemá žiadny vplyv alebo takmer žiadny vplyv v triede.*

Treba dodať, že vplyv žiaka znamená, aký vplyv má ten daný žiak na ostatných, do akej miery sa riadia jeho názormi a „dajú“ na jeho slová, pričom nezáleží, či je jeho vplyv dobrý alebo zlý, ale len ako je silný. Následne sa podobným spôsobom opakuje druhé kolo volieb, kde však ide o sympatie. Žiaci rovnako hodnotia na 5-bodovej stupnici každého jedného spolužiaka okrem seba, pričom majú vyberať podľa toho, do akej miery im je spolužiak príjemný a radi s ním trávajú čas. Stupnica zahŕňa nasledujúce body: *1 – veľmi sympatický; 2 – sympatický; 3 – ani sympatický, ani nesympatický; 4 – skôr nesympatický; 5 – nesympatický* (HRABAL, 1989). Po druhej časti volieb pokračuje posledná tretia etapa, kde ide o slovné zdôvodnenie svojich volieb. Žiaci tak vpisujú do posledného stĺpca ku každému jednému spolužiakovi svoje slovné zdôvodnenie, prečo sa rozhodli mu priradiť dané hodnoty pre vplyv a sympatie. Týmto spôsobom vlastne verbalizujú a charakterizujú určité prejavy správania, prípadne vlastnosti ostatných spolužiakov

(GAJDOŠOVÁ, 2000). Následne po administrácii nasleduje vyhodnocovanie, pričom sa vytvára celkovo 5 základných indexov (HRABAL, 1989):

1. **Index vplyvu (Iv)** - sociálna pozícia žiaka v triede (vodcovia/lídri, jadro, izolovaní/periférni členovia a pod.). Ukazuje tak na pozíciu žiaka v triede z hľadiska jeho podielu na regulácii diania a dyadických vzťahov v triede.
2. **Index obluby (Io)** - emocionálna pozícia žiaka v triede, čo vyjadruje pozíciu podľa oblúbenosti, mieru prijatia/odmietnutia spolužiakmi (sociálna dištancia), ktorá sa prejavuje tendenciou spolužiakov nadviazať kontakt alebo sa mu vyhnúť.
3. **Index náklonnosti (In)** - percepcia seba a seba v skupine, čo je subjektívna adaptovanosť žiaka. Zachytáva mieru uspokojenia zo vzťahu k spolužiakom, úroveň, diferencovanosť a kvalitu hodnotiacej a diagnostickej činnosti a dispozícií v sociálnej oblasti (odpoveďový štýl žiaka).
4. **Triedny index vplyvu (T Iv)** - zachytáva kohéziu – súdržnosť triedy/skupiny ako celku. V súdržnejších triedach zvyčajne fungujú dobré vzájomné vzťahy, častejšia komunikácia medzi spolužiakmi, pričom držia spolu a majú spoločné hodnoty a ciele.
5. **Triedny index obluby (T Io)** - ukazuje emocionálnu atmosféru v triede/skupine, kde pri dobrej atmosfére sa žiaci obvykle cítia v triede príjemne, dobre, radi v nej trávajú čas a tešia sa tam.

Vzhľadom na to, že SORAD je u nás štandardizovaný a dobre známy diagnostický nástroj, môže prispieť k veľmi dôležitým diagnostickým zisteniam ohľadom sociability žiakov, resp. vzťahovej štruktúry v triede (obluby a sympatií). Okrem sociometrického ratingového dotazníka však poznáme aj ďalšie sociometrické diagnostické metódy, ktoré sú využiteľné pre potreby PPD, napr. technika „*Hádaj, kto?*“, *Plebiscit náklonnosti a odporu*; *Sociometrická pyramída* a dotazník *Naša trieda*.

Prvá spomenutá technika „*Hádaj kto?*“ zachytáva informácie o vnímaní väzieb medzi členmi v skupine, čím do určitej miery odráža štruktúru skupiny vo vedomí jej členov. Základný predpoklad je, že každý z členov vníma vlastnosti a osobitosti všetkých ostatných okolo seba v skupine. Ide o písomnú formu nedokončených viet, ktoré žiaci môžu dostať predtlačene na odpoveďových hárkoch, resp. im jednotlivé vety diagnostik nahlas predčítava. Príkladom nedokončených viet sú: „*Hádaj kto: vždy rád pomôže každému v triede; sa s nikým v triede nepodelí; je vždy vo všetkom prvý; je vždy pokojný a vyrovnaný; má často dobré nápady; je nepokojný a hašterivý atď.*“). Žiaci majú za úlohu doplniť mená spolužiakov, ktorých ich pri daných vetách napadnú ako prví, na ktorých to podľa nich pasuje najviac. Zoznam vlastností a charakteristík, ktoré sú v nedokončených vetách obsiahnuté, sa môže meniť podľa potreby PPD a diagnostik si ho formuje flexibilne (GAJDOŠOVÁ, 2000).

Ďalšou sociometrickou metódou, ktorú sme spomenuli vyššie, je *Plebiscit náklonnosti a odporu*, ktorá slúži na zachytenie stupňa náklonnosti/odporu medzi jednotlivými členmi v skupine. KASÁČOVÁ a CABANOVÁ (2011) však upozorňujú na to, že pri tejto technike je nutné postupovať citlivo, opatrne a obozretne, pretože sa spúšťa určitý mechanizmus sociálnej exklúzie, čo môže mať kontraproduktívny efekt pre celú skupinu. Metóda sa

využíva tak, že diagnostik predloží každému žiakovi zoznam členov skupiny/triedy a požiada ich, aby každý člen ohodnotil všetkých ostatných (okrem seba) podľa miery obľuby, sympatií k nemu. Zvyčajne sa používa ako pomôcka pre žiakov jednoduchá 3, 5 alebo 7 bodová škála (napr. 5-veľmi sympatický; 3-l'ahostajný; 1-veľmi nesympatický), pričom GAJDOŠOVÁ (2000) zvlášť u mladších detí na prvom stupni sa odporúča používať max. 3-bodovú škálu s využitím symbolov (+) a (-). Spôsob hodnotenia (nie je totožný so známkovaním) následne ponúka možnosť realizovať podrobnú analýzu o pozíciách jednotlivých členov, resp. o vzájomných väzbách medzi nimi.

Poslednou avizovanou sociometrickou metódou je pomerne jednoduchá technika *Sociometrickej pyramídy*, kde je pomôckou práve vopred predkreslená pyramída. Tá má toľko voľných políčok, koľko je v triede žiakov, avšak musíme odpočítať jedno, pretože žiak sám seba zvyčajne nehodnotí. Pyramída (viď obrázok č. 4 nižšie) sa v podstate môže kombinovať s MORENOVSKOU metódou, kde každý žiak hodnotí všetkých spolužiakov tým, že im pridelí miesto v pyramíde, pričom hore najvyššie sú tí, ktorí majú podľa neho v triede/skupine najväčší vplyv/obľubu a naopak smerom dole tí, ktoré majú vplyv/obľubu postupne čoraz menšie v rámci triedy/skupiny. Diagnostik tak získava obraz o pozícii každého jedného člena v triede, čo môže byť v kombinácii s inými sociometrickými a diagnostickými metódami v rámci PPD veľmi užitočné.

KRÁTKA REKAPITULÁCIA:

Po preštudovaní poslednej podkapitoly o sociometrii a sociometrických metódach v PPD, by sme mali vedieť odpovedať na nasledujúce otázky:



Viete vysvetliť pojem sociometria?

Aké sociometrické metódy v PPD poznáme?

Aké kroky realizujeme v rámci sociometrie v PPD?

Aké dve základné „premenné“ zachytáva väčšina sociometrický metód?

ZÁVEREČNÉ ZHRNUTIE

Tieto učebné skriptá vznikli primárne ako podpora k jednosemestrálnemu predmetu *Pedagogicko-psychologická diagnostika*, ktorí absolvujú v rámci svojho štúdia študenti sociálnej pedagogiky a vychovávateľstva a predškolskej a elementárnej pedagogiky. Ide tak o stručný exkurz do diagnostiky pre „nepsychológov“, ktorá však čerpá množstvo inšpirácií a podnetov práve v prepracovanejšom psychodiagnostickom systéme.

Postupne sme tak prešli v prvej kapitole úvodným terminologickým vymedzením, kde sme najmä odlišili oblasti pedagogickej, psychologickej a pedagogicko-psychologickej diagnostiky. Popísali sme si PPD ako diagnostický proces, ktorý má svoju logickú postupnosť a jednotlivé etapy. Oboznámili sme sa so stratégiami a postupmi v rámci PPD a v neposlednom rade sme zdôraznili niekoľko základných etických a odborných zásad v práci diagnostika. Druhá kapitola bola venovaná metodológii PPD, bez ktorej by v podstate exaktná diagnostická činnosť nemohla v praxi fungovať. Venovali sme sa fáze výberu metód v procese diagnostikovania, kde nesmieme zabúdať najmä na niekoľko základných pravidiel a zásad pri výbere diagnostickej metódy. Následne sme si predstavili niekoľko klasifikačných systémov diagnostických metód, pričom dôraz kladieme najmä na metód využiteľné v PPD. Posledná tretia kapitola je rozsahovo najširšia a celkovo najprepracovanejšia, pretože postupne ponúka prehľad základných skupín diagnostických metód, ktoré sú využiteľné aj pre „nepsychológov“. Veľké množstvo metód sme v týchto skriptách opomenuli a určite existujú metódy, ktoré neboli spomenuté, ale tvoria relevantnú súčasť diagnostickej batérie v praxi. Cieľom však bolo, aby študent získal konkrétnejšiu predstavu o jednotlivých metódach a dokázal sa tak orientovať v procese diagnostikovania s určitým odborným náhľadom a odstupom. Diagnostikovanie je odborná kompetencia, ktorá sa formuje a zdokonaľuje celoživotne, preto veríme, že na začiatku cesty v odbornom, profesijnom, ale tiež osobnom raste, môže tento predmet prispieť k dobrej praxi v duchu *primum non nocere*.

ZOZNAM BIBLIOGRAFICKÝCH ODKAZOV

- ABRAMENKOVOVÁ, V. V. a kol. (1987). *Stručný psychologický slovník*. Bratislava: Nakladateľstvo Pravda.
- ALMAŠIOVÁ, A. & KOHÚTOVÁ, K. (2014). *Tvorba a štatistické vyhodnotenie dotazníka*. Ružomberok: Verbum, 96 s.
- AMERICAN EDUCATIONAL RESEARCH ASSOCIATION, AMERICAN PSYCHOLOGICAL ASSOCIATION, NATIONAL COUNCIL ON MEASUREMENT IN EDUCATION. (2001). *Standardy pro pedagogické a psychologické testování*. Praha: Testcentrum.
- BAKHTIYAR EMINLI, T. (2011). Statement of The Problem of Pedagogical Diagnostics in Literature on Pedagogy and School Practice. *Asian Social Science*. 7 (8). pp. 260 – 264.
- BAKOŠOVÁ, Z. (2008). *Sociálna pedagogika ako životná pomoc*. 3. vyd. Bratislava: Public promotion, 250 s.
- BOROŠ, J. (1977). *Základy psychológie*. Bratislava: SPN, s.
- BRESTOVANSKÝ, M. (2013). *Pedagogika voľného času 2. Pedagogika zážitku a hra*. Trnava: Pedagogická fakulta TU, 105 s. Dostupné na: <http://pdf.truni.sk/download?e-skripta/brestovansky-PVC2-pedagogika-zazitku-a-hra-2013.pdf>
- BRICKLIN, P. (2001). Being ethical: More than obeying the law and avoiding harm. *Journal of Personality Assessment*, 77 (2), pp. 195–202.
- BYČKOVSKÝ, P. (1982). *Základy měření výsledků výuky*. Praha: ČVUT, 149 s.
- COGNET, G. (2013). *Dětská kresba jako diagnostický nástroj*. Praha: Portál, 208 s.
- CRONBACH, L. J. (1975). Five decades of public controversy over mental testing. *American Psychologist*. 30, 1975. pp. 1-14.
- ČÁP, J. & MAREŠ, J. (2001). *Psychologie pro učitele*. Praha: Portál, 655 s.
- DAVIDO, R. (2008). *Kresba jako nástroj poznání dítěte*. Praha: Portál, 205 s.
- DITTRICH, P. (1993). *Pedagogicko-psychologická diagnostika*. Jinočany: H&H.
- DUCHOVIČOVÁ, J. a kol. (2012). *Diverzita v edukácii*. Nitra: PF UKF v Nitre, 234 s.
- DVOŘÁKOVÁ, M. (2002). Diagnostika vnitřních podmínek výuky. In KALHOUS, Z., OBST. O. a kol. *Školní didaktika*. Praha: Portál, s. 186 – 212.
- DŽUKA, J. (2006). *Základy psychometrie a teórie testov*. Prešov: Filozofická fakulta Prešovskej univerzity v Prešove, 109 s.
- DYNER, W. (1976). *Námetové hry detí v rodine a v materskej škole*. Bratislava: SPN, 512 s.
- FERJENČÍK, J. (2000). *Úvod do metodologie psychologického výzkumu: jak zkoumat lidskou duši*. Praha: Portál, 256 s.
- FONTANA, D. (1997). *Psychologie ve školní praxi*. Praha: Portál, 384 s.
- GAVORA, P. (2015). *Akí sú moji žiaci?*. 4. vyd. Bratislava: Enigma.

- GAJDOŠOVÁ, E. (2000). *Poznávanie sociálnych vzťahov v triede. Práca so sociometrickým ratingovým dotazníkom*. Bratislava: Metodické centrum mesta Bratislavy, 53 s.
- GAVORA, P. a kol. (2010). *Elektronická učebnica pedagogického výskumu*. [online]. Bratislava: Univerzita Komenského, 2010. Dostupné na: <http://www.e-metodologia.fedu.uniba.sk/>
- GREENSPAN, S. I. & THORNDIKE GREENSPAN, N. (2007). *Klinické interview s dieťaťom*. Trenčín: Vydavateľstvo – F. 264 s.
- GROLMUSOVÁ, M. (2014). *Hodnotenie žiakov na prvom stupni základnej školy s dôrazom na bodové hodnotenie*. Bratislava: Metodicko-pedagogické centrum, 52 s.
- HALAMA, P. (2005). *Princípy psychologickéj diagnostiky*. Trnava: TYPI UNIVERSITATIS TYRNAVIENSIS.
- HENDL, J. (2005). *Kvalitatívny výzkum: základní metodiky a aplikace*. Praha: Portál, 408 s.
- HERSEN, M. (Ed.). (2004). *Psychological Assessment in Clinical Practice: A Pragmatic Guide*. New York: Brunner-Routledge.
- HRABAL, V. (1989). *Pedagogicko-psychologická diagnostika žáka*. Praha: SPN.
- HRABAL, V. & HRABAL, V. ml. (2002). *Pedagogickopsychologická diagnostika žáka*. Praha: Karolinum.
- HRABAL, V. st. & HRABAL, V. ml. (2004). *Diagnostika. Pedagogickopsychologická diagnostika žáka s úvodem do diagnostické aplikace štatistiky*. Praha: Karolinum, 268 s.
- HRABAL, V. ml., MAN, F. & PAVELKOVÁ, I. (1984). *Psychologické otázky motivace ve škole*. Praha: SPN.
- CHRÁSKA, M. (2007). *Metody pedagogického výzkumu*. Praha: Grada, 267 s.
- KASÁČOVÁ, B. (2007). *Edukacje dzieci w wieku przedszkolnym. Wybrane problemy teoretyczne i praktyczne*. Katowice: Wydawnictwo Unywesytetu Slaskiego, 164 s.
- KASÁČOVÁ, B. & CABANOVÁ, M. (2011). *Pedagogická diagnostika. Teória a metódy diagnostikovania v elementárnom vzdelávaní*. Banská Bystrica: PdF UMB. 136 s.
- KAŠČÁKOVÁ, N. (2007). *Obranné mechanizmy z psychoanalytického, etologického a evolučno-biologického aspektu*. Trenčín: Vydavateľstvo F, 137 s.
- KERLINGER, F. N. (1972). *Základy výzkumu chování. Pedagogický a psychologický výzkum*. Praha: ACADEMIA, 705 s.
- KOLLÁRIK, T., SOLLÁROVÁ, E. a kol. (2004). *Metódy sociálnopsychologickej praxe*. Bratislava: Ikar, 264 s.
- KOMPOLT, P. (2003). *Paradoxy diagnostikovania výchovných problémov v škole. In Pedagogická diagnostika 2003. Výchovně zanedbané dítě*. Ostrava: PdF OU.
- KONDÁŠ, O. (1979a). *Asociačný experiment*. Bratislava: Psychodiagnostické a didaktické testy; 64 s.

- KONDÁŠ, O. (1979b). *Tréma – strach zo skúšky*. Bratislava: Slovenské pedagogické nakladateľstvo, 208 s.
- KOVÁČ, D. (1985). *Teória všeobecnej psychológie*. Bratislava: VEDA, 348 s.
- LIPNICKÁ, M. & UJČIKOVÁ, V. (2012). *Kresba ako pedagogicko-diagnostický nástroj poznávania dieťaťa predškolského veku*. Bratislava: Spoločnosť pre predškolskú výchovu, 72 s.
- MAJZLANOVÁ, K. (1998). *Poruchy správania u detí predškolského veku*. Bratislava: Humanitas, 114 s.
- MAREŠ, J. (2013). Pedagogicko-psychologická diagnostika jako zadní dvorek psychologické diagnostiky?. *TESTFÓRUM*. 2013. č. 2, s. 4-14.
- MARŠALOVÁ, L. (1978). *Metodologické základy psychologického výskumu*. Bratislava: Psychodiagnostické a didaktické testy. 229 s.
- MATĚJČEK, Z. & STROHBACHOVÁ, I. (1981). Kresba začarované rodiny. In: *Československá psychologie*. 25 (1). s. 316 – 325.
- MIOVSKÝ, M. (2006). *Kvalitativní přístup a metody v psychologickém výzkumu*. Praha: Grada Publishing, 332 s.
- MUSILOVÁ, M. (2012). *Pedagogická diagnostika. Cvičebnice*. Olomouc: Psychologická a výchovná poradna, 43 s.
- NAKONEČNÝ, M. (1997). *Encyklopedie obecné psychologie*. 2. vyd. Praha: Academia, 439 s.
- NOVÁK, M. (2004). *Co dítě sleduje, když nakreslí svou rodinu*. Brno: Rubico, 48 s.
- ONDREJKOVIČ, P. (2005). *Úvod do metodológie sociálnych vied – Základy metodológie kvalitatívneho výskumu*. Bratislava: Regent, 174 s.
- POGÁDY, J. a kol. (1993). *Detská kresba v diagnostike a v liečbe*. Bratislava: Slovak Academic Press, 196 s.
- PRŮCHA, J., WALTEROVÁ, E. & MAREŠ, J. (2008). *Pedagogický slovník*. 4. vyd. Praha: Portál, 322 s.
- ROGERS, C. R. (2015). *Být sám sebou. Terapeutův pohled na psychoterapii*. Praha: Portál, 432 s.
- RUISEL, I. (2004). *Inteligencia a myslenie*. Bratislava: Ikar, 432 s.
- ŘÍČAN, P. (1973). *Psychologie osobnosti*. Praha: Orbis, 332 s.
- ŘÍČAN, P., KREJČÍŘOVÁ, D. a kol. (2006). *Dětská klinická psychologie*. 4. vyd. Praha: Grada Publishing, 604 s.
- SOLLÁROVÁ, E. (2005). *Aplikácie prístupu zameraného na šloveka (PCA) vo vzťahoch*. Bratislava: Ikar, 202 s.
- STANČÁK, A. (1996). *Klinická psychodiagnostika dospelých*. Nové Zámky: PSYCHOPROF, 352 s.

- SVOBODA, M. (2005). *Psychologická diagnostika dospělých*. 3. vyd. Praha: Portál, 342 s.
- SVOBODA, M. (ed.). (2001). *Psychodiagnostika dětí a dospívajících*. Praha: Portál.
- SVOBODA, M. & KLIMUSOVÁ, H. (2007). Psychodiagnostika a etika: téma současnosti. In *Zborník prací Filozofické fakulty Brněnské univerzity*. s. 17 – 28. Dostupné na: https://digilib.phil.muni.cz/bitstream/handle/11222.digilib/114292/P_Psychologica_11-2007-1_4.pdf
- ŠPAŇÁR, J. & HRABOVSKÝ, J. (1987). *Latinsko-slovenský, Slovensko-latinský slovník*. 4. vyd. Bratislava: SPN, 1222 s.
- ŠVEC, Š. a kol. (2009). *Metodologie věd o výchově. Kvantitativně-scientické a kvalitativně-humanitní přístupy v edukačním výzkumu*. Brno: Paido, 305 s.
- TIRPÁKOVÁ, A., MARKECHOVÁ, D. & DANIEL, J. (1998). *Základy statistiky a metodologie. (Učebný text pre študentov psychológie, pedagogiky a sociológie)*. Nitra: Pedagogická fakulta Univerzity Konštantína filozofa v Nitre, 128 s.
- URBÁNEK, T. (2002). *Základy psychometriky*. Brno: Masarykova univerzita, 153 s.
- VÁGNEROVÁ, M. & KLÉGROVÁ, J. (2008). *Poradenská psychologická diagnostika dětí a dospívajících*. Praha: Karolinum, 538 s.
- VALACHOVÁ, D. (2009). *Ako spoznať dieťa v materskej škole. Pedagogická diagnostika v materskej škole*. Bratislava: MPC, 72 s.
- VONKOMER, J. (1992). *Dotazník HO-PO-MO*. Bratislava: Psychodiagnostika, 93 s.
- ZAKOUŘILOVÁ, E. (2014). *Speciální techniky sociální terapie rodin*. Praha: Portál, 192 s.
- Zákon č. 18/2018 Z. z. o ochrane osobných údajov a o zmene a doplnení niektorých predpisov.* (cit. 24. 1. 2019). Dostupné na: <https://www.slov-lex.sk/pravne-predpisy/SK/ZZ/2018/18/20180525>
- Zákon č. 596/2003 Z. z. o štátnej správe v školstve a školskej samospráve a o zmene a doplnení niektorých zákonov v znení neskorších predpisov.* (cit. 17. 3. 2019). Dostupné na: <https://www.zakonypreludi.sk/zz/2003-596>
- ZELINKOVÁ, O. (2011). *Pedagogická diagnostika a individuální vzdělávací program*. Praha: Portál, 208 s.
- WETZIG-WÜRTH, H. & MÜLLER, P. (2004). *Psychoterapeutický rozhovor. Terapeuticky účinné dialógy v lekárskej praxi*. Trenčín: Vydavateľstvo-F, 224 s.

INTERNETOVÉ ODKAZY:

<https://www.blobtree.com/>

www.b-creative.cz

<http://www.eastridges.com/wesley/primum.html>

<http://www.ior.sk/o-nas>

<https://www.minedu.sk/data/att/462.rtf>

[http://www.slovenskapsychologickaspolocnost.sk/main.php?page=10-sk-Eticky kodex](http://www.slovenskapsychologickaspolocnost.sk/main.php?page=10-sk-Eticky_kodex)



<https://www.zakonypreludi.sk/zz/2003-596>

<https://www.yorku.ca/rokada/psyctest/rosenbrg.pdf>

PRÍLOHA 1

VÝHODY A NEVÝHODY VYBRANÝCH DIAGNOSTICKÝCH METÓD PPD V PREHLADE

VYBRANÉ DIAGNOSTICKÉ METÓDY	 VÝHODY	 NEVÝHODY
VOLNÝ ROZHOVOR	<ul style="list-style-type: none"> • Rozhovor prebieha menej formálne, nenútené a uvoľnené. • Diagnostik môže podľa potreby flexibilne reagovať a dopĺňať otázky, ktoré vyplývajú priebežne z výpovedí respondenta. 	<ul style="list-style-type: none"> • Oveľa náročnejšie je zaznamenávanie a vyhodnocovanie rozhovoru. • Vyššie odborné nároky a dôležitá skúsenosť s vedením diagnostického rozhovoru.
ŠTRUKTÚROVANÝ ROZHOVOR	<ul style="list-style-type: none"> • Za krátky čas získame množstvo informácií s možnosťou kvantifikácie, kategorizácie a komparácie. • Relatívne jednoduché zaznamenávanie a vyhodnocovanie odpovedí pri zatvorených otázkach. • Vopred daná štruktúra, ktorá nás v rozhovore vedie k cieľu. 	<ul style="list-style-type: none"> • Diagnostik nemôže v priebehu rozhovoru flexibilne reagovať a dopytovať sa. • Štruktúra môže byť obmedzujúca, resp. limitujúca a nedostatočná.
DOTAZNÍKY A POSUDZOVACIE ŠKÁLY	<ul style="list-style-type: none"> • Ekonomická metóda. • Anonymita respondentov. • Väčší čas na premyslenie odpovedí a väčší klúd u respondenta (ako napr. pri rozhovore). • Pomerne ľahká administrácia a vyhodnocovanie výsledkov. • Možnosť komparácie výsledkov (napr. s normami). 	<ul style="list-style-type: none"> • Nedostatočná kontrola zo strany diagnostika. • Respondent sa často neopýta, ak nerozumie otázke (skreslenie výsledkov). • Žiadna flexibilita (otázky sú dané vopred). • Obmedzené možnosti odpovedí (niekedy škála nezodpovedá spôsobu uvažovania respondenta).
TESTY A TESTOVÉ METÓDY	<ul style="list-style-type: none"> • Ekonomická a efektívna metóda. • Možnosť komparácie výsledkov (napr. s normami). • Štandardné a objektívne meranie. 	<ul style="list-style-type: none"> • Náročné pre diagnostika pri zostavovaní testov. • Dobrý test si vyžaduje optimalizovanie v čase. • Chýba flexibilita (otázky a možnosti odpovede sú dané vopred).
POZOROVANIE	<ul style="list-style-type: none"> • Použitie v prirodzenom prostredí diagnostikovaného. • Flexibilná metóda PPD. • Je súčasťou všetkých ďalších metód v rámci PPD • „prirodzená diagnostika“ 	<ul style="list-style-type: none"> • Vysoká miera subjektivity diagnostika. • Náročná na realizáciu (sústredenosť, koncentrácia pozornosti na sledovaný jav, registrovanie pozorovaného a pod.). • Náročnosť pri zaznamenávaní pozorovaných javov • Diskutabilná štandardnosť, reliabilita, validita a objektivita.

VYBRANÉ DIAGNOSTICKÉ METÓDY	 VÝHODY	 NEVÝHODY
ANAMNÉZA – ANAMNESTICKÝ ROZHOVOR	<ul style="list-style-type: none"> • Dôležité vstupné informácie o diagnostikovanom. • Pomerne jednoduché otázky. • Možnosť overenia údajov z viacerých zdrojov (OA, RA, SA). 	<ul style="list-style-type: none"> • Nie vždy je ochota spolupracovať na strane rodinných príslušníkov. • Pravdivosť uvedených údajov („spomienkový optimizmus“)
PROJEKTÍVNE METÓDY	<ul style="list-style-type: none"> • Možnosť poznať diagnostikovaného komplexnejšie. • Uvoľnená tvorivá atmosféra, pripomínajúca hru. • Zaujímavý, atraktívny obsah jednotlivých metód pre diagnostikovaného. • Minimálne skreslenie výsledku zo strany diagnostikovaného. 	<ul style="list-style-type: none"> • Náročnosť pri administrácii, vyhodnocovaní a interpretácii. • Potreba špeciálneho vzdelávania k niektorým metódam, resp. vyššia požiadavka skúseností z praxe. • Riziko „psychologizovania nepsychológom“. • Sporná validita projektívnych metód. • Riziko protiprenosových reakcií na strane diagnostika.
ANALÝZA SPONTÁNNYCH PRODUKTOV	<ul style="list-style-type: none"> • Analýza spontánnej „výpovede“ diagnostikovaného formou rôznorodých produktov. • Jedinečné, osobné a subjektívne produkty, výtvary, príp. osobné teritórium diagnostikovaného. 	<ul style="list-style-type: none"> • Nejasná metodológia pri kvalitatívnej analýze. • Riziko, že analyzovaný produkt bude „vytrhnutý z kontextu“, čo skreslí celkový výsledok.
HODNOTENIE A KLASIFIKÁCIA	<ul style="list-style-type: none"> • Možnosť porovnať výkony žiaka s normou, resp. so sebou v čase. • Pomerne nenáročné na využitie, rýchle a úsporné. • Dáva jednoznačnú spätnú väzbu žiakovi, učiteľovi a všetkým zainteresovaným. 	<ul style="list-style-type: none"> • Subjektívny vplyv diagnostika – učiteľa a náročnosť eliminácie. • Nie vždy odzrkadľuje skutočný aktuálny stav rozvoja žiaka. • Sociálny efekt – môže podporiť konkurenčnú atmosféru v triede.
SOCIOMETRIA	<ul style="list-style-type: none"> • Pomerne ľahká administrácia a nenáročné vyplnenie členov skupiny. • Úsporné a prehľadné zobrazenie štruktúry vzťahov v skupine. • Identifikovanie jednotlivcov, dvojíc, podskupín v extrémnych pozíciách. 	<ul style="list-style-type: none"> • Nedokáže však zachytiť kvalitu vzťahov, špecifiká a ďalšie charakteristiky. • Nevysvetľuje prečo sa ten ktorý člen objavuje na danej pozícii (napr. vodca, periférny člen a pod.). • Spracovanie do podoby sociometrickej matice, sociogramu, môže byť časovo trochu náročnejšie.

PRÍLOHA 2

NIEKTORÉ VYBRANÉ DOTAZNÍKOVÉ METÓDY

DOTAZNÍK PRE ŽIAKOV NA HODNOTENIE JEDNOTLIVÝCH PREDMETOV

(DITTRICH, 1993, s. 86-87)

1. Vyučovací predmet ma:

Veľmi zaujíma Zaujíma Niekedy zaujíma, inokedy nezaujíma Skôr nezaujíma ako zaujíma

2. Vyučovací predmet je pre mňa:

Veľmi ľahký skôr ľahký stredne obtiažny veľmi obtiažny

3. Vyučovací predmet je pre moju budúcnosť:

Veľmi významný významný stredne významný bezvýznamný

4. Príprave na vyučovací predmet doma venujem:

Do 1 hodiny 1 – 2 hodiny 2 – 3 hodiny 3 a viac hodín

5. Na vyučovací predmet sa doma pripravujem:

Sám občas mi niekto pomáha veľmi často mi niekto pomáha

6. Na vyučovací predmet sa doma pripravujem:

Sám od seba len, keď ma rodičia donútia ako kedy

7. Vysvetľovaniu na vyučovaní:

Rozumiem Väčšinou rozumiem Niekedy rozumiem, niekedy nie Skôr nerozumiem nerozumiem

8. Doplň:

a. Pri vyučovaní mi najviac vadí

b. Keď nám učiteľ/učiteľka vysvetľuje látku, tak

c. Rád/a by som sa učil/a keby

d. Na hodine ma najviac zaujíma

e. Bol/a by som veľmi rád, keby učiteľ/ka

f. Predmet by ma bavil keby

DOTAZNÍK NAŠA TRIEDA – MCI

(*MY CLASS INVENTORY, FRASER & FISHER, 1986; podľa DITTRICH, 1993, s. 105-106*)

1. Vyučovací predmet ma:

Veľmi zaujíma Zaujíma Niekedy zaujíma, inokedy nezaujíma Skôr nezaujíma ako zaujíma

2. Vyučovací predmet je pre mňa:

Veľmi ľahký skôr ľahký stredne obtiažny veľmi obtiažny

3. Vyučovací predmet je pre moju budúcnosť:

Veľmi významný významný stredne významný bezvýznamný

4. Príprave na vyučovací predmet doma venujem:

Do 1 hodiny 1 – 2 hodiny 2 – 3 hodiny 3 a viac hodín

5. Na vyučovací predmet sa doma pripravujem:

Sám občas mi niekto pomáha veľmi často mi niekto pomáha

6. Na vyučovací predmet sa doma pripravujem:

Sám od seba len, keď ma rodičia donútia ako kedy

7. Vysvetľovaniu na vyučovaní:

Rozumiem Väčšinou rozumiem Niekedy rozumiem, niekedy nie Skôr nerozumiem nerozumiem

8. Doplň:

a. Pri vyučovaní mi najviac vadí

b. Keď nám učiteľ/učiteľka vysvetľuje látku, tak

c. Rád/a by som sa učil/a keby

d. Na hodine ma najviac zaujíma

e. Bol/a by som veľmi rád, keby učiteľ/ka

f. Predmet by ma bavil keby

PRÍLOHA 3

NIKTORÉ VYBRANÉ POSUDZOVACIE ŠKÁLY

ROSENBERGOVA ŠKÁLA SEBAÚCTY - RSE⁴⁴

(ROSENBERG SELF-ESTEEM SCALE, podľa DITTRICH, 1993, s. 86-87)

Spôsob, akým ľudia o sebe rozmýšľajú, je u každého človeka iný. Radi by sme vedeli, aký je tvoj názor. ZAKRÚŽKUJ PROSÍM JEDNU MOŽNOSŤ V KAŽDEJ OTÁZKE.

- | | | | | |
|--|----------------|----------|------------|------------------|
| 1. Som so sebou spokojný. | Úplne súhlasím | Súhlasím | Nesúhlasím | Vôbec nesúhlasím |
| 2. Niekedy si myslím, že sa nemám dobre. | Úplne súhlasím | Súhlasím | Nesúhlasím | Vôbec nesúhlasím |
| 3. Myslím si, že mám veľa dobrých vlastností. | Úplne súhlasím | Súhlasím | Nesúhlasím | Vôbec nesúhlasím |
| 4. Viem robiť veci tak dobre ako iní. | Úplne súhlasím | Súhlasím | Nesúhlasím | Vôbec nesúhlasím |
| 5. Cítim, že nemám byť na čo hrdý. | Úplne súhlasím | Súhlasím | Nesúhlasím | Vôbec nesúhlasím |
| 6. Niekedy sa cítim neužitočný. | Úplne súhlasím | Súhlasím | Nesúhlasím | Vôbec nesúhlasím |
| 7. Cítim, že som hodnotný človek, aspoň tak ako iní ľudia. | Úplne súhlasím | Súhlasím | Nesúhlasím | Vôbec nesúhlasím |
| 8. Chcel by som si viac vážiť seba samého | Úplne súhlasím | Súhlasím | Nesúhlasím | Vôbec nesúhlasím |
| 9. Niekedy si myslím, že som sa nemal vôbec narodiť. | Úplne súhlasím | Súhlasím | Nesúhlasím | Vôbec nesúhlasím |
| 10. Mám rád sám seba | Úplne súhlasím | Súhlasím | Nesúhlasím | Vôbec nesúhlasím |

⁴⁴ RSE je voľne dostupná na viacerých miestach, napr. vid': <https://www.yorku.ca/rokada/psyctest/rosenbrg.pdf>

ŠKÁLA NA HODNOTENIE VÝKONOVEJ MOTIVÁCIE ŽIAKA

(VORWERG, 1978, podľa HRABAL ml, MAN & PAVELKOVÁ, 1984, s. 81-82)

Návod:

Táto škála slúži na hodnotenie výkonnej motivácie žiaka z pohľadu učiteľa. Pomocou škály sa dajú zachytiť dve základné tendencie výkonnej motivácie: *nádej na úspech* – HE (položky 4, 5, 16 a 17) a *strach z neúspechu* – FM (položky 2, 10, 14 a 15). Ak je rozdiel medzi strednými hodnotami HE a FM najmenej 2, ide o žiakov s výraznou orientáciou na úspech. Naopak ak je rozdiel medzi strednými hodnotami HE a FM menej ako 2, žiaci majú orientáciu skôr na strach z neúspechu. Hodnotiť žiakov by mal len učiteľ, ktorý ich dobre a dlhodobejšie pozná a je vhodné, ak škálovanie prebieha počas „skúškového, testovacieho“ obdobia, kedy sú konfrontovaní so skúškovými – záťažovými situáciami.

Identifikačné údaje žiaka (meno a priezvisko/kód):

Ročník/trieda:

Škola:

Deň hodnotenia:

Hodnotil(a):

1=vôbec sa nehodí

2=prevažne sa nehodí

3=skôr sa nehodí

4=nemôžem sa rozhodnúť

5=skôr sa hodí

6=prevažne sa hodí

7=úplne sa hodí

	1	2	3	4	5	6	7
1. Cíti sa v skúškovej situácii dobre							
2. Radšej sa vyhýba ťažším situáciám.							
3. Pokiaľ možno nechce urobiť nič nesprávne.							
4. Verí, že sa mu/jej všeličo podarí.							
5. Pociťuje hrdosť, že niečo dokáže.							
6. Radšej sa spolieha na pomoc ostatných.							
7. Chce vedieť viac ako ostatní.							
8. Dáva prednosť skôr ťažším úlohám.							
9. Máva obavu, že by niečo mohol/mohla pokaziť.							
10. Má pocit, že vie menej ako ostatní.							
11. Obáva sa kritického hodnotenia druhých.							
12. Verí, že svoje schopnosti môže zvyšovať.							
13. Skúša novú vec dlhšie ako ostatní (keď je náročná).							
14. Máva dopredu strach z možných prekážok.							
15. Hnevá ho/ju, že je málo výkonný/á.							
16. Trúfa si dosiahnuť úspech.							
17. Cíti sa výkonný/á.							

PRÍLOHA 4

ZÁZNAMOVÝ A POZOROVACÍ HÁROK – KATEGÓRIE POZOROVANIA

(PEDAGOGICKO-PSYCHOLOGICKÁ DIAGNOSTIKA DIEŤAŤA)

Meno a priezvisko		
Adresa		
Vek dieťaťa		
Výška dieťaťa		
Váha dieťaťa		
Trieda		
Fyzické obmedzenia na základe lekárskeho odporúčenia		
Zrak		
Pohybový aparát		
Alergie		
Iné dôležité informácie:		
Adaptácia na prostredie	Spolupráca rodiny a školy	Prejavy správania, citová zrelosť
<ul style="list-style-type: none"> • Primeraná a stále sa zlepšuje • Zo začiatku bez problémov, postupne sa zhoršujúca • Veľmi dobrá, stála • Od začiatku problémová, nezlepšuje sa • Iné: 	<ul style="list-style-type: none"> • Primeraný záujem o dieťa a dianie v škole, výborná spolupráca • Prehnaný záujem o dieťa (úzkostliví rodičia) • Nedostatočná spolupráca, rodič sa informuje len v nutných prípadoch • Nevšimavosť rodičov voči dieťaťu a daniu v škole - spolupráca problematická, až žiadna • Iné: 	<ul style="list-style-type: none"> • Je nezávislé • Občas hľadá oporu u dospelého • Ignoruje dospelú osobu • Nevzdiali sa od dospelaj osoby (rodič, učiteľka) • Vie požiadať o pomoc • Pri neúspechu sa rozplače, nepožiada o pomoc • Konflikt rieši násilnou formou, ubližuje iným deťom • Pri riešení konfliktnej situácie nespoupracuje • Vie prejavit' ľútosť, keď niekomu ublíži • Iné:

Pohybový vývin

Hrubá motorika	Jemná motorika
<ul style="list-style-type: none"> • Primeraný pohybový prejav • Prejavuje radosť z pohybu, aktívne sa zapája do pohybových činností • Odmieta akékoľvek pohybové aktivity • Má správnu koordináciu pohybov • Má dobré orientačné schopnosti • Iné: 	<ul style="list-style-type: none"> • Má vyhranenú lateralitu – pravák, ľavák • Má nevyhranenú lateralitu • Hygienické návyky má osvojené na elementárnej úrovni • Primerane samostatné pri samoobslužných činnostiach • Pri sebaobslužke nesamostatné • Nesprávny úchop grafického materiálu • Neprimeraný tlak grafického materiálu na podložku • Kresba na primeranej úrovni • Iné:

Rozumový vývin

Vnímanie, myslenie	Pozornosť	Farby, matematické predstavy
<ul style="list-style-type: none"> • Primeraný záujem o činnosti • Samostatne rieši jednoduché problémové úlohy • Pružne reaguje, odpovedá • Nejaví záujem o činnosti • Ťažko chápe inštrukcie, pomalšie reaguje na podnety, potrebuje dlhší čas na odpoveď • Iné: 	<ul style="list-style-type: none"> • Dokáže sa sústrediť na primerane dlhý čas • Zotrvá v hre a činnosti kým ju nedokončí • Nedokáže sa sústrediť, je nepokojný, vyrušuje • Odbieha od činností, činnosť však dokončí • Odbieha od činnosti, činnosť nedokončí • Iné: 	<ul style="list-style-type: none"> • Zrakom rozlišuje základné farby, správne ich pomenúva • Zrakom rozlišuje základné farby, nevie ich správne pomenovať • Zrakom rozlišuje a správne pomenúva niektoré farebné odtiene • Zamieňa si farby (ktoré?) • Pomenúva farby podľa predmetov (slniečková, atď...) • Vie určiť rovnaké a rozdielne množstvo prvkov v skupine • Vie počítat' do..... • Orientuje sa v priestore samostatne • Pozná, rozlišuje a správne pomenúva niektoré geometrické tvary • Rozlišuje len niektoré geometrické tvary; nerozlišuje

Rečový vývin

Verbálne prejavy dieťaťa	Artikulácia
<ul style="list-style-type: none"> • Odpovedá len jednoslovne (áno, nie...) • Odpovedá viacerými nielen jednoduchými vetami • Neodpovedá, odmieta komunikovať • Rečový prejav je spontánny • Spontánne komunikuje len s rovesníkmi • Komunikuje len s dospelou osobou • Hlasná komunikácia, skáče do reči, prekrikuje iných • Iné: 	<ul style="list-style-type: none"> • Reč je veku primeraná • Reč je nezrozumiteľná – rýchle tempo reči • Reč je nezrozumiteľná – nesprávna výslovnosť hlások • Zamieňa si hlásky • Nevyslovuje: • Zajakáva sa • Nerozpráva • Iné:

Diagnostika hry

Prejavy dieťaťa v hre	Pozícia v hre	Hry, ktoré preferuje
<ul style="list-style-type: none"> • Hrá sa samostatne, nemá kamarátov, nevyhľadáva spoločnosť • Pri hre nepotrebuje spoločnosť, ale kamarátov má • Uprednostňuje hru v menšej skupinke • Má jedného kamaráta, s ktorým sa hrá • Má rado skupinové a kolektívne hry, ale vie sa hrať aj samé • Pri hre vyhľadáva spoločnosť dospelého • Iné: 	<ul style="list-style-type: none"> • Je vodcovský typ, ak nedosiahne vedúce postavenie, opúšťa hru • Je prispôsobivé, vie sa presadiť aj podriaďiť iným deťom • Nevie sa presadiť, vždy sa podriaďi skupine • Iné: 	<ul style="list-style-type: none"> • Námetové hry • Rolové hry • Stolové hry • Konštruktívne hry • Pohybové hry • Hudobno-pohybové • Iné:

**PRÍKLAD ZÁZNAMOVÉHO POZOROVACIEHO HÁRKU PRE INTERAKCIU UČITEĽ-ŽIAK
V NEŠTANDARDNÝCH SITUÁCIÁCH NA VYUČOVANÍ**

(PEDAGOGICKO-PSYCHOLOGICKÁ DIAGNOSTIKA DIEŤAŤA)

Správanie sa žiaka		Frekvencia výskytu	Reakcia učiteľa	Účinok reakcie
VYRUŠOVANIE	nepozornosť <i>snívanie, sledovanie pohybu za oknami, obzeranie sa, zabávanie sa, kreslenie do zošita, vrtenie sa...</i>			
	rozprávanie <i>so susedom, čítanie nahlas, našepkávanie ...</i>			
	neslušnosť <i>strkanie do iných, behanie po triede, smiech, vykrikovanie, skákanie do reči, robenie grimás, poznámky na adresu učiteľa ..</i>			
	agresivita <i>hádzanie predmetov, napádanie slabších, bitie spolužiakov</i>			
	upútavanie pozornosti <i>dobiedzanie, šaškovanie, ohováranie</i>			
	vzdorovitosť <i>ignorovanie učiteľa, odmietanie pokynov a príkazov, odvrávanie, robenie napriek, kreslenie karikatúr zo vzdoru</i>			
ŽARTY	<i>napr. ako snaha vyhmúť sa povinnosti; ako reakcia na neadekvátne konanie učiteľa; ako snaha „spoznať“ učiteľa</i>			
PRIESTUPKY	<i>krádež, ničenie majetku, podvádzanie, záškoláctvo</i>			
SUBJEKTÍVNE ŤAŽKOSTI	<i>pod vplyvom intoxikácie či náhleho ochorenia</i>			

PRÍLOHA 5

TEST KRESBY STROMU RODINY / STROM S PANÁKMI (ZAKOŤILOVÁ, 2014)

