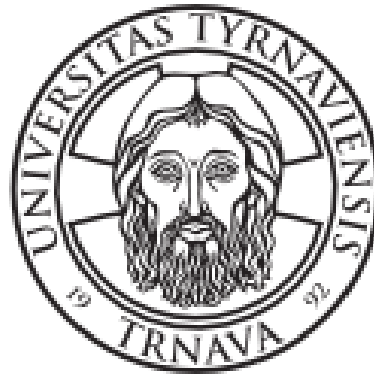


VYSOKOŠKOLSKÁ UČEBNICA

PEDAGOGICKÁ FAKULTA TRNAVSKEJ UNIVERZITY V TRNAVE



PEDAGOGICKO-PSYCHOLOGICKÁ DIAGNOSTIKA

V EDUKAČNEJ PRAXI

Vysokoškolská učebnica pre študentov učiteľstva akademických predmetov, predškolskej a elementárnej pedagogiky, sociálnej pedagogiky a vychovávateľstva

Peter Kusý



PEDAGOGICKO-PSYCHOLOGICKÁ DIAGNOSTIKA V EDUKAČNEJ PRAXI

© PhDr. Peter KUSÝ, PhD.

Vydala Pedagogická fakulta Trnavskej univerzity v Trnave, 2021

Recenzenti:

prof. PhDr. Eva GAJDOŠOVÁ, PhD.

prof. PhDr. Bronislava KASÁČOVÁ, CSc.

Za odbornú a jazykovú stránku tejto učebnice zodpovedá autor.

ISBN 978 – 80 – 568 – 0208 - 3

OBSAH

Predhovor	5
1 Úvod do pedagogicko-psychologickej diagnostiky – terminologické vymedzenie	6
1. 1 Pedagogická diagnostika, psychodiagnostika a sociálno-pedagogická diagnostika	6
1. 2 Pedagogicko-psychologické diagnostikovanie ako proces	10
1. 3 Diagnostické stratégie a postupy	16
1. 4 Odborné a etické zásady diagnostickej činnosti	19
2. Metodológia pedagogicko-psychologickej diagnostiky	25
2. 1 Dôležitosť metodológie v diagnostike	25
2. 2 Výber metód a ich využitie v diagnostickom procese	27
2. 3 Klasifikácia metód pedagogicko-psychologickej diagnostiky	32
3 Vybrané metódy pedagogicko-psychologickej diagnostiky	37
3. 1 Exploračné, observačné a retrospektívne metódy a ich využitie	37
3. 1. 1 Metóda rozhovoru v diagnostike	37
3. 1. 2 Dotazníkové metódy, posudzovacie škály a ich využitie	45
3. 1. 3 Testy a testové metódy v pedagogicko-psychologickej diagnostike	53
3. 1. 4 Pozorovanie ako diagnostická metóda	59
3. 1. 5 Retrospektívne diagnostické metódy a dôležitosť anamnézy	62
3. 2 Možnosti využitia projektívnych metód v rámci pedagogicko-psychologickej diagnostiky	65
3. 2. 1 Vybrané verbálne projektívne metódy	67
3. 2. 2 Vybrané grafické projektívne metódy	72
3. 2. 3 Hra ako expresívna projektívna metóda	80
3. 3 Analýza výsledkov procesu tvorivej činnosti a štúdium dokumentácie ako diagnostické metódy	83
3. 4 Metódy hodnotenia a klasifikácie v pedagogicko-psychologickej diagnostike	85

3. 5 Sociometria a jej využitie v rámci pedagogicko-psychologickej diagnostiky.....	89
4 Niektoré vybrané aplikačné oblasti pedagogicko-psychologickej diagnostiky.....	97
4. 1 Školská spôsobilosť, pripravenosť a zrelosť dieťaťa z pohľadu diagnostiky.....	97
4. 2 Rozumové schopnosti a možnosti „nepsychologickej“ diagnostiky.	103
4. 3 Diagnostika tvorivosti a tvorivých schopností dieťaťa	106
4. 4 Rizikové a problémové správanie – možnosti pedagogicko-psychologickej diagnostiky	113
4. 5 Šikanovanie ako predmet diagnostikovania	118
4. 6 Diagnostika rodiny a rodinného prostredia a ich význam.....	123
Záverečné zhrnutie.....	130
Zoznam bibliografických odkazov	132
Menný register	141
Príloha 1	145
Príloha 2	147
Príloha 3	148
Príloha 4	149
Príloha 5	153

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 odborovej 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 edukačnej 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.

Pomôcť k tomu, aby sa absolventi kurzu *Pedagogicko-psychologická diagnostika* dokázali primerane orientovať v témach súvisiacich s diagnostikou a diagnostikovaním v edukačnom procese, by mala aj táto učebnica. Čitateľ si tak postupne prejde štyrmi ucelenými kapitolami, pričom hneď v prvej si osvojí základný terminologický rámec PPD, zoznámi sa s procesuálnou stránkou diagnostikovania a základnými diagnostickými stratégiami. Osvojí si odborné a etické zásady platné pri diagnostikovaní, na ktoré by nemal zabúdať ani neskôr vo vlastnej praxi diagnostika v edukačnom prostredí. Druhá kapitola ponúka exkurz do metodológie v súvislosti s diagnostikou a najmä základnými princípmi platnými pri výbere a používaní diagnostických metód. V závere tejto kapitoly si vytvorí prehľad o klasifikácii jednotlivých základných metód využiteľných v rámci PPD. Tretia kapitola sa venuje postupne jednotlivým metódam z klasifikácie pre PPD. Okrem základného popisu a stručného teoretického zarámcovania každej metódy si čitateľ odnáša prehľad v základných diagnostických metódach určených vo veľkej miere aj pre „nepychológov“. Pomerne prakticky spracované metódy PPD v prehľade tak dávajú možnosť vytvoriť a doplniť si vlastnú diagnostickú batériu využiteľnú v praxi. Posledná štvrtá kapitola predstavuje výber niektorých špecifických (možno trochu problematických) oblastí s ktorými sa pomerne často v edukačnom prostredí stretávame a práve diagnostika tu má svoje opodstatnené miesto. Čitateľ tak nachádza prepojenie uplatnenie konkrétnych metód a postupov pre špecifické oblasti diagnostikovania v edukácii.

Táto učebnica tak môže 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 psychologickej 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 tejto učebnice si nenárokujeme 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 a stručne ich odlíšime od »sociálno-pedagogickej diagnostiky« a »špeciálno-pedagogickej diagnostiky« .

1.1 PEDAGOGICKÁ DIAGNOSTIKA, PSYCHODIAGNOSTIKA A SOCIÁLNO-PEDAGOGICKÁ DIAGNOSTIKA

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 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 disciplinám. 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. Mala by mu poskytnúť poznatky, zručnosti a skúsenosti, aby bol schopný utvárať svoju diagnostickú spôsobilosť a kompetenciu. Vďaka tomu môže učiteľ následne prostredníctvom diagnostickej činnosti pomáhať rozvoju jednotlivca, resp. efektivite a intencionálnosti výchovno-vzdelávacieho procesu. Pre lepšie porozumenie uvádzame ilustratívnu tabuľku č. 1 nižšie, kde sú v bodoch jasne vytýčené 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.

Na tomto mieste však nesmieme zabudnúť, v súvislosti s diferenciaciou rôznych oblastí pre diagnostiku (zvlášť v školskom prostredí), ani na *sociálno-pedagogickú* a *špeciálno-pedagogickú diagnostiku*, ktoré predstavujú špecifické diagnostické disciplíny prislúchajúce k jednotlivým odborníkom – sociálnemu pedagógovi a špeciálnemu pedagógovi.

Sociálny pedagóg (resp. školský sociálny pedagóg) ako odborný zamestnanec, vykonáva podľa zákona o pedagogických zamestnancoch a odborných zamestnancoch a o zmene a doplnení niektorých zákonov (Zákon č. 138/2019 Z. z.) sociálno-pedagogickú diagnostiku prostredia a vzťahov v školskom prostredí. V profesijných štandardoch sa uvádza, že sociálno-pedagogická diagnostika by mala byť zameraná jednak na identifikáciu vývinových a individuálnych charakteristík žiaka, ďalej na špecifiká sociálneho a emocionálneho vývinu a analýzu socio-kultúrneho prostredia a jeho vplyvu na žiaka (podľa HRONCOVÁ, 2017). Okrem legislatívnej úpravy, ktorá sa týka aj kompetencií a praktickej odbornej činnosti sociálneho pedagóga, sa sociálno-pedagogická diagnostika opiera najmä o sociálnu diagnostiku, pedagogicko-psychologickú, resp. psychologickú diagnostiku. Hlavným cieľom je „*diagnostikovanie stavu jedinca v sociálno-výchovných situáciách, pričom ide najmä o stanovenie diagnózy v oblasti socializácie a výchovy tohto jedinca*“ (LIBERČANOVÁ, 2018, s. 87).

Sociálno-pedagogické diagnostikovanie ako proces, tak prebieha za účelom zisťovania, preskúmania, poznania situácie a stavu jedinca v sociálno-edukačnom procese, súčasťou čoho je snaha o hľadanie intervenčných možností pre úspešný rozvoj jedinca, jeho podporu, či emancipáciu v procese socializácie. Výsledkom sociálno-pedagogickej diagnostiky je *sociálno-pedagogická diagnóza*, ktorá by mala zahŕňať určenie rozsahu, stupňa vzniknutého problému (ohrozenia, poškodenia, narušenia) vo výchove dieťaťa. Netreba tak zabúdať, že sociálno-pedagogické diagnostikovanie vo všeobecnom slova

zmysle prebieha v každej výchovnej situácii, u každého vychovávaného jedinca (LIBERČANOVÁ, 2018), avšak kompetentným na jej systematické využívanie v edukačnom procese je (v súlade s legislatívou uvedenou vyššie) sociálny pedagóg. Pre lepšiu prehľadnosť a porozumenie *sociálno-pedagogickej diagnostike* uvádzame podobne ako v predchádzajúcich prípadoch ilustračnú tabuľku č. 3 nižšie.

Tab. 3: *Sociálno-pedagogická diagnostika v prehľade.*

ÚČEL DIAGNOSTIKY	Poznanie situácie a stavu jedinca v sociálno-edukačnom procese
KTO DIAGNOSTIKUJE?	Sociálny pedagóg
KOHO DIAGNOSTIKUJE?	Klienta/žiaka/skupinu
AKO DIAGNOSTIKUJE?	Exploračné, observačné, retrospektívne, projektívne
ČO JE VÝSLEDKOM?	Sociálno-pedagogická diagnóza
OPATRENIE	Zásah, intervencia, sociálne poradenstvo/socioterapia a pod.
PROGNÓZA	Predpoklad budúceho priebehu socializácie a rozvoja diagnostikovaného

S pedagogickou, resp. sociálno-pedagogickou diagnostikou sa v laickej verejnosti často zamieňa *špeciálnopedagogická diagnostika*, ktorá rovnako podľa zákona o pedagogických zamestnancoch a odborných zamestnancoch a o zmene a doplnení niektorých zákonov (Zákon č. 138/2019 Z. z.) patrí do rúk *špeciálnemu pedagógovi* ako odbornému zamestnancovi. VAŠEK (2007) túto vednú disciplínu chápe ako systém poznatkov, zameraných na možnosti a prostriedky poznávania individuálnych osobitostí jedinca s poškodením, narušením, ohrozením. Diagnostik sa tak snaží odhaliť podstatné súvislosti, ktoré objasňujú príčiny týchto osobitostí. Zároveň výstupy zo špeciálnopedagogickej diagnostiky tvoria východisko pre individualizovaný program špeciálnopedagogického pôsobenia, ktoré má optimalizovať jeho vývin a uplatnenie sa v živote.

1. 2 PEDAGOGICKO-PSYCHOLOGICKÉ DIAGNOSTIKOVANIE 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 pedagogicko-psychologickej diagnostike, vždy máme na mysli diagnostický proces so všetkými princípmi a špecifikami, ktoré v sebe nesie.

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 psychologickéj diagnostiky v školskom prostredí, resp. pedagogickej oblasti. HRABAL (2002) chápe PPD ako proces poznávania a hodnotenia individuálnych zvláštností a špecifík 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*“.

Centrálным predmetom PPD je žiak (resp. vo všeobecnosti dieťa), 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 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, sociálnopedagogická diagnostika, špeciálnopedagogická diagnostika, 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. 4 nižšie.

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.

Tab. 4: *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 (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

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 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 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 náleзов všetkým zainteresovaným a kompetentným – rodičom, učiteľom, vychovávateľom a ďalším, ktorí sa podieľajú na procese výchovy (resp. reedukácie, resocializácie, socioterapie a psychoterapie atď.).³
- **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:

³ Efektívnej vzájomnej komunikácii medzi učiteľom a rodičom sa venuje napr. ČOPKOVÁ (2019a), ktorá upozorňuje na fakt, že každá komunikačná situácia učiteľ – rodič je svojím spôsobom neštandardná a jej úspešné zvládnutie spočíva v učiteľovej kompetencii. Autorka sa venuje téme komunikácie učiteľ – rodič v podkapitole 2. 3. 3.

- **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.

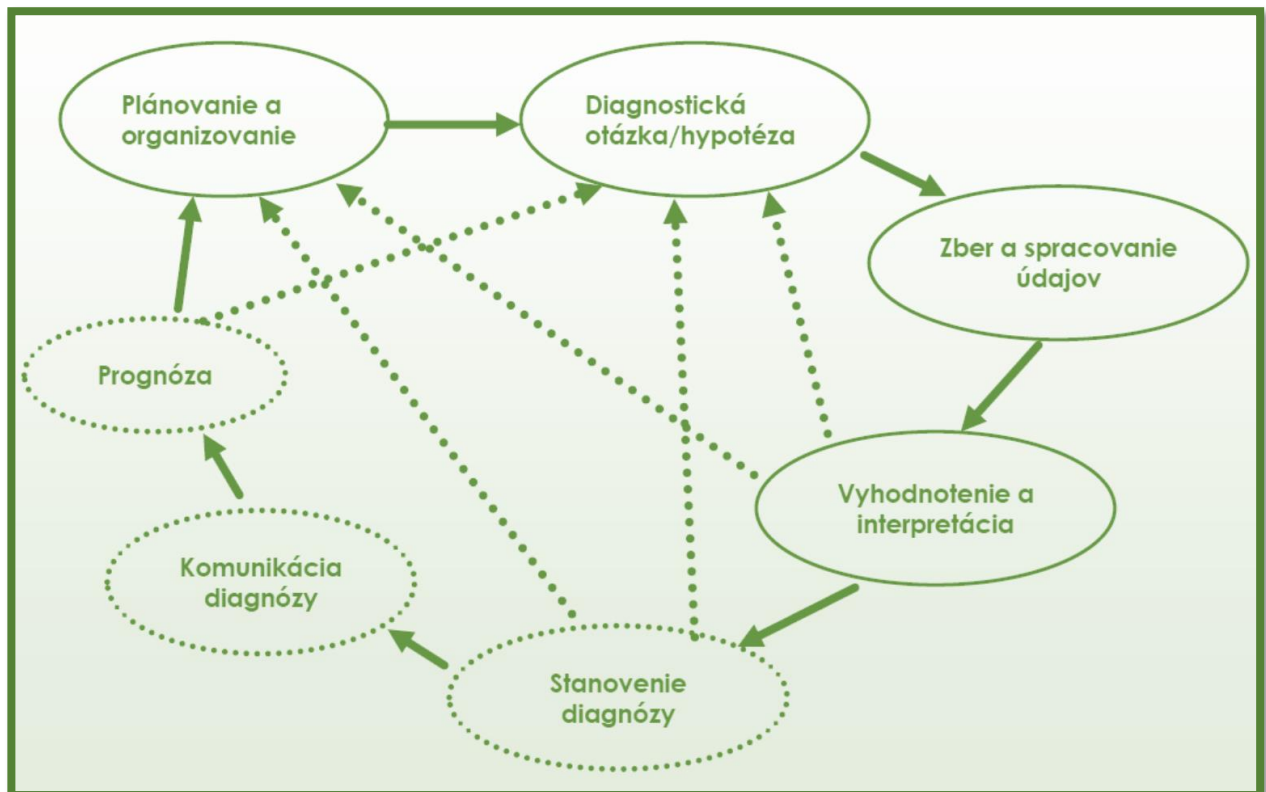
A nakoniec uvádzame etapy diagnostického postupu, ako ich uvádza DITTRICH (1993):

- **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. Celý diagnostický proces sa tak dá prirovnať k špirále, keďže niektoré kory a fázy sa môžu za určitých okolností v praxi prirodzeným spôsobom opäť vrátiť a opakovať. Pre ilustráciu uvádzame na obrázku 1 nižšie PPD ako „špirálovitý proces“.

Obr. 1. Pedagogicko-psychologická diagnostika ako špirálovitý proces.



Nemôžeme však vyberať metódy, ak nemáme vstupnú diagnostickú hypotézu/otázku a teda cieľ, ku ktorému celý diagnostický proces smeruje. Je prirodzené, že počas diagnostikovania (napr. pri vyhodnocovaní a interpretácii výsledkov) prídeme na dôležité zistenia, ktoré nám otvárajú možnosť položiť si nové diagnostické otázky/hypotézy, resp. tie pôvodné preformulovať. 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. Našu prognózu, ako určitý predpoklad potom v čase (ak je to možné a žiadúce) opäť môžeme overovať, čo nás zasa vráti na začiatok diagnostického procesu.

1.3 DIAGNOSTICKÉ STRATÉGIE A POSTUPY

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 hovoríme 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 jej 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 viac 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 svoju pozornosť 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 tak nejde o štandardný štrukturalizovaný spôsob získavania, spracovania a analyzovania, či interpretovania diagnostických údajov.

Druhou základnou diagnostickou stratégiou je **psychometrická stratégia**⁴, 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/vyvraciamy hypotézu), ktorej dispozície/javy metóda zachytáva. Výkony a údaje sa často hodnotia podľa určitých noriem (najmä pri štandardizovaných meracích

⁴ Pojem *psychometria* predstavuje neoddeliteľnú súčasť psychodiagnostiky, pričom najčastejšie je chápaná ako pomocná psychologická disciplína zameraná na tvorbu, adaptáciu a úpravu, resp. hodnotenie psychodiagnostických metód (URBÁNEK, DENGLEROVÁ & ŠIRŮČEK, 2011).

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 pociťovaný 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 diagnostikovaníu 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 HIPPOKRATOVÍ⁵ a v preklade to znamená – „*v prvom rade neškodiť*“. Ak má diagnostik na zreteli počas celého diagnostického procesu, 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.⁶ Pre potreby PPD tak uvádzame etické zásady, ktoré uvádza HALAMA (2005)⁷ 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,

⁵ 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 prisahy*, preto sa prisudzuje autorstvo najčastejšie jemu (pre viac info viď napr. <http://www.eastridges.com/wesley/primum.html>).

⁶ Na Slovensku je to napr. *Etický kódex psychologickej činnosti Slovenskej psychologickej spoločnosti pri SAV* (http://www.slovenskapsychologickaspolocnost.sk/main.php?page=10-sk-Etický_kodex); resp. vo svete sú to najmä *Štandardy pre psychologické a pedagogické testovanie – AERA, APA, NCME (2001)*.

⁷ 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.

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)⁸. Posledná zásada v rámci tejto oblasti je podľa HALAMU (2005) požiadavkou na neustrannosť 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 neustrannosť 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 neustranne a objektívne realizovať PPD.

- **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.⁹ 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

⁸ Na tomto mieste odkazujeme na publikáciu KASÁČOVEJ, CABANOVEJ a kol. (2013) s názvom *Pedagogická diagnostika v teórii a aplikáciách*, kde sa v druhej kapitole bližšie venujú práve diagnostickej kompetencii učiteľa v rámci pedagogickej diagnostiky na základe analýzy kurikulárnych a legislatívnych dokumentov.

⁹ 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.

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.¹⁰

- **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. Aj keď sa zdá na prvý pohľad, že ide o samozrejmosť, 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).¹¹ 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 (vid' 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

¹⁰ 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).

¹¹ 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.).

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 zovňajšok 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 kladené na jeho osobnosť a odbornosť (napr. nemá záujem sa ďalej vzdelávať a kvalifikačne rásť, resp. riešiť svoje osobné, prípadne profesijné ťažkosti prostredníctvom intervízie/supervízie), poškodzuje v konečnom dôsledku nielen diagnostikovaného, ale aj seba a reputáciu pracoviska, prípadne profesie, ktorú vykonáva.

KRÁTKE ZHRNUTIE:

- ✓ *Dôležité je diferencovať pedagogicko-psychologickú diagnostiku od pedagogickej, psychologickej, sociálnopedagogickej a špeciálnopedagogickej diagnostiky – každá sa líši zameraním a cieľom.*
- ✓ *PPD môžeme vnímať ako „špirálovitý proces“, ktorý začína úvodnými fázami (príprava, stanovenie cieľa, diagnostická otázka/hypotéza, výber metód), pokračuje cez samotné diagnostikovanie (administrácia metód – zber údajov), až k diagnostickým výsledkom a záverom (vyhodnocovanie a interpretácia výsledkov, komunikácia diagnózy, odporúčaní a prognózy).*
- ✓ *Zvyčajne sa v PPD prikláňame ku kazuistickej/klinickej alebo edumetrickej/psychometrickej diagnostickej stratégii, prípadne ich kombinácii*
- ✓ *Celý diagnostický proces sa nesie v duchu – „primum non nocere“.*
- ✓ *Diagnostik si je tak vedomý svojich odborných kompetencií, možností a limitov, čím akceptuje etické zásady diagnostickej činnosti.*



ZHRŇUJÚCE OTÁZKY:

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, resp. sociálno-pedagogickú 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 voľbe 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 primárne v psychodiagnostike a pedagogickej diagnostike.

2.1 DÔLEŽITOSŤ METODOLÓGIE V DIAGNOSTIKE

Vzhľadom na to, že v diagnostike sa často 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 výskumu¹². 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 zladit' 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

¹² 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.

vedeckého problému v konkrétnych podmienkach (napr. využitie konkrétnych testov, 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 a ďalší), 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 diagnostikovania*«:

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.). Toto pravidlo podporujú napr. GUBRICOVÁ, BAĐURA a GERŠICOVÁ (2015), ktorí hovoria o dôležitosti kooperácie učiteľa (nielen) so školským psychológom a to zvlášť pri riešení neštandardných školských situácií vo výchovno-vzdelávacom procese, ako sú napr. rôzne typy šikanovania, krádeže, ničenie majetku, agresivita a delikventné správanie, záškoláctvo, úteky a túlanie, podvádžanie a klamstvá, látkové a nelátkové závislosti, sexuálne rizikové správanie a mnohé ďalšie. ŠUHAIĐOVÁ (2015) navyše dodáva, že netreba zabúdať na nevyhnutnosť kooperácie pedagogických a odborných zamestnancov pri snahe o inkluzívnu edukáciu (a to zvlášť napr. pri žiakoch zo sociálne-znevýhodňujúceho prostredia).
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 dynamické „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 počas celej jej realizácie. 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 ICH VYUŽITIE 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 môže mať diagnostik k dispozícii už 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 od adekvátneho výberu 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,

2011; 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 môžu predstavovať určitú sústavu podnetov (rôznych úloh, situácií, či otázok), ktorými zámerne vyvolávame sledované 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 u diagnostikovaného zistiť a koho vlastne 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 doplnujúce 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 vyzerieť, avšak opak je niekedy pravdou.

PRÍKLAD Z PRAXE Č. 1:



Na jednej bežnej Základnej škole 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*¹³ 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 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*¹⁴ -

¹³ 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.

¹⁴ GAVORA (2015) používa skôr synonymné označenie *edukometria*, ktorá v jeho ponímaní predstavuje náuku o pedagogickom meraní.

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), uvažujeme o nej v súvislosti s edumetriou.

Pri výbere diagnostických metód by sme nemali 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*¹⁵ – 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 nástroj nemeria s absolútnou presnosťou (FERJENČÍK, 2000). Reliabilita sa prejavuje stabilitou získaných výsledkov (HRABAL, 1989; TIRPÁKOVÁ, MARKECHOVÁ a DANIEL, 1998) a v užšom slova zmysle hovorí 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

¹⁵ *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.

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.¹⁶

- *Validita* – ktorá znamená platnosť výsledných zistení. HRABAL (1989) hovorí o tom, že validita diagnostických nástrojov sa zaistuje nepriamo, keďže väčšina diagnostikovaných premenných je len ťažko bezprostredne uchopiteľných a obsiahnuteľných v rámci PPD. ĎZUKA (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 ĎZUKA, 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, kriteriálna a konštruktová*, pričom každá poskytuje špecifické údaje súvisiace s platnosťou a použiteľnosťou diagnostického nástroja.¹⁷ 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 stretáme s výstupom v podobe diagnostických nálezov a záverov, kde sú interpretované zistenia, ktoré sú podložené získanými údajmi z diagnostických metód, ktoré v skutočnosti nemerajú spoľahlivo, stabilne a s plnou platnosťou. Rizikom je (aj keď neúmyselné)

¹⁶ 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 zjednodušené 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 nezávisle na sebe aspoň na 80%.

¹⁷ Bližšie sa jednotlivým typom validity venovať nebudeme a odkazujeme tak na viacerých autorov, ktorí sa tomu venovali bližšie (napr. FERJENČÍK, 2000; HALAMA, 2005; ĎZUKA, 2006 a ďalší.).

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 mi 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). Tzn. ak ešte neviem čo chcem diagnostikovať, ako môžem už mať jasno v tom, ako to chcem diagnostikovať?
- ! 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 intervúzie s iným kolegom, resp. so supervízorom a dôsledne sa na prácu s touto metódou pripraviť (nepodceňovať). Nie je žiadnou tragédiou, ak v horšom prípade výsledné zistenia „vypustím“ a nezahrniem do diagnostických záverov.
- ! Ak si nie som 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“) – hrozí riziko skreslenia, fiktívnosti výsledných zistení.
- ! Ak je diagnostikovaný v odpore (môže mať na to viacero odlišných dôvodov), nevnučujem mu metódu za každú cenu a prispôbujem tempo spôsob práce (komunikačný rámec, pomôcky, prostredie) 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), pretože jeho cieľ sa od ostatných odborníkov – diagnostikov v zásade môže líšiť.

Ako sme už uvádzali viackrát, väčšina metód v PPD je modifikovaná a do istej miery prebraná z psychodiagnostiky. Pre lepšiu predstavu uvádzame nižšie klasifikáciu metód v psychologickéj diagnostike podľa SVOBODU (2005, s. 22), ktorá je pomerne prehľadná:

I. Klinické metódy:

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

II. Testové metódy:

A. Výkonové testy

1. *Testy inteligencie*
 - *Jednodimenzionálne intelligenčné testy*
 - *Komplexné (viacdimenzionálne) intelligenčné 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*

- viacrozmerne
4. Posudzovacie stupnice/škály
- Sebapozudzovacie (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 a iní). Prehľadnú klasifikáciu pedagogicko-diagnostických metód však nachádzame u KASÁČOVEJ a CABANOVEJ (2011), ktoré ich uvádzajú nasledovne:

- **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 pedagogicko-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 v edukačnom procese pedagóg, sociálny pedagóg, učiteľ, výchovný poradca, resp. školský psychológ.

KRÁTKE ZHRNUTIE:



- ✓ *Mali by sme rozlišovať medzi metódou (viazaná na predmet, cieľ vedy); metodológiou (vedou o metódach, ich vlastnostiach a používaní) a metodikou (súhrn špecifických postupov, ktoré umožňujú aplikovať nejakú metódu na konkrétny problém).*
- ✓ *Medzi metodologické pravidlá diagnostikovania patrí etiologické a komplexné hľadisko, spolupráca viacerých odborníkov, longitudinálny prístup, individuálny prístup, formulácia a komunikácia záverov a opatrení.*
- ✓ *Základné podmienky pri práci s diagnostickými metódami v rámci PPD sú najmä princíp závislosti cieľa a voľby metódy diagnostiky, zahrnutie výberu metód do plánovania, vyberať z viacerých diagn. metód, psychometrické/edumetrické vlastnosti.*
- ✓ *Medzi psychometrické/edumetrické vlastnosti, ktoré by mala adekvátne diagnostická metóda spĺňať patria reliabilita, validita, objektivita a štandardnosť.*
- ✓ *Metódy PPD možno klasifikovať na exploračné, observačné, retrospektívne, projektívne, experimentálne, metódy, analýza procesu a výsledkov tvorivej činnosti, štúdium dokumentácie a sociometria.*

ZHRŇUJÚCE OTÁZKY:



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 dostupné 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. A v neposlednom rade vyberáme práve tie, ktoré môže v rámci PPD v čo najširšej miere využiť aj diagnostik – „nepsychológ“, čo má svoje praktické opodstatnenie.

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 vytážiť 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 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 interakcia 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 *formatívnom rozhovore* (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 a pripomína skôr diskusnú formu práce so skupinou v pedagogickom procese. Cieľovou skupinou môžu byť najčastejšie žiaci (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 rozhovorom¹⁸. 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

¹⁸ 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 nie sú 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.

predmetom rozhovoru, avšak otázky nie sú 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 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 nedoplňa, 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 diagnostikovaným¹⁹. 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

¹⁹ 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.

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.

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 využitia tejto metódy v rámci PPD. KASÁČOVÁ a CABANOVÁ (2011) odporúčajú, aby rozhovor nezačínal príliš formálne, ale skôr neformálnym, prítlačným 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 a len ťažko od neho oddeliteľné). Po položení otázky necháva dostatok času na premyslenie, odpoveď, prípadne citlivo podporí, povzbudí a ak respondent neodpovedá (pretože nevie, nechce a pod.), nehodnotí to, ale skôr to bezpodmienečne akceptuje. Neskáče diagnostikovanému do reči, neopravuje prípadne chyby, nevysmieva sa, nezosmiešňuje a snaží sa nedať najavo nespokojnosť, súhlas/nesúhlas, aby tým nezbudil 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 a tzv.

psychohygienickú diagnostickú záťaž (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). Podstatné je, aby všetky relevantné údaje boli evidované čo najpresnejšie a nedošlo tak k domýšľaniu, subjektívnemu skresleniu zo strany diagnostika v ďalších fázach diagnostického procesu.

4. **Záver rozhovoru** – od záverečnej fázy rozhovoru závisí, akým spôsobom sa budú odvíjať ďalšie interakcie s diagnostikovaným (či už v rámci PPD ako 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 otázky – „Čo to pre mňa znamená? Čo z toho pre mňa vyplýva?“). 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, nepresná evidencia získaných údajov 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 najčastejšie a najviac využívaných techník vedenia rozhovoru v diagnostike. GAVORA (2015) chápe pod otázkou výrok, ktorý má opytovaciu formu, pričom každá formulácia v rozkazovacej/oznamovacej vete, má potenciú stať sa otázkou. SVOBODA a kol. (2001) upozorňujú na to, že je vhodné 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*²⁰ (uplatňujú princíp projekcie – napr. „čo si myslíš o deťoch, ktoré si niečo kúpia, ale moc o tom

²⁰ Pre lepšie porozumenie princípu *projekcie* a možnostiam využitia projektívnych metód v PPD viď podkapitolu [3.2.](#)

nepremýšľajú, či to skutočne potrebujú?“). Dôležité je nezabúdať na to, že otázky majú byť formulované zrozumiteľné, jednoznačne (nie dvoj a viacmyselne), 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 ich používame v rámci diagnostického rozhovoru vo veľkej miere, môže to pripomínať až „výsluchovú“ situáciu a diagnostikovaný tak môže vnímať určitý nátlak, nezujem 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“, keď používame často pomocné slová ako „áno“, „iste“, „samozrejme“, „hm“ a podobne. Tieto verbálne prejavy je dobré doplniť aj neverbálnymi gestami (mimikou a pantomimikou), čím ubezpečujeme diagnostikovaného, že mu 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.²¹
- **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 vyvážené použitie 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.

²¹ 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).

„Hádame sa s bratom každý deň“ – „Hm, mám pocit, že u Vás doma asi nie je príliš kl'udu“; „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 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 vyhábať 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; dramatizujúce ticho resp. naopak ticho podporujúce pokoj, kl'ud 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, či interakčného 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, nechota 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 nechut' počúvať druhého – prílišné presadzovanie si svojich vlastných verzií 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, keď 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 (ZELINKOVÁ, 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 použitých 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. sebahodnotenie, 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. V duchu introspekcie tak treba pristupovať aj k vyhodnocovaniu a interpretácii získaných diagnostických údajov. 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 (tzv. výroky), 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 črt, 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) na:

- *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 dotazníka), 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 vid' podkapitolu [2.2 Výber metód ich využitie 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 pod²². 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

²² 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.

(reliabilita, validita). Rovnako často 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 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 škály²³ 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 je založená 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* ktorá meria mieru sebaúcty/sebahodnotenia)²⁴, iné zasa „viacdimenzionálne“, tzn. merajúce viacero premenných (zachytené subškálami zvlášť) súčasne (napr. dotazník *Naša trieda* pozostávajúci z celkovo 5 subškál).

Medzi najčastejšie úskalia, 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/žiadúce), 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

²³ 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.

²⁴ RSE je voľne dostupná na viacerých miestach, napr. vid': <https://www.yorku.ca/rokada/psyctest/rosenbrg.pdf>

(subškál), ktoré sa zakladajú práve na meraní ochoty priznať si určité malé nedostatky (tzv. lži škály). Vysoké skóre (tzv. lži 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, neurčitost' a pýtajú sa nepriamo na to, čo potrebujú zistiť. Nepriamy prístup má podľa autorov väčšiu pravdepodobnosť, že vyvolá úprimnejšie a otvorenejšie odpovede respondenta.
- **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 samostatne 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 – tzv. *polouzavreté otázky*, ktoré ponúkajú možnosť uzavretia odpoveďovej 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
 - b. vzťahy s učiteľmi
 - c. vybavenie školy
 - d. dobré študijné výsledky
 - ✓ **Viacnásobný výber** - „Vyberte, čo je pre Vás na tejto škole dôležité (vyberte najviac 3 možnosti)“:
 - a. vzťahy so spolužiakmi
 - b. vzťahy s učiteľmi
 - c. vybavenie školy
 - d. dobré študijné výsledky
 - e. vzťah s triednym učiteľom/učiteľkou
 - f. výber rôznych záujmových krúžkov
 - ✓ **Poradová hierarchia** - „Usporiadajte nasledovné hodnoty podľa toho, ako sú pre Vás dôležité“:
 - __ vzťahy so spolužiakmi
 - __ vzťahy s učiteľmi
 - __ vybavenie školy
 - __ 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
 - b. materiálным, vecným darom
 - c. formou zážitku
 - d. finančnou odmenou
 - e. iné:

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 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>) nasledovne:

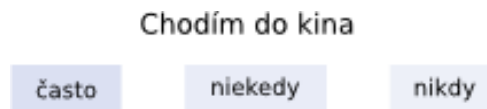
- ✓ **Numerické** – jednotlivé možnosti sú číselne (numericky) vyjadrené a odstupňované na škále/stupnici.



- ✓ **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.

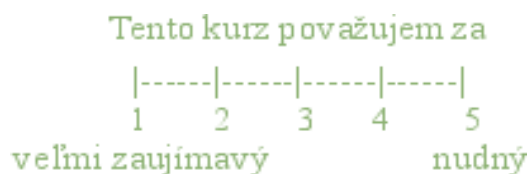


- ✓ **Symbolické** – jednotlivé možnosti sú na škále vyjadrené formou jednoduchých symbolov, čo sa najčastejšie používa najmä pri mladších deťoch (napr. mladší školský vek).



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, oblúby a pod.). Výhodou je pomerne ľahké zhotovenie, vyplnenie a vyhodnotenie, avšak nevýhodou naopak fakt, že medzi jednotlivými možnosťami zväčša nie sú merateľne rovnaké rozdiely. Príkladom je napr. poradová škála v štandardizovanom *Dotazníku HO-PO-MO*, ktorý je zameraný na meranie hodnôt, postojov a motivácie respondentov (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*).

Žiak je

introvert 1 2 3 4 5 extrovert

- ✓ **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 slovo-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 tejto učebnice.

- ✓ 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 alebo pedagogickej praxe. Nižšie uvádzame „príklad zlej praxe“, ktorý ilustruje akým spôsobom 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 vždy na nerozvážny a ľahostajný prístup diagnostika dopláca v konečnom dôsledku hlavne diagnostikovaný.

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), resp. ako špecifický druh skúšky (ŠVEC a kol. 2009). 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 je test 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. K tomuto vymedzeniu sa približuje napr. CRONBACH (1975), ktorý 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 ŘÍČANOVĚ (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 viď [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«²⁵. Testy, ktoré prešli štandardizáciou, sú zvyčajne overené na veľkom množstve probandov a pre ich využitie 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).

²⁵ 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.

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 úlohy²⁶ z testu vedomostí:

²⁶ 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 – *computer adaptive testing*). 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 psychodiagnostike²⁷ (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

²⁷ Psychologickým testom, resp. psychodiagnostickým testovým metódam sa venujeme v tejto učebnici 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 (vid' 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.

by mal byť komplexný údaj, ktorý odráža okrem školského prospechu aj štruktúru sociopsychických dispozícií žiaka. Pre didaktické testy platia nasledujúce zásady:

- ✓ 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 porovnaním 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 učitelia 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 síce staršiu, avšak stále akceptovateľnú klasifikáciu didaktických testov podľa BYČKOVSKÉHO (1982) na obr. 2 nižšie:

Obr. 2: Klasifikácia didaktických testov (BYČKOVSKÝ, 1982).

KLASIFIKAČNÉ HEADISKO	DRUHY TESTOV		
	rýchlosti		úrovne
meraná charakteristika výkonu	štandardizované		kvázi-štandardizované
dokonalosť prípravy testu a jeho prislúšenstva	štandardizované	kvázi-štandardizované	neštandardizované
povaha činnosti testovaného	kognitívne		psychomotorické
miera špecifičnosti učenia zisťovaného 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 objektivnosti 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, efektivita 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 si vždy vyberáme a pozorujeme 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, vo vzťahoch 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, registráciu získaných údajov, vyhodnotenie a komunikáciu výsledkov. Veľmi podobne uvádza tiež MUSILOVÁ (2012), 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.²⁸

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 – 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*²⁹ (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.

²⁸ 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).

²⁹ 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.

Volné 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, volne 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, keď 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 udiť.

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 vytyčeným predmetom a zámerom pozorovania. Výhodou sa tak stáva určité 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](#))³⁰. SVOBODA a kol. (2001) upozorňujú, že dobrou a nevyhnutnou pomôckou pre pozorovanie v diagnostike sú pozorovacie schémy (resp. pozorovacie protokoly)³¹, ktoré sa vyskytujú v dvoch hlavných variantoch:

- Zaznamenávame len **incidenciu** (tzn. prítomnosť/nepřítomnosť 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.

³⁰ 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).

³¹ 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.

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. rozpamätávanie sa (ŠPAŇÁR & HRABOVSKÝ, 1987). Z lekárskeho hľadiska tak hovoríme o rozpamätávaní sa, spomínaní si, resp. z filozofického hľadiska podobne o spomínaní si, 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 zisťovanie 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, 2011). 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 zisťovanie 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 neochota 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, 2011; 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 signifikantných 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.

KRÁTKE ZHRNUTIE:

- ✓ *Medzi exploračné metódy v PPD patrí metóda rozhovoru/interview, Dotazníky a inventáre, posudzovacie škály a stupnice, testy a testové metódy (vrátane didaktických testov).*
- ✓ *Medzi observačné metódy v rámci PPD zaradujeme všetky typy pozorovania ako diagnostickej metódy a medzi retrospektívne diagnostické metódy patrí anamnéza (všetky jej typy), resp. anamnestický rozhovor.*
- ✓ *Pozorovanie a rozhovor patria medzi najobľúbenejšie, najčastejšie využívané, ale zároveň najnáročnejšie diagnostické metódy s množstvom úskalí a špecifík.*
- ✓ *Pri dotazníkoch, posudzovacích škálach a stupniciach netreba zabúdať na základné psychometrické/edumetrické vlastnosti, ktoré sú ukazovateľom adekvátnosti použitia metód v rámci PPD. Aj preto treba veľmi dôkladne zvážiť, či je vhodné konštruovať vlastné dotazníky a škály pre potreby PPD.*
- ✓ *Podľa zamerania môžeme anamnézu v diagnostike rozdeliť na osobnú (OA) v rámci ktorej sa ďalej vymedzuje autoanamnéza a heteroanamnéza. Ďalej hovoríme o rodinnej (RA) a sociálnej/školskej (SA) anamnéze, ktoré sa v edukačnom prostredí využívajú najčastejšie.*



ZHRŇUJÚCE OTÁZKY:



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/dieťaťa, rodiny, resp. malej sociálnej skupiny (školskej triedy, výchovnej skupiny), čím sa zaraďujú medzi unikátne metódy PPD.

Pod pojmom »*projektívne metódy*« rozumíme v PPD všetky diagnostické metódy, techniky, testy a postupy, ktoré účelovo využívajú princíp projekcie.³² 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/projektuje) navonok, čo mu umožňuje pred nimi utiecť. Primárnym motívom projekcie je 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 (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

³² 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.

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 psychologickej diagnostike 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 diagnostika - „nepsychológ“. 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 skríningovo na zachytenie niektorých osobnostných kvalít, vzťahov k významným druhým v živote diagnostikovaného, prežívania niektorých situácií v školskom, prípadne rodinnom prostredí a pod.³³

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 *hru ako projektívnu metódu*.³⁴

³³ 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.

³⁴ SVOBODA (2005) hovorí ešte o manipulačných projektívnym metódam (resp. metódam 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 orálne 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 orálne reprodukovanej podobe. Medzi najznámejšie verbálne projektívne metódy v psychodiagnostike, ktoré môže využiť tiež „nepychológ“ v rámci PPD (väčšinou v neúplnej, zjednodušenej podobe) patria najmä *Slovný asociačný experiment*; *Nedokončené vety* a *Tematické rozprávanie*³⁵.

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 dospelujúcich 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 (iba 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: „*Napíš/povedz všetko, čo ti/vám napadne keď sa povie*“ (KASÁČOVÁ & CABANOVÁ, 2011).

³⁵ *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 „nepychológa“ v PPD.

Ak však diagnostik zameriava svoju pozornosť na sociálne vzťahy diagnostikovaného, prípadne jeho rodinu a pod., prispôsobí zoznam podnetových slov 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 nepychológ 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 prispôbené 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.³⁶

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,

³⁶ 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*).

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 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. 2:



SAMKO (12 r.) bol umiestnený spolu s 2 st. bratmi do Krízového strediska pre nezaujímajúcu a nedostatočnú starostlivosť zo strany matky, ktorá pracovala v zahraničí a odmietala prevziať za výchovu a starostlivosť detí zodpovednosť. U SAMKA išlo o hraničné pásmo MR, skôr introvertnejšie 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*)³⁷. 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

³⁷ Medzi najznámejšie verzie súborov nedokončených viet v zahraničí patria napr. *Incomplete Sentence Bank (ISB)* Rottera a Raffertyho; *Sentence Completion Test* Rohdeho; *Forer Structured Sentence Completion Test* pomenovaný po jeho autorovi Forerovi; resp. podobne Curtisov *Completion Form* a Sachsov *Sentence Completion Test*. V Českom a Slovenskom prostredí sa zvyčajne v rámci psychodiagnostiky objavuje *Test nedokončených viet* ako súčasť diagnostickej batérie tzv. *Projektívneho interview* (NAJBRTOVÁ, ŠÍPEK, LONEKOVÁ & ČÁP, 2017).

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 inými úlohami na hodnotenie jazykových, 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. 3:



DUŠAN (8 r.) bol umiestnený do Krízového strediska potom, čo staršia sestra nezvládla jeho starostlivosť (mala ho v NOS už pomerne mladá od 19 r.). 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 (vzhlľadom na jeho mentálnu kapacitu a narušenú komunikačnú schopnosť) boli použité len ako doplnujúca 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 dojdú 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“.*

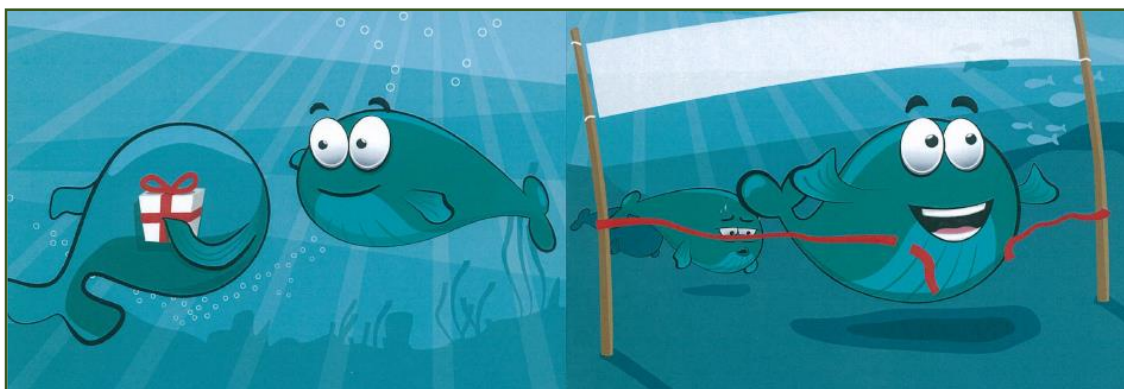
Poslednou verbálnou projektívnou metódou, ktorú sme naznačili v úvode tejto podkapitoly, je »*Tematické rozprávanie*«. Ide v podstate o modifikáciu psychodiagnostických metód, ktoré spočívajú na princípe, že diagnostikovanému sú ukázané podnetové karty (rôzne typy) a on má vytvoriť na základe podnetového obrázku príbeh.³⁸

KASÁČOVÁ a CABANOVÁ (2011, s. 103) uvádzajú, že »*pri tematickom rozprávaní má žiak vopred daný sled obrázkov a jeho úlohou je vytvoriť príbeh s dejom k jednotlivým obrázkom. Diagnostik tak sleduje napr. úroveň verbálneho vyjadrovania žiaka (bohatosť slovnnej 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 a pri krízovej intervencii, má v sebe aj značný diagnostický potenciál a je použiteľná okrem psychológov tiež pre sociálnych pedagógov, špeciálnych pedagógov a liečebných pedagógov.³⁹ 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. 3 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).

³⁸ 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); *Rosenzweigov obrázkový frustračný test* (PFT) a pod. (ŘÍČAN, KREJČÍŘOVÁ a kol., 2006).

³⁹ 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>

Obr. 3. Príklad emočných terapeutických kariet.



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 »kresbné metódy«, pretože zahŕňajú rôzne varianty kresbných 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 sebaobraz), 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 (výtvarná expresia) premieta svoje podvedomé psychické stavy, 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 procesu 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«⁴⁰ a »Blob test« a samozrejme mnohé ďalšie, ktorým sa nemáme priestor venovať v rámci tejto učebnice.

Kresba postavy patrí medzi najčastejšie využívané tematické kresebné techniky v diagnostike vôbec.⁴¹ 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, s. 105) 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 sebauvedňovania a sebahodnotenia, sebaobraz a pod.).

Zároveň treba dodať, že možných znakov, ktoré sa v kresbe dajú sledovať, je pomerne veľké množstvo. V podstate platí, že každý diagnostický systém, resp. prístup pri práci s kresebnými metódami kladie dôraz na niečo iné, resp. je založený na iných teoretických východiskách. WEINER a GREENE (2008) členia charakteristiky kresieb a ďalších diagnostických informácií, ktoré s nimi úzko súvisia, do niekoľkých kategórií. Autori tak hovoria o tzv. *štruktúrálnych dátach* (objektívne znaky kresby ako napr. kvalita línie, veľkosť, umiestnenie v rámci papiera, absencia/zdôraznenie nejakej časti), *tematických/obsahových dátach* (dopytovanie sa – tzv. *inquiry*) a *behaviorálnych dátach* (prístup diagnostikovaného ku kresbe a interakcia s diagnostikom). NAJBRTOVÁ, ŠÍPEK, LONEKOVÁ a ČÁP (2017) však upozorňujú, že diagnostickú prácu s grafickými projektívnymi metódami komplikuje množstvo faktorov, ktoré do procesu PPD vstupujú, ako napr. vývinové hľadisko (vek a psychická zrelosť diagnostikovaného), výtvarné nadanie a zručnosti, zvyk kresliť, kultúrne zázemie a ďalšie.

⁴⁰ Tejto metóde sa na tomto mieste nebudeme bližšie venovať, ale vrátime sa k nej v podkapitole [4.7 Diagnostika rodiny a rodinného prostredia a ich význam](#).

⁴¹ 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).

»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 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. 4:



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 nezaujímajúcu 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 dieťaťa 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 „Matějčekovskej terminológie“ o „jeho ľuďoch“, tzn. signifikantných

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 spĺňa 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“.⁴²

Ďalšou variantou, ktorá sa používa, je obľúbená »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 rodinu začarovanú na nejaké zvieratá. Akoby prišiel kúzelník a každého z vás by začaroval na nejaké zviera, aké by to boli?“. 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.).⁴³ 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 „nepychológ“ v roli diagnostika má. Projektívne kresobné metódy tak v tomto zmysle slúžia hlavne ako orientačný, skrínigový 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

⁴² Posledný spomenutý príklad je modifikácia kinetickej 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.

⁴³ Netreba zabúdať na dopytovanie (ako pri každej kresobnej a projektívnej metóde), kde nám dieťa objasňuje a popisuje jednotlivé postavy, ich vlastnosti, prípadne svoje vzťahy s nimi, čo už zvyčajne býva diagnosticky relevantné.

(napr. POGÁDY a kol., 1993; SVOBODA a kol., 2001; NOVÁK, 2004; ŘÍČAN, KREJČÍŘOVÁ a kol., 2006; DAVIDO, 2008; KASÁČOVÁ & CABANOVÁ, 2011; GAVORA, 2015; NAJBRTOVÁ, ŠÍPEK, LONEKOVÁ & ČÁP, 2017 a iní) nasledujúce:

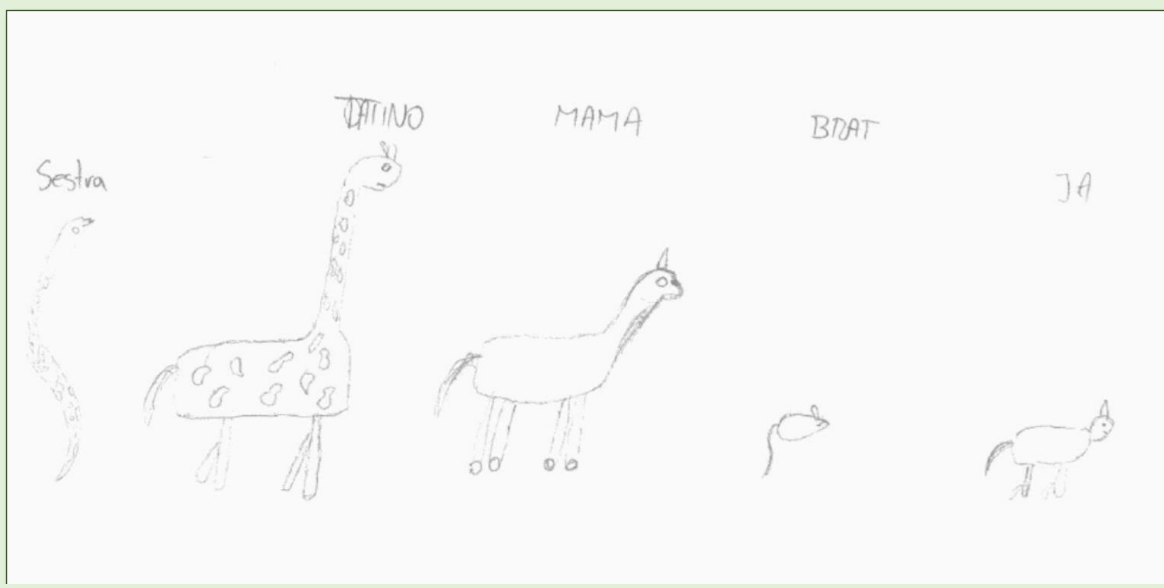
- ! **Celkový dojem** - využitie priestoru (napr. pravá/l'avá orientácia), harmonická/disharmonická kresba a pod.
- ! **Osoby a ich zobrazenie v kresbe** - napr. chýbajúce postavy a členovia rodiny (pomyselná existencia vzťahovej osoby v živote dieťaťa); veľkosť postáv (dôležitosť a významnosť pre dieťa); 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 zneužívaní 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 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. 5:



KAMILA (12 r.) má diagnostikované Špecifické vývinové poruchy učenia (dyslexiu, dysgrafiú), posledné obdobie sa prejavuje depresívna symptomatika (je úzkostná, anxiózna, seba pochybovačná, 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/>).⁴⁴ 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 predtlačeneý strom s neurčitými postavami (existujú viaceré verzie, [viď príloha 5](#)), má na výber z 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

⁴⁴ V rámci tejto učebnice tak budeme používať pôvodný názov *Blob test*, ktorý je totožný s tým, čo sa niekedy pracovne označuje ako *test kresby stromu rodiny*, resp. ZAKOUŘILOVÉJ (2014) *strom s panáčkmi*.

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

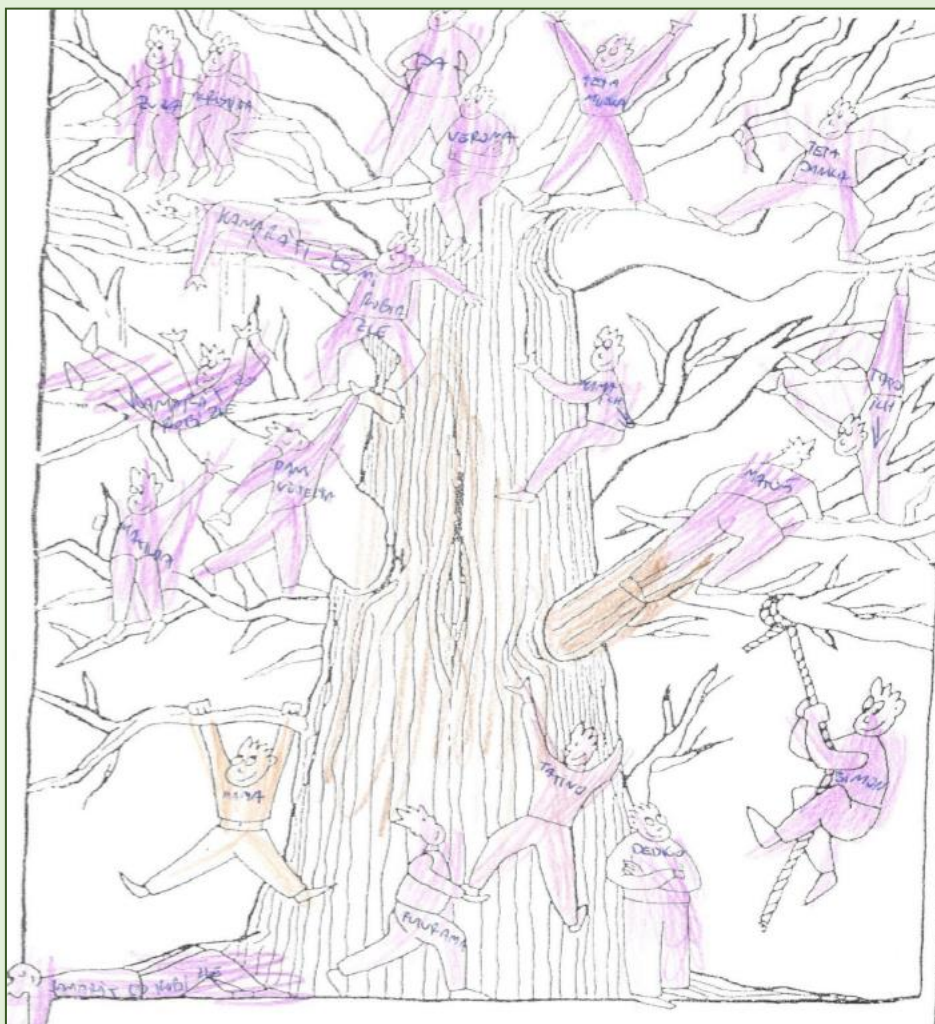
Opäť upozorňujeme na nutnosť dopytovania sa a vedenia doplňujúceho rozhovoru bezprostredne po dokreslení Blob testu u diagnostikovaného. Vhodné je pýtať sa, prečo označil tú ktorú postavu (vrátane seba), zaujímať sa, ako vníma vzdialenosť postáv na svojom strome? Aké postavy to sú a ako sa správajú?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

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

PRÍKLAD Z PRAXE Č. 6:



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 Blob test 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. Princiipiálne podobne, ako má kresba pre dieťa neverbálnu symbolickú funkciu a prejavuje sa v nej tendencia zobrazit' realitu tak, ako ju chápe a vníma, detská hra má tiež neverbálnu symbolickú funkciu a (zvlášť u predškolákov) slúži dieťaťu ako prostriedok vyrovnávania sa s realitou, ktorá môže byť niekedy zaťažujúca a ťažko spracovateľná (VÁGNEROVÁ, 2008). Zároveň sa prejaví aj schopnosť dieťaťa reprodukovat' obsah rôznymi spôsobmi (myšlienky, resp. celé naučené koncepcie poznania), čím sa aktivuje jeho vnútorný potenciál. V takomto ponímaní tak nehovoríme o hre len ako o projektívnej, ale aj reprodukčnej diagnostickej metóde (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 rámci PPD.⁴⁵

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, neiniciuje 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.
- **Zámerne** – 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.).

⁴⁵ 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.

- **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 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. Zamerat' sa môžeme tiež na cieľ konštruovania (fantázia, resp. predloha) a spôsob napĺňania tohto cieľa zo strany dieťaťa.
- **Intelektové hry** – zameriavame sa na úroveň kognitívneho vývinu, riziká špecifických vývinových porúch učenia; schopnosť dieťaťa triediť, klasifikovať, prirad'ovať, 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); laterality 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 diagnostikovaní pamäťových procesov (schopnosť reprodukcie, rozlíšenia a zapamätania melodických a rytmických vzorcov); štýlu učenia sa dieťaťa; zisťovaniu elementárnych rytmicko-muzikálnych schopností; spontaneity 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 svojou podstatou dotýka (napr. predstavy, sny a priania detí, komunikácia a komunikačné zručnosti, vzťahy, konflikty a šikana v skupine, dominancia vs. Submisivita, sociometria 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, podvádzať 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 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, nenávisť, 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 intervenčným, prevenčným, či terapeutickým a pod.).

KRÁTKE ZHRNUTIE:



- ✓ *Projektívne metódy ako pomerne unikátne, interaktívne, kreatívne a atraktívne metódy predstavujú samostatnú kategóriu metód v rámci PPD.*
- ✓ *Medzi verbálne projektívne metódy zaraďujeme napr. Slovný asociačný experiment, Nedokončené vety a Tematické rozprávanie.*
- ✓ *Medzi grafické projektívne metódy patria v podstate všetky kresebné metódy, ako napr. Kresba postavy, Kresba rodiny a začarovanej rodiny, Kresba troch stromov, Blob test.*
- ✓ *Hra predstavuje v PPD expresívnu, reproduktívnu projektívnu diagnostickú metódu. Jej využitie na diagnostické účely má svoje opodstatnenie najmä v predškolskom a mladšom školskom veku.*

ZHRŇUJÚCE OTÁZKY:



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 najpoužívanejšie 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, 2011).

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 prepracovanejši, resp. menej prepracovaný, až chybný, „nepodarený“ produkt, 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, blogy 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, fotografie, ručné práce a výrobky z rôznych materiálov a pod.). Na toto miesto by sme snád' v súčasnej dobe mohli zaradiť aj rôzne audio/video produkty (vlogy, autorské videá na YouTube a pod.), ktoré sú najmä medzi tínedžermi čoraz rozšírenejšie a často produkované.
- **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 priblížili 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, triedy 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. Netreba však zabúdať, že v súčasnosti to môžu byť aj

rôzne elektronické dokumenty, keďže množstvo pôvodných v printovej podobe nahrádzajú digitalizované verzie (napr. na EduPage).

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 (2011) 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.

V závere tejto podkapitoly možno pripomenúť aj negatívnu stránku metódy analýzy spontánnych produktov diagnostikovaného. ČOPKOVÁ (2019b) upozorňuje na to, že veľkou nevýhodou tejto kategórie metód sú najmä pomerne vážne spôsoby a postupy využívané pri vyhodnocovaní, čo súvisí najmä s tým, že v podstate neexistuje jednotne platný manuál na vyhodnocovanie diagnostických dát získaných analýzou spontánnych produktov, tvorivej činnosti žiaka.

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, s. 108) vymedzujú metódy hodnotenia a klasifikácie ako *„také, ktoré sa zameriavajú na zisťovanie úrovne osvojených vedomostí u žiakov. K diagnostikovaní 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. 2/2011 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.).⁴⁶ Ako ďalej uvádzajú autorky, skúšky verbálnych výpovedí dieťaťa s analytickým 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

⁴⁶ 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.

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' [podkapitolu 3. 1. 3](#) vyššie), ktorým sa na tomto mieste nebudeme opäť venovať. Podľa CABANOVEJ a KASÁČOVEJ (2011) môžu slúžiť písomné skúšky nielen na posúdenie 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, 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/neprítomnosti 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 zo strany 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 prospievanie žiaka a triedy ako celku, ale je zároveň 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 odlišiť »*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*,⁴⁷ ktoré sme už stručne spomenuli v predchádzajúcej podkapitole pri analýze dokumentov.

KRÁTKE ZHRNUTIE:

- ✓ *Analýza výsledkov procesu tvorivej činnosti a štúdium dokumentácie predstavujú v praxi pomerne málo využívané diagnostické metódy.*
- ✓ *Ak hovoríme o analýze výsledkov procesu tvorivej činnosti v PPD, zvyčajne sa stretáme s analýzou spontánnych písomných prejavov, kresebných prejavov, ďalších produktov tvorivého procesu a spôsobom úpravy osobného teritória žiaka/dieťaťa.*
- ✓ *V rámci metód hodnotenia a klasifikácie sa zvyčajne v praxi využíva ústne a písomné skúšanie (zvyčajne didaktické testy).*



⁴⁷ Autentické hodnotenie a žiacke portfólio môžeme nájsť bližšie popísané napr. v podkapitole 3. 3 v publikácii od GROLMUSOVEJ (2013).

ZHRŇUJÚCE OTÁZKY:



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?

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.⁴⁸

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.).

⁴⁸ J. L. MORENO bol pôvodne psychiater a sociológ rumunského pôvodu a okrem sociometrie je tiež autorom terapeutickkej 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).

Voľby jednotlivých členov získavame obvykle písomnou formou výpovedí týchto členov, pričom diagnostik vždy najskôr 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 o metódu, ktorá pripomína dotazník. »*Sociometrický test*« sa používa na zistenie vzťahov medzi členmi malej skupiny. Takýto 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 ostatným členom v skupine. Niekedy sa v rámci PPD žiada, aby diagnostikovaný vyjadril aj svoj indiferentný vzťah, ak 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*“?⁴⁹

FONTANA (1997) k voľbe „oblúbeného 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 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 diagnosticky tiež 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 a štruktúre diagnostikovanej skupiny. Tieto výsledky môžeme spracovať napr. formou »*sociometrickej matice*«, ktorá vyjadruje jednotlivé

⁴⁹ Negatívnu formuláciu – „*koho by si si nevybral*“ zvlášť neodporúčame pri mladších deťoch. Môže to pôsobiť sugestívne, až manipulatívne a vytvárať neprimeranú diagnostickú záťaž na diagnostikované dieťa, resp. podporovať jeho antipatie a hostilné správanie.

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 seba samého). 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. 5 nižšie, kde je uvedená sociometrická matica jednej výchovnej skupiny v Centre pre deti a rodiny, pri ktorej sa vyskytlo podozrenie na šikanu.

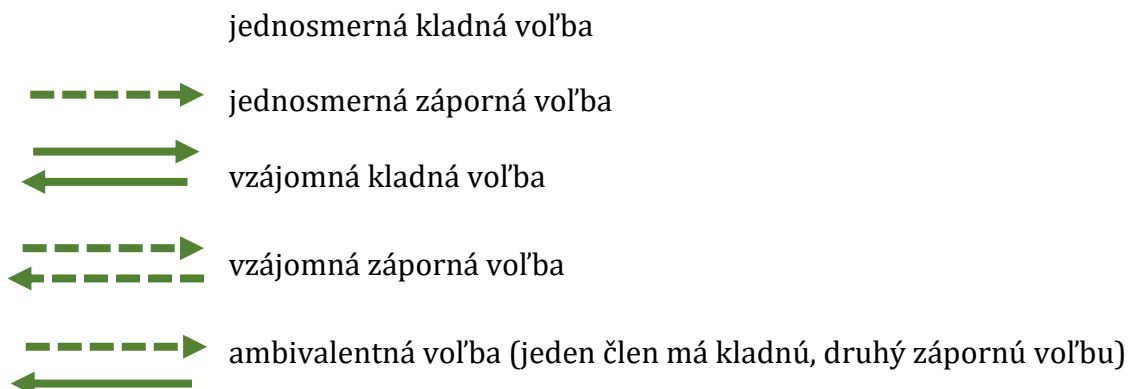
Tab. 5: Príklad sociometrickej matice výchovnej skupiny v Centre pre deti a rodiny

	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 členov⁵⁰, 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

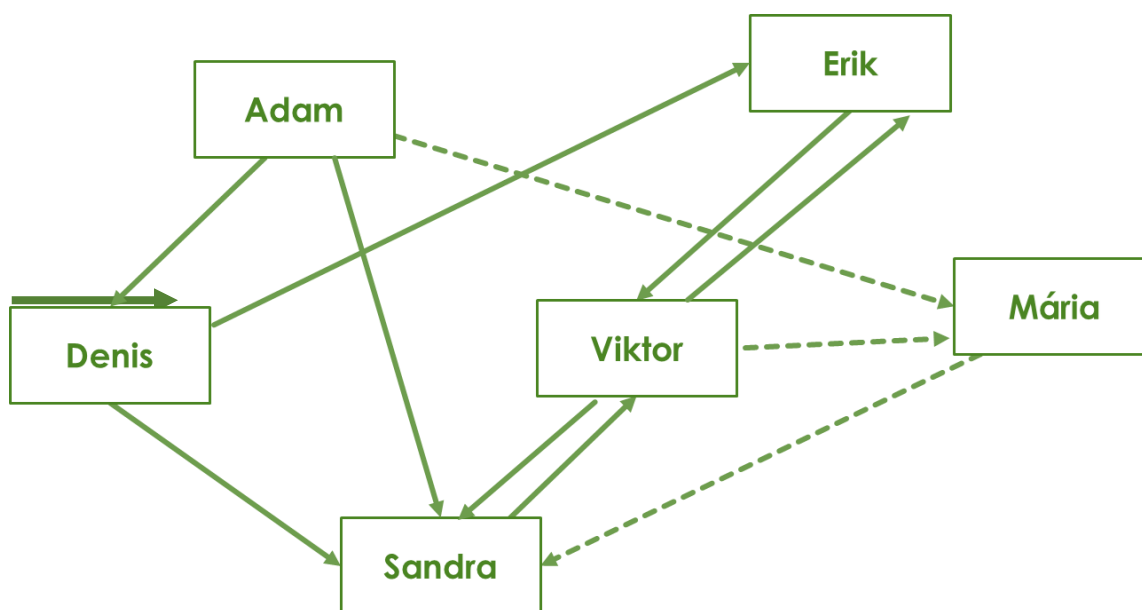
⁵⁰ GAVORA (2015) hovorí dokonca o 15 členoch ako maximálnej hornej hranici, preto je určite na zvážení diagnostika, či je vhodné použiť sociogram pri skupine, ktorá má väčší počet členov, aby tak kvôli neprehľadnosti nestrácal pre neho ako diagnostický nástroj na svojom význame.

sú jednotlivými uzlami členovia skupiny. V sociograme zvyčajne používame nasledujúce značky (GAVORA, 2015):



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. 4 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. 5 vyššie.

Obr. 4: 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 asi 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 oblúby (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)** – percepčia 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 oblúby (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 (oblúby 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 trieda⁵¹.

⁵¹ Dotazník Naša trieda nepatrí medzi klasické sociometrické metódy, ale skôr dotazníkové metódy. Dotazník skôr zachytáva sociálnu klímu v triede, ktorá nepochybne so sociometriou úzko súvisí (DITTRICH,

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 predtlačené 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).

Iná, avšak principiálne podobná metóda, ako *Hádaj kto?* je aj imaginatívny príbeh „*Plavba lod'ou*“, ktorý v sebe nesie niekoľko dôležitých sociometrických otázok týkajúcich sa rovnako obluby, vplyvu, resp. vzájomného správania sa žiakov medzi sebou v triede.

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 obluby, 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 odpočítavať jedno, pretože žiak sám seba zvyčajne nehodnotí. Pyramída sa v podstate môže kombinovať s MORENOVSKOU metódou, kde každý žiak hodnotí všetkých spolužiakov tým, že im prideli miesto v pyramíde, pričom hore najvyššie sú tí, ktorí majú podľa neho v triede/skupine najväčší vplyv/oblubu a naopak smerom dole tí, ktoré majú vplyv/oblubu postupne čoraz menšiu 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.

1003). Bližšie si ho priblížime v podkapitole [4.5](#) kde sa venujeme možnostiam diagnostikovania šikanovania.

KRÁTKE ZHRNUTIE:



- ✓ *Sociometria = sociálne meranie ako meranie malej sociálnej skupiny.*
- ✓ *Zakladateľom je J. L. Moreno, ktorý skúmal skupinovú dynamiku, štruktúru a vzťahy v malej sociálnej skupine.*
- ✓ *Základným princípom sociometrie je voľba členov skupiny, pričom sa realizuje v troch krokoch: sociometrický test, sociometrická matica a sociogram.*
- ✓ *Okrem klasického „Morenovského“ sociometrického testu sa v sociometrii tiež používa napr. Sociometrický ratingový dotazník – SORAD, Metóda „Hádaj kto?“, Plebiscit náklonnosti a odporu, Sociometrická pyramída.*

ZHRŇUJÚCE OTÁZKY:



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 sociometrických metód?

4 NIEKTORÉ VYBRANÉ APLIKAČNÉ OBLASTI PEDAGOGICKO-PSYCHOLOGICKEJ DIAGNOSTIKY

Po krátkom exkurze od základnej terminológie PPD, cez metodológiu a jej elementárne princípy, ktoré v diagnostickej praxi nemožno opomenúť, sme si priblížili jednotlivé kategórie metód využiteľných „nepsychológom“ – diagnostikom. V poslednej štvrtej kapitole sa pokúsime v krátkosti priblížiť niektoré vybrané aplikačné oblasti, resp. rôzne typy problémov s ktorými sa v procese PPD môže diagnostik v edukačnom prostredí reálne stretnúť.

Určite by sme našli v súčasnosti podstatne väčšie množstvo problematických oblastí, ktorým musia pedagogickí a odborní zamestnanci vo výchovno-vzdelávacom procese často čeliť a riešiť ich aj z pozície diagnostika. Vyberáme však tie, ktoré sú najčastejšie skloňované aj v odbornej literatúre, ktoré sa venuje témam pedagogickej, psychologickkej, resp. pedagogicko-psychologickej diagnostiky. Postupne si tak priblížime možnosti diagnostikovania školskej zrelosti a pripravenosti dieťaťa na nástup do školy. Pokúsime sa priblížiť „nepsychologickú diagnostiku“ využiteľnú pri zachytení intelektových schopností dieťaťa, resp. tvorivosti a tvorivých schopností, ktoré s tým často súvisia. Rizikové a problémové správanie si rovnako popíšeme z pohľadu PPD – špeciálne postupy a metódy vhodné pre identifikovanie takéhoto typu správania v edukačnom procese.

Veľmi citlivá, avšak stále aktuálna téma vo výchovno-vzdelávacích zariadeniach je šikana, ku ktorej často dochádza bez toho, aby na to niekto adekvátne reagoval. Priblížime si tak možnosti PPD pri šikanovaní v školskom prostredí, prípadne inom mimoškolskom – výchovno-vzdelávacom kontexte. Veľmi dôležitú zložku diagnostikovania každého dieťaťa/žiaka by mali tvoriť aj zmapovanie si rodinného prostredia a rodiny diagnostikovaného, čomu sa budeme venovať v poslednej podkapitole.

4. 1 ŠKOLSKÁ SPÔSOBILOSŤ, PRIPRAVENOSŤ A ZRELOSŤ DIEŤAŤA Z POHLADU DIAGNOSTIKY

Prvou aplikačnou oblasťou, kde má PPD svoje neodmysliteľné miesto, je nástup dieťaťa do školy. Predmetom diagnostikovania sa tak stáva »školská pripravenosť« resp. »školská spôsobilosť« či »školská zrelosť«. Zvyčajne sa zaraďuje diagnostika školskej zrelosti do diagnostickej činnosti pri práci s deťmi predškolského veku, avšak v praxi sa s touto problematikou stretávajú takmer rutinne aj učitelia na prvom stupni základných škôl. Súvisí to najmä s tzv. „školskou nezrelosťou“, ktorá potom často môže vyústiť do rôznych výchovných a vzdelávacích problémov a ťažkostí žiakov pri vstupe do školy (DITTRICH, 1993).

Aby sme si však mohli priblížiť diagnostické možnosti pri posudzovaní školskej spôsobilosti, je nutné jej dôkladné vymedzenie. Podľa viacerých autorov (napr. VALACHOVÁ, 2009; KASÁČOVÁ, CABANOVÁ a kol., 2013 a iní) predstavuje školská spôsobilosť strešný termín, ktorý integruje pojmy školská zrelosť a pripravenosť vo vzájomnej súčinnosti. Zároveň treba dodať, že sa jedná o termíny, ktoré sa v praxi často zamieňajú,

resp. používajú synonymicky a v totožnom kontexte, čo pri komunikácii o diagnostikovanom môže a nemusí spôsobiť určité komplikácie.

Školská spôsobilosť v modernom ponímaní, sa tak podľa LIPNICKEJ (in KASÁČOVÁ, CABANOVÁ a kol., 2013) začala objavovať začiatkom 21. storočia v legislatívnych úpravách a inovovaných teoreticko-praktických postupoch pri jej zisťovaní. Zákon 245/2008 o výchove a vzdelávaní (tzv. školský zákon) rozumie pod pojmom školská spôsobilosť „súhrn psychických, fyzických a sociálnych schopností, ktorý dieťaťu umožňuje stať sa žiakom a je predpokladom absolvovania výchovno-vzdelávacieho programu základnej školy.“ Zvyčajne je podľa LIPNICKEJ (in KASÁČOVÁ, CABANOVÁ a kol., 2013) školská spôsobilosť posudzovaná v dvoch rovinách – v rovine školskej zrelosti a v rovine školskej pripravenosti. Diagnostický proces, ako aj kompetenčný rámec diagnostika determinujú obidve vyššie spomenuté roviny školskej spôsobilosti.

Školská pripravenosť (*school readiness*) predstavuje vývinový stupeň (podľa noriem), na ktorom sa aktuálne dieťa nachádza. Z vývinového hľadiska tak zahŕňa jednotlivé oblasti školskej pripravenosti (VALACHOVÁ, 2009):

- ✓ *Kognitívna* (kognitívne procesy ako vnímanie, pozornosť, pamäť, myslenie a predstavivosť)
- ✓ *Emocionálno-sociálna* (akceptácia novej roly školáka, rešpektovanie nových pravidiel, noriem, režimu a autority, komunikácia a interakcia so spolužiakmi a učiteľom).
- ✓ *Pracovná* (prevziať pracovné úlohy a naučiť sa pri nich určitý čas zotrvať)
- ✓ *Somatická* (zdravý vývoj dieťaťa, zrenie organizmu a CNS, zvýšenie odolnosti voči záťaži a pod.)

MERTIN (2003) hovorí o tom, že školská pripravenosť v podstate integruje komplex charakteristík dieťaťa s očakávaniami rodičov, úrovňou (kvalitou) domáceho prostredia, vplyvom predškolského vzdelávania a požiadaviek, nárokov školského systému. Podľa KASÁČOVEJ a CABANOVEJ (2011) predstavuje školská pripravenosť súhrn poznatkov, schopností a zručností (vrátane emocionálne, sociálnej samostatnosti s viacerými sociálnymi a samoobslužnými návykmi), ktorými dieťa disponuje pred nástupom do školy a to na takej úrovni, aby zvládlo školské povinnosti. LIPNICKÁ (in KASÁČOVÁ, CABANOVÁ a kol., 2013) dodáva, že diagnostikovanie školskej pripravenosti spadá do gescie a kompetencie učiteľov predprimárneho a primárneho vzdelávania, odborníkov v oblasti špeciálnej a sociálnej pedagogiky, liečebnej pedagogiky a samozrejme tiež školských psychológov, resp. poradenských psychológov, ktorí patria zvyčajne svojou pôsobnosťou pod príslušné Centrá pedagogicko-psychologického poradenstva a prevencie (CPPPaP). A práve diagnostický záver psychológa, resp. špeciálneho pedagóga CPPPaP je formálne platným a smerodajným dokumentom pre zápis dieťaťa do školy.

Pod pojmom »školská zrelosť« (*school maturity*) DITTRICH (1993, s. 19) chápe „*takú psychickú a fyzickú pripravenosť dieťaťa na školu, ktorá mu umožňuje optimálne zapojenie do vyučovacieho procesu bez nebezpečenstva ohrozenia fyzického a duševného zdravia pri školskej záťaži*. Zvyčajne je výsledkom biologického procesu zrenia nervového systému a všetkých doposiaľ zažitých skúseností dieťaťa. LANGMEIER a KREJČÍŘOVÁ (2006)

pokladajú za dôležité poznávanie jednoty bio-psycho-sociálneho vývinu dieťaťa na konci obdobia predškolského veku. Podľa nich môžeme za školsky zrelé považovať dieťa vtedy, ak dosiahne taký vývinový stupeň, kedy je schopné plnohodnotne sa zúčastňovať školského vyučovania a úspešne tak zvládať nároky a požiadavky školy. Posudzovanie školskej zrelosti tak podľa LIPNICKEJ (in KASÁČOVÁ, CABANOVÁ a kol., 2013) prislúcha špecialistom v oblasti psychológie a medicíny (pediater sa napr. vyjadruje k zdravotnej spôsobilosti dieťaťa pri nástupe do ZŠ).

Ak by sme mali prejsť k niektorým konkrétnym diagnostickým možnostiam pri posudzovaní školskej pripravenosti, netreba zabúdať na to, čo nám pripomína napr. LIPNICKÁ (in KASÁČOVÁ, CABANOVÁ a kol., 2013). Doposiaľ totižto nebola vytvorená a publikovaná metodická príručka, ktorá by predstavovala ucelený diagnostický materiál pre komplexné posudzovanie školskej pripravenosti. V praxi to má také následky, že učitelia buď preberajú iné komplexné postupy, ktoré sú však určené pre psychológov resp. špeciálnych pedagógov. Alebo nachádzajú rôzne dostupné neoverené postupy, ktoré sú často k dispozícii na internete a veľa krát bez overenia edumetrických vlastností, či známej adaptácie na naše podmienky. Inokedy zase tvoria vlastne diagnostické nástroje, čo je tiež pomerne rizikové a odvážne (bližšie viď podkapitoly [2.1](#) a [2.2](#)). Často je to však kombinácia viacerých diagnostických metód, ktoré zväčša parciálne prispievajú k posudzovaniu celkovej školskej pripravenosti dieťaťa, ako napr. pozorovanie, rozhovor (s dieťaťom, rodičmi, resp. pedagógom z MŠ), analýza detskej hry, rôzne testy a skúšky, analýza procesu výsledkov tvorivej činnosti a štúdium dokumentácie dieťaťa.

Medzi najčastejšie používané diagnostické nástroje v našich kultúrnych podmienkach patria najmä KERN-JIRÁSKOV orientačný test školskej zrelosti, Vinelandská škála sociálnej zrelosti, Test tváre (tzv. *Face test* – FT), Matějčekov test obkresľovania, Edfeldtov reverzný test, Wepman-Matějčekov test sluchovej diferenciacie resp. „Filipínska miera“ (najmä v minulosti) a ďalšie (DITTRICH, 1993; LIPNICKÁ in KASÁČOVÁ, CABANOVÁ a kol., 2013; BORBÉLYOVÁ & ŠPERNÁKOVÁ, 2014). Tieto nástroje sa však zvyčajne používajú pod gesciou psychológa, kedy napr. často školský psychológ, ktorý je prítomný spoločne s učiteľkou pre primárne vzdelávanie na zápise dieťaťa do školy, využíva niektoré úlohy pri zachytení školskej zrelosti a pripravenosti dieťaťa pred nástupom do školy.⁵²

Asi najčastejšie skloňovaná JIRÁSKOVA (1992) modifikácia pôvodných KERNOVÝCH šiestich úloh predstavuje súbor troch úloh, ktoré nám podávajú diagnosticky cenné informácie o úrovni psychického, emocionálneho a osobnostného vývinu dieťaťa. Zvyčajne ide o tri oblasti – úlohy:

- ✓ **Kresba (mužskej) postavy** – bez predlohy dieťa kreslí ľudskú postavu, pričom sa posudzujú základné parametre, ako pri kresbe ľudskej postavy vôbec (napr. veľkosť, proporcionalita, reálnosť jednotlivých častí a pod.).
- ✓ **Napodobnenie písma z predlohy** – dieťa odpisuje podľa predlohy krátke písané slová (napr. *Eva je tu; Sev pa li; Ci yl osn*) a hodnotí sa veľkosť a tvar písmen (nemali by byť 2-krát väčšie ako predloha), interpunkcia, vodorovná

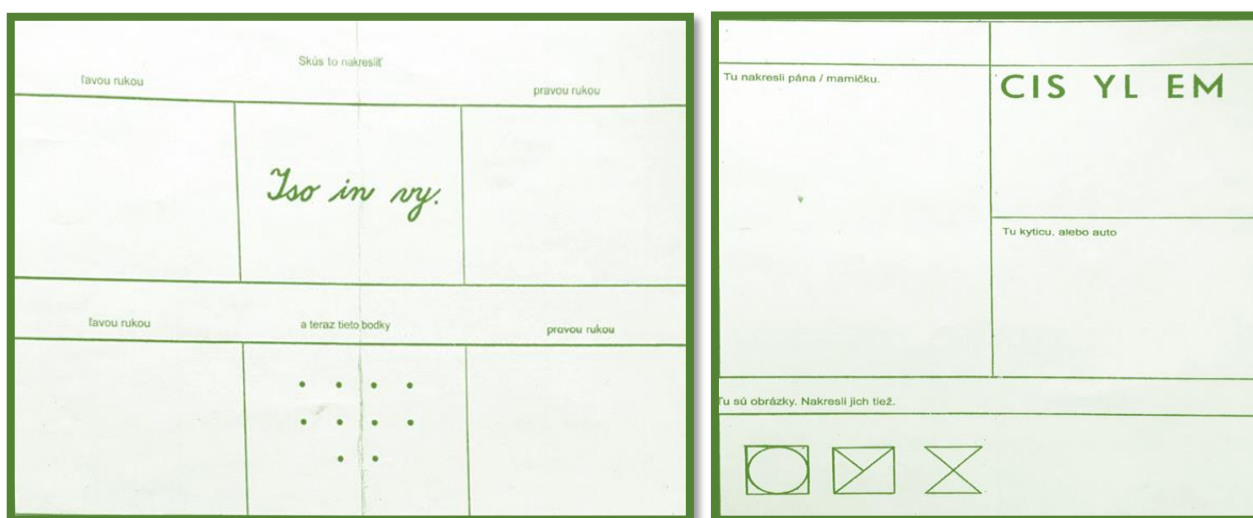
⁵² Pomerne ucelený prehľad materiálov vhodných na pedagogickú diagnostiku dieťaťa v MŠ v súvislosti so školskou pripravenosťou a zrelosťou ponúka LIPNICKÁ (in KASÁČOVÁ, CABANOVÁ a kol., 2013, s. 66-68).

lína písaného textu (nemalo by sa to odkláňať od línie predlohy o viac ako 30%).

- ✓ **Odkreslenie skupiny desiatich bodov podľa predlohy** – dieťa napodobňuje predlohu čo najpresnejšie, pričom obrazec by mal byť rovnobežný s predlohou (tri riadky – tri bodky presne pod sebou a desiatka bodka v poslednom stĺpci osamotene).

JIRÁSKOV orientačný test školskej zrelosti (1992) je štandardizovaným a overeným diagnostickým nástrojom, aj keď ho nemožno považovať za komplexný nástroj na posudzovanie školskej zrelosti, pripravenosti či spôsobilosti dieťaťa. Pre lepšiu ilustráciu vyššie popísaných troch úloh uvádzame výňatok z JIRÁSKOVHO testu na obrázku č. 5 nižšie.

Obr. 5 Príklad jednotlivých úloh z JIRÁSKOVHO orientačného testu školskej zrelosti



Nižšie uvádzame príklad z praxe č. 8, ktorý ilustruje konkrétny postup pri zápise do 1. ročníka ZŠ, pri ktorom sa inšpirovali aj niektorými úlohami KERNOVHO, resp. JIRÁSKOVHO orientačného testu školskej zrelosti.

PRÍKLAD Z PRAXE Č. 7:



Jedna veľká mestská Základná škola s materskou školou využíva pri zápise do 1. ročníka spoluprácu školského psychológa s učiteľom pre primárne vzdelávanie, ktorí sú spoločne vždy na zápise prítomní. Okrem toho, že majú rozdelené úlohy a kompetencie, každý vedie časť stretnutia s rodičmi a dieťaťom. Snažia sa postupovať hrovou, tvorivou formou, aby to pre deti bolo primerane zaťažujúce, ale zároveň dostatočne zaujímavé. Dieťa má najskôr nakresliť ľudskú postavu (otecka alebo mamičku), potom pokračuje prepisom predtlačeného textu a ak vie, môže skúsiť napísať svoje meno. Ďalej má porátať bodky v predlohe (je ich 5) a zoradiť číslice od 1 do 5. Potom pokračuje v identifikácii rôznych tvarov, malo by poznať farby a orientovať sa v jednotlivých stranách a smeroch pri rôznych obrazcoch v predlohe (napr. čo vidíš vedľa slniečka vľavo hore?). Učiteľ aj psychológ využívajú pozorovací záznamový arch, kde si zapisujú všetky základné údaje a parametre z prebiehajúceho plnenia úloh pri práci s dieťaťom. Takto získané údaje im slúžia ako podklad k vyhodnoteniu celkovej školskej spôsobilosti dieťaťa. Ak sa objaví dieťa, ktoré nemá napr. kvalitu detskej kresby zodpovedajúcu vývinovej úrovni v tom danom veku, či nevie primerane reagovať v niektorých úlohách, resp. sa objavia iné zásadné zistenia, ktoré naznačujú pochybnosti o školskej spôsobilosti dieťaťa, rodičom je vždy odporúčané vyšetrenie v CPPPaP, ktoré je následne smerodajné.

Ďalšou zaujímavou metódou pôvodne dánsky *Kresebný test školskej pripravenosti*, ktorý v našich kultúrnych podmienkach adaptovali GAJDOŠOVÁ a HERÉNYIOVÁ (1996). Tento test slúži prioritne na orientačnú diagnostiku školskej pripravenosti detí pred vstupom do základnej školy, tzn. ešte v MŠ. Test umožňuje v relatívne krátkom čase pomerne spoľahlivo odhadnúť celkovú úroveň školskej pripravenosti, ale tiež úroveň rozvoja niektorých dôležitých kognitívnych procesov, potrebných na zaškolenie dieťaťa a zvládnutie nárokov a požiadaviek školy v oblasti vnímania, myslenia, pamäťových, grafomotorických schopností a pod. Celkovo obsahuje 11 úloh, ktoré sú postavené na princípe projekcie (bližšie vid' [podkap. 3. 2](#)). Dieťa tak kreslí presne definované tvary, obrazce a diagnostik (zvyčajne učiteľka v MŠ) získava informácie o pracovnom štýle a tempe dieťaťa, úrovni porozumenia pojmov a matematických relácií, úrovni pamäte, vizuálnych a motorických schopností (jemná motorika, grafomotorika a vizuomotorická koordinácia) a celkovo o všeobecnej vývinovej úrovni dieťaťa, čo je diagnosticky veľmi podstatné. Prvých šesť úloh zastupuje skôr oblasť toho, čo by sa mali deti naučiť v škole a zvyšných päť úloh prináša informácie o reálnom živote dieťaťa a jeho vnímaní okolitého sveta (BORBÉLYOVÁ & ŠPERNÁKOVÁ, 2014).

Okrem vyššie uvedených metód, môže diagnostik – „nepsychológ“ vytvoriť vlastný diagnostický postup, resp. úlohy, ktorými sa dá bezpečne posúdiť pripravenosť dieťaťa na školskú dochádzku. Mal by samozrejme rešpektovať všetky odborné a etické zásady a metodologické náležitosti, ktorým sme sa venovali v [podkapitole 1. 4](#) resp.

v podkapitolách [2.1](#) a [2.2](#). Celý diagnostický proces by však mal byť aj napriek tomu vedený a realizovaný v úzkej spolupráci s psychológom, resp. špeciálnym pedagógom.

KRÁTKE ZHRNUTIE:

- ✓ Školská spôsobilosť predstavuje strešný pojem, ktorý v sebe zahŕňa aj školskú pripravenosť a zrelosť dieťaťa.
- ✓ Participovať na diagnostikovaní školskej spôsobilosti, pripravenosti a zrelosti má viacero odborných a pedagogických zamestnancov (orientačná diagnostika, skríning a depistáž), avšak samotnú diagnostiku školskej spôsobilosti vykonáva ako kompetentný diagnostik psychológ, resp. špeciálny pedagóg v rámci CPPPaP.
- ✓ V praxi sa využíva viacero overených aj neoverených diagnostických metód a postupov pri posudzovaní školskej spôsobilosti, pripravenosti a zrelosti.



ZHRŇUJÚCE OTÁZKY:

Po preštudovaní podkapitoly o možnostiach diagnostiky školskej spôsobilosti, pripravenosti a zrelosti, by sme mali vedieť odpovedať na nasledujúce otázky:



Čo znamenajú pojmy školská spôsobilosť, pripravenosť a zrelosť?

Aký je rozdiel medzi školskou spôsobilosťou, pripravenosťou a zrelosťou dieťaťa?

Kto je kompetentným diagnostikom pri posudzovaní školskej spôsobilosti, pripravenosti a zrelosti dieťaťa?

Kto realizuje orientačnú diagnostiku (skrining, depistáž) pri skúmaní školskej spôsobilosti, pripravenosti a zrelosti dieťaťa?

Aké diagnostické metódy máme k dispozícii v rámci PPD pri posudzovaní školskej spôsobilosti, pripravenosti a zrelosti dieťaťa?

4. 2 ROZUMOVÉ SCHOPNOSTI A MOŽNOSTI „NEPSYCHOLOGICKEJ“ DIAGNOSTIKY

Ďalšou oblasťou, ktorá primárne spadá do oblasti psychologickkej diagnostiky, pričom diagnostik – „nepsychológ“ môže rovnako parciálne prispieť k diagnostickému procesu, je zisťovanie rozumových, intelektových schopností. Najskôr je však dôležité vymedziť, čo presne máme na mysli pod pojmom »rozumové schopnosti«. HRABAL (1989) o nich hovorí, že sa prejavujú nachádzaním, transformáciou a vytváraním logických vzťahov a závislostí. Ich podiel na vnútornej psychickej činnosti je tým vyšší, čím výraznejší je podiel zovšeobecňovania (podobnosti), diferenciacie (odlišnosti) a abstrakcie. Individuálne rozdiely v rozumových schopnostiach sú výsledkom pôsobenia biologických a socializačných činiteľov, pričom tvoria podstatnú zložku výkonových schopností a celkovej úspešnosti žiakov v škole. Rozumové schopnosti sú tak závislé na vlohách, zrení, ale tiež na výchove a učení, čo vytvára práve priestor pre diagnostikovanie a následný rozvoj v rámci výchovy a vzdelávania. Navyše sú podstatnou zložkou výkonových schopností a celkovej úspešnosti žiakov v škole. V takomto kontexte tak môžeme rozumové schopnosti synonymicky označovať ako *intelektové schopnosti*, pretože úzko súvisia práve s intelektovým vývinom a úrovňou inteligencie dieťaťa. Inteligenciu na tomto mieste⁵³ vnímame v súlade s VÁGNEROVOU a KLÉGROVOU (2008), ktoré hovoria o tom, že ju možno chápať ako:

- ✓ *schopnosť myslieť a účelne spracovávať dostupné informácie*
- ✓ *schopnosť učiť sa zo skúsenosti*
- ✓ *využívanie svojich vedomostí a schopností pri zvládaní nárokov prostredia (napr. školského).*

V súvislosti s PPD však treba dodať, že v súčasnosti existuje pomerne veľké množstvo koncepcií a modelov inteligencie, ktoré tvoria často východiská a teoretický „background“ pre jednotlivé metódy diagnostikovania inteligencie. Vhodné je tak oboznámiť sa pri každej diagnostickej metóde zvlášť s teoretickými východiskami, aby bolo jasné, z čoho autori tej danej metódy vychádzali, ako chápali pojem inteligencie a v neposlednom rade ako získané diagnostické výsledky interpretovali.

Okrem inteligencie sú rozumové schopnosti spájané s úrovňou kognitívneho vývinu dieťaťa (napr. VALACHOVÁ, 2009). Diagnostik by tak mal vždy pri zisťovaní rozumových schopností poznať úroveň kognitívneho vývinu, kde sa aktuálne diagnostikovaný nachádza. Medzi najznámejšie a „najskloňovanejšie“ teórie kognitívneho vývinu patrí nepochybne PIAGETOVA koncepcia. Jean PIAGET chápe inteligenciu ako určitú hodnotu, kvalitu, úroveň rozumovej operácie na vonkajšom a vnútornom predmete (obsahu) myslenia (podľa DANIEL a kol., 2005). Vo svojej teórii kognitívneho vývinu rozlišuje PIAGET nasledujúce štádiá:

- ✓ ***Senzomotorické štádium (do 2 r.)*** – myšlienkové operácie dieťaťa sú veľmi úzko naviazané na reálne vykonávanú činnosť, bezprostredné vnímanie a

⁵³ Samozrejme vymedzenie inteligencie predstavuje samostatnú oblasť, ktorá je dosť široká, avšak pomerne dobre preskúmaná, preto sa jej v rámci tejto podkapitoly nebudeme bližšie venovať. Odporúčame tak napr. podrobne spracovanú monografiu RUISELA (2004) s názvom *Inteligencia a myslenie*.

motorické akty. Dieťa si tak osvojuje rôzne senzomotorické štruktúry zručností a to prevažne vo vzťahu k vonkajším podnetom. V 2. roku sa dostáva na kvalitatívne vyššiu úroveň predpojmového myslenia s čím súvisí nasledovný vývin reči.

- ✓ **Predoperačné štádium (do 6/7 r.)** – v tomto štádiu činnosť a aktivita so skutočnými predmetmi môže prejsť do činnosti uskutočňovanej len v predstave, myslení (fantázii). V tomto období symbolického myslenia (2-4r.) dieťa používa slová skôr ako predpojmy, než ako skutočné pojmy. Usudzovanie je založené na analógiách, zaťažené fantáziou. Neskôr (4-6r.) sa dostáva na úroveň názorného myslenia a začína uvažovať v pojmoch – pojmové myslenie.
- ✓ **Štádium konkrétnych operácií (do 10 r.)** – dieťa je schopné (od 7r.) reálnych logických operácií, vytvára úsudky (bez závislosti na predchádzajúcej videnej podobe) a tiež dedukuje. Postupne začína chápať príčinným vzťahom a súvislostiam, čím dokáže myslieť kauzálne.
- ✓ **Štádium formálnych operácií (od 10/11 r.)** – dospelávajúci je schopný operovať s pojmami, ktoré sú všeobecnejšie, abstraktnejšie. Rozvíja sa tak jeho hypoteticko-deduktívne usudzovanie, čo súvisí s vyššou mierou kritickosti, hľadaním logických súvislostí a pod. (JAKABČIC, 2002).

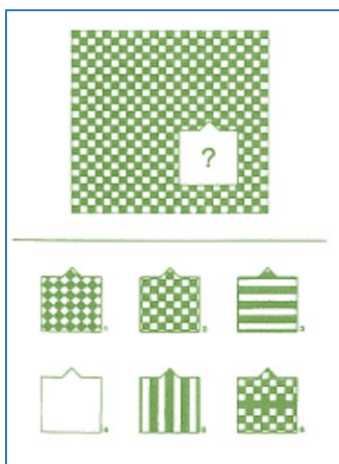
Diagnostik by sa tak mal orientovať v základných vývinových úlohách a krokoch, ktorými postupne psychický vývin v oblasti kognitívnych procesov prebieha. V rámci procesu PPD nemôžeme opomenúť realitu vývinového obdobia, ktoré je pre diagnostikovaného aktuálne, preto by sme mali zvlášť pri diagnostikovaní rozumových schopností brať ohľad na príslušnú úroveň kognitívneho vývinu diagnostikovaného.

Práve z vyššie uvedeného vymedzenia štádií kognitívneho vývinu vychádzajú aj *Piagetove testy kognitívnych operácií – Testbatterie zur Erfassung Kognitiver Operationen TEKO* (WINKELMANN, VÁRYOVÁ & MIKULAJOVÁ, 1996). Test obsahuje sériu úloh v 9 subtestoch, ktoré sa snažia experimentálne overiť kvalitatívne parametre detského spôsobu myslenia a to najmä prechod z tzv. predoperačného štádia do štádia konkrétnych operácií. TEKO tak meria jednotlivé vývinové špecifické fenomény (ako napr. zachovanie, seriáciu), ktoré sú typické pre jednotlivé vekové obdobia. Tvoria ho úlohy v subtestoch ako napr. zachovanie množstva tekutiny, zachovanie počtu, zaradenie do tried, matrice, poloha v priestore, asymetrické zoradovanie, jednoduché priradovanie, zachovanie poradia a meranie. Testová príručka uvádza percentilové normy pre slovenskú populáciu detí vo veku od 5 do 9 rokov (MIKULAJOVÁ, 2010).

Na tomto mieste možno spomenúť ďalší z nástrojov na skriningové diagnostikovanie úrovne kognitívneho vývinu dieťaťa a využiteľný aj pre nep psychologickú diagnostiku *CHIPS. Children's Problem Solving - CHIPS* je neverbálna testová metóda vytvorená tímom dánskych autorov HANSEN, KREINER a ROSENBERG HANSEN (1994) na zachytenie kognitívneho vývinu a identifikovanie stratégií pri riešení problémov. Test, ktorý je primárne určený pre učiteľov, je pôvodne nastavený pre 5-13 ročných a výsledkom nie je úroveň inteligencie, či nadania, ale skôr opis toho, ako dieťa v testovej situácii pracuje a postupuje pri riešení rôznych typov úloh. CHIPS tvorí celkovo 40 matric

úloh v troch kategóriách – základná úroveň poznania, analyticko-syntetická úroveň poznania a celková úroveň poznania. Test prebieha tak, že dieťaťu sa prezentujú obrázky formou matríc s políčkami na odpovede. Dieťa si vyberá jeden z obrázkov a príslušné políčko označí. Úlohy v tomto teste si tak vyžadujú rôzne formy medzipriestorového spracovania a sú vizuálnej povahy. Apel je tak kladený na „vnútornú reč dieťaťa“ a jeho matematicko-logické uvažovanie, ktoré aplikuje pri vypracovávaní úloh. Riešenia sú tak výsledkom multifaktoriálnych kognitívnych procesov v ktorých ústia viaceré čiastkové funkcie. Pre ilustráciu uvádzame príklad jednej z úloh, ktoré sú v teste CHIPS využité (viď obrázok 6 nižšie).

Obr. 6 Príklad jednej z úloh v teste CHIPS (HANSEN, KREINER & ROSENBERG HANSEN, 1994).



Existujú samozrejme aj ďalšie diagnostické možnosti pri zisťovaní úrovne kognitívneho vývinu, resp. kognitívnych schopností, ktoré pripadajú v tomto kontexte do úvahy. V skratke možno spomenúť jednu z najobľúbenejších a najrozšírenejších metód vo Veľkej Británii *Test kognitívnych schopností – TKS* (THORNDIKE, HAGEN & VONKOMER, 1997). Test diagnostikuje schopnosti v troch oblastiach – verbálnej, neverbálnej a kvantitatívnej (počtovej) a je adaptovaný pre žiakov od 7 do 16 rokov. Ďalšia testová batéria je *KAUFMANOVA hodnotiaca batéria pre deti – K-ABC* (KAUFMAN & KAUFMAN, 1999), ktorá meria intelektové schopnosti a výkonnosť detí od 2 a pol do 12 a pol roka. Teoretické východiská K-ABC sú najmä v neuropsychologickej koncepcii LURIJU, ktorí rozdeľuje dva typy mentálnych operácií v ktorých prevažne pracuje ľudský mozog – simultánne a sekvenčné spracovanie informácií. Inteligencia je tu definovaná ako individuálny spôsob riešenia problémov a spracovania informácií. Batéria pozostáva z celkovo 16 subtestov, ako napr. pohyby ruky, opakovanie čísel, poradie slov, magické okno, rozpoznávanie tvárí, priestorová pamäť, aritmetika, čítanie – dekodovanie a porozumenie (podľa MIKULAJOVÁ, 2010).

Ďalší dôležitý bod, na ktorý nemožno zabudnúť, je úroveň inteligencie, ktorá môže byť výsledkom diagnostikovania inteligencie psychológom a často sa s ňou stretne diagnostik „nepsychológ“ v rámci PPD pri štúdiu dokumentácie diagnostikovaného (napr. správy z CPPPaP a pod.). Je tak dôležité, aby rozumel stanovenej úrovni inteligencie, vedel sa orientovať v jednotlivých stupňoch inteligencie, podľa ktorých je často pri

diagnostikovaní inteligencia klasifikovaná. Nižšie uvádzame v tabuľke č. 6 klasifikáciu inteligencie podľa Davida WECHSLERA (in Zelinková, 2001), ktorá sa v praxi často využíva.

Tab. 6: *Klasifikácia inteligencie podľa Wechslera (in ZELINKOVÁ, 2001)*

130 ≥	Značne nadpriemerná inteligencia (asi 2,2% populácie)
120 - 129	Nadpriemerná inteligencia (asi 6,7% populácie)
110 - 119	Mierne nadpriemerná inteligencia (asi 16,1%)
90 - 109	Priemerná inteligencia (asi 50%)
80 - 89	Podpriemerná inteligencia (asi 16,1)
70 - 79	Inferiorita – tzv. hraničné pásmo (asi 6,7%)
69 ≤	Mentálna retardácia (asi 2,2%)

Viacere diagnostické metódy (v rámci psychodiagnostiky napr. WECHSLEROVE intelligenčné škály WAIS a WISC) vychádzajú práve z takejto alebo podobnej klasifikácie a diagnostickým záverom je tak stanovenie úrovne inteligencie u diagnostikovaného (napr. verbálny, performačný a celkový intelligenčný kvocient – IQ vo WECHSLEROVÝCH testoch).

Pri posudzovaní úrovne rozumových schopností má diagnostik v rámci PPD niekoľko zdrojov z ktorých čerpá diagnosticky relevantné informácie. V prvom rade je kľúčové poznanie vývinovej úrovne diagnostikovaného, ktorá priamo súvisí aj s úrovňou rozumových schopností dieťaťa v rámci ontogenézy. Rozumové schopnosti tiež často úzko súvisia so školskou úspešnosťou žiakov resp. napr. výkonom v psychologických testoch. Čím sú vyššie nároky a požiadavky na výkon, činnosť žiaka, tým sa zvyšuje produktivita, resp. úspešnosť/neúspešnosť pri ich zvládaní. Ak žiak takéto nároky zvláda, je úspešný a možno predpokladať vyššiu úroveň rozumových schopností (HRABAL, 1989; VONKOMER, 1990). Učiteľ/vychovávateľ/sociálny pedagóg sám nemôže diagnostikovať úroveň rozumových schopností, avšak mal by rozumieť diagnostickým záverom o úrovni rozumových schopností žiaka a sám si môže vytvárať hypotézu o úrovni a štruktúre rozumových schopností, ktorú následne v diagnostickom procese overuje. Implicitne dokonca môže využívať v rámci PPD aj také metódy ako pozorovanie (zvyčajne počas riešenia rôznych úloh, problémov), rozhovor – verbálne schopnosti (napr. slovníková skúška, nedokončené vety, atď.) resp. rôzne didaktické testy (parciálne), ktoré obsahujú nové úlohy, vyžadujúce aplikáciu poznatkov a pod.

4. 3 DIAGNOSTIKA TVORIVOSTI A TVORIVÝCH SCHOPNOSTÍ DIEŤAŤA

V nadväznosti na rozumové schopnosti a úroveň inteligencie si priblížime tvorivosť a tvorivé schopnosti z pohľadu PPD. Tvorivosť sa často spája práve s inteligenciou, aj keď takéto vymedzenie nie je úplne jednoznačné. Podľa GAVORU (2015) sa ukazuje, že na to aby bol človek tvorivý, je potrebná aspoň priemerná úroveň

inteligencie. Zároveň však platí, že vysoká inteligencia neznamená, že bude zaručene vo vysokej miere rozvinutá aj tvorivosť. Vysoko inteligentní ľudia môžu byť rovnako tvoriví, ako naopak rigidní, konvenční. Naopak ľudia s priemernou inteligenciou môžu dosahovať rôzne úrovne tvorivosti. V podobnom duchu sa vyjadruje aj RUISEL (2004), ktorí zastáva názor, že inteligencia s tvorivosťou nepochybne súvisí, avšak inteligencia automaticky tvorivosť nevyvoláva. Rovnako JURČOVÁ (2009) potvrdzuje, že vysoká inteligencia prispieva síce k tvorivosti, ale na jej prejavovanie nestačí. Vysoko inteligentný človek tak nemusí byť aj vysoko tvorivý. Dôležitosť určitej minimálnej intelligenčnej úrovne pre tvorivý proces zdôvodňuje aj AMABILEOVÁ (1996, podľa JURČOVÁ, 2009), ktorá uvádza, že inteligencia pomáha práve nadobudnutiu doménových spôsobilostí a heuristik, ktoré tvoria základné zložky inteligencie.

Ak však hovoríme o tvorivosti v súvislosti s jej meraním, zisťovaním, diagnostikovaním, čo pod ňou konkrétne máme na mysli? Vymedzenie tvorivosti nie je vôbec jednoduché, dalo by sa povedať, že sa jednotlivé definície líšia od autora k autorovi. Zväčša však platí, že väčšina odborníkov vychádza vždy z nejakého konkrétneho teoretického pozadia – konkrétneho modelu tvorivosti. Tieto modely sa rôznia podľa toho čo pokladajú autori za kľúčové faktory vplývajúce na tvorivosť (ČAVOJOVÁ & DANIŠKOVÁ, 2008).

Napr. JURČOVÁ (2009) hovorí o tvorivosti v širšom zmysle ako o strešnom pojme, ktorý súhrne označuje všetky činitele tvorivosti. Badateľné to je napr. pri spojeniach ako psychológia tvorivosti, komponenty tvorivosti, diagnostikovanie, rozvíjanie tvorivosti a pod. Naopak tvorivosť v užšom slova zmysle chápe ako druh tvorivosti a jeho výsledok, tzn. vedecká tvorivosť, umelecká, ľudová, tvorivosť detí a mládeže a pod.. SZOBIOVÁ (2016) upozorňuje, že tvorivosť má prinajmenšom dva významy. Prvý sa týka tvorby produktov, ktoré sú z časového hľadiska nové (vznikli nedávno, sú súčasné a pod.) a sú výsledkom tvorivej činnosti „obyčajných ľudí“ (napr. spontánne detské kresby, tvorivé produkty v rámci voľnočasových aktivít a pod.). V tomto prípade hovoríme o tzv. „malej tvorivosti“, ktorá je v kontraste s „veľkou tvorivosťou“. Tá sa zvyčajne spája s tvorením diel, ktoré sú nové v zmysle horizontu celej ľudskej histórie.

HLAVSA (1985, podľa ZELINA & ZELINOVÁ, 1990, s. 17) vymedzuje tvorivosť (používa synonymný termín kreativita) ako „*pokrok v subjekto-objektových vzťahoch, pri ktorom vzniká novým spôsobom a spolu s formovaním vedomia nový alebo aspoň rovnako hodnotný produkt*“. Autori ďalej uvádzajú na základe analýzy niekoľkých desiatok definícií tvorivosti, že sa pri chápaní tvorivosti väčšinou opakovane objavujú dva základné znaky – novosť a užitočnosť. Podľa JURČOVEJ (2009) spočíva tvorivosť v produkte, ktorý je nový a vhodný zároveň. Takýto produkt vzniká ako výsledok tvorivého procesu, pričom predpokladom pre tvorivú činnosť sú práve osobnostné vlastnosti tvorivej osobnosti. Výsledný tvorivý produkt vzniká vďaka vzájomnému spolupôsobeniu tvorcu so sociokultúrnymi a historickými podmienkami.

Jedným z najčastejšie skloňovaných rámcov pre systematizovanie informácií o tvorivosti je tzv. » „4P“ psychológie tvorivosti «. Tieto „4P“ znamenajú *tvorivý produkt, tvorivý proces, osobnosť (persona) tvorcu a tvorivé prostredie*. Tvorivý produkt je najviac viditeľnou zložkou tvorivosti, pričom nás presvedča o jej samotnej existencii. Za tvorivý

produkt možno považovať okrem vysoko tvorivých produktov napr. vo vede a umení aj mnohé produkty každodennej činnosti. *Tvorivý proces* je aktuálne prebiehajúci dej, resp. sled psychických procesov a akcií, v priebehu ktorých vzniká nový produkt. Najčastejšie sa tvorivý proces analyzuje ako riešenie problémov, štádia riešenia, algoritmické a heuristické postupy a pod. *Persona* ako osobnosť tvorcu – aktéra tvorivosti, ktorý v tvorivom procese využíva svoje vlastnosti, špecifické osobnostné charakteristiky, motiváciu, kognitívne štýly, nadanie a talent. *Tvorivé prostredie* predstavuje konkrétne prostredie, podmienky, situácie, societu, kultúrne a historické obdobie, ktoré majú zásadný vplyv na tvorivý proces (JURČOVÁ, 2009).

Pokiaľ uvažujeme o možnostiach PPD v oblasti tvorivosti, treba si uvedomiť, že pri meraní tvorivosti sa zvyčajne posudzuje tvorivý výkon, tvorivý proces, tvorivý produkt, resp. sa identifikujú vlastnosti tvorivej osobnosti (osobnosti tvorcu) a faktory tvorivého prostredia (ČAVOJOVÁ & DANIŠKOVÁ, 2008). GAVORA (2015) v rámci pedagogickej diagnostiky (platí aj pre PPD) rozlišuje tzv. *formálne* a *neformálne spôsoby diagnostikovania tvorivosti*.

Neformálne spôsoby diagnostikovania tvorivosti analýza rôznych typov produktov žiakov (napr. verbálne, kreslené, trojrozmerné, vyjadrené pohybom a pod.). Tiež sem možno zaradiť možnosť využitia rôznych úloh na tvorivosť (napr. verbálna fluencia, doplňovanie a grafické znázornenie viet/fráz atď.). Neformálne spôsoby tak hodnotia tzv. „prirodzené“ produkty žiaka, tzn. také, ktoré vznikajú autenticky, prirodzeným spôsobom v rôznych hrových a neformálnych situáciách. Pre ilustráciu uvádzame príklad úloh využitelných na neformálne spôsoby diagnostikovania tvorivosti nižšie (podľa GAVORA, 2015):

- ***Navrhňte značky (symboly) pre nasledujúce situácie:***
 - *Vstup do ZOO*
 - *Zákaz vstupu!*
 - *Prosíme ticho!*
 - *Nespievať!*
 - *Tu sa vyžaduje tvorivosť!*
 - *Nepite!*
 - *Nelyžovať!*
 - *Zákaz kradnúť!*
- ***Doplňte čo najväčším počtom slov:***
 - *Bledý ako ...*
 - *Pomalý ako ...*
 - *Hladný ako ...*
- ***Napište báseň alebo príbeh s použitím prirovnania, že ústa sú ako dvere.***
 - *Načrtnite dom budúcnosti. Bude mať aj priestor pre záhradu, herňu a pod.*
 - *Vymyslite logo, ktoré bude charakterizovať vašu školu alebo triedu.*
 - *Predstav si, že sa staneš neviditeľný – ako by si pomáhal svojím kamarátom, rodičom, učiteľom?*

- Čo myslíte, prečo si ľudia ako dátovú jednotku určili mesiac? Vedeli by ste vymyslieť inú jednotku?

Medzi neformálne spôsoby by sme mohli zaradiť aj aktivitu s názvom *H-Ra na tri* (ČAVOJOVÁ & DANIŠKOVÁ, 2008, s. 29), ktorú je možné využiť aj v rámci PPD na diagnostikovanie tvorivosti. Inštrukcia znie nasledovne: *máte tri minúty na to, aby ste sa pokúsili vymyslieť čo najviac slov končiacich sa na slabiku „RA“. Môžu to byť rôzne slovné druhy, resp. rôzne pády. Skóre fluencie získame tak, že spočítame všetky vytvorené slová u každého účastníka (resp. možnosť rozdelenia do dvojíc/trojíc, avšak pre diagnostické účely to bude náročnejšie skórovať individuálne pre každého žiaka). Skóre flexibility zastrešuje sumu všetkých kategórií, ktoré jednotlivé vytvorené slová vytvárajú (napr. podstatné mená, vlastné mená a pod.). Originalita sa dá skórovať tak, že prvý zo skupiny prečíta všetky vytvorené slová a všetci ostatní si vždy vyškrtnú tie, ktoré majú rovnako zhodne vytvorené u seba. Potom pokračuje druhý, tretí, až posledný zo skupiny. Na záver sa spočítajú ostávajúce slová, ktoré spolu tvoria skóre originality.*

GAVORA (2015) ďalej hovorí o tzv. **formálnych spôsoboch diagnostikovania tvorivosti**, ktoré zvyčajne používajú rôzne testové formy. Testy tvorivosti rozdeľuje ČAVOJOVÁ a DANIŠKOVÁ (2008) na *osobnostné inventáre, biografické inventáre a behaviorálne (výkonové) testy*. Medzi *osobnostné inventáre* možno zaradiť napr. „*How do you think*“ inventár (DAVIS & SUBKOVIK, 1975); *Group Inventory for Finding Creative Talent – GIFT* (RIMM, 1976); „*What Kind of Person Are You*“ inventár (TORRANCE & KHATENA, 1970) a iné. Medzi najčastejšie používané testy tvorivosti však patria výkonové testy v rámci ktorých sa používajú testy na identifikáciu divergentného myslenia. To vyžaduje od diagnostikovanej osoby produkovať na špecifický podnet viaceré odpovede (tzn. *fluencia*), rôznorodosť odpovedí (*flexibilita*), jedinečnosť odpovedí (*originalita*) a vypracovanie, resp. prepracovanie detailov (*elaborácia*). Tieto štyri parametre tvorivosti sa tak dajú hodnotiť zvlášť v každom výkone – tvorivom procese a následnom produkte diagnostikovaného (ČAVOJOVÁ & DANIŠKOVÁ, 2008). Divergentné úlohy, ktoré sa používajú v takýchto testoch sú charakteristické tým, že nemajú jediné správne riešenie, správnu odpoveď, čo umožňuje väčšie množstvo a voľnosť odpovedí. Práve tým sa odlišujú od konvergentných úloh, pri ktorých naopak existuje vhodná, resp. správna odpoveď (GAVORA, 2015). ČAVOJOVÁ a DANIŠKOVÁ (2008) však upozorňujú na to, že divergentné myslenie nemožno automaticky považovať za tvorivé myslenie a výsledky testov divergentného myslenia nám zaručene neprehrádzajú tvorivosť diagnostikovanej osoby, aj keď samozrejme divergentné myslenie s tvorivým úzko súvisí.

Priekopníkom v testoch využívajúcich divergentné úlohy bol J. P. GUILFORD, ktorý vytvoril množstvo testov použiteľných v diagnostickej praxi dodnes. Jedným z takýchto testov je tzv. *Slovná fluencia*, ktorý je postavený na tom, aby diagnostikovaní napísali v stanovenom čase čo najviac slov obsahujúcich dané písmeno (napr. slová začínajúce na K). V inom teste *Expresívnej fluencie* má diagnostikovaný napísať vety, ktoré sa skladajú zo štyroch slov, avšak ich začiatkové písmená sú vopred dané (napr. H..... r..... t..... s.....). Iný test s názvom *Tehla* je založený na tom, že má diagnostikovaný uviesť čo najrôznejšie využitie tehly (GAVORA, 2015).

Medzi najznámejšie a najpoužívanejšie formálne spôsoby diagnostikovania tvorivosti patrí nepochybne *Torranceho figurálny test tvorivého myslenia – TTCT*, ktorý možno zaradiť medzi tzv. výkonové testy. V slovenskom kultúrnom prostredí ho štandardizovala JURČOVÁ (1983), pričom táto verzia obsahuje tri základné subtesty: *konštruovanie obrázka*, *neúplné obrazce* a *opakované obrazce*. Pri prvom subteste sa diagnostikovanému predloží na kúsku farebného papiera tvar, ktorý pripomína fazuľku. Diagnostikovaný má za úlohu v obmedzenom čase (10 min.) použiť (dokresliť, nalepiť ho a pod.) tento tvar ako súčasť nejakého objektu, obrazca tak, aby vytvoril určitý obrázok, aký nevytvoril nikto iný – čo najdôvtipnejšie, najoriginálnejšie. Druhý subtest obsahuje 10 neúplných, predkreslených obrazcov, ktoré tvoria základ pre dotvorenie, navrhnutie zaujímavých predmetov alebo obrázkov. Úlohou je tak opäť vymyslieť také obrázky, aké nevymyslí nikto iný, ku každému vymyslieť zaujímavý a výstižný krátky príbeh a dať mu názov. Tretí subtest využíva opakované obrazce, ktoré sú obsiahnuté v 30 paralelných čiarami (A forma) alebo 40 kruhoch (B forma) rovnakej veľkosti. Diagnostikovaný má za úlohu doplniť, dotvoriť, použiť tieto figúry tak, aby opäť vytvorili čo najviac odlišných predmetov alebo obrázkov, ako nevytvorí nikto iný. Vo všetkých troch subtestoch sa dá sledovať fluencia, flexibilita, originalita a tiež elaborácia (detailnosť, prepracovanosť), ktorú však JURČOVÁ (1983) považuje za pomerne problematický ukazovateľ pri posudzovaní tvorivosti.

Na podobnom princípe je založený aj *Urbanov figurálny test tvorivého myslenia – TSD-Z* (URBAN & JELLEN, 2002), ktorý na rozdiel od TTCT zachytáva vekové rozdiely pri tvorivých výkonoch objektívnejšie (SZOBIOVÁ, 2004). TSD-Z zároveň zachytáva aj také osobnostné dimenzie tvorivosti, ako napr. komplexnosť pohľadu, odvaha riskovať, humor, afektivita a nekonvenčnosť. Zameriava sa na prekonávanie bariér tvorivosti a to ako psychologických (napr. rigidita, návyky, šablónovitý prístup a pod.), tak aj sociálnych (napr. vplyv a tlak okolia, atmosféra a pod.). Test je určený od štyroch rokov po neskorú dospelosť, čo je pomerne široký záber. Vychádza z princípov nedokončených tvarov (podobne ako druhý subtest TTCT), ktoré je potrebné dokresliť. V rámečku je tak umiestnených celkovo päť figúr (nedokončených tvarov) a šiesta sa nachádza mimo rámec. Úlohou diagnostikovaného je dokresliť, dotvoriť jednotlivé tvary. Celkovo sa následne hodnotí až 14 kategórií, ako napr. grafické a tematické spojenie, prekročenie hranice (ne)závislej na figúre, perspektíva, humor, nekonvenčnosť a časový faktor (URBAN & JELLEN, 2002). Nižšie uvádzame pre ilustráciu ukážku na obrázku č. 7, ktorá dokumentuje príklad kresby 10 ročného žiaka štvrtého ročníka bežnej ZŠ.

Obr. 7 Príklad kresby v rámci TSD-Z u žiaka 4. ročníka (10r.)



Medzi ďalšie formálne spôsoby diagnostikovania tvorivosti možno zaradiť napr. SCHÜREROV *Test kreativity a osobnosti Kreatos*, čo predstavuje multidimenzionálny projektívny kresebný test zameraný na dve zložky – osobnosť a tvorivosť. Ak by sme sa chceli pokúsiť hodnotiť tvorivý produkt, k dispozícii je napr. AMABILEOVEJ technika *Konsenzuálneho hodnotenia umeleckej tvorivosti – CAT*. Pri hodnotení špecifických tvorivých prejavov, napr. pohybovej tvorivosti sa využíva tzv. *Test pohybovej tvorivosti*, súčasťou ktorého je aj *Test pohybových asociácií* (ČAVOJOVÁ & DANIŠKOVÁ, 2008). SZOBIOVÁ (2004) hovorí aj o možnosti posúdenia tvorivosti zo strany učiteľov, ktoré sa využíva napr. pri validizácii rôznych metód merania tvorivosti.

Vzhľadom na to, že posudzovanie tvorivosti v školskom prostredí má snáď najdlhšiu tradíciu, posúdenie učiteľmi môžeme vnímať ako jedno z kritérií tvorivosti a to aj napriek kritickej stránke takéhoto postupu (subjektívne zaťažené hodnotenie napr. haló efektom a pod.). Netreba však zabúdať aj na možnosť vytvoriť si podľa potreby vlastnú skúšku tvorivosti, či tvorivého potenciálu, či už verbálnu, kresebnú, pohybovú a pod. Nezabúdajme pri tom na „4P“ psychológie tvorivosti a samozrejme jednotlivé metodologické pravidlá a princípy, ktorým sme sa venovali v podkapitole [2.1](#) vyššie.

KRÁTKE ZHRNUTIE:



- ✓ *Rozumové schopnosti často úzko súvisia s vývinovou úrovňou v kognitívnej oblasti a tiež so školskou úspešnosťou žiakov.*
- ✓ *Inteligenciu možno chápať ako schopnosť myslieť a účelne spracovávať dostupné informácie; schopnosť učiť sa zo skúsenosti; využívanie svojich vedomostí a schopností pri zvládaní nárokov prostredia (napr. školského).*
- ✓ *Tvorivosť sa často spája práve s inteligenciou, aj keď takéto vymedzenie nie je úplne jednoznačné.*
- ✓ *Tvorivosť v širšom zmysle možno chápať ako strešný pojem súhrne označujúci všetky činitele tvorivosti, resp. v užšom zmysle ako konkrétny druh tvorivosti a jeho výsledok.*
- ✓ *Pre systematizovanie informácií o tvorivosti v rámci PPD nám môže pomôcť tzv. „4P“ psychológie tvorivosti - tvorivý produkt, tvorivý proces, osobnosť (persona) tvorcu a tvorivé prostredie*

ZHRŇUJÚCE OTÁZKY:



Po preštudovaní podkapitoly o možnostiach nepsychologickej diagnostiky rozumových schopností a taktiež tvorivosti a tvorivých schopností, by sme mali vedieť odpovedať na nasledujúce otázky:

Čo znamenajú pojmy rozumové a tvorivé schopnosti, inteligencia a tvorivosť?

Aké možnosti „nepsychologickej“ diagnostiky rozumových schopností máme v rámci PPD k dispozícii?

Aké úrovne inteligencie rozlišujeme v rámci PPD?

Čo všetko sa dá v rámci tvorivosti zachytiť – diagnostikovať?

Aké spôsoby a konkrétne metódy využívame pri diagnostike tvorivosti?

4. 4 RIZIKOVÉ A PROBLÉMOVÉ SPRÁVANIE – MOŽNOSTI PEDAGOGICKO-PSYCHOLOGICKEJ DIAGNOSTIKY

Ďalšou aplikačnou oblasťou PPD je okruh rizikového a problémového správania, resp. s tým súvisiacich porúch správania, ktorým si bližšie popíšeme z diagnostického pohľadu v rámci tejto podkapitoly.

Zaradenie tejto oblasti v rámci PPD nie je náhodné, ale opiera sa o pomerne alarmujúci výskyt rôznych prejavov rizikového správania a to najmä u dospievajúcej mládeže na Slovensku (vid' napr. ČEREŠNÍK, 2014, 2016, 2019; BRUTOVSKÁ, ŠEBEŇA & OROSOVÁ, 2015; PEŠKOVÁ, STEHLÍKOVÁ & VALIHOVÁ, 2018 a iné).

Najsôr však pokladáme za dôležité, jasne zadefinovať a vymedziť termín »rizikové správanie« a odlíšiť ho od »problémového správania«. V praxi a niekedy dokonca aj v odbornej literatúre nájdeme synonymne použité pojmy ako rizikové správanie, problémové správanie, patologické správanie, sociálno-patologické správanie, asociálne, delikventné atď. Ak však uvažujeme o *rizikovom správaní*, treba mať na zreteli, že zvyčajne zahŕňa rozmanité formy správania, ktoré spôsobujú zdravotné, sociálne alebo psychologické ohrozenie jedinca alebo jeho sociálneho okolia, pričom ohrozenie môže byť reálne alebo predpokladané. Rizikové správanie môže predstavovať určité riziko – tzn. ohrozenie pre hlavného aktéra alebo pre druhých v jeho okolí (MACEK, 2003). Odlišujú sa tak rôzne oblasti v ktorých sa rizikové správanie zvyčajne vyskytuje. Najčastejšie to sú práve prejavy rizikového správania v psychosociálnej oblasti, v oblasti reprodukčného zdravia a v oblasti zneužívania návykových látok (HAMANOVÁ, 2000).

DOLEJŠ (2010) chápe rizikové správanie ako súhrn určitých vonkajších prejavov, aktivít a reakcií, ktoré sú nebezpečné a vykazujú tak zvýšenú prevalenciu negatívnych dôsledkov. Podľa OROSOVEJ a kol. (2007) nie je výsledok takéhoto správania vôbec jasný, čo prináša balansovanie medzi možnosťou dlhodobých negatívnych následkov, strát na jednej strane a krátkodobými pozitívnymi následkami, resp. profitom na strane druhej. Medzi rizikové správanie radíme agresívne konanie (vrátane šikany a násilia na školách), záškoláctvo, kriminálne konanie, sexuálne rizikové správanie, užívanie návykových látok (fajčenie, alkohol, drogy), nelátkové závislosti (gambling, rizikové využívanie PC a internetu), rasová neznášanlivosť atď. (MACEK, 2003; OROSOVÁ a kol., 2007; DOLEJŠ, 2010; BRUTOVSKÁ, ŠEBEŇA & OROSOVÁ, 2015 a iní). Vo väčšej miere v súlade s týmto vymedzením definujú MIOVSKÝ a ZAPLETALOVÁ (2007, podľa ČEREŠNÍK & GATIAL, 2014) rizikové správanie aj ako súbor fenoménov, ktorých existenciu a dôsledky môžeme podrobiť vedeckému skúmaniu a ktoré dokážeme ovplyvňovať preventívnymi, resp. terapeutickými intervenciami. Do konceptu rizikového správania tak zaraďujú násilie a šikanovanie, záškoláctvo, látkové a nelátkové závislosti, sexuálne rizikové správanie, delikvenciu, týranie, zneužívanie, prejavy rasizmu, xenofóbie, intolerancie a pod.. Všetky takéto vymedzenia rizikového správania sa zhodnú v tom, že vždy ide o špecifické formy deregulovaného správania, resp. rizikové správanie môže byť vnímané ako akékoľvek správanie s potenciálom neželaného výsledku (ČEREŠNÍK, 2016). DOLEJŠ (2010) vníma pojem rizikové správanie ako nadradený k rôznym iným formám správania (napr. disociálne, asociálne, antisociálne, delikventné a pod.) a ako multidisciplinárny problém zároveň. Stáva sa tak predmetom skúmania viacerých príbuzných disciplín, ako je psychológia (psychologické poradenstvo, školská psychológia), psychiatria

(psychopatológia), kriminalistika a adiktológia, pedagogika (výchovné poradenstvo), špeciálna pedagogika a iné. Jeden z priekopníkov výskumu rizikového správania JESSOR (podľa ČEREŠNÍK, 2016) odlišoval tzv. *syndróm rizikového správania* a *syndróm problémového správania*. Ide o súbory symptomatických jednotiek, o ktorých predpokladáme, že vznikajú na rovnakom podklade. Postupne sa pre tieto dva syndrómy vžil jednotný názov „*syndróm rizikového správania v dospievaní*“ – SRS-D, v ktorom zásadnú úlohu zohráva práve posledná časť názvu časť, tzn. „v dospievaní“. Z toho vyplýva, že niektoré prejavy správania sú problematické len vo vzťahu kveku - vývinovému obdobiu dospievania. JESSOR (1998) rozdelil ďalej rizikové správanie do troch kategórií: *abúzus návykových látok; poruchy správania (delikvencia) a rizikové sexuálne správanie*. Práve tieto kategórie zahŕňajú prejavy rizikového správania, ktorých prevalencia je aj v slovenských kultúrnych podmienkach u dospievajúcich najrozšírenejšia.

Čo sa týka *problémového správania*, ide o také správanie, ktoré zatiaľ nemá ráz vážnej alebo trvalej poruchy správania alebo poruchy osobnosti. KOHOUTEK (podľa DUBAYOVÁ, 2016) od porúch správania odlišuje najmä v nasledujúcich aspektoch:

- nespĺňa zatiaľ kritériá ochorenia a to aj napriek tomu, že ide o vývinovo neprimerané správanie
- je relatívne krátkodobé a jeho prejavy sú menej intenzívne,
- je spoločensky menej závažné,
- je podmienené skôr situačne a sociálne než osobnostne,
- ich prognóza je priaznivejšia, dokonca sú v niektorých prípadoch čiastočne alebo úplne reverzibilné,
- zvyčajne reagujú na adekvátne pedagogické intervencie.

V prípade *problémového správania* tak zvyčajne ide o súhrn nesprávne rozvinutých, prípadne chýbajúcich návykov, zručností, ktoré následne negatívne ovplyvňujú správanie a školský výkon žiaka. Dôležité je nezabúdať na to, že takéto správanie nie je zapríčinené organickým poškodením, neurotickou poruchou, psychopatickým vývinom a pod., ale skôr ide o dôsledok viacerých nedostatkov vo výchove a v sociálno-kultúrnom zázemí dieťaťa. Takýto súbor rôznych výchovných ťažkostí a problémov má výrazný vplyv na celkový školský výkon dieťaťa (DUBAYOVÁ, 2016).

FONTANA (1997) dodáva, že problémové správanie predstavuje taký typ správania, ktorý je pre učiteľa neprijateľný. Ďalej však upozorňuje, že vymedzenie problémového správania je vždy závislé na pozorovateľovi – učiteľovi, ktorý v podstate určí, či ide o problémové správanie alebo je to pre neho ešte prijateľný prejav správania sa žiakov. Na tomto mieste sa tak dostávame práve k otázke hraníc pri posudzovaní problémového správania. Treba si však uvedomiť, že pokiaľ hovoríme skutočne o *problémovom správaní*, ktoré môže viesť napr. k nerovnomernému vývinu osobnosti, či narúšať proces socializácie dieťaťa, zrejme je takéto správanie skutočne problémovým pre väčšinu posudzovateľov. Ak k tomu pridáme fakt, že problémové správanie u detí je často intencionálne (zámerné), tzn. že sleduje určitý cieľ, môže sa dokonca zdať, že ide o nejakú poruchu správania. Tu však treba jednoznačne vedieť odlišiť, že pokiaľ chceme uvažovať už o poruche správania, mali by sa takéto prejavy pravidelne vyskytovať v časovom horizonte aspoň šiestich mesiacov. A navyše problémové správanie sa neviaže na prejavy

typické v tom danom kritickom období psychického vývinu (napr. obdobie negativizmu, vzdoru a pod.). Problémové správanie tak nie je samotnou poruchou správania, ale môže s ňou veľmi úzko súvisieť. Rozdiel medzi problémovým správaním a poruchami správania môžeme vnímať podľa HORŇÁKA (2014) v troch základných aspektoch: v *motivácii správania; trvaní správania a spôsobe (pedagogickej) intervencie*. Pre lepšiu prehľadnosť uvádzame tieto rozdiely v tabuľke č. 7 nižšie.

Tab. 7: Rozdiel medzi problémovým správaním a poruchami správania

	MOTIVÁCIA SPRÁVANIA	TRVANIE SPRÁVANIA	PEDAGOGICKÁ INTERVENCIA
PROBLÉMOVÉ SPRÁVANIE	<ul style="list-style-type: none"> • dieťa o svojich problémoch vie, vadia mu a chce ich odstrániť. • normy neporušuje úmyselne. • „nálepkovaním“ trpí, je bezradné a nevie, ako svoje správanie napraviť – často tak volí ďalšie neadekvátne rozhodnutia (VOJTOVÁ, podľa HORŇÁK, 2014). 	<ul style="list-style-type: none"> • Problémy sú skôr krátkodobé, resp. sa prejavujú náhodne v určitých periódach. • Často vývinové súvislosti a bývajú dôsledkom nezvládnutých konfliktov so sociálnym okolím (HORŇÁK, 2014) 	<ul style="list-style-type: none"> • K náprave vedú ciele pedagógické opatrenia v rámci systému a prostredia školy. • Pedagóg kompenzuje nežiaduce správanie spôsobom, ktorý umožňuje primerané napĺňanie potrieb.
PORUCHY SPRÁVANIA	<ul style="list-style-type: none"> • Nie je so spoločenskými normami v konflikte, ale neprijíma ich/ignoruje. • Väčšinou nepocituje vinu vo vzťahu k dôsledkom svojho správania (VÁGNEROVÁ, 2003). 	<ul style="list-style-type: none"> • porušuje normy dlhodobo. • Špecifiká morálneho vývinu prehlbujú spôsoby nežiaduceho správania sa (HORŇÁK, 2014). 	<ul style="list-style-type: none"> • Musí absolvovať špeciálnu starostlivosť. • Ciele špecializované intervenčné metódy na ovplyvňovanie správania v smere k spoločensky žiaducim a akceptovateľným prejavom (HORŇÁK, 2014).

Medzi najčastejšie sa vyskytujúce prejavy problémového správania zvyčajne patria klamstvá, krádeže, záškoláctvo, úteky, túlanie sa a šikanovanie. Všetky prejavy správania je nutné interpretovať v kontexte – tzn. s ohľadom na situáciu a okolnosti, ktoré to vyvolali a s ohľadom na aktuálnu vývinovú úroveň dieťaťa (VÁGNEROVÁ & KLÉGOVÁ, 2008).

Na základe vyššie uvedeného vymedzenia *rizikového a problémového správania* tak môžeme uvažovať o viacerých možnostiach diagnostikovania v rámci PPD. VÁGNEROVÁ

a KLÉGROVÁ (2008) rozdeľujú diagnostické metódy na *priame* (napr. pozorovanie dieťaťa v konkrétnej situácii) a *nepriame* (sprostredkované informácie od iných ľudí, z iných zdrojov), podľa toho akým spôsobom získavame diagnostické informácie. V rámci PPD je samozrejme ideálna kombinácia priamych a nepriamych metód, čím sa objektivizuje charakter získaných údajov o prejavoch problémového/rizikového správania dieťaťa.

Medzi tie priame možno zaradiť napr. pozorovanie prejavov v prirodzených podmienkach (priamo v triede, v detskej skupine a pod.). Dôležité je, aby bolo takéto pozorovanie vopred dobre premyslené, naplánované, napr. s využitím rôznych pozorovacích hárkov zachytávajúcich širokú škálu prejavov správania dieťaťa (frekvencia a intenzita, resp. podnety, ktoré to spustili a ovplyvnili). Ďalšou možnosťou je rozhovor, pričom vhodným by mohol byť práve semištrukturovaný, kde je na jednej strane vopred pripravená štruktúra otázok a rozhovor smeruje k jasne stanovenému diagnostickému cieľu, ale spôsob vedenia je skôr voľnejší, flexibilnejší, vzniká priestor na dopytovanie sa a formuláciu otázok, ktoré vyvstávajú z aktuálnej situácie a pod. Rozhovor je možné realizovať aj so spolužiakmi, rodinnými príslušníkmi, prípadne ďalšími zainteresovanými, ktorí môžu vypovedať zo svojho pohľadu o prejavoch problémového/rizikového správania diagnostikovaného.

Medzi nepriame diagnostické metódy pri posudzovaní rizikového a problémového správania možno zaradiť rôzne škály hodnotenia detského správania rodičmi a učiteľmi, ktoré nám poskytujú informácie o spôsobe percepcie prejavov správania diagnostikovaného jeho bezprostredným okolím.

Škálový dotazník školského správania žiaka pre učiteľa (MEZERA et al., 2000) je určený pre žiakov od 8 do 18 rokov. Ide o viacero dotazníkov určených na diagnostikovanie výskytu atypických prejavov školského a sociálneho správania sa žiakov. Je určený učiteľom, ktorí na základe vlastných pozorovaní a skúseností so žiakom hodnotia a posudzujú jeho správanie, pričom výsledkom je prvotná informácia o miere závažnosti problémového/rizikového správania sa žiakov. Obsahuje celkovo 46 položiek, na ktoré učiteľ odpovedá podľa miery súhlasu na 5-stupňovej škále. Hodnotí sa 9 kategórií školského a sociálneho správania žiaka, pričom zahŕňa skôr bežné prejavy správania sa žiakov, takže ide o akýsi skrining behaviorálnych prejavov žiakov v školskom a sociálnom prostredí.

Škála rizikového správania žiakov pre učiteľa (MEZERA et al., 2000) je štandardizovaný dotazník, ktorý slúži na hodnotenie problematických prejavov žiakov vo veku od 8 do 18 rokov z pohľadu učiteľov. Autor sa nezameriava na príčinnosť – prečo sú niektorí žiaci výrazne problémoví (ubližujú, šikanujú spolužiakov, sú impulzívni, užívajú návykové látky a pod.), ale akým spôsobom sa takéto prejavy upevňujú. Ide tak o porozumenie symptomatológii (individuálnych osobnostných charakteristík na úkor etiológie prejavov). Zameriava sa na diagnostiku výskytu a intenzity mnohých atypických prejavov v oblasti rizikového sociálneho a školského správania, ktoré predisponujú žiakov k poruchám na úrovni drogovej a nedrogovej závislosti a disociality (PAŠKOVÁ, STEHLÍKOVÁ & VALIHOVÁ, 2018). Obsahuje rovnako 46 položiek, pričom zachytáva rôzne aspekty rizikového správania, ktoré sú zahrnuté v 7 kategóriách:

- *asociálne správanie* - prejavy, ktoré nezodpovedajú spoločenským zvyklostiam, pravidlám a sociálnym normám spoločnosti, skupiny/triedy ktorej je žiak súčasťou.

- *antisociálne správanie* - prejavy jednotlivca, ktorý zámerne alebo vo svojich dôsledkoch miery proti hodnotám, pravidlám spoločnosti, čím ju poškodzuje.
- *egocentrické správanie* – komplex prejavov dieťaťa v ktorých dominuje uspokojovanie vlastných potrieb prevládajúcich nad potrebami iných. Väčšinou však ide o relatívne „neškodnú“ formu upútavania pozornosti na svoji osobu.
- *impulzívne správanie* – manifestuje sa celkovým psychomotorickým nepokojom, zvýšenou dráždivosťou, neprimeranými reakciami, nedostatkom útlmu, sebakontroly a sebaregulácie s prejavmi vnútorného napätia, emocionálnou nestálosťou, povrchnosťou v konaní žiaka a pod.
- *maladaptívne správanie* – zvyčajne je dôsledkom nedostatočne vytvorených sociálnych spôsobilostí, kompetencií a návykov dieťaťa, avšak nejde len o dôsledok nepriaznivých vplyvov okolia. Takéto prejavy sú determinované nedostatkom v oblasti sociálneho učenia, kedy žiak preferuje a využíva menej adaptívne formy správania, ktoré síce môžu viesť k určitému cieľu, ale zvyčajne sú zdrojom konfliktov a napätia (napr. verbálna agresivita, záškoláctvo a pod.).
- *negativistické správanie* – zahŕňa odmietavé reakcie dieťaťa, ktoré sa prejavujú odporom a vzdorom voči činnostiam, ktoré nesúvisia a „neladia“ s jeho záujmami a vnútornou motiváciou. Niekedy to tiež môžu byť odmietavé reakcie voči inštrukciám autority (učiteľa, rodiča).
- *inklinovanie k problémovej skupine* - orientácia na skupinu, ktorá sa vyznačuje nielen špecifickými záujmami a postojmi, ale tiež množstvom neformálnych vnútorných prvkov a znakov s ktorými sa jej členovia identifikujú (často podoba asociatívnej a neorganizovanej skupiny) (PAŠKOVÁ, STEHLÍKOVÁ & VALIHOVÁ, 2018).

U adolescentov je možné použiť napr. dotazník s názvom *Výskyt rizikového správania adolescentov - VRSA* (ČEREŠNÍK, 2013), ktorý je slovenskou modifikáciou pôvodného českého dotazníka *Výskyt rizikového chování u adolescentů - VRCHA* (DOLEJŠ, SKOPAL, 2013, podľa ČEREŠNÍK, 2019). Dotazník obsahuje 18 položiek zoskupených do troch subškál: abúzus psychoaktívnych látok; delikvencia a šikanovanie. Čo sa týka ďalších použiteľných nástrojov v kontexte PPD, odkazujeme na podkapitolu *1.3 Nástroje a možnosti diagnostiky rizikového správania* v publikácii VEREŠOVEJ a TOMŠÍKA (2019).

Zaujímavým doplňujúcim nástrojom na akýsi skrining problémových oblastí u detí je *Dotazník životných situácií* (BAŇASOVÁ & BENKA, 2014), ktorý bol pôvodne skonštruovaný a inšpirovaný na základe najčastejšie sa objavujúcich problémov zachytených Linkou detskej dôvery. Autorky ho v našich kultúrnych podmienkach overovali na 14- 15 ročných dospievajúcich a celkovo obsahuje 107 položiek/otázok, ktoré sú rozdelené do 13 tematických okruhov ako napr. rodinné problémy, vzťahové problémy, školské problémy, somatické a zdravotné problémy či problémy s potrebou komunikácie a iné. Vzhľadom na pomerne veľké množstvo položiek odporúčame v PPD vybrať niektorú z tematických oblastí podľa potreby, kde je možné využiť len tie otázky, ktoré sa pýtajú na konkrétne problémy žiakov – diagnostikovaných.

Podobne na doplnenie nástrojov skúmania rizikového správania môže poslúžiť napr. SKAAROVU *Škálu explorujúceho a rizikového správania adolescentov - Adolescent Exploratory and Risk Behaviour Rating Scale – AERRS*, ktorú u nás výskumne použili na vzorke adolescentov – stredoškolákov. Škála AERRS sa skladá z dvoch častí, pričom prvá sa zameriava na meranie rizikového správania v súvislosti so zdravým a na meranie explorujúceho správania (čo je pomerne iný pohľad na prejavy rizikového správania ako takého). Druhá časť zachytáva percepciu samotného rizika (HUDÁKOVÁ & HAVAJOVÁ, 2020). Opäť sa núka možnosť využiť napr. len jednu z častí podľa potreby v rámci zamerania PPD procesu.

Čo sa týka predškolského veku, do úvahy pripadá napr. štandardizovaný *Dotazník správania sa predškolských detí* (MCGUIRE, RICHMAN, upr. ČERNÝ) Ďalšou možnosťou je *Škála sociálneho správania dieťaťa predškolského veku – PSBS TF* ktorý bol preložený a adaptovaný aj na slovenské kultúrne prostredie. Táto škála predstavuje pomerne jednoduchý nástroj na posúdenie správania dieťaťa od 3,5 do 5,5 roka z pohľadu učiteľa. Na 5-bodovej škále sa učiteľ vyjadruje k celkovo 25 položkám, ktoré sú 5 faktorov: fyzická agresia, vzťahová agresia, prosociálne správanie, depresívny vplyv a preferencia vzťahu k typu pohlavia (ANTALÍKOVÁ, 2017). Ďalej na tomto mieste odkazujeme na príspevok KOŽÁROVEJ a PODHÁJECKEJ (2013) v ktorom sa venovali prehľadovo práve možnostiam diagnostikovania problémového správania u detí v predškolskom veku.

4. 5 ŠIKANOVANIE AKO PREDMET DIAGNOSTIKOVANIA

Väčšina autorov zaraďuje práve medzi jednotlivé prejavy rizikového, resp. problémového správania šikanovanie, ktoré predstavuje jednu z najzávažnejších foriem takéhoto správania. *Šikanovanie* je termínom s multidisciplinárnym presahom a stretávame sa s ním v rôznych oblastiach. Napr. z psychologického hľadiska ho možno chápať ako narušené, patologické správanie. Pedagogické hľadisko sa skôr prikláňa k chápaniu šikanovania ako problémového správania dieťaťa/žiaka v školskom prostredí. Právne vymedzenie dokonca môže vyhodnotiť šikanovanie ako násilnú trestnú činnosť (tzn. delikvencia mládeže - ak sa odohráva medzi dospelými) (ADAMÍK ŠIMEGOVÁ, 2011).

Pre potreby PPD je tak dôležité jasne zadefinovať pojem šikanovanie, pretože často dochádza k „zneužívaniu“ tohto pojmu rodičmi, žiakmi, učiteľmi, resp. rôznymi inými odborníkmi a pod. Často používané pojmy s ktorými sa šikanovanie zamieňa sú napr. tyranizovanie, ubližovanie, viktimizácia, mobbing, bossing, obťažovanie/harašment, bullying, zneužívanie, vydieranie atď. Nás v rámci PPD zaujíma najmä šikanovanie ako špecifická forma ubližovania v edukačnom prostredí.

Opäť platí podobne ako pri vymedzení viacerých psychologických konštruktov, že aj vymedzenie pojmu šikanovanie sa od autora k autorovi rôzni. ADAMÍK ŠIMEGOVÁ a SZELIGA (2012, s. 10) nachádzajú vo vymedzeniach pojmu šikanovanie u viacerých autorov niektoré spoločné znaky:

- Úmysel ublížiť druhému či už fyzicky alebo psychicky (napr. bitie, strkanie, kradnutie peňazí a vecí, schovávanie a ničenie vecí, resp. výsmech, ponižovanie, nadávanie, sociálne vylúčenie z činnosti a spoločnosti ostatných žiakov).

- Šikanujúcim žiakom môže byť jedno dieťa/žiak alebo skupina, pričom typický je nepomer síl (niekedy fyzický, inokedy psychický) medzi útočníkom a obeťou (tzv. asymetrická agresia).
- Správanie je opakované, preto za šikanovanie nie je možné považovať jednorázové neopakované konflikty žiakov (najčastejšie vo fyzickej podobe).
- Obeť takéto správanie pociťuje ako nepríjemné, nespravodlivé a neoprávnené, nežiaduce, ktoré jej spôsobuje fyzické, resp. psychické ujmy.

Na základe takýchto spoločných znakov možno šikanovanie vymedziť ako pretrvávajúce alebo opakované správanie jednotlivca alebo skupiny osôb, ktoré je charakteristické nepomerom síl a moci. Úmyslom takéhoto správania je zraniť alebo vystrašiť obeť, pričom tá pociťuje takéto správanie ako nepríjemné, nespravodlivé, neoprávnené a nežiaduce (ADAMÍK ŠIMEGOVÁ, 2011). Podobne ŘÍČAN a JANOŠOVÁ (2010) chápu šikanu ako ubližovanie niekomu, kto sa nemôže alebo nedokáže brániť. Taktiež upozorňujú, že o šikane možno hovoriť až pri opakovanom jednaní a len veľmi výnimočne pri jednorázovom incidente, kedy ide o veľmi závažné šikanujúce správanie. Zdôrazniť treba najmä nemožnosť/neschopnosť obrany, ktorá je pri definovaní šikany kľúčová. Daná môže byť buď nejakým hendikepom (telesnou slabosťou, nešikovnosťou), invaliditou, oneskoreným rozumovým vývinom, neurotickou plachosťou, resp. tým, že agresor je silnejší alebo je ich viac a tak majú väčšiu prevahu a presilu. Autori ďalej rozlišujú tzv. *priamu a nepriamu šikanu*, čo môže byť obzvlášť pre potreby PPD užitočné. Priama šikana je pomerne rozmanitá a spočíva najmä v násilí rôzneho druhu (napr. pôsobenie bolesti bitím, kopaním, bodaním, pálením a pod., ponižujúcou fyzickou manipuláciou, obnažovaním, nútením zjesť/vypiť niečo nechutné, odporné, poškodzovaním a braním osobných vecí, oblečenia, školských potrieb, peňazí, jedla a pod.); tiež v slovnom napádaní (nadávky, posmešky, urážky a pod.) resp. v zotročovaní (pod hrozbou bitky a pod., je postihnutý donútený konať ponižujúco, resp. niečo zakázané, počúvať, nasledovať agresorov, urobiť pre nich niečo atď.). Na druhej strane nepriama šikana je podľa ŘÍČANA a JANOŠOVEJ (2010) charakteristická najmä sociálnou izoláciou žiaka, ktorého ostatní neberú príliš vážne, nehovoria s ním, nevšímajú si ho, ignorujú. Je tak postupne vylúčený z činnosti skupiny, čo so sebou samozrejme nesie ťažkú psychickú ujmu na strane vylúčeného žiaka.

JANOŠOVÁ (2011) sa vyjadruje aj k genderovým odlišnostiam a špecifikám v šikane u chlapcov a dievčat v školskom prostredí. Autorka tak uvádza, že prvky priamej šikany (najmä fyzická agresia) má oveľa väčšie zastúpenie u chlapcov v roli agresora, ako u dievčat. Naopak za typický „dievčenský prejav agresie“ je považovaná skôr nepriama forma šikany. Rovnaké rozdiely dokladujú aj FRIED a FRIED (1996), ktorí rozlišujú štyri druhy šikanujúceho správania:

- **Fyzické** (obyčajne medzi chlapcami) – poškodzovanie a odcudzovanie vecí, fyzické ataky, bitky, fyzické „tresty“ atď.
- **Verbálne** (u chlapcov aj dievčat) – vulgárne ponižovanie, osočovanie, výsmech, vyhrážanie sa, vydieranie a pod.

- **Emocionálne/psychické** (častejšie u dievčat) – manipulácia, ignorovanie, pohrdanie, ohováranie, kyberšikana.
- **Sexuálne šikanovanie** (častejšie medzi dievčatami) – nútenie k sexuálnym aktivitám a pod.

Každopádne akékoľvek šikanovanie spôsobuje všetkým aktérom často dlhodobé psychické ujmy (samozrejme šikanovaným často aj fyzické) a tak nemôžeme ostať voči diagnostikovaniu a identifikovaniu takehoto správania ľahostajní. To, čo môže byť pre diagnostika pri posudzovaní šikanovania nápomocné, je rozoznanie príznakov šikany u dieťaťa, ktoré bolo/je šikanované., resp. v správaní sa voči nemu.

Pre lepšiu prehľadnosť možno rozdeliť príznaky šikany na tzv. *priame* a *nepriame*. Pri priamych príznakoch ide o priame príznaky (dôkazy, indikátory), ktoré zahŕňajú konkrétne prejavy šikanujúceho správania sa voči šikanovanému dieťaťu. Medzi priame príznaky šikany tak možno zaradiť napr. zosmiešňovanie a ponižovanie; nadávanie a kritizovanie; ignorovanie a pohrdanie; poškodzovanie vecí; vydieranie a vyhrážanie sa; obmedzovanie slobody; telesné útoky a bitky; nútenie k požívaniu alkoholických nápojov a drog, resp. nútenie k sexuálnym aktivitám. Medzi nepriame príznaky šikanovaného dieťaťa, ktoré môže pozorovať buď učiteľ v školskom prostredí, resp. rodič v domácom prostredí, zaradíme napr.: záškoláctvo, kedy deti nechcú chodiť do školy, odmietajú ju; strach z cesty z/do školy a vyžadovanie sprievodu; zmeny v trase a spôsobe dopravy do/zo školy; zhoršená koncentrácia a výkony v škole; nemajú priateľov; cez prestávky sa držia v blízkosti a spoločnosti učiteľov; majú zničené osobné veci a pomôcky; domov prichádzajú neskoro, často hladné; strácajú sa im veci, peniaze, pýtajú si vyššie vreckové (niekedy dokonca krádeže); apatia, nezúčastnenosť, smútok, depresia, agresia, podráždenosť; problémy s verbálnym prejavom (napr. koktanie); problémy so spánkom, jedlom; neustále modriny, škrabance, tržné a rezné rany, hrče, bolestivé miesta atď. Ak problémy skutočne dlhodobo eskalujú a neriešia sa, niekedy dokonca suicidálne myšlienky a pokusy (ŘÍČAN & JANOŠOVÁ, 2010).

Diagnostikovanie šikany je veľmi náročné, avšak je to kľúčová časť celého vyšetrenia a následného riešenia problému. Vždy je vhodné v takomto prípade konzultovať s ďalšími odborníkmi, ktorí s dieťaťom pracujú (napr. psychológ, špeciálny pedagóg, liečebný pedagóg, sociálny pracovník, pediater, triedny učiteľ, vychovávateľ atď.). Vo všeobecnosti sa využívajú tri základné postupy pri diagnostikovaní šikany v školskom prostredí - *priama výpoveď obeť*, *svedecká výpoveď* a *dôkladné pozorovanie správania sa detí a jeho následná analýza*. Z toho vyplýva, že medzi najčastejšie používané metódy pri diagnostikovaní šikany v školskom prostredí môžeme zaradiť rozhovor (rôzne formy) a pozorovanie.

Do úvahy tiež pripadá využitie experimentu ako diagnostickej metódy, resp. hry a hrovej činnosti (vrátane dôslednej analýzy hry) (bližšie viď podkapitulu [3.2.3](#) uvedenú vyššie). Analýza spontánnych produktov môže niekedy tiež priniesť diagnosticky cenné informácie v súvislosti so zisťovaním šikanujúceho správania v škole (napr. spontánne detské kresby, verše, básne, denníky, úprava osobného teritória atď.). Asi najširšiu kategóriu diagnostických metód pri posudzovaní šikany tvoria dotazníky a škály, ktoré

možno použiť práve za týmto účelom. V krátkosti si priblížime niektoré z nich, ktoré sú často zhodne uvádzané a odporúčané v prácach viacerých autorov (napr. ŘÍČAN & JANOŠOVÁ, 2010; ADAMÍK ŠIMEGOVÁ, 2011; ADAMÍK ŠIMEGOVÁ & SZELIGA, 2012 a iní).

Medzi najznámejšie metódy na diagnostikovanie šikany patria zrejme celosvetovo známe OLWEUSOVE dotazníky. Nórsky autor OLWEUS vytvoril a revidoval napr. *Dotazník šikanovania v školskej triede (Revised OLWEUS Bully/Victim Questionnaire – OBVQ - R, OLWEUS, 1996)*, ktorý slúži na zistenie miery výskytu a frekvencie šikanovania, zachytenie jeho foriem a spôsobov, ako aj úrovne zásahu kompetentných, resp. spôsobu prežívania situácie šikanovania. Skladá sa zo 40 položiek a je určený pre žiakov na druhom stupni ZŠ resp. pre stredoškolákov. Diagnostikovaný uvádza na Likertovej škále (1 – nikdy/4 – viac krát týždenne) frekvenciu výskytu prejavovaného správania sa za posledné obdobie.

V našich kultúrnych podmienkach je pomerne známa batéria depistážnych dotazníkov od českého autora KOLÁŘA (2005). Autor vytvoril viacero verzií (napr. *Depistážny dotazník šikanovania I. a II.*), ktoré ponúkajú možnosť triangulácie (JA/ON forma). V jednotlivých dotazníkoch sú otázky týkajúce sa žiaka a situácií v triede, na škole, resp. v inej škole. Keďže ide o depistáž, KOLÁŘOVE dotazníky sa skutočne snažia orientačne zachytiť práva alarmujúce signály šikany v školskom prostredí.⁵⁴

Ďalším depistážnym nástrojom na diagnostikovanie šikany je tzv. *Š dotazník* autoriek PREVOZŇÁKOVEJ a KOHUTIAROVEJ, ktorý slúži na zistenie výskytu šikanovania v školskom prostredí. Skladá sa z ôsmich uzavretých otázok a jeho použitie je vhodné od 3. roč. ZŠ.⁵⁵

Metóda, ktorá zachytáva skrytú agresiu a sociálne šikanovanie u detí je *The Social Bullying Involvement Scales – SBIS* (FITZPATRICK & BUSSEY, podľa ADAMÍK ŠIMEGOVÁ & SZELIGA, 2012). Tento nástroj monitoruje celkovo štyri oblasti: *sociálne prenasledovanie* (do akej miery sú deti sociálne šikanované); *sociálne šikanovanie* (do akej miery sú deti vôbec sociálne šikanované); *sociálni svedkovia* (zachytáva svedkov spoločenského šikanovania) a *možnosti intervencie* (zásahy do sociálneho šikanovania a realizované opatrenia).

Samozrejme šikanovanie v školskom prostredí možno diagnostikovať aj nepriamo, tzn. rôznymi inými nástrojmi, ktoré zachytávajú aj šikanovanie, ale nie sú skonštruované priamo na meranie takéhoto typu správania. Do úvahy tak pripadajú napr. niektoré nástroje popísané pri možnostiach diagnostikovania rizikového a problémového správania v predchádzajúcej podkapitole 4.4 vyššie (napr. *VRSA, PSBS TF, Škála rizikového správania žiaka pre učiteľa a Škálový dotazník školského správania žiaka pre učiteľa*). Ďalšou možnosťou je použiť napr. iné typy nástrojov, ktoré zachytávajú aj niektoré z príznakov šikanovania, tzn. nepriamo poukazujú na potenciálny výskyt šikanujúceho správania v školskom prostredí.

Sociometrické nástroje (napr. SORAD, MCI, Sociometrická Pyramída, resp. plavba loďou a iné) prinášajú taktiež pomerne široké možnosti v súvislosti s identifikovaním

⁵⁴ Plné verzie dotazníkov sú dostupné ako príloha napr. na webe: https://www.fi.muni.cz/~qprokes/pedagogika_new/dodatky/pdf/dotazniky.pdf

⁵⁵ Plná verzia *Š dotazníka* je dostupná na webe: http://www.pppknm.sk/data/pdf/materialy/poruchy_spravania/sikanovanie/dotaznik_sikanovanie_1.pdf

niektorých prejavov šikany v školskom prostredí. Z „balíka sociometrických metód“ možno odkázať napr. na *Guess Who – Hádaj kto?*, ktorá je založená na princípe nedokončených viet, resp. otázok a ide o *peer nomination* metódu. Žiaci dopĺňajú, dopisujú spolužiaka podľa toho, kto sa im tam najviac hodí (napr. *Hádaj kto v triede je vždy veselý? Hádaj kto v triede sa rýchlo rozčúli? Hádaj kto si „nenechá skákať po hlave“? Hádaj kto vždy každého poslúchne?* a pod.). Možná alternatíva pri sociometrickom využití, resp. použití v súvislosti s diagnostikovaním šikany, sa núka - *S kým by si? (napr. S kým by si sa bál ostať sám v jednej miestnosti? S kým ti nič nehrozí? S kým sa cítiš bezpečne? atď.)*.

KRÁTKE ZHRNUTIE:

- ✓ Rizikové správanie môže predstavovať určité riziko – tzn. ohrozenie pre hlavného aktéra alebo pre druhých v jeho okolí.
- ✓ Medzi rizikové správanie radíme agresívne konanie (vrátane šikany a násilia v školách), záškoláctvo, kriminálne konanie, sexuálne rizikové správanie, užívanie návykových látok, nelátkové závislosti, rasová neznášanlivosť a pod.
- ✓ Problémové správanie zvyčajne predstavuje súhrn nesprávne rozvinutých, resp. chýbajúcich návykov, zručností, ktoré následne negatívne ovplyvňujú správanie a školský výkon žiaka.
- ✓ Pri posudzovaní rizikového a problémového správania môžeme rozdeliť diagnostické metódy na priame (napr. pozorovanie dieťaťa v konkrétnej situácii) a nepriame (sprostredkované informácie od iných ľudí, z iných zdrojov).
- ✓ Vo všeobecnosti sa využívajú tri základné postupy pri diagnostikovaní šikany v školskom prostredí - priama výpoveď obeť, svedecká výpoveď a dôkladné pozorovanie správania sa detí a jeho následná analýza.



ZHRŇUJÚCE OTÁZKY:

Po preštudovaní podkapitoly o možnostiach PPD pri posudzovaní rizikového a problémového správania, resp. pri zisťovaní šikany a šikanovania v školskom prostredí, by sme mali vedieť odpovedať na nasledujúce otázky:



Aký je rozdiel medzi rizikovým, problémovým správaním a poruchami správania?

Aké priame a nepriame diagnostické metódy môžeme použiť v rámci PPD pri diagnostikovaní rizikového a problémového správania?

Aké druhy šikanujúceho správania zvyčajne odlišujeme?

Vymenujte priame a nepriame príznaky šikany v školskom prostredí.

Aké kroky a konkrétne metódy využívame pri diagnostike šikany?

4. 6 DIAGNOSTIKA RODINY A RODINNÉHO PROSTREDIA A ICH VÝZNAM

Rodina a rodinné prostredie predstavuje pre diagnostika často kľúčovú oblasť v rámci diagnostického procesu a dôležitý zdroj informácií o diagnostikovanom. MOJŽÍŠEK (1986, podľa BRAUN, 2014) dokonca uvádza, že pokiaľ nepoznáme podmienky života žiaka a dieťaťa, môžeme to považovať za základnú metodologickú chybu diagnostiky.

GAVORA (2015) hovorí na margo rodinného prostredia, že je často kľúčom k odpovediam na otázky, ktoré si kladieme v úvode diagnostikovania. Je preto dôležité poznať práve podmienky rodinného prostredia diagnostikovaného. Okrem iného, výrazne ovplyvňuje napr. žiakove pôsobenie v škole, keďže mu poskytuje istý typ emočného a motivačného zázemia, materiálne zabezpečenie a priamu učebnú pomoc a podporu. MATĚJČEK (1994) dodáva, že rodina má v porovnaní so školou, rovesníkmi a pod., výsostné a jedinečné postavenie v niekoľkých smeroch. Stojí na začiatku a ovplyvňuje vývin dieťaťa v jeho najcitlivejších fázach. Najprirodzenejším spôsobom a najintenzívnejšie môže uspokojovať základné psychické potreby dieťaťa. Zároveň je modelom medzil'udských vzťahov, ktoré si dieťa nesie do života a v intenciách ktorých bude prehodnocovať a vstupovať do všetkých ďalších vzťahov.

Vzhľadom na to, že v rámci tejto podkapitoly nie je priestor (a nie je to ani zámerom) venovať sa témam a oblastiam, ktoré nepochybne s rodinou a rodinným prostredím súvisia (napr. biologické základy rodiny, kultúrna história rodiny, hodnotový a politický kontext, vývoj západnej rodiny, vzťahy a procesy v rodine, patologické rodiny a pod.), venujeme sa len tým témam, ktoré pokladáme za nevyhnutné v diagnostickom kontexte.

Ako užitočná sa tak môže zdať systémová paradigma rodiny, ktorá chápe rodinu ako systém, tzn. súbor častí a vzájomných vzťahov medzi nimi. V pozadí takéhoto systémového prístupu k rodine je základná myšlienka, že celok je viac, ako súhrn jeho častí. »Rodinný systém« tak vytvára sieť vzájomne poprepájaných vzťahov. Zložky takéhoto systému nie sú fixné, nemenné, či chaotické, avšak vzťahy sú skôr cirkulárne, vzájomné a recipročne sa ovplyvňujúce. To zo sebou nesie určité špecifiká pri snahe o porozumenie rodine a rodinnému systému, pričom netreba zabúdať pristupovať k rodine z viacerých hľadísk a multiplicitne (SOBOTKOVÁ, 2007).

Zaujímavý je tiež JACKSONOV koncept tzv. *rodinnej homeostázy*, ktorý hovorí o tom, že rodina sa vždy správa spôsobom, ktorý má potenciál viesť k rovnováhe v interpersonálnych vzťahoch. Členovia tohto systému takúto rovnováhu otvorene alebo skryte udržiavajú. Povahu vzťahovej rovnováhy môžeme odhaliť vďaka opakujúcim sa a predvídateľným komunikačným vzorcom. Pokiaľ je však rovnováha ohrozená, členovia rodiny vyvinú obrovské úsilie pre jej udržanie (podľa SATIROVÁ, 2007). Dieťa, žiak, resp. klient s ktorým prichádzame do kontaktu v procese PPD je tak súčasťou rodinného systému. Zároveň je súčasťou niekoľkých subsystémov v rámci vlastnej rodiny (rodič – dieťa, súrodenci a pod.). Funguje tak ako súčasť týchto podsystémov (vzťahy k jednotlivým členom rodiny), ale tiež ako súčasť rodinného systému ako celku. Ak má nejaký problém, ťažkosti, prežíva niečo významné, zvyčajne sa to stáva spoločne s ním súčasťou systému a ovplyvňuje to všetky jeho súčasti. Rovnako to platí pre všetkých

členov rodinného systému, resp. ak sa niektorý subsystém prejavuje problematcky, ovplyvňuje to aj ostatné subsystémy a rovnako aj každého člena tohto rodinného systému. Ak majú rodičia (subsystém) medzi sebou napätý vzťah, vládne napätá atmosféra s množstvom konfliktov a v ich komunikácii je cítiť hnev, výčitky a pod., ovplyvňuje to súrodenecký subsystém, ale rovnako žiaka – nášho diagnostikovaného, ktorý je súčasťou tohto rodinného systému. Práve to je dôvod, prečo môže byť systémová paradigma pri diagnostike rodiny a rodinného prostredia v procese PPD užitočná.

Predtým, než si popíšeme niektoré konkrétne diagnostické metódy pre diagnostikovanie rodiny a rodinného prostredia, uvedieme si niekoľko všeobecných princípov rodinnej diagnostiky, ktoré súvisia s procesom diagnostikovania rodiny, resp. výberom metód pre takýto typ diagnostiky. SNYDER a kol. (1995, podľa SOBOTKOVÁ, 2007) hovoria napr. o nasledujúcich princípoch rodinnej diagnostiky:

- *Odlíšnosť rodinnej diagnostiky od individuálnej* – kvalitatívne aj kvantitatívne odlišný proces diagnostiky, pričom napr. metódy určené na diagnostikovanie osobnosti, resp. interpersonálnych vzťahov nemožno automaticky prenášať na diagnostiku rodiny.
- *Diagnostické metódy založené na jednotnej teórii* – rovnaká koncepcia tvorí akýsi teoretický „background“ pre jednotlivé diagnostické metódy použité pri práci s rodinou. V opačnom prípade môže byť kombinácia teoreticky (a terminologicky) nekompatibilných prístupov skôr kontraproduktívna.
- *Diagnostika rodiny ako nevyhnutný predpoklad pre efektívnu intervenciu* – presne a efektívne realizovaný diagnostický proces pomôže správne nastaviť ďalšiu intervenciu pre prácu s rodinou (poradenstvo, terapia a pod.).
- *Diagnostika rodiny má byť viacúrovňová* – zachytáva viaceré subsystémy, ako aj celok nukleárnej rodiny, širší rodinný a sociálny systém, spoločensko-kultúrne súvislosti, komunitu v ktorej rodina žije a pod.
- *Výsledky diagnostiky vychádzajú z rozdielnych perspektív* – zvyčajne sa hovorí o tzv. vnútornej (subjektívna – sebahodnotenie) a vonkajšej (objektívna – pozorovanie neustranným odborníkom) perspektíve, pričom sa odporúča ich kombinácia.
- *Diagnostika rodiny ako priebežne prebiehajúci proces* – nie jednosmerný, priamy, ktorý má svoj jasný začiatok a koniec. Naopak skôr nepriamy s rôznymi odbočkami, zákutiami a pod.
- *Empirický základ* – nielen teoretický, ale aj empirický základ, tzn. praktické (klinické) skúsenosti, ktoré pomáhajú pri efektívnejšej realizácii diagnostického procesu.

Ak máme na zreteli vyššie uvedené všeobecné princípy, môžeme pristúpiť k výberu diagnostických metód pre diagnostikovanie rodiny a rodinného prostredia. SOBOTKOVÁ (2007) ich v kontexte psychologickkej diagnostiky rodiny rozdeľuje na tzv. *klinické* (návšteva v rodine, pozorovanie, rozhovor) a *testové* (dotazníky, pozorovacie škály, projektívne metódy a pod.). My si v kontexte PPD priblížime niektoré z nich v súvislosti diagnostikovaním rodiny a rodinného prostredia, pričom sa budeme venovať (okrem

nových, ešte nespomenutých metód) len modifikáciám a špecifikám konkrétnych metód, ktoré sme už popísali v iných častiach tejto učebnice.

Z klinických metód viacerí autori zdôrazňujú dôležitosť a nenahraditeľnosť návštevy priamo v rodine diagnostikovaného. GAVORA (2015) uvádza, že návšteva diagnostika v rodine umožňuje priamy kontakt s prostredím, v ktorom diagnostikovaný žije a často nám napovie viac ako napr. rozhovor so samotným dieťaťom alebo jeho rodičom. SOBOTKOVÁ (2007) hovorí o návšteve v rodine ako o základnej klinickej diagnostickej metóde, v rámci ktorej môžeme aplikovať aj iné klinické či testové metódy. Navyše v našom kultúrnom prostredí majú návštevy v rodine takmer 100-ročnú tradíciu v rámci systému sociálnych služieb. Podľa autorky moderní systémoví ekológovia jednoznačne ukazujú, že skúmanie systémov (vrátane rodín) v ich prirodzenom prostredí má nezastupiteľný význam.

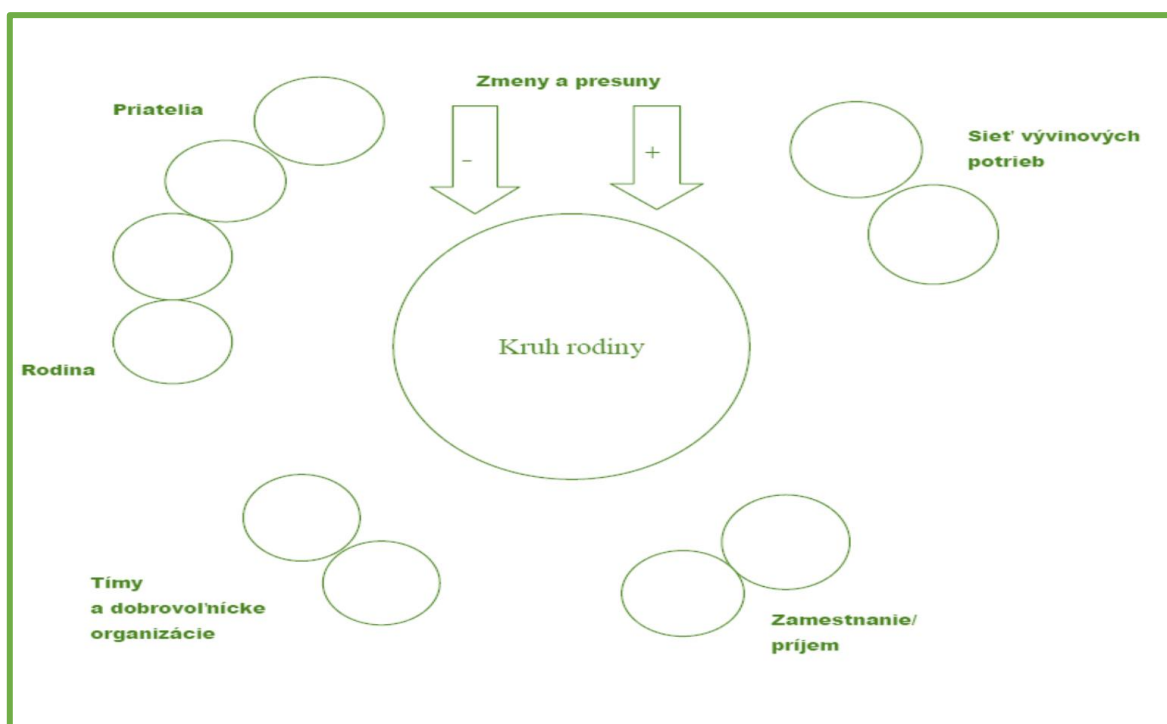
Prínosy, ktoré návšteva v rodine pre proces PPD prináša, sú napr. množstvo nových údajov a informácií o rodine, ktoré sme nezistili iným spôsobom (napr. údaje o bytových, domových podmienkach, životnom štýle rodiny, teritoriálnej rovnováhe, priebehu bežných činností a procese rodinnej interakcie atď.). Ďalej môžeme získané diagnostické údaje porovnať napr. s inými metódami a overiť ich spoľahlivosť. Pri interpretácii výsledkov ostatných metód sa tak stávajú informácie získané pri návšteve v rodine dôležitým základným kameňom. V rámci návštevy v rodine môžeme aplikovať napr. metódu rozhovoru (individuálny, s celou rodinou, oddelene len s rodičmi alebo len s deťmi a pod.), pozorovania, hry a analýzy detskej hry, experimentu.

Rozhovor s rodinou je náročnejší v tom, že sa vytvárajú zložitejšie interakcie, situácia je menej prehľadná a musíme tak vnímať oveľa viac signálov z rôznych strán, monitorovať komplexnejšiu situáciu, ako pri individuálnom rozhovore. Takýto rozhovor môže mať samozrejme viacero podôb – napr. rozhovor s rodičovským párom, s deťmi, s dvojicou rodič – dieťa a pod. Kombinácie sa rôznia podľa zamerania diagnostiky a celkového nastavenia, okolností počas návštevy v rodine. Najčastejšie sa využíva *pološtrukturovaný rozhovor* a to z toho dôvodu, že umožňuje udržať si určitý charakter prirodzeného autentického rozhovoru, čo je pre priebeh rozhovoru žiadúce (SOBOTKOVÁ, 2007). V rámci rozhovoru sa často využíva tzv. *anamnestický rozhovor*, ktorému sme sa bližšie venovali v podkapitole [3. 1. 5 Retrospektívne diagnostické metódy a dôležitosť anamnézy](#). K dispozícii tak máme objektívnu aj subjektívnu osobnú anamnézu, ale tiež rodinnú anamnézu, pričom vypovedať o rodine a rodinnom prostredí môže buď priamo diagnostikovaný alebo rodičia, súrodenci a členovia širšej rodiny. Vhodné je kombinovať viacero typov anamnéz, pretože často sa stáva, že nie vždy sa v niektorých otázkach jednotliví členovia zhodnú, resp. si ich pamätajú a pod.

Ďalšiu z metód, ktorú SOBOTKOVÁ (2007) zaraďuje medzi tzv. klinické metódy, je *genogram*, resp. štruktúrna rodinná mapa. *Genogram* môžeme zjednodušene laicky označiť za rodokmeň, pričom slúži nielen na diagnostické, ale tiež napr. terapeutické účely. Ide o genealogickú schému rodiny, schematicky znázornený rodokmeň, zahŕňajúci viacero generácií. Princiipiálne má veľmi blízko k rodinnej anamnéze a často práve kreslením a prechádzaním genogramu s diagnostikovaným získavame od neho aj množstvo anamnestických údajov o jeho rodine, rodinnej histórii, vzťahoch, dôležitých

členoch rodiny a pod. Zvyčajne sa využíva jednotné značenie (napr. □ - muž; O – žena; † - úmrtie s dátumom, príčinou a pod.)⁵⁶, uvádzajú sa diagnosticky relevantné údaje ako napr. vek osôb, dôležité životné udalosti (sobáše, úmrtia, narodenia, potraty), dĺžka manželstva, typ vzťahu a pod. Postup pri využití genogramu v PPD je taký, že požiadame diagnostikovaného, aby na predložený papier (formát A4 a väčší) zostavil rodinnú mapu, tzn. nakreslil (ak je časť predtlačená, tak doplnil a dokreslil) jednotlivých členov rodiny, všetky generácie, vetvy, ktoré si pamätá, o ktorých vie a to, čo o nich vie. Najmä pri deťoch je vhodné im predtým ukázať, ako môžu postupovať, ako môže „vzorový“ genogram vyzeráť. Počas vytvárania genogramu s diagnostikovaným hovoríme o jednotlivých častiach, pýtame sa, overujeme si, či rozumieme správne tomu, čo kreslí a dopĺňa. Pri mladších deťoch často diagnostik sám pomáha s kreslením, pričom diagnostikovaný ho pri tvorení vedie, usmerňuje a pod. (ZAKOUŘILOVÁ, 2014). Na podobnom princípe ako genogram môže byť založená aj tzv. *ekomapa rodiny*, ktorá vychádza z princípov teórie ekosystému (systémový prístup k rodine spomínaný v úvode tejto podkapitoly). Sociálnoekologický prístup kladie dôraz na interakciu medzi rodinou a sociálnym prostredím v ktorom rodina funguje a je jeho súčasťou. Ekomapa tak mapuje práve mikro a makroprostredie rodiny a jej využitie je totožné ako pri genograme. Pre ilustráciu viď obrázok č. 8 nižšie.

Obr. 8 Ekomapa rodiny (SPDDD Úsmev ako dar, 2009; str. 7).



⁵⁶ Pre lepšie porozumenie a doplnenie viď základné symboly (dostupné na: <https://i.pinimg.com/originals/ff/96/6d/ff966d03158fa7de42cbe824f79b502c.png>), ktoré sa zvyčajne dajú využívať v rámci genogramu v PPD.

Okrem klinických metód diagnostiky rodiny máme k dispozícii aj veľké množstvo testových metód, pričom spomenieme a stručne popíšeme PPD len niektoré vybrané použiteľné pre PPD. V iných častiach tejto učebnice sme už spomínali niektoré diagnostické metódy, ktoré sa využívajú aj za iným účelom, ako pri diagnostikovaní rodiny a rodinného prostredia. Na tomto mieste ich však môžeme zaradiť medzi tzv. testové metódy, pričom je možnosť modifikovať ich podľa potreby aj na rodinu a rodinné prostredie diagnostikovaného. Ide najmä o niektoré projektívne metódy ako je *Slovo-asociačný test*, *Test nedokončených viet/doplňovania viet*, *Kresba rodiny*, *Kresba začarovanej rodiny*, *Kresba troch stromov*, *Blob test* a ďalšie. U všetkých spomenutých platia princípy, ktoré sme bližšie popísali v rámci jednotlivých častí pri v [3. kapitole](#).

Medzi ďalšie možno zaradiť štandardizovaný nástroj *Škála rodinného prostredia – ŠRP* (HARGAŠOVÁ & KOLLÁRIK, 1986), ktorá je prepracovaná verzia pôvodného originálu *Family Environment Scale – FES* (MOOS & MOOS, 1981, podľa SOBOTKOVÁ, 2007). Predstavuje vôbec prvý štandardizovaný nástroj, ktorý zachytáva rodinné prostredie v systémovom kontexte, čím prináša dôležité informácie o vlastnej percepcii rodiny. Celkovo sa skladá z 10 subškál (každá á 9 položiek), ktoré monitorujú funkčné parametre rodinného prostredia. Subškály sítia celkovo tri základné dimenzie: vzťahovú dimenziu (súdržnosť, expresivita a konfliktnosť); dimenziu osobnostného rastu (nezávislosť, orientácia na úspech, intelektuálne-kultúrna orientácia, aktívna rekreačná orientácia a morálne svetonázorová orientácia) a dimenzia udržovania systému (organizácia a kontrola). Úlohou každého člena rodiny je posúdiť, či výrok pre ich rodinu platí/neplatí, resp. do akej miery (SOBOTKOVÁ, 2007). HARGAŠOVÁ a KOLLÁRIK (1986) upozorňujú na to, že je vhodné ŠRP doplniť a kombinovať s viacerými metódami pri komplexnom posudzovaní rodiny a rodinného systému diagnostikovaného.

Ďalšou metódou môže byť napr. škála *FACES – Family Adaptability and Cohesion Evaluation* autorov OLSON, RUSSELL a SPRENKLE (1981, podľa SOBOTKOVÁ, 2007).⁵⁷ Tento nástroj zachytáva funkčnosť rodičovského páru/rodiny v dimenziách adaptability a kohézie. Založená je na princípe hodnotenia rodiny ako celostného systému, tzn. každú položku (spolu 30) hodnotí člen rodiny na stupnici podľa intenzity od 1 do 5. Okrem základných dvoch dimenzií adaptability a kohézie obsahujú položky aj tretiu dimenziu komunikácie. Na rovnakom princípe Olsonovho kruhového modelu rodinného systému je založený aj jeho *Škála rodinnej komunikácie* resp. *Škála rodinnej spokojnosti*. Ide o jednoduché skrínigové nástroje s 10 položkami a hodnotením podľa miery súhlasu na 5-bodovej škále. V našich kultúrnych podmienkach ju preložili a výskumne použili ŠUKOLOVÁ a ŠEBOKOVÁ (2013).

Okrem FACES sa núka aj možnosť použitia pôvodne kanadskej škály *FAM – Family Assessment Measure* SKINNERA, STEINHAUSERA a SANTA-BARBARU (1983, podľa SOBOTKOVÁ, 2007). SAM zachytáva slabé a silné stránky rodiny, pričom je založená na procesuálnom modeli rodinného fungovania. Základné kategórie, ktoré obsahuje sú plnenie úloh, výkon

⁵⁷ FACES vyšiel vo viacerých reedíciách, napr. ako FACES II., FACES III. a pod. V Česku a na Slovensku nie je štandardizovaný, ale bol preložený a adaptovaný viacerými autormi, ako napr. VYHNÁLEKOM, SOBOTKOVOU, ŘÍČANOM (podľa SOBOTKOVÁ, 2007). Na Slovensku použili výskumne revidovanú verziu FACES IV. napr. ŠUKOLOVÁ a ŠEBOKOVÁ (2013).

rolí, komunikácia, afektívna expresia, citová angažovanosť, kontrola, hodnoty a normy. Zvyčajne sa využíva v troch formách: ako všeobecná škála (rodina ako systém), dyadická vzťahová škála (vzťahy medzi pármí v rodine) a sebaopisová škála (individuálne percepcie fungovania rodiny).

S rodinným prostredím veľmi úzko súvisí spôsob výchovy v rodine, ktorý mapuje štandardizovaný *Dotazník na zisťovanie spôsobu výchovy v rodine* ČÁPA a BOSCHEKA (1994). Dotazník obsahuje 40 položiek, ktoré vyjadrujú formou výrokov výchovné postoje v percepcii dieťaťa k matke a otcovi samostatne. Celkovo zachytávajú štyri komponenty výchovy – záporný a kladný, voľnosť a požiadavky. Tieto komponenty sa syntetizujú do dvoch komplexných pohľadov na výchovu ako emočný vzťah, resp. výchovné riadenie. Autori na základe jednotlivých kombinácií týchto komponentov vytvorili 9 výchovných štýlov v rodine diagnostikovaného dieťaťa.

Ďalším štandardizovaným nástrojom je HERBERTOV *Test rodinného zázemia* (SENKA, PÁLENÍK, MEDVEĎOVÁ & MATEJÍK, Dostupné na: <https://psychodiagnostika.sk/produkt/t-101-test-rodinneho-zazemia/>), ktorý je využiteľný aj pre pedagóga, resp. vychovávateľa. Zachytáva informácie o kvalite rodičovskej/opatrovateľskej starostlivosti o dieťa, resp. ťažkostiach, ktoré s tým môžu súvisieť. Odporúča sa pri dlhodobom vedení a práci s rodinou dieťaťa a zameriava sa na tri základné otázky – problémy vzhľadom na starostlivosť o dieťa, jeho bezpečnosť, správanie a vývin; príčiny vzniku týchto problémov a dôvod pretrvávania; možnosti zmeny, odstránenia a prevencie voči takýmto problémom v rodine.

Diagnostických metód využiteľných aj v rámci PPD sa samozrejme núka viacero, stručne sme si spomenuli len niektoré vybrané, pričom netreba zabúdať na kompetencie diagnostika v PPR a samotný cieľ, zámer diagnostikovania, ktorý nás aj v tomto smere edie počas diagnostického procesu.

KRÁTKE ZHRNUTIE:

- ✓ *Rodina a rodinné prostredie tvorí kľúčovú oblasť v rámci diagnostického procesu, je to dôležitý zdroj informácií o diagnostikovanom.*
- ✓ *Prínosný pre diagnostické vymedzenie môže byť zvlášť systémový prístup, ktorý chápe rodinu ako systém.*
- ✓ *Rodinný systém predstavuje systém interakcií a vzájomných vzťahov medzi jednotlivými členmi rodiny.*
- ✓ *Diagnostické metódy v rámci PPD môžeme rozdeliť na klinické a testové.*



ZHRŇUJÚCE OTÁZKY:

Po preštudovaní podkapitoly o možnostiach PPD pri diagnostikovaní rodiny a rodinného prostredia, by sme mali vedieť odpovedať na nasledujúce otázky:



Prečo a čím je užitočný systémový prístup pri diagnostikovaní rodiny a rodinného prostredia?

Čo predstavuje pojem rodinná homeostáza?

Aké klinické metódy máme k dispozícii v rámci PPD?

Aké testové metódy máme k dispozícii v rámci PPD?

ZÁVEREČNÉ ZHRNUTIE

Táto učebnica vznikla 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 odlíšili oblasti pedagogickej, psychologickéj a pedagogicko-psychologickej diagnostiky. Popísali sme si pedagogicko-psychologickú diagnostiku ako diagnostický proces, ktorý má svoju logickú postupnosť a jednotlivé etapy. Tiež sme si priblížili, že v praxi sa tento proces často podobá špirále, pretože sa v niektorých momentoch prirodzeným spôsobom vraciame o jeden alebo viac krokov dozadu, aby sme mohli opätovne pokračovať ďalej. Oboznámili sme sa so základnými diagnostickými stratégiami a postupmi a v neposlednom rade sme zdôraznili niekoľko základných etických a odborných zásad v práci diagnostika. Profesionálnu etiku tak zdôrazňujeme zvlášť pri „nepsychologickej diagnostike“, čo sme sa snažili pripomínať v texte celej učebnice na viacerých miestach opakovane.

Druhá kapitola bola venovaná metodológii pedagogicko-psychologickej diagnostike, bez ktorej by v podstate exaktná diagnostická činnosť nemohla v praxi fungovať. Popísali sme si však len niektoré základné metodologické princípy, resp. psychometrické/edumetrické parametre, ktoré by exaktné diagnostické metódy mali spĺňať. Ďalej sme sa venovali 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 metódy využiteľné v procese pedagogicko-psychologickej diagnostiky.

Tretia kapitola je rozsahovo najširšia a celkovo najprepracovanejšia, pretože postupne ponúka prehľad základných skupín diagnostických metód, ktoré sú využiteľné aj pre „nepsychológov“. Postupne si tak uvádzame exploračné, observačné a retrospektívne metódy. Bližšie sa zoznamujeme s projektívnymi metódami, ktoré tvoria neodmysliteľnú súčasť diagnostickej praxe zvlášť pri deťoch a dospelých. Tiež si popíšeme analýzu výsledkov procesu tvorivej činnosti ako diagnostickú metódu, resp. metódy hodnotenia a klasifikácie, ktoré zohrávajú kľúčovú úlohu najmä v procese pedagogickej diagnostiky. Poslednou kategóriou metód pedagogicko-psychologickej diagnostiky, ktorej sa v rámci tretej kapitole venujeme, je sociometria – sociálne meranie a možnosti využitia pri práci s malou sociálnou skupinou – školskou triedou, resp. výchovnou skupinou.

Posledná štvrtá kapitola je úplne novou a doplnenou časťou v porovnaní s pôvodnými skriptami *Pedagogicko-psychologická diagnostika* (Kusý, 2019). Snaží sa tak spracovať a priblížiť práve vybrané oblasti a témy, s ktorými sa skôr či neskôr každý diagnostik v praxi postupne stretne. Dotýka sa tak niektorých vybraných aplikačných oblastí pedagogicko-psychologickej diagnostiky, kde sa venujeme možnostiam

diagnostiky v rôznych situačných kontextoch edukačnej praxe. Postupne si približujeme diagnostické možnosti pri posudzovaní školskej spôsobilosti, pripravenosti a zrelosti. Pozreli sme sa na rozumové schopnosti, tvorivosť a tvorivé schopnosti očami pedagogicko-psychologickej diagnostiky. Rizikové, problémové správanie a šikana v školskom prostredí často tvoria dôležitú a neodmysliteľnú súčasť náplni práce pedagogických a odborných zamestnancov, kde práve kvalitná diagnostika môže naštartovať celý proces riešenia a prevencie takýchto typov problémov. A nakoniec neoddeliteľná súčasť poznávania každého dieťaťa/žiaka – jeho rodina a rodinné prostredie, čoho sme sa dotkli v poslednej podkapitole.

Veľké množstvo metód sme v tejto učebnici opomenuli a určite existujú metódy, ktoré neboli spomenuté, ale tvoria relevantnú súčasť diagnostickej batérie v praxi viacerých pedagógov. Rovnako tak môže čitateľ nadobudnúť pocit, že sme opomenuli niektoré dôležité špecifické oblasti pedagogicko-psychologickej diagnostiky, ako napr. kariérové a výchovné poradenstvo, autodiagnostika učiteľa, diagnostika klímy učiteľského zboru a kultúry školy, niektoré vývinové poruchy učenia a poruchy správania a mnohé ďalšie. Cieľom však bolo, aby študent, absolvent získal konkrétnejšiu predstavu o jednotlivých metódach oblastiach v ktorých tieto metódy diagnosticky môže využiť. Vďaka tomu sa lepšie dokázal 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 táto učebnica prispieť k dobrej praxi v duchu *primum non nocere*.

ZOZNAM BIBLIOGRAFICKÝCH ODKAZOV

ABRAMENKOVÁ, V. V. a kol. (1987). *Stručný psychologický slovník*. Bratislava: Nakladateľstvo Pravda.

ADAMÍK ŠIMEGOVÁ, M. (2011). Inštitucionálne a sociálne aspekty šikanovania v školskom prostredí. In ADAMÍK ŠIMEGOVÁ, M. & KOVÁČOVÁ, B. (Eds.). *Šikanovanie v prostredí školy. Možnosti prevencie a zvládania*. Trnava: TYPI UNIVERSITATIS TYRNAVIENSIS, s. 11 – 26.

ADAMÍK ŠIMEGOVÁ, M. & SZELIGA, P. (2012). *Výskum šikanovania v prostredí školy*. Trnava: TYPI UNIVERSITATIS TYRNAVIENSIS, 128 s.

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.

ANTALÍKOVÁ, L. (2017). Výchovné správanie matiek, prosociálne a agresívne správanie detí predškolského veku. *Pedagogika.sk*. 8(2), s. 109-133. Dostupné na: <http://www.casopispedagogika.sk/rocnik-8/cislo-2/studia-antalikova.pdf>

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.

BAŇASOVÁ, K. & BENKA, E. (2014). Problémy, reziliencia a kvalita života slovenských detí. In MAIEROVÁ E., DOLEJŠ M., FRANC L. & SKOPAL O. (Eds.), *PhD existence 2014 Česko-slovenská psychologická konferencie (nejen) pro doktorandy a o doktorandech*, Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci.

BORBÉLYOVÁ, D. & ŠPERNÁKOVÁ, B. (2014). *Testovanie školskej pripravenosti v pedagogickom kontexte*. Bratislava: MPC, 113 s.

BOROŠ, J. (1977). *Základy psychológie*. Bratislava: SPN, s.

BRAUN, R. (2014). *Pedagogicko-psychologická diagnostika*. Praha: Pedagogická fakulta UK, 117 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.

BRUTOVSKÁ, M., ŠEBEŇA, R. & OROSOVÁ, O. (2015). Normatívne presvedčenia a rizikové správanie vysokoškolákov. *Edukácia. Vedecko-odborný časopis*. 1(1), s. 55-64.

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. & BOSCHEK, P. (1994). *Dotazník pro zjišťování způsobu výchovy v rodině*. Bratislava : Psychodiagnostika.
- ČÁP, J. & MAREŠ, J. (2001). *Psychologie pro učitele*. Praha: Portál, 655 s.
- ČAVOJOVÁ, V. & DANIŠKOVÁ, K. (2008). *Tvorivost – cesta k rozvoju osobnosti*. Nitra: Univerzita Konštantína filozofa v Nitre, 219 s.
- ČEREŠNÍK, M. (2014). Risk Behaviour of Slovak Adolescents in Lower Secondary Education: Intersexual and Class Comparisons. In P.Doulik (Ed.). *Current Trends in Educational Science and Practice 7*. Ústí nad Labem: Univerzita J.E. Purkyňe, pp. 31-39.
- ČEREŠNÍK, M. (2016). Osobnostné vlastnosti dospelievajúcich v kontexte produkcie rizikového správania. In E. Maierová, L. Viktorová, M. Dolejš (Eds.). *PhD Existence VI. Výzkum vs. prax: Česko-slovensko psychologická konference (nejen) pro doktorandy a o doktorandech*. Olomouc : UP v Olomouci, pp. 132-146.
- ČEREŠNÍK, M. (2019). *Rizikové správanie, blízke vzťahy a sebaregulácia dospelievajúcich v systéme nižšieho sekundárneho vzdelávania*. Nitra: UKF, 82 s.
- ČEREŠNÍK, M. & GATIAL, V. (2014). *Rizikové správanie a vybrané osobnostné premenné dospelievajúcich v systéme nižšieho sekundárneho vzdelávania*. Nitra: UKF, 109 s.
- ČOPKOVÁ, R. (2019a). *Sociálna a pedagogická psychológia pre inžinierov*. Košice: Technická univerzita v Košiciach, 164 s.
- ČOPKOVÁ, R. (2019b). *Všeobecná a vývinová psychológia pre inžinierov*. Košice: Technická univerzita v Košiciach, 173 s.
- DANIEL, J. a kol. (2005). *Prehľad všeobecnej psychológie*. Bratislava: Enigma, 278 s.
- DAVIDO, R. (2008). *Kresba jako nástroj poznání dítěte*. Praha: Portál, 205 s.
- DAVIS, G. & SUBKOVIK, M. J. (1975). Multidimensional Analysis of a Personality-based Test of Creative Potential. *Journal of Educational Measurement*, 12 (1), pp. 37 – 43.
- DITTRICH, P. (1993). *Pedagogicko-psychologická diagnostika*. Jinočany: H&H.
- DOLEJŠ, M. (2010). *Efektivní včasná diagnostika rizikového chování u adolescentů*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 190 s.
- DUBAYOVÁ, T. (2016). *Patopsychológia detí so psychosociálnym narušením pre pedagógov*. Prešov: Prešovská univerzita v Prešove, 84 s.
- 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.
- GAJDOŠOVÁ, E. (2000). *Poznávanie sociálnych vzťahov v triede. Práca so sociometrickým ratingovým dotazníkom*. Bratislava: Metodické centrum mesta Bratislavy, 53 s.
- GAJDOŠOVÁ, E. & HERÉNYIOVÁ, G. (1996). *Kresebný test školskej spôsobilosti- príručka pre administráciu a vyhodnotenie*. Bratislava: PSYCHO-INSIGHT. spol. s.r.o.
- GAVORA, P. (2015). *Akí sú moji žiaci?*. 4. vyd. Bratislava: Enigma.
- 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.
- GUBRICOVÁ, J., BAĎURA, P. & GERŠICOVÁ, Z. (2015). Spolupráca učiteľa a školského psychológa pri riešení neštandardných školských situácií vo výchovno-vzdelávacom procese. In ADÁMIK ŠIMEGOVÁ, M., BIZOVÁ, N. & BRESTOVANSKÝ, M. (2015). *Školská psychológia a kvalita života v edukácii*. Trnava: Pedagogická fakulta Trnavskej univerzity v Trnave, s. 85 – 96.
- HALAMA, P. (2005). *Princípy psychologickéj diagnostiky*. Trnava: TYPI UNIVERSITATIS TYRNAVIENSIS.
- HAMANOVÁ, J. (2000). Rizikové chování v dospívání. In *Rizikové chování dospívajících a jeho prevence: 1.odborný seminář, SZÚ 5.-7.9.2000*. Praha: Free Teens Press. s. 15-29.
- HANSEN, M., KREINER, S. & ROSENBERG HANSEN, C. (1994). *CHIPS – Children´s Problem Solving. Príručka*. Bratislava: Psycho – Insight, 12 s.
- HARGAŠOVÁ, M. & KOLLÁRIK, T. (1986). *Škála rodinného prostredia*. Bratislava: Psychodiagnostické a didaktické testy, 123 s.
- HENDL, J. (2005). *Kvalitativní 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.
- HORŇÁK, L. (2014). *Problémové správanie a jeho pedagogické riešenie (u dieťaťa v predškolskom veku pochádzajúceho zo sociálne znevýhodneného prostredia)*. Bratislava: Metodicko-pedagogické centrum, 78 s.

- 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 statistiky*. Praha: Karolinum, 268 s.
- HRABAL, V. ml., MAN, F. & PAVELKOVÁ, I. (1984). *Psychologické otázky motivace ve škole*. Praha: SPN.
- HRONCOVÁ, J. (2017). Sociálny pedagóg v škole v teoretickej reflexii a jeho problémy v praxi. *Edukácia*, 2(1), 2017, s. 80-88.
- HUDÁKOVÁ, M. & HAVAJOVÁ, K. (2020). Všímavosť a rizikové správanie u adolescentov. *Pomáhajúce profesie*, 3(2), 2020, s. 33-44.
- CHRÁSKA, M. (2007). *Metody pedagogického výzkumu*. Praha: Grada, 267 s.
- JAKABČIČ, I. (2002). *Základy vývinovej psychológie*. Bratislava: IRIS, 84 s.
- JANOŠOVÁ, P. (2011). Šikanovanie z hľadiska gender. In ADAMÍK ŠIMEGOVÁ, M. & KOVÁČOVÁ, B. (Eds.). *Šikanovanie v prostredí školy. Možnosti prevencie a zvládania*. Trnava: TYPI UNIVERSITATIS TYRNAVIENSIS, s. 27 – 42.
- JESSOR, R. (1998). *New Perspectives on Adolescent Risk Behavior*. New York: Cambridge University Press.
- JIRÁSEK, J. (1992). *Orientační test školní zralosti. Příručka*. Bratislava: Psychodiagnostika.
- JURČOVÁ, M. (1983). *Torranceho figurálny test tvorivého myslenia (príručka)*. Bratislava: Psychodiagnostické a didaktické testy.
- JURČOVÁ, M. (2009). *Tvorivosť v každodennom živote a vo výskume*. Bratislava: IRIS, 268 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.
- KASÁČOVÁ, B., CABANOVÁ, M. a kol. (2013). *Pedagogická diagnostika v teórii a aplikáciách*. Banská Bystrica: Vydavateľstvo Univerzity Mateja Bela – Belianum, 254 s.
- KAŠČÁKOVÁ, N. (2007). *Obranné mechanizmy z psychoanalytického, etologického a evolučno-biologického aspektu*. Trenčín: Vydavateľstvo F, 137 s.
- KAUFMAN, A. & KAUFMAN, N. (1999). *Kaufmanova hodnotiaca batéria pre deti – K – ABC*. Bratislava: Psychodiagnostika a. s.
- KERLINGER, F. N. (1972). *Základy výzkumu chování. Pedagogický a psychologický výzkum*. Praha: ACADEMIA, 705 s.
- KOLÁŘ, M. (2005). *Bolest šikanování. 2. vyd.* Praha: Portál, 256 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. Výchovne zanedbané dieťa*. 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.
- KOŽÁROVÁ, J. & PODHÁJECKÁ, M. (2013). Možnosti diagnostikovania detí s problémovým správaním v predškolskom veku. In *Študent na ceste k praxi II*. s. 150 – 163. Dostupné na: https://www.pulib.sk/web/kniznica/elpub/dokument/Dubayova2/subor/Kozarova_Podhajecka.pdf
- LANGMEIER, J. & KREJČÍŘOVÁ, D. (2006). *Vývojová psychologie*. 2. vyd. Praha: Grada, 368 s.
- LIBERČANOVÁ, K. (2018). *Metódy sociálnej pedagogiky I*. Trnava: Pedagogická fakulta TU, 175 s.
- LIPNICKÁ, M. & UJČIKOVÁ, V. (2012). *Kresba ako pedagogicko-diagnostický nástroj poznávania dieťaťa predškolského veku*. Bratislava: Spoločnosť pre predškolskú výchovu, 72 s.
- MACEK, P. (2003). *Adolescence*. Praha: Portál, 142 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. (1994). *O rodine vlastní, nevlastní a náhradní*. Praha: Portál, 100 s.
- MATĚJČEK, Z. & STROHBACHOVÁ, I. (1981). Kresba začarované rodiny. In: *Československá psychologie*. 25 (1). s. 316 – 325.
- MERTIN, V. (2003). Příprava dítěte pro základní školu – problematika školní připravenosti. In MERTIN, V. & GILLERNOVÁ, I. (Eds.). *Psychologie pro učitelky mateřské školy*. Praha: Portál, s. 217 – 230.
- MEZERA, A. et al. (2000). *Škála rizikového správania*. Bratislava: Psychodiagnostika.
- MIKULAJOVÁ, M. (2010). *Metódy diagnostiky dyslexie*. Bratislava: Mabag s. r. o., 60 s.
- 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.
- NAJBRTOVÁ, K., ŠÍPEK, J., LONEKOVÁ, K. & ČÁP, D. (2017). *Projektivní metody v psychologické diagnostice*. Praha: Portál, 176 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.
- OLWEUS, D. (1996). *The Revised Olweus Bully/Victim Questionnaire for Students*. Bergen: University of Bergen.
- ONDREJKOVIČ, P. (2005). *Úvod do metodológie sociálnych vied – Základy metodológie kvalitatívneho výskumu*. Bratislava: Regent, 174 s.
- OROSOVÁ, O., GAJDOŠOVÁ, B., MADARASOVÁ-GECKOVÁ, A. & VAN DIJK, J. P. (2007). Rizikové faktory užívania drog dospievajúcimi. *Československá psychologie*, 51(1), s. 32-48.
- PAŠKOVÁ, L., STEHLÍKOVÁ, J. & VALIHOROVÁ, M. (2018). Rizikové správanie žiakov mladšieho školského veku z pohľadu učiteľov primárneho vzdelávania. *Psychologie a její kontexty*. 9(1), s. 15 – 28-
- 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.
- RIMM, S. (1976). GIFT: An Instrument for the Identification Creativity. *The Journal of Creative Behavior*, 10(3), pp. 178 – 182.
- 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. & JANOŠOVÁ, P. (2010). *Jak na šikanu*. Praha: Grada Publishing, 160 s.
- ŘÍČAN, P., KREJČÍŘOVÁ, D. a kol. (2006). *Dětská klinická psychologie*. 4. vyd. Praha: Grada Publishing, 604 s.
- SATIROVÁ, V. (2007). *Společná terapie rodiny*. Praha: Portál, 216 s.
- SOBOTKOVÁ, I. (2007). *Psychologie rodiny*. 2. vyd. Praha: Portál, 224 s.
- SOLLÁROVÁ, E. (2005). *Aplikácie prístupu zameraného na šloveka (PCA) vo vzťahoch*. Bratislava: Ikar, 202 s.
- SPDDD ÚSMEV AKO DAR. (2009). *Kniha PRIDE. Piate stretnutie. Posilňovanie rodinných vzťahov*. 27 s.

- STANČÁK, A. (1996). *Klinická psychodiagnostika dospělých*. 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_1_1-2007-1_4.pdf
- SZOBIOVÁ, E. (2004). *Tvorivost'. Od záhady k poznaniu*. 2. vyd. Bratislava: Stimul, 372 s.
- SZOBIOVÁ, E. (2016). *Tvorivost' – poznávanie tajomstiev*. Plzeň: Aleš Čeněk, 388 s.
- ŠPAŇÁR, J. & HRABOVSKÝ, J. (1987). *Latinsko-slovenský, Slovensko-latinský slovník*. 4. vyd. Bratislava: SPN, 1222 s.
- ŠUHAJDOVÁ, I. (2015). Nevyhnutnosť kooperácie pedagogických a odborných pracovníkov pri snahe o inkluzívnu edukáciu žiakov zo sociálne-znevýhodňujúceho prostredia. In ADÁMIK ŠIMEGOVÁ, M., BIZOVÁ, N. & BRESTOVANSKÝ, M. (2015). *Školská psychológia a kvalita života v edukácii*. Trnava: Pedagogická fakulta Trnavskej univerzity v Trnave, s. 47 - 54.
- ŠUKOLOVÁ, D. & ŠEBOKOVÁ, G. (2013). Percipovaná funkčnosť rodinného systému u adolescentov v kontexte veku, pohlavia a vierovyznania. *PhD Existence III: Česko-slovenská psychologická konferencia (nejen) pro doktorandy a doktorandech*. Olomouc: PU v Olomouci, s. 121 – 129.
- ŠVEC, Š. a kol. (2009). *Metodologie věd o výchově. Kvantitativně-scientické a kvalitativně-humanitní přístupy v edukačním výzkumu*. Brno: Paido, 305 s.
- THORNDIKE, R. L., HAGEN, E. & VONKOMER, J. (1997). *Test kognitívnych schopností – TKS*. Bratislava: Psychodiagnostika a. s.
- TIRPÁKOVÁ, A., MARKECHOVÁ, D. & DANIEL, J. (1998). *Základy štatistiky a metodológie. (Učebný text pre študentov psychológie, pedagogiky a sociológie)*. Nitra: Pedagogická fakulta Univerzity Konštantína filozofa v Nitre, 128 s.
- TORRANCE, E. P. & KHATENA, J. (1970). "What Kind of Person Are You ?": A Brief Screening Device for Identifying Creatively Gifted Adolescents and Adults. *Gifted Child Quarterly*. 14(2), pp. 71 – 75.
- URBAN, K. K. & JELLEN, H. G. (upr. Kováč, T.). (2002). *Urbanov test tvorivosti (príručka)*. Bratislava: Psychodiagnostika.
- URBÁNEK, T. (2002). *Základy psychometriky*. Brno: Masarykova univerzita, 153 s.
- URBÁNEK, T., DENGLEROVÁ, D. & ŠIRŮČEK, J. (2011). *Psychometrika. Měření v psychologii*. Praha: Portál, 320 s.
- VÁGNEROVÁ, M. (2003). *Patopsychologie pro pomáhající profese*. Praha: Portál, 444 s.
- VÁGNEROVÁ, M. (2008). *Vývojová psychologie I. Dětství a dospívání*. Praha: Karolinum, 468 s.

VÁGNEROVÁ, M. & KLÉGROVÁ, J. (2008). *Poradenská psychologická diagnostika detí a dospievajících*. Praha: Karolinum, 538 s.

VALACHOVÁ, D. (2009). *Ako spoznať dieťa v materskej škole. Pedagogická diagnostika v materskej škole*. Bratislava: MPC, 72 s.

VAŠEK, Š. (2007). *Špeciálnopedagogická diagnostika*. 5. vyd. Bratislava: IRIS, 188 s.

VEREŠOVÁ, M. & TOMŠÍK, R. (2019). *Rizikové správanie dospievajúcich a výchovné štýly v rodine*. Nitra: PF UKF, 128 s.

VONKOMER, J. (1990). *Psychologická diagnostika školy*. Bratislava: Psychodiagnostické a didaktické testy, 221 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. 138/2019 Z. z. o pedagogických zamestnancoch a odborných zamestnancoch a o zmene a doplnení niektorých zákonov. (cit. 24. 5. 2020). Dostupné na: <https://www.zakonypreludi.sk/zz/2019-138>

Zákon č. 245/2008 Z. z. o výchove a vzdelávaní (školský zákon) a o zmene a doplnení niektorých zákonov. (cit. 3. 7. 2020). Dostupné na: <https://www.zakonypreludi.sk/zz/2008-245>

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 individuálny vzdelávací program*. Praha: Portál, 208 s.

ZELINA, M. & ZELINOVÁ, M. (1990). *Rozvoj tvorivosti detí a mládeže*. Bratislava: SPN, 136 s.

WEINER, I. B. & GREENE, R. L. (2008). Figure drawing methods. IN WEINER, I. B. & GREENE, R. L. (Eds.). *Handbook of personality assessment*. New Jersey: John Wiley & Sons, pp. 481 – 516.

WETZIG-WÜRTH, H. & MÜLLER, P. (2004). *Psychoterapeutický rozhovor. Terapeuticky účinné dialógy v lekárskej praxi*. Trenčín: Vydavateľstvo-F, 224 s.

WINKELMANN, W., VÁRYOVÁ, B. & MIKULAJOVÁ, M. (1996). *TEKO – Piagetove testy kognitívnych operácií*. Bratislava: Psychodiagnostika, a.s.

INTERNETOVÉ ODKAZY:

www.b-creative.cz

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

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

https://www.fi.muni.cz/~qprokes/pedagogika_new/dodatky_pdf/dotazniky.pdf

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

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

http://www.pppknm.sk/data/pdf/materialy/poruchy_spravania/sikanovanie/dotaznik_sikanovanie_1.pdf

<https://psychodiagnostika.sk/produkt/t-101-test-rodinneho-zazemia/>

http://www.slovenskapsychologickaspolocnost.sk/main.php?page=10-sk-Etický_kodex

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

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

MENNÝ REGISTER

A

ABRAMENKOVÁ, V. V. – 6
ADAMÍK ŠIMEGOVÁ, M. – 118, 120, 121
ALMAŠIOVÁ, A. – 45, 51
ANTALÍKOVÁ, L. – 117

B

BAĐURA, P. – 26
BAKHTIYAR EMINLI, T. – 27
BAKOŠOVÁ, Z. – 63
BAŇASOVÁ, K. – 117
BENKA, E. – 117
BORBÉLYOVÁ, D. – 99, 101
BOROŠ, J. – 27
BOSCHEK, P. – 128
BRAUN, R. – 123
BRESTOVANSKÝ, M. – 80
BRICKLIN, P. – 20
BRUTOVSKÁ, M. – 113
BYČKOVSKÝ, P. – 56, 57, 58

C

CABANOVÁ, M. – 7, 21, 27, 28, 34, 36, 37, 38,
39, 40, 44, 47, 53, 54, 58, 59, 60, 61, 62, 63,
66, 67, 68, 69, 71, 72, 73, 77, 80, 84, 85, 86,
87, 88, 89, 90, 91, 93, 95, 97, 98, 99
COGNET, G. – 73
CRONBACH, L. J. – 31, 53

Č

ČÁP, D. – 69, 73, 77
ČÁP, J. – 69, 73, 77, 87, 128
ČAVOJOVÁ, V. – 107, 108, 109, 111

ČEREŠNÍK, M. – 113, 114, 17

ČOPKOVÁ, R. – 13, 85

D

DANIEL, J. – 25, 27, 30, 103
DANIŠKOVÁ, K. – 107, 108, 109, 111
DAVIDO, R. – 73, 77
DAVIS, G. – 109
DENGLEROVÁ, D. – 17
DITTRICH, P. – 7, 14, 16, 26, 34, 45, 56, 59,
60, 85, 89, 94, 97, 98, 99
DOLEJŠ, M. – 113, 117
DUBAYOVÁ, T. – 114
DUCHOVIČOVÁ, J. – 52
DVOŘÁKOVÁ, M. – 26
DŽUKA, J. – 29, 30, 31, 47, 48, 54, 55
DYNER, W. – 80

F

FERJENČÍK, J. – 30, 31, 37, 38, 54, 59, 60
FONTANA, D. – 54, 55, 80, 90, 114

G

GAJDOŠOVÁ, E. – 93, 94, 95, 101
GATIAL, V. – 113
GAVORA, P. – 7, 8, 12, 17, 18, 19, 25, 26, 27,
29, 31, 34, 37, 41, 45, 46, 49, 50, 52, 53, 54,
55, 57, 59, 60, 61, 67, 75, 76, 77, 87, 88, 89,
90, 91, 92, 106, 108, 109, 123, 125
GERŠICOVÁ, Z. – 26
GREENE, R. L. – 73
GREENSPAN, S. I. – 45
GROLMUSOVÁ, M. – 88
GUBRICOVÁ, J. – 26

H

HAGEN, E. - 105
HALAMA, P. - 17, 18, 19, 20, 22, 34, 39, 54
HAMANOVÁ, J. - 113
HANSEN, M. - 104, 105
HARGAŠOVÁ, M. - 127
HAVAJOVÁ, K. - 118
HENDL, J. - 60
HERÉNYIOVÁ, G. - 101
HERSEN, M. - 39
HORŇÁK, L. - 115
HRABAL, V. - 8, 11, 13, 16, 17, 27, 29, 30, 31, 32, 34, 54, 56, 59, 66, 93, 94, 103, 106
HRABAL, V. ML. - 54
HRABOVSKÝ, J. - 62, 65
HRONCOVÁ, J. - 9
HUDÁKOVÁ, M. - 118

CH

CHRÁSKA, M. - 7, 58, 59

J

JAKABČIČ, I. - 104
JANOŠOVÁ, P. - 118, 119, 120
JELLEN, H. G. - 110
JESSOR, R. - 114
JIRÁSEK, J. - 99, 100
JURČOVÁ, M. - 107, 108, 110

K

KASÁČOVÁ, B. - 7, 21, 27, 28, 34, 36, 37, 38, 39, 40, 44, 47, 53, 54, 58, 59, 60, 61, 62, 63, 66, 67, 68, 69, 71, 72, 73, 77, 80, 84, 85, 86, 87, 88, 89, 90, 91, 93, 95, 97, 98, 99

KAŠČÁKOVÁ, N. - 65
KAUFMAN, A. - 105
KAUFMAN, N. - 105
KERLINGER, F. N. - 51, 53, 54
KHATENA, J. - 109
KLÉGROVÁ, J. - 52, 103, 115, 116
KLIMUSOVÁ, H. - 20
KOHÚTOVÁ, K. - 45, 51
KOLÁŘ, M. - 120, 121
KOLLÁRIK, T. - 38, 84, 89, 90, 91, 93, 127
KOMPOLT, P. - 7
KONDÁŠ, O. - 68, 86
KOVÁČ, D. - 27
KOŽÁROVÁ, J. - 117
KREINER, S. - 104, 105
KREJČÍŘOVÁ, D. - 98

L

LANGMEIER, J. - 98
LIBERČANOVÁ, K. - 9, 10
LIPNICKÁ, M. - 73, 98, 99
LONEKOVÁ, K. - 69, 73, 77

M

MACEK, P. - 113
MAJZLANOVÁ, K. - 80
MAREŠ, J. - 27, 31, 56, 76, 87
MARKECHOVÁ, D. - 25, 27, 30
MARŠALOVÁ, L. - 25, 26
MATĚJČEK, Z. - 75, 76, 99, 123
MERTIN, V. - 98
MEZERA, A. - 116

MIKULAJOVÁ, M. – 104, 105

MIOVSKÝ, M. – 60, 113

MUSILOVÁ, M. – 34, 37, 38, 39, 40, 43, 45,
59, 60, 66, 84, 85, 89

MÜLLER, P. – 45

N

NAJBRTOVÁ, K. – 69, 73, 77

NAKONEČNÝ, M. – 25, 27, 62, 65

NOVÁK, M. – 77

O

OLWEUS, D. – 120

ONDREJKOVIČ, P. – 52

OROSOVÁ, O. – 113

P

PAŠKOVÁ, L. – 113, 116, 117

PODHÁJECKÁ, M. – 117

POGÁDY, J. – 77

PRŮCHA, J. – 56

R

RIMM, S. – 109

ROGERS, C. R. – 41

ROSENBERG HANSEN, C. – 104, 105

RUISEL, I. – 54, 69, 103, 107

Ř

ŘÍČAN, P. – 53, 71, 76, 77, 118, 119, 120,
127

S

SATIROVÁ, V. – 123

SOBOTKOVÁ, I. – 123, 124, 125, 127

SOLLÁROVÁ, E. – 38, 41, 84, 89, 90, 91, 93,

STANČÁK, A. – 8, 17, 18, 22, 23, 29, 33, 38,
45, 62, 63, 65, 66, 67, 74

STEHLÍKOVÁ, J. – 113, 116, 117

STROHBACHOVÁ, I. – 76

SUBKOVIK, M. J. – 109

SVOBODA, M. – 8, 20, 27, 28, 29, 30, 31, 33,
37, 38, 39, 40, 41, 42, 43, 46, 53, 56, 59, 60,
61, 62, 63, 65, 66, 67, 72, 74, 75, 77

SZELIGA, P. – 118, 120, 121

SZOBIOVÁ, E. – 107, 110, 111

Š

ŠEBEŇA, R. – 113

ŠEBOKOVÁ, G. – 127

ŠÍPEK, J. – 69, 73, 77

ŠIRŮČEK, J. – 17

ŠPAŇÁR, J. – 62, 65

ŠPERNÁKOVÁ, B. – 99, 101

ŠUHAIKOVÁ, I. – 26

ŠUKOLOVÁ, D. – 127

ŠVEC, Š. – 25, 46, 48, 51, 53, 59, 60, 61

T

THORNDIKE, R. L. – 105

THORNDIKE GREENSPAN, N. – 45

TÍRPÁKOVÁ, A. – 25, 27, 30

TOMŠÍK, R. – 117

TORRANCE, E. P. – 109, 110

U

UJČIKOVÁ, V. – 73

URBAN, K. K. – 110

URBÁNEK, T. – 17, 29

V

VÁGNEROVÁ, M. – 52, 80, 103, 115

VALACHOVÁ, D. – 80, 84, 85, 97, 98, 103

VALIHOROVÁ, M. – 113, 116, 117

VAŠEK, Š. – 10

VEREŠOVÁ, M. – 117

VONKOMER, J. – 51, 105, 106

W

WALTEROVÁ, E. – 56

WEINER, I. B. – 73

WETZIG-WÜRTH, H. – 45

Z

ZAKOUŘILOVÁ, E. – 78, 126, 152



ZELINKOVÁ, O. – 7, 27, 45, 62, 63, 83, 85, 106



ZELINA, M. – 107

ZELINOVÁ, M. – 107

PRÍLOHA 1

VÝHODY A NEVÝHODY VYBRANÝCH DIAGNOSTICKÝCH METÓD PPD V PREHLADE (vlastné spracovanie autora)

VYBRANÉ DIAGNOSTICKÉ METÓDY	 VÝHODY	 NEVÝHODY
VOLNÝ ROZHOVOR	<ul style="list-style-type: none"> • Rozhovor prebieha menej formálne, nenútene a uvoľnene. • 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 klud 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

PRÍKLAD VYBRANEJ DOTAZNÍKOVEJ 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

PRÍLOHA 3

PRÍKLAD VYBRANEJ POSUDZOVACEJ ŠKÁLY

ROSENBERGOVA ŠKÁLA SEBAÚCTY - RSE⁵⁸

(ROSENBERG SELF-ESTEEM SCALE)

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 neúčinný. | 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 |

⁵⁸ RSE je voľne dostupná na viacerých miestach, napr. vid': <https://www.yorku.ca/rokada/psyctest/rosenbrg.pdf>

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• Nevšímavosť 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, nepožiadá o pomoc• Konflikt rieši násilnou formou, ubližuje iným deťom• Pri riešení konfliktnej situácie nespupracuje• Vie prejaviť 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 sebaobsluže 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:

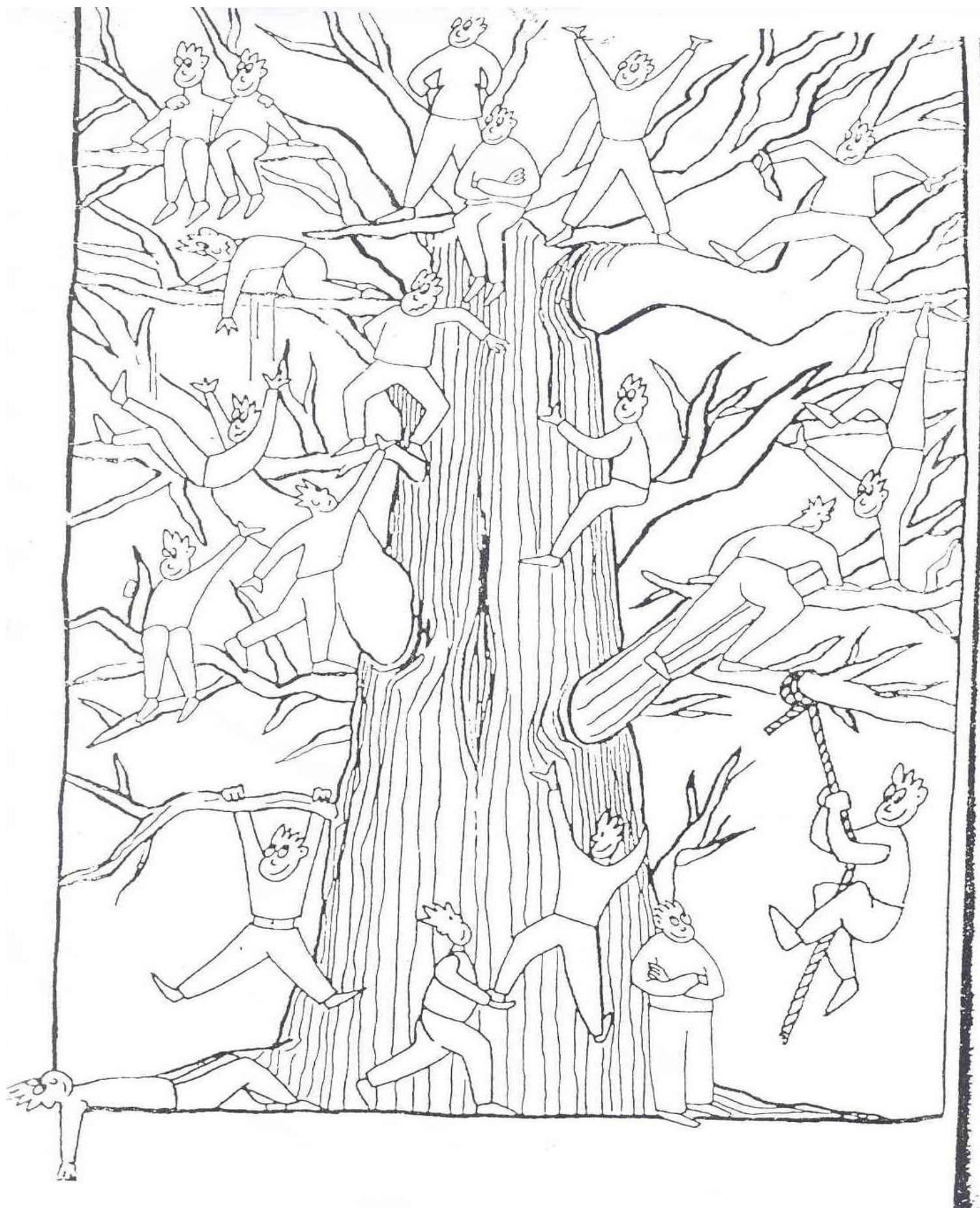
**PRÍKLAD ZÁZNAMOVÉHO POZOROVACIEHO HÁRKU PRE INTERAKCIU UČITEĽ-ŽIAK
V NEŠTANDARDNÝCH SITUÁCIÁCH NA VYUČOVANÍ**

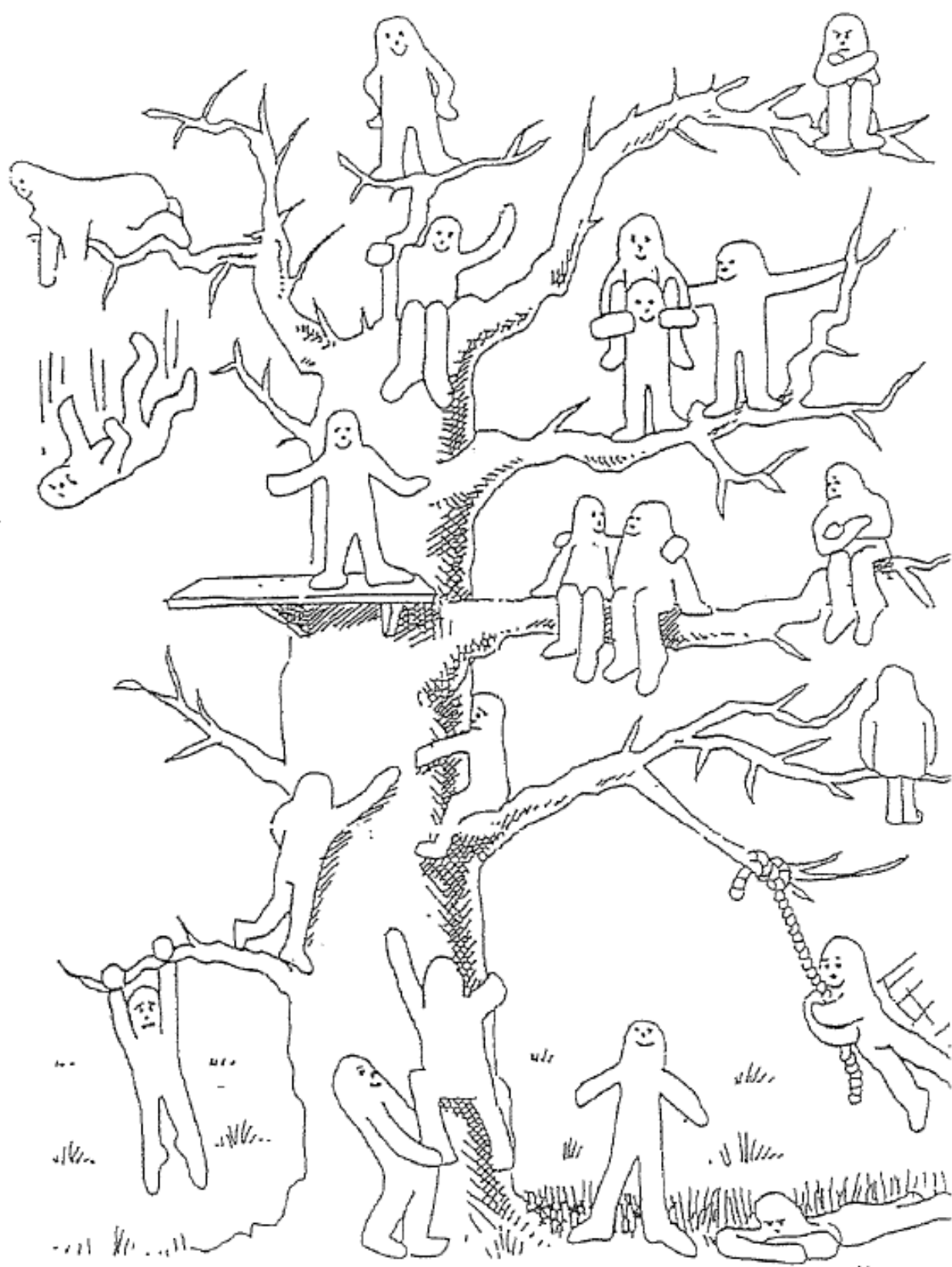
(PEDAGOGICKO-PSYCHOLOGICKÁ DIAGNOSTIKA DIEŤAŤA)

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 vyhnúť sa povinnosti; ako reakcia na neadekvátne konanie učiteľa; ako snaha „spoznať“ učiteľa</i>			
PRIESTUPKY	<i>krádež, ničenie majetku, podvádžanie, záškoláctvo</i>			
SUBJEKTÍVNE ŤAŽKOSTI	<i>pod vplyvom intoxikácie či náhleho ochorenia</i>			

PRÍLOHA 5

BLOB TEST (napr. ZAKOŮŘILOVÁ, 2014)





Názov: PEDAGOGICKO-PSYCHOLOGICKÁ DIAGNOSTIKA V EDUKAČNEJ PRAXI
Autor: © PhDr. Peter KUSÝ, PhD.
Recenzenti: prof. PhDr. Eva GAJDOŠOVÁ, PhD.
prof. PhDr. Bronislava KASÁČOVÁ, CSc.
Vydanie: prvé
Rok: 2021
Rozsah: 155 strán
Vydavateľ: Pedagogická fakulta Trnavskej univerzity v Trnave

Za odbornú a jazykovú stránku tejto učebnice zodpovedá autor.

Všetky práva vyhradené. Toto dielo a ani žiadnu jeho časť nemožno reprodukovat' bez súhlasu majiteľ'ov práv.

ISBN 978 – 80 – 568 – 0208 - 3