

**UNIVERZITA JANA AMOSA KOMENSKÉHO PRAHA**

Magisterské kombinované štúdium

2010 – 2012

**DIPLOMOVÁ PRÁCA**

Mgr. Janka Krenická

**Poruchy správania a ich vplyv na edukačný proces v  
špeciálnej základnej škole**

**Praha 2012**

**Vedúca diplomovej práce:**

PaedDr. Eva Lukáčová

**COMENIUS UNIVERSITY PRAGUE**

Master combined Studies

2010 - 2012

**DIPLOMA THESIS**

Mgr. Janka Krenická

Behavior disorders and its influence on education process  
in specialized elementary schools

**Prague 2012**

**The Master Thesis Work Supervisor:**

PaedDr. Eva Lukáčová

## **Prehlásenie**

Prehlasujem, že naša diplomová práca je našim autorským dielom, ktoré sme vypracovali samostatne. Literatúru a zdroje, z ktorých sme pri spracovaní čerpali sú uvedené v zozname použitej literatúry.

Súhlasím s prezenčným sprístupnením svojej práce v univerzitnej knižnici.

V Prahe, rok: 2012

*Mgr. Janka Krenická*

## **Podakovanie**

Dovoľujem si touto cestou poďakovať vedúcej diplomovej práce PaedDr. Eve Lukáčovej za odbornú pomoc, cenné informácie, rady a poskytnuté materiály, ktoré boli podkladom pre vypracovanie mojej bakalárskej práce. Tiež by som jej rada poďakovala za toleranciu a ľudský prístup voči mojej osobe.

## **Anotácia**

Diplomová práca prezentuje Poruchy správania a ich vplyv na edukačný proces v špeciálnej základnej škole. Práca sa zameriava najmä na poruchy správania a príčiny ich vzniku. Cieľom tejto práce je poskytnúť teoretický základ vedomostí o nevhodnom správaní sa žiakov, vplyvu rodiny na ich správanie. Teoretické časti práce obsahujú vymedzenie pojmov poruchy správania, mentálna retardácia a mentálne postihnutie.

Prieskum je venovaný problematike aké formy práce používajú učitelia u žiakov s poruchami správania v špeciálnych základných školách. Predstavuje poznatky z praxe učiteľov pracujúcich so žiakmi s poruchami správania a ich vplyv na samotnú edukačnú činnosť.

## **Kľúčové slová:**

Mentálna retardácia. Mentálne postihnutie. Poruchy správania. Problémové správanie. Psychoterapia. Rodina. Špeciálna základná škola. Terapia. Voľný čas. Výchova.

## **Annotation**

This graduation theses presents Behavior disorders and its influence on education process in specialized basic school. This theses aims mainly on behavior disorders and reasons of its formations. The purpose of this thesis is to provide theoretical base of knowledge (information) about inappropriate behavior of pupils, family background influence on behavior. The contents of theoretical parts determine terms behavior disorder, Cephalonia and depersonalization (dysphrenia, parapraxia).

The poll is aimed to forms of teachers work with pupils with behavior disorder in specialized elementary schools. Presents knowledge from work experience of teachers working with pupils affected by behavior disorder and their impact on education process.

## **Key words:**

Cephalonia. Mental Disability. Disorders in Behavior. Problematic Behavior. Psychotherapy. Family. Elementary School for Special Pupils. Therapy. Free time. Education.

## OBSAH

ÚVOD .....	9
1. KLASIFIKÁCIA OSOB S MENTÁLNOU RETARDÁCIOU .....	11
1.1 Definícia mentálnej retardácie .....	11
1.2 Etiopatogenéza mentálnej retardácie .....	14
1.3 Klasifikácia mentálnej retardácie .....	15
1.4 Prehľad súčasného stavu porúch správania MP žiakov .....	19
1.5 Postoje spoločnosti k MR jedincom a možnosti ich začlenenia .....	20
2. PORUCHY SPRÁVANIA .....	23
2.1 Definícia porúch správania .....	23
2.1.1 Klasifikácia porúch správania .....	25
2.1.2 Etiopatogenéza porúch správania .....	28
2.2 Žiak s mentálnym postihnutím .....	31
2.2.1 Mentálne postihnutie a jeho vzťah k poruchám správania .....	32
2.3 Poruchy správania sa v edukačnom procese .....	35
2.4 Diagnostika porúch správania .....	38
2.4.1 Metódy .....	39
2.4.2 Hra ako nástroj diagnostiky dieťaťa .....	40
2.4.3 Voľnočasové aktivity .....	42
3. DETERMINANTY, KTORÉ OVPLYVŇUJÚ PORUCHY SPRÁVANIA U MP ŽIAKA V EDUKAČNOM PROCESE .....	44
3.1 Endogénne činitele .....	45
3.1.1 Dedičnosť, povahové zmeny .....	45
3.1.2 Vzťah k predmetu, sociabilita .....	46
3.1.3 Psychotické poruchy, autizmus, schizofrénia .....	47
3.2 Exogénne činitele .....	49
3.2.1 Rodina a rodinné prostredie .....	49
3.2.2 Vzťah k učiteľovi, kamarátom .....	51
3.2.3 Vzory správania .....	52
3.2.4 Týrané deti, šikana.....	53
3.2.5 Motivácia, klíma .....	53

4. INTERVENČNÉ TECHNIKY PRI ELIMINOVANÍ PORÚCH SPRÁVANANIA .....	55
4.1 Využitie terapií pri eliminovaní porúch správania .....	56
4.2 Uplatnenie výchovných metód (odmena – trest) .....	59
4.3 Úloha učiteľa pri eliminovaní porúch správania .....	60
5. ZAMERANIE A METODIKA PRIESKUMU .....	62
5.1 Ciele a problémy prieskumu .....	62
5.2 Metóda prieskumu .....	63
5.3 Charakteristika výberového súboru .....	64
5.4 Analýza a interpretácia výsledkov .....	65
ZÁVER .....	86
ZOZNAM POUŽITEJ LITERATÚRY .....	88
ZOZNAM PRÍLOH .....	93



# ÚVOD

„Deti milujú toho, kto ich miluje a kto nemôže milovať, veľmi málo dosiahne pri výchove.“

Goethe

Súčasnú školstvo, špeciálne nevynímajúc, prechádza v týchto rokoch výraznými koncepčnými zmenami. Ich opodstatnenosť ukáže čas. Stretávame sa však s názormi, že každá koncepcia, každá plánovaná aktivita so žiakmi by mala byť aktivitou zameranou na individualitu s maximálnou možnou mierou individuálneho prístupu.

Psychológovia upozorňujú, že u žiakov, už aj u detí predškolského veku sa čoraz častejšie stretávame s poruchami správania. Tieto poruchy sú často späté s inými poruchami, či už ide o mentálne postihnutie, poruchy učenia... .

Počas svojej praxe sme sa stretli so žiakmi, ktorí mali problém s ovládaním, resp. usmernením svojho správania v edukačnom procese. Častokrát to boli žiaci, ktorí neboli diagnostikovaní a vedení odborníkmi pre tieto poruchy. Práve tento fakt sa stal motívom našej práce.

Témou diplomovej práce je problematika nevhodného správania sa žiakov s mentálnym postihnutím v špeciálnej základnej škole v edukačnom procese. Práca sa zameriava na teóriu porúch správania vo všeobecnosti, rozoberá príčiny ich vzniku, diagnostiku i možnosti práce s takýmito žiakmi. Cieľom práce je poskytnúť teoretický základ vedomostí o nevhodnom správaní sa žiakov, vplyvu rodiny na ich správanie.

Priali by sme si, aby práca prispela k pochopeniu dôležitosti rodiny, rodičov, snahe o pochopenie a porozumenie každého dieťaťa. Myslíme si, že v pedagogickej práci je nutnosťou pokúsiť sa nájsť v každom dieťati niečo pozitívne.

V teoretickej časti podávame informácie o charakteristických prejavoch problémového správania, základné definície dieťaťa s poruchou správania. Prezentujeme vplyv rodiny na výchovu, vzdelávanie takýchto žiakov.

Opisujeme charakteristické prejavy nevhodného správania sa žiakov, taktiež diagnostiku porúch správania.

Dôležitú úlohu pri formovaní postojov, názorov, osobnosti dieťaťa má rodina. Ak dieťa od prvých momentov života nemá dobré emocionálne zázemie, nezíska dôležité predpoklady pre zdravý duševný vývin. Dieťa s mentálnym postihnutím pri vstupe do školy prechádza stresom, s ktorým sa samo nevie vysporiadať. A práve tu vidíme absenciu rodiny. Uvedomujeme si vplyv tohto činiteľa na správanie sa, preto ho podrobnejšie rozoberáme.

Ľudské správanie a chovanie je výsledkom zložitých endogénnych a exogénnych vplyvov. V špeciálnej základnej škole sa často stretávame so žiakmi, ktorí svojím správaním zámerne na seba upozorňujú. Preto je poslanie pedagóga veľmi dôležité a náročné. Pedagóg v ŠZŠ nesmie dávať prílišný dôraz na vedomosti, ale musí dieťa rozvíjať aj po stránke osobnostnej. Dôležité je dávať dôraz na blaho týchto žiakov. Dobrý edukačný prístup pedagóga znamená, že myslí vo svojej práci aj na prevenciu.

Prieskum je prevedený formou dotazníka, kde sme chceli poukázať na to, že v našich špeciálnych školách je veľa žiakov s predkladaným problémom. Rovnako sme chceli poukázať na to, aké formy práce s týmito žiakmi učitelia volia najčastejšie, resp. ktoré formy práce sú u učiteľov viac obľúbenými. V empirickej časti sme vychádzali z doposiaľ známych poznatkov ako eliminovať poruchy správania. Psychoterapia má humánny cieľ. Má teda pomáhať dieťaťu znovu získať psychickú a sociálnu rovnováhu.

Predkladaná práca je návodom, ako zmierniť nežiaduce správanie sa v edukačnom procese. Uvedomujeme si, že dieťaťu s mentálnym postihnutím neprospieva tvrdá disciplína, strach a násilie. Takéto dieťa potrebuje dostatok lásky, pochopenia a pozitívneho prístupu.

V závere našej práce dávame nami získané výsledky do súvislosti s teoretickou časťou. Keďže ide o širokú tému, poskytuje priestor pre dialóg, diskusiu. Dúfame, že spracovaná problematika prinesie čitateľovi aspoň predstavu o zložitosti tohto fenoménu, či konkrétnu pomoc pri riešení daného problému v pedagogickej praxi.

# 1. KLASIFIKÁCIA OSOB S MENTÁLNOU RETARDÁCIOU

V posledných rokoch sa v špeciálnych základných školách stretávame čoraz častejšie s prípadmi, kedy mentálne postihnutý žiak má poruchy správania. Dieťa s mentálnym postihnutím má také isté práva, ciele a neraz sa pri dosahovaní svojich cieľov správa nástojčivo, čo môže vyzerat' a je problémovým správaním.

Mentálne postihnutie a mentálna retardácia sú označenia základných špeciálnopedagogických javov, ktorými sa zaoberá pedagogika mentálne postihnutých. Mentálne postihnutie či mentálna retardácia sú problémom ľudským, spoločenským, pretože sa bytostne dotýkajú príslušníkov ľudstva spoločnosti. Mentálne postihnutie či mentálna retardácia ako jedno z postihnutí sprevádzajú ľudstvo od nepamäti.

Aby sme predišli prípadným rozporom či nedorozumeniam, predkladáme definície tak, ako ich uvádza nám dostupná literatúra. S nimi budeme v našej práci ďalej pracovať a budeme sa na ne odvolávať.

## 1.1 Definícia mentálnej retardácie

V literatúre existujú terminologické rôznorodosti. Čo sa týka vzťahu týchto definícií ide o veľmi široké spektrum. Spoločným problémom, ktoré spája oba definície je ohraničenie IQ pod 85. Obecne ide o ľudí s poruchami intelektu.

Mentálna retardácia (mentis – myseľ, retardare – meškať, zaostávať) je súhrnné označenie relatívne trvalého defektu rozumových schopností, ktorý vznikol na základe organického poškodenia mozgu. Je to neschopnosť dosiahnuť zodpovedajúci stupeň psychického vývinu vzhľadom na vek. Nízka úroveň rozumových schopností (inteligencie) sa prejavuje nedostatočným rozvojom myslenia, obmedzenou schopnosťou učenia a sťaženu sociálnou adaptáciou na bežné životné podmienky (*Vančová, 2005*).

Pre mentálnu retardáciu existuje viacero definícií, podľa toho, či je uprednostňovaný jeden aspekt, alebo viacero aspektov. Ak je uprednostňovaný jeden aspekt, napr. hľadisko inteligencie, etiológie a pod., potom MAYER, GROSS, HALER, ktorí charakterizujú MR ako :

„stav oneskorenia rozumového vývinu, nadobudnutý hneď pri narodení alebo v rannom detstve, ktorý je vymedzený najmä ohrozenou inteligenciou.“  
(*Jakubčíč, I. – Požár, L. 1995, str. 112*).

*Končeková (1999, s. 47)* označuje mentálnu retardáciu ako: „súhrne označenie relatívne trvalého defektu rozumových schopností, ktorý vznikol na základe organického poškodenia mozgu. Definovaná je „ako neschopnosť dosiahnuť zodpovedný stupeň psychického vývinu vzhľadom na vek.“ Prejavuje sa nedostatočným rozvojom myslenia, obmedzením v učení a sťaženou sociálnou adaptáciou.

*Podľa Vágnerovej (2000, s. 146)* je mentálna retardácia: „súhrne označenie vrodeného defektu rozumových schopností. Neschopnosť dosiahnuť zodpovedný stupeň intelektového vývinu, hoci bol jedinec prijateľne výchovne stimulovaný.“

*Vášek a kol. (1995, s. 89)* uvádzajú mentálnu retardáciu ako „označenie pre výrazne podpriemernú úroveň všeobecnej inteligencie (IQ nižšie ako 70), prejavujúca sa už v útlom detstve a spôsobujúca poruchu prispôsobenia. Rezultuje v organickej poruche mozgu.“

*Autori Bajo, Vašek (2004)* sa prikláňajú k tvrdeniu, že ide o strešné označenie pre kategóriu ľudí s poruchami intelektu. Podľa autorov ide o zdržiavanie, omeškanie, oneskorenie, spomalenie, a vystihuje jednak vývinový aspekt poruchy, poškodenia a tiež skutočnosť, že mentálne postihnutý nie je ustálený, nemenný. Mentálnu retardáciu označujú tak, že úroveň mentálneho postihnutia môže byť vyššia než aktuálna úroveň, stav.

V terminologickom slovníku UNESCO, revízia 1984 (podľa Černá, H. a Stejskal, B. – 1985/86) sa uvádza nasledovná definícia: Mentálne postihnutie znamená „celkové zníženie intelektových schopností postihnutého, ktoré vzniklo v priebehu vývinu a ktoré je sprevádzané zníženou schopnosťou orientovať sa v živote.“ (*Jakubčíč, I. – Požár, L. 1995, str. 116*).

Aj Švarcová (2003) dáva pojmom mentálne postihnutie – mentálna retardácia podobný význam. Charakterizuje ich ako trvalé zníženie rozumových schopností, ktoré vzniklo v dôsledku poškodenia mozgu. Mentálne postihnutie pritom popisuje ako trvalý stav poškodenia. Mentálnu retardáciu ako dočasné, relatívne, oneskorenie sa vo vývoji.

Bajo, Vašek (1994, s. 90) zahrňujú pod pojem mentálne postihnutie „orientačné označenie prakticky všetkých jednotlivcov s IQ pod 85, teda i osoby v hraničnom pásme.“ Termín postihnutie v špeciálnej pedagogike zastrešuje zrakovo, sluchovo, telesne postihnutých.

Podľa Emersona (2008, s.12) veľmi úzko súvisia mentálne postihnutie a poruchy učenia. Pojmu mentálne postihnutie dáva autor význam: „uprednostňuje pojem mentálne postihnutie pred poruchou učenia, problémami v učení.“ Mentálne postihnutie chápe ako synonymum termínu poruchy učenia.

Z uvedených definícií zisťujeme, že mentálna retardácia a mentálne postihnutie nie sú striktne dané. Často ich autori používajú ako rovnocenné pojmy. A preto je potrebné nájsť spoločné znaky pre všetkých jedincov, ktorí sú klasifikovaní ako mentálne retardovaní. Ako všeobecné znaky MR môžeme uviesť, že je to stav oneskorenia duševného vývinu a stav, ktorý je trvalý a nie je nemenný. Určenie intelligenčného qocientu (IQ) dovoľuje stanoviť len orientačnú diagnózu, ktorá nevyčerpáva podstatu MR, nepostihuje ostatné psychické funkcie a zložky osobnosti. IQ sa chápe len ako vyjadrenie aktuálneho stavu inteligencie.

Ako už vieme, mentálne retardované dieťa je také, ktorého poznávacía činnosť je trvalo porušená v dôsledku organického poškodenia mozgu. Keď sa nad tým zamyslíme vidíme, že o MR sa môže hovoriť vtedy, keď sa u dieťaťa vyskytujú uvedené znaky. Najviac pochybností nám teda vnucujú výchovne zanedbané deti, ktoré sú z rôznych príčin zaostané v duševnom vývoji za svojimi vrstovníkmi a majú okrem toho zlé návyky a sklony. Na začiatku školskej dochádzky nemajú snahu učiť sa, nesústredujú pozornosť na vysvetľovanie učiteľa. Hodina je pre ne nezaujímavá, nepíšu si domáce úlohy. Nevedia sa učiť, nedokážu myslieť a neosvoja si učivo v zmysle učebných osnov. Rušia kolektív triedy. Z uvedených dôvodov vzniká dojem, že majú

trvalo porušený poznávací proces. A tu je vlastne dôsledok toho, že niektorí učitelia namiesto toho, aby sa snažili postupne vhodnými výchovnými a vyučovacími metódami odstrániť uvedené nedostatky, presadzujú tendenciu preradenia takéhoto dieťaťa do ŠZŠ. Je to správne? Nie. Pretože u výchovne zanedbaných detí nejde o organické poškodenie mozgu. Ich nervové procesy sú normálne, preto nie je nutné ich zaradenie do ŠZŠ, čo vyplynie aj z dôkladného psychologického vyšetrenia dieťaťa.

Z uvedeného vyplýva, že nie je možné zlučovať jednotlivé pojmy, pretože sú tu vypracované presné kritéria na určenie rôznych foriem nedostatočného duševného vývoja. To znamená, že iba správne určená diagnóza vedie k určeniu správnych foriem a metód v pedagogickej praxi.

## 1.2 Etiopatogenéza mentálnej retardácie

Mentálna retardácia je spojená s určitým poškodením, odchýlkou pri vývine centrálného nervového systému alebo odchýlnou štruktúrou centrálného nervového systému. Príčiny môžu byť rôzne a delíme ich do dvoch skupín :

- DEDIČNOSŤ – génové mutácie, chromozómové aberácie
- PROSTREDIE – všetky faktory poškodzujúce mozog, ktoré pôsobia od momentu počatia počas celého obdobia gravidity, pôrodu, popôrodného obdobia, ranného detstva, alebo ide o akýkoľvek negatívny zásah v ďalších obdobiach vývinu

Podľa niektorých autorov existuje ešte tretia príčina mentálnej retardácie a to sú sociálne, psychologické a výchovné vplyvy (citová a kultúrna deprivácia) bez toho, aby tieto vplyvy organicky poškodili mozog. Tu však použijeme skôr pojem tzv. sociálnej oligofrénie.

*Dolejší, M. (1983)* uvádza tri základné kategórie príčin, v ktorých vychádza z pôsobenia základných vývinových činiteľov ako sú hereditárne príčiny, fyzikálne činitele a determinácia vývinových zmien vplyvom nevhodných sociálno – ekonomických, psychologických, výchovných podmienok.

Deti u ktorých je diagnostikovaná MR sú prevažne deti zo sociálne slabších rodín, nevyhovujúceho rodinného prostredia. Zistili sme, že dieťa s MR má aspoň jedného z rodičov vzdelávaného v osobitnej škole (dnes ŠZŠ), takže trpí mentálnou retardáciou. Okrem dedičnosti sa javí ako najčastejšia príčina vzniku MR prostredie, čiže všetky faktory poškodzujúce mozog, ktoré pôsobia od momentu počatia, počas celého tehotenstva matky, pôrodu a v popôrodnom období. Prevažná väčšina rómskych žien počas celého tehotenstva fajčí, pije alkohol, niektoré matky aj fetujú, čím poškodzujú seba, ale aj samotný plod. Často rodia ako maloleté vo veku 14 – 16 rokov, kedy ich organizmus ešte nie je dostatočne vyvinutý a ani po psychickej stránke nie sú pripravené na rodičovstvo. Zlá životospráva a nesprávny spôsob života sa napokon odzrkadlí v ich potomkoch, ktorí sa rodia predčasne, s nízkou pôrodnou hmotnosťou a niekedy aj s rôznymi deformáciami. Ak sa k týmto negatívnym vplyvom prostredia v neskoršom veku dieťaťa pridruží aj citová, senzorická a kultúrna deprivácia, nie je pre dieťa iná možnosť vzdelávania ako v ŠZŠ, kde sú vytvorené podmienky pre jeho výchovu a vzdelávanie, aby sa harmonicky rozvíjala jeho osobnosť (*Lektorské texty k pracovnému semináru a k výučbe pre učiteľov, 2000*).

### **1.3 Klasifikácia mentálnej retardácie**

Uvedli sme, že poruchy správania sú často spätá s mentálnou retardáciou, preto si uvedieme jej klasifikáciu podľa nám dostupných autorov.

Podľa Švarcovej (2000) je každý človek s mentálnym postihnutím svojbytný subjekt s charakteristickými osobnými črtami, s vlastnými potrebami, problémami i vývojovými potenciami. Avšak u väčšiny z nich sa prejavujú či už vo väčšej alebo menšej miere spoločné znaky, ktoré závisia od rozsahu a hĺbky postihnutia.

Svetová zdravotnícka organizácia vo svojej „Správe o organizácii služieb pre MR“ zdôrazňuje skutočnosť, že klasifikácia MR sa nemá chápať ako stav nemenný, doživotný, ale ako dynamický proces stavov, ktoré môžu

byť ovplyvňované biologickými, psychologickými a sociálnymi faktormi. Každú retardáciu treba v súčasnosti pokladať za relatívnu. Určitá časť mentálne retardovaných jedincov sa zaraďuje do spoločenského a pracovného procesu, môže dosiahnuť stupeň sociálnej adaptácie a v niektorých oblastiach aj integrácie. Čo sa týka výskytu MR v populácii sú rozdiely v štatistických údajoch jednotlivých krajín, nakoľko MR nie je rovnako chápaná, nie je rovnaká zdravotnícka starostlivosť, často je odlišná metodika výskumu, metódy v kritéria diagnostikovania i sledovaná populácia. „Všeobecne prevláda údaj, že v populácii sú 3 – 4% jedincov s mentálnou retardáciou, z toho približne 85 – 90% sú jedinci s ľahkou mentálnou retardáciou, stredný stupeň MR tvorí 6 – 11% a ťažký a hlboký stupeň MR asi 3 – 4%.“ (Vojtík, V. 1971/1972 č. 9 a č.10).

Pri klasifikácii MP sa používajú viaceré kritéria, najčastejšie je to z hľadiska závažnosti, čiže stupňa mentálneho postihnutia, z hľadiska etiologického, symptomatologického, podľa schopnosti učiť sa. Z psychopedického hľadiska je najdôležitejšia klasifikácia MR z hľadiska závažnosti mentálneho postihnutia, kde sa jednotlivé stupne ohraničujú IQ, pričom číselná hodnota je určitým orientačným znakom stanovenia jednotlivých stupňov MR. Aj keď hodnota IQ je dôležitá, nevyčerpáva podstatu MR, pretože tu pôsobia aj etiologické faktory, ktoré znižujú úroveň rozumových schopností, postihujú aj iné psychické funkcie a zložky osobnosti (Bajo – Vašek, 1994).

Vašek (2007) udáva klasifikáciu MR, ktorú prijala aj SZO, sú to stupne a kódy a je nasledovná :

- F-70     **ľahká MR** (debilita, IQ od 50 do 69)
- F-71     **stredná MR** (imbecilita, IQ od 35 do 49)
- F-72     **ťažká MR** (idiocia, IQ od 20 do 34)
- F-73     **hlboká MR** (hlboká idiocia, IQ od 0 do 19)
- F-78     **iná MR**
- F-79     **nešpecifikovaná MR**



WHO navrhla v tomto smere iný klasifikačný systém /názvoslovie podľa Ličku 1980/

- **hraničné pásmo MR** (IQ 71 – 85)
- **ľahká MR** (IQ 70 – 50)
- **stredná MR** (IQ 49 – 35)
- **ťažká MR** (IQ 34 – 20)
- **hlboká MR** (IQ pod 20)

Pre našu prácu je však najbližšie delenie mentálnej retardácie z hľadiska správania sa podľa autorky *Pipekovej (1998)*:

- a) Typ eretický – (nepokojný, dráždivý, nestabilný). Podľa *Baja (1994)* tu patria deti, u ktorých prebieha proces vzruchu a útlmu patologicky rýchle. Vzruch prevláda nad útlmom. Častá je neochota prekonávať i jednoduché prekážky.
- b) Typ torpidný – (apatický, strnulý). *Bajo (1994)* sem zaraďuje deti pasívne, s nedostatkom prirodzenej aktivity. Prenos vzruchu a útlmu prebieha patologicky pomaly a útlm prevláda nad vzruchom. Sú to deti lenivé, nečinné, malátne. Pasívne pozorujú okolie.
- c) Typ nevyhranený – podľa autorky procesy vzruchu a útlmu sú relatívne v rovnováhe. Ale jeden z nich mierne prevažuje (*Pipeková, 1998*).

*M. Novotná a M. Kremlíčková (1997)* rozlišujú:

- 1) Poruchy správania so sociálnym základom (sú sprievodným javom alebo výsledkom narušenia výchovného procesu alebo širších sociálnych vzťahov) patria tu:
  - a) poruchy správania disociálneho rázu - zlozvyky, vzdorovitosť, lož, krádež, záškoláctvo a útek,
  - b) poruchy správania asociálneho rázu – závislostné správanie (drogová závislosť, patologické hráčstvo – gamblerstvo, závislosť od psychických kultov a siekt), sebapoškodzovanie, samovražda, sexuálne deviácie),
  - c) porucha správania antisociálneho rázu – delikvencia.

- 2) Poruchy správania na základe psychických chorôb a porúch (sú sprievodnými javmi psychických chorôb alebo sú týmito chorobami či špecifikami psychiky vyvolávané); patria tu napr. rôzne neurotické prejavy – absedantné správanie, tiky, zajakávanie, mutizmus, mentálna bulímia, mentálna anorexia, nespavosť, nočné desy, enuréza.

MR môže byť podmienená organicky alebo sociálne a tu hovoríme o druhoch MR. Pri organickej podmienenej MR ide o poruchu CNS. Podľa toho, v ktorom vývinovom štádiu bol SNS poškodený, hovoríme o oligofrénii a demencii.

**Oligofrénia** (z gréckeho oligos – málo, fren – duša, myseľ, rozum) „je stav zapríčinený štrukturálnou difúznou poruchou mozgu v prenatalnom, perinatálnom alebo postnatálnom vývinovom období, približne do druhého roku života dieťaťa.“ (*Bajo, I. – Vašek, Š. 1994, str. 41*).

**Demencia** je proces zastavenia, resp. rozpadu normálneho mentálneho vývinu, zhruba po druhom roku života dieťaťa, ktorý je zapríčinený neskoršou poruchou mozgu. Zo stránky somatickej a psychickej prebiehal embryonálny vývin a vývin po narodení normálne, potom však bol mozog postihnutý organickou deštrukciou alebo funkcionálnou poruchou na základe etiologických faktorov /napr. úraz mozgu, poruchy metabolizmu a iné / (*Bajo, I. – Vašek, Š. 1994, str.43*).

Podľa prejavov správania MR detí typológia ich člení na typy :

- typ eretický – nepokojný, dráždivý, instabilný
- typ apatický – strnulý, torpídny
- typ nevyhranený

Uvedené typy sa vekom a výchovou menia, mení sa kvalita a kvantita ich charakteristických prejavov. Najzreteľnejšie pozitívne zmeny sú u ľahkého stupňa MR (*Bajo, I. – Vašek, Š. 1994*).

## 1.4 Prehľad súčasného stavu porúch správania mentálne postihnutých žiakov

O výskyte porúch správania u mentálne postihnutých žiakov v edukačnom procese sme nenachádzali pri svojom štúdiu veľa informácií.

Autor *Emerson (2008)* uvádza, že počet porúch správania sa mení ako výskyt a trvanie konkrétnej poruchy. Výskumom rozumieme nové prípady. Autor používa postupy z roku 1987, kedy sa sledovalo postihnutie v celej populácii. Dospel k záveru, že 3,62 ľudí z 10 000 obyvateľov má mentálne postihnutie a 8 % poruchy správania. Ako sme už spomínali, u niektorých jedincov môžeme pozorovať viac než jednu formu problémového správania. K sériám výskumu od Kiernana, Qureshiho, Alborze, Emersona bolo u polovice až tretiny ľudí s poruchou správania zaznamenaná forma agresívneho správania, sebazraňovania, ničenia majetku.

Podľa *Emersona (2008)*, ktorý robil výskum na vzorke 264 jedincov u 79% účastníkov zaznamenal vážnu formu agresie. Znamená to, že problém porúch správania sa týka širokého spektra jedincov.

*Čadilová (2007)* vychádza z výskumu, že riziko porúch správania u mentálne postihnutého žiaka je 3 – 4 x vyššie ako u ľudí bez mentálnej retardácie. Pre zvýšenie tohto rizika prispievajú najmä biologické faktory (genetická predispozícia, poškodenie mozgu) a v neposlednom rade aj prostredie.

Podľa *Vodáka, Šulca (1964)* je frekvencia porúch správania nasledovná:  
Na 1. mieste je útek – záškoláctvo.

Na 2. mieste je neposlušnosť.

Na 3. mieste sú krádeže.

Na 4. mieste je agresia.

Na 5. mieste sú sexuálne závady.

Ďalej sa výskumom porúch správania venoval *Turček (2003)* riešil problém záškoláctva u 10. – 11. ročných žiakov. Zistili, že u chlapcov 10. – 11. a 12. a dievčat od 10. roku do 11. roku je frekvencia záškoláctva častejšia.

Podľa citovaných autorov sa záškoláctvo často spája s krádežami.

Podľa výsledkov rôznych výskumov možno konštatovať, že poruchy správania rastú s vekom žiakov a vyskytujú sa častejšie u chlapcov ako u dievčat.

Veľký podiel na poruchách správania u mentálne postihnutých žiakov má predispozícia – biologický predpoklad a rodina, ktorý vplýva na žiaka najviac.

## **1.5 Postoje spoločnosti k MR jedincom a možnosti ich začlenenia**

Postoje spoločnosti k MR jedincom sa odrážajú hlavne v ich psychike, vo vykonávaní určitej „role“ postihnutého, ktorú spoločnosť postihnutému často nanucuje, aj keď nie zámerne. Postihnutý človek sa často líši od spoločensky uznávaného ideálu a to svojimi schopnosťami, niekedy svojim vzťahom, osobnostnými črtami a výkonmi. Spoločnosť pociťuje tieto odlišnosti a výnimočnosti skôr ako znekludňujúce, ohrozujúce, alebo niekedy aj ako nebezpečné. Aj L. Požár a kolektív zistil, že až 61% opýtaných učiteľov základných škôl si myslí, že postihnuté dieťa integrované v bežnej triede spolu so zdravými deťmi by mohlo ohroziť zdravie a správanie ostatných žiakov i učiteľov. Tak ako vo väčšine vyspelých krajinách, aj u nás sa začína realizovať integrovaná príprava postihnutých, to znamená, že postihnutí jedinci sa začínajú vzdelávať spolu s nepostihnutými. Táto integrovaná príprava ale nie je vhodná pre všetkých postihnutých, preto sa časť z nich bude i naďalej vzdelávať v špeciálnych školách, niektorí sa budú možno vzdelávať úplne individuálne doma. To, aké postoje zaujme spoločnosť k postihnutým má veľký vplyv nielen na celkový rozvoj osobnosti postihnutého, ale aj na úspešnosť ich školskej a sociálnej integrácie.

Výchova a vzdelávanie MR detí a mládeže sa uskutočňuje v sústave špeciálnych škôl a zariadení pre mentálne retardovaných. Deti v pásme ĽMR sú vzdelávateľné v ŠZŠ pomocou špeciálnych výchovno-vzdelávacích metód podľa upravených školských osnov. V priebehu školskej výučby sú schopné

zvládnuť základné predmety, vedia čítať, písať, počítať, osvoja si viaceré pracovné spôsobilosti a návyky (*L. Požár a kol.*)

Nadobudnutím účinnosti zákona č. 245/2008 Z.z. o výchove a vzdelávaní (školský zákon) a o zmene a doplnení niektorých zákonov o sústave základných a stredných škôl v znení neskorších predpisov sa žiaci s mentálnym postihnutím v špeciálnej základnej škole vzdelávajú v rámci vnútornej diferenciacie školy v nasledovných variantoch:

○ **variant A pre žiakov s ľahkým stupňom mentálneho postihnutia**

Cieľom výchovy a vzdelávania vo variante A sú hlavnými cieľmi primárneho vzdelávania rozvinuté kľúčové kompetencie (spôsobilosti), ako kombinácie vedomostí, skúseností a postojov žiakov s ľahkým stupňom mentálneho postihnutia na úrovni, ktorá je pre nich osobne dosiahnuteľná.

○ **variant B pre žiakov so stredným stupňom mentálneho postihnutia**

Cieľom výchovy a vzdelávania žiakov vo variante B so stredným stupňom mentálneho postihnutia je rozvíjať kognitívne a psychomotorické procesy, všestrannú komunikáciu, rozvíjať individuálne schopnosti a predpoklady mentálne postihnutých žiakov tak, aby si osvojili vedomosti, zručnosti a návyky, ktoré dokážu využiť v osobnom živote, zamerať sa na pripravenosť v praktickom živote s možnosťou prirodzenej integrácie do spoločnosti a stali sa jej prirodzenou súčasťou. Podnecovať žiakov k mysleniu na podklade názoru a k riešeniu problémov, učiť žiakov chrániť si svoje zdravie a zdravie iných.

○ **variant C pre žiakov s ťažkým alebo hlbokým stupňom mentálneho postihnutia alebo pre žiakov s mentálnym postihnutím, ktorí majú aj iné zdravotné postihnutie, sú držiteľom preukazu zdravotne ťažko postihnutých a nemôžu sa vzdelávať podľa variantu A alebo B.**

Cieľom primárneho vzdelávania žiakov s ťažkým alebo hlbokým stupňom mentálneho postihnutia je umožniť žiakovi spoznávať svoje vlastné rozvojové možnosti, postupovať pri jeho vzdelávaní podľa vlastných schopností, individuálnym tempom, prispievať k maximálnemu rozvoju osobnosti žiaka, primerane k jeho schopnostiam a predpokladom, pripraviť

žiaka na bežný život primerane k jeho schopnostiam. Títo žiaci sú vzdelávaní podľa individuálneho vzdelávacieho programu (IVP).

- **praktická škola**

Praktická škola je jedna z nových alternatívnych možností riešenia problému ďalšieho vzdelávania a následnej integrácie žiakov s MP do spoločnosti. Praktická škola je určená chlapcom i dievčatám, menej zručným absolventom ŠZŠ vzdelávaných podľa variantu A a manuálne zručným absolventom ŠZŠ vzdelávaných podľa variantu B. Výučba v praktickej škole je trojročná .

O zaradovaní a preradovaní žiakov do špeciálnych škôl rozhoduje riaditeľ školy na základe písomnej žiadosti zákonného zástupcu a písomného vyjadrenia zariadenia výchovného poradenstva a prevencie, vydaného na základe diagnostického vyšetrenia dieťaťa. Riaditeľ školy pred prijatím dieťaťa so špeciálnymi výchovno-vzdelávacími potrebami do školy so vzdelávacím programom pre žiakov so špeciálnymi výchovno-vzdelávacími potrebami poučí zákonného zástupcu o všetkých možnostiach vzdelávania dieťaťa.

## 2. PORUCHY SPRÁVANIA

Hranica medzi normálnym a abnormálnym správaním môže byť posudzovaná z rôznych pohľadov, kritérií. Oba tieto činitele tvoria protiklad podobne ako zdravie a choroba. Je veľmi problematické určiť hranicu medzi týmito vzťahovými činiteľmi.

Dozrievania osobnosti je dlhodobý, komplikovaný proces. Ten prechádza rôznymi genetickými a organickými zmenami. Veľmi dôležité miesto hrá emócia. Preto prebieha u niektorých žiakov prílev väčších emócií, ktoré potom nevedia kontrolovať a vznikajú poruchy správania. V praxi učiteľa špeciálnej základnej školy sa často stretávame s rozličnými podobami nežiaduceho alebo deformovaného správania detí, mládeže. K skupine žiakov s mentálnym postihnutím a poruchami správania zaraďujeme odchýlky od normálneho, priemerného správania.

Autor *Sovák (1980)* udáva, že vedný odbor, ktorý sa zaoberá rozvojom, výchovou, vzdelávaním detí a mládeže sociálne narušených sa volá etopédia.

Podľa autorky *Pipekovej (1998)* etopédia rieši z pohľadu pedagogiky etiológiu, prejavy a možnosti nápravy i prevencie.

V ďalšej časti sa zameriame na definovanie jednotlivých pojmov súvisiacich s poruchami správania.

### 2.1 Definícia porúch správania

*Majzlánová (1998)* uvádza termíny, ako sú výchovne problémové správanie, emociálne a sociálne narušené správanie.

Viacerí autori však majú zaužívaný termín poruchy správania (napr. *Hudáčová 2001, Vašek 2003, Valenta in Muller 2003*).

Pri objasnení pojmu porúch správania sa stretávame s rôznymi definíciami.

Autori *Edelsberger, Kabele (1988)* chápu pod pojmom poruchy správania také prejavy jedinca, ktorými sa jedinec vymyká z priemerného správania.

*Emerson (2008)* uvádza, že tento termín je charakteristický pre sociálne významnú skupinu abnormálneho, podivného alebo neobvyklého správania.

*Jakabčic (1996)* tvrdí, že poruchy správania sú nežiaduce formy správania sa detí s mentálnym postihnutím.

Autorka *Hudáčková (2001)* hovorí, že poruchy správania sú odchýlky v oblasti socializácie, keď jedinec nedokáže rešpektovať normy správania na úrovni, ktoré súvisia s jeho vekom, rozumovými schopnosťami. V širšom ponímaní sem zaraďujeme všetky deti, mládež, dospelých so sklonmi a prejavmi k porušeniu mravných, právnych a spoločenských noriem.

Podľa svetovej zdravotníckej organizácie (*in Vašek 2003*) sa poruchy správania definujú a nachádzajú v medzinárodnej klasifikácii chorôb ako diagnostické kategórie. Na potvrdenie diagnózy stačí trvalý opakujúci sa vzorec správania (aspoň 1 x za 6 mesiacov), kde sa rozoberá všeobecné akceptované správanie vzhľadom k sebe, vývojovému stupňu a sociokultúrnej úrovni, norme.

Poruchy správania prezentuje *Vágnerová (in Fischer 2008)* ako také vzorce správania, ktoré sú pre danú sociokultúrnu normu nežiaduce, alebo neprijateľné. Z vývinového hľadiska sú charakterizované ako odchýlky. V oblasti sociálnych vzťahov, keď jedinci nie sú schopní rešpektovať písané a nepísané pravidlá správania zo zodpovedajúceho stupňa – úrovni veku. Autori tvrdia, že u mentálnej retardácie nejde o poruchy správania, keďže jedinci nerozumejú, nedokážu porozumieť.

*Kalibán in Majzlánová (1998)* charakterizujú poruchy správania ako:

- Poruchy správania, ktoré vznikli na neurotickom podklade
- Poruchy správania, ktoré vznikli vplyvom vážnejšieho ochorenia (epilepsia)
- Poruchy správania, ktoré vznikli vplyvom anomálnej osobnosti
- Poruchy správania, ktoré vznikli v období puberty a adolescencia.



Z uvedených definícií vyplýva a je zrejmé, že neexistuje jedna pevná definícia porúch správania. Autori si ich často nahrádzajú príbuznými pojmami.

## 2. 1. 1 Klasifikácia porúch správania

Pre lepšiu prehľadnosť uvedieme klasifikáciu porúch správania podľa niekoľkých autorov.

Vyberáme klasifikáciu, ktorá je podľa nás pre našu prácu najvhodnejšia. Viacerí autori používajú klasifikáciu porúch správania podľa závažnosti. V celku možno poruchy správania rozdeliť na 2 smery (*Majzlánová 1998*)

- poruchy správania orientované extrapersonálne,
- poruchy správania orientované intrapersonálne.

*Extrapersonálne:* K prvej skupine patria autori ako napr. *Cullinan (1991)*, *Klíma P., Klíma J. (1978)*, *Edelsberger a Kabele (1988)*, *Vodák, Šulc (1964)*.

Sú orientované na konflikt s prostredím.

Autor *Cullinana (1991)* rozdeľuje tieto smery na:

A) Poruchy správania orientované extrapersonálne na:

1. správanie agresívne a negativistické (bitky, napadnutie iných, týranie, krutosť).
2. hyperaktívne správanie (nedostatky v oblasti pozornosti).
3. správanie sociálne maladjustované – sú charakteristické vonkajšími prejavmi (bitky, krádeže, drogy, záškoláctvo).

B) Poruchy správania orientované intrapersonálne:

Je to správanie, ktoré súvisí s osobnostnými problémami, sprevádzané pocitmi úzkosti, strachu (*Klíma P., Klíma J. 1978*).

Podľa *Novotného (1981)* in *Majzlánová (1998)* možno zahrnúť poruchy správania do troch okruhov:

1. ľahké poruchy (napr. negativizmus, záškoláctvo, klamstvo, drobné impulzívne poruchy, fajčenie, vandalizmus).

2. stredné poruchy (alkoholizmus, toxikománia, úteky z domu, sexuálne styky, prostitúcie).
3. ťažké poruchy (trestná činnosť a prečiny, vykrádanie, lúpeže, vraždy, sadizmus, tendencia k sebapoškodzovaniu, sebadeštrukcia atď).

Medzinárodná klasifikácia dôsledkov porúch detí s poruchami správania rozlišuje (*Kondáš 1979*):

- a) hyperkinetické reakcie, ktoré sa vyznačujú nadmernou činnosťou, zvýšenou pohyblivosťou
- b) pasívne útlmové reakcie, neschopnosť udržiavať sociálny kontakt
- c) hyperanxiózne reakcie s nedostatkom sebadôvery
- d) asociálne správanie s výraznou hostilitou, agresivitou
- e) skupinové delikventné správanie.

*Pipeková (1998, s. 194)* rozdeľuje poruchy správania z hľadiska veku a to:

- A. Kategória detí vo veku 6 – 15 rokov (začiatok školskej dochádzky je pre deti náročný po stránke psychickej i fyzickej, lebo prebieha množstvo zmien. Dieťa sa učí režimu, novému kolektívu). Závažné obdobie je puberta (okolo 12 roka). Zvlášť ťažké obdobie pre deti z narušeného prostredia.
- B. Juvenilná delikvencia alebo kriminalita mladistvých (15 – 18 rokov). Sem patria poruchy správania mladistvých, zoskupených do partie. Tieto trestné činy sú podobné charakteru kriminality dospelých. Sú to najmä násilia voči jednotlivcom, skupine, ďalej opilstvo, výtržníctvo.
- C. Kriminalita dospelých (nad 18 rokov) – vyznačuje sa rozsiahlou trestnou činnosťou a často recidívou.

Každé dieťa je iné, je inou osobnosťou. Z hľadiska prevládajúcej zložky osobnosti sa poruchy správania delia v špeciálnej pedagogike podľa závažnosti. Toto delenie je však prispôbené potrebám etopedickým (*Pipeková 1998*).

Podľa (*Kalibána, 1978*) najväčšiu skupinu ťažko vychovávateľnej mládeže tvoria:

- jedinci s antisociálnymi prejavmi
- osoby s neurotickými problémami
- osoby s psychopatickým vývojom
- jedinci s LMD
- jedinci s duševným postihnutím a iné.

Najnovšie delenie z hľadiska zložky osobnosti problémového jedinca s poruchami správania je podľa *Vicilky (1994)* a to:

- A) neurotický jedinec – charakteristický konflikt rodina – dospelý, (má menšie sebaovládanie, pohotovosť, zvýšene napätie).
- B) psychopatický jedinec – (biologická predispozícia – vrodený, neadekvátne chovanie, neprimerané vzťahy).

*Vašek a kol.(2003)* definujú poruchy správania podľa medzinárodnej klasifikácie chorôb do podtypov:

- a) Poruchy správania vo vzťahu k rodine (vyskytuje sa iba v rodine)
- b) Nesocializovaná porucha správania (charakterizované izolovanosťou, krutosťou)
- c) Socializovaná porucha správania (charakteristické vzťahmi medzi rovesníkmi, agresivitou dospelých)
- d) Opozičná vzdorovitá porucha (do 10 rokov) deti sú hádavé, zlostné, výbuch zlostí
- e) Iné poruchy správania
- f) Porucha správania nešpecifikovaná

*Vašek (2003)* vymenúva tieto špecifické úzkostné poruchy:

- Generalizovaná úzkostná porucha (často aj u rodiča – prenos na dieťa po celý život).
- Separčná úzkostná porucha (môže ju vyvolať ťažký životný stres).
- Špecifická fóbia (z lekára - injekcie).

- Sociálna fóbia
- Posttraumatická stresová porucha (následok po ťažkom strese).  
Obsedantno – kompulzívna porucha.

## 2. 1. 2 Etiopatogenéza porúch správania

Každý problém, odchýlka či choroba má svoju prvotnú príčinu. Aby sme mohli pracovať s takto postihnutým dieťaťom a aby sme sa mohli pokúšať o nápravu jeho správania, potrebujeme poznať prvotnú príčinu vzniku jeho poruchy.

Správny vývoj dieťaťa je daný zložitou súhrou faktorov (*Vodák, Šulc 1964*). Niektoré deti sú kľudné, iné nepokojné. Autori ich nazývajú až agresormi, pretože neustále prenikavo kričia. Prvé rozdiely v chovaní dieťaťa možno postrehnúť až pri jeho narodení, ako uvádza *Antier (2004)*. Pre zdravý a harmonický vývoj dieťaťa je nevyhnutnou podmienkou zabezpečiť mu od začiatku pocit bezpečia, lásky a istoty.

Poruchy správania sú charakterizované opakujúcim sa trvalým obrazom disociálneho, agresívneho a vzdorovitého správania. Ak je také správanie u daného jedinca extrémne, malo by porušovať sociálne očakávanie primerané veku a preto je závažnejšie ako obyčajná detská nezbednosť, alebo rebelanstvo v adolescencii. Ojedinelé disociálne, alebo kriminálne činy nie sú samé o sebe dôvodom pre túto diagnózu, ktorá vyžaduje, aby charakter takéhoto správania bol trvalý. „Poruchy správania môžu v niektorých prípadoch viesť k disociálnej poruche osobnosti. Porucha správania sa často združuje s nepriaznivým psychosociálnym prostredím, vrátane neuspokojivých vzťahov v rodine a zlyhávania v škole.“ (*Blusková 1996, str. 36*).

Názory na príčiny vzniku porúch správania sa rôznia. *Autorka (Majzlánová 1998)* všeobecne uvádza 3 stanoviská.

Prvé stanovisko je fakt o vnútornej (biologickej) podmienenosti. Je faktorom, ktorý pôsobí na dieťa od embrya a pôsobí i po narodení dieťaťa.

Druhé stanovisko sú podmienené primárne vonkajšie faktory. Ide o faktor výchovný – ide o komplex podmienok, v ktorých dieťa žije. Musia tu fungovať 3 základné zložky a to:

- ❖ rozumová
- ❖ citová
- ❖ vôľová

Tieto zložky pôsobia na jedinca v každom období vývoja inak.

Tretie stanovisko je spolupôsobenie vonkajších a vnútorných podmienok pre možný vznik porúch správania.

Podľa *M. Vágnerovej (1995)* poruchy správania vznikajú interakciou dvoch základných faktorov:

- 1.) vplyv sociálneho prostredia, predovšetkým rodiny (nedostatočné alebo nevhodné pôsobenie rodinného modelu),
- 2.) vplyv biologických činiteľov (genetické dispozície a oslabenie alebo porucha CNS spôsobená prenatálnym či perinatálnym poškodením).

Vráťme sa však k rozdeleniu príčin porúch správania podľa *Majzlánovej (1998)*.

**Vnútorne príčiny vzniku** – sem autorka zaraďuje vnímavosti organizmu voči patologickým podnetom avšak na podklade dedičnosti, teda vrodenej dispozícii. Dôležitú úlohu hrá vek, pohlavie dieťaťa.

*Vichnar (1980 - 1981)*in *Majzlánová* uvádza ako endogénne činitele najmä povahové črty, temperament, drobné poškodenie mozgu. Uvádza ako jedinú z najčastejších príčin porúch správania – poškodenie mozgu.

*Bardošová (1966)* uvádza, že aj niektoré choroby nervovej sústavy majú možný vplyv na poruchy správania.

Podľa autorky *Čadilovej (2007)* medzi najčastejšie príčiny vzniku porúch správania patria:

- schizofrénia
- vyvolané schizofréniou a stresom
- vyvolané použitím alkoholu
- demencia
- poruchy osobnosti

- afektívne poruchy, kde autorka zaraďuje depresie.

### **Vonkajšie príčiny porúch správania**

Medzi vonkajšie príčiny vo všeobecnosti zaraďujeme všetko, čo jedinca ovplyvňuje zvonku, teda z jeho prostredia. Sú protipólom teórie o vnútorných príčinách porúch správania. Behaviorálni psychológovia tvrdia, že správanie podlieha zákonom učenia. Jeho základy sa tvoria pri styku s matkou. Bližšie si uvedieme charakteristiku niekoľkých, nám dostupných autorov.

*Cullin, Epstein, Kauffman in Majzlanová (1982)* uvádzajú, že dieťa si pre príklad správania berie to, ako sa správajú členovia, rovesníci, učitelia.

Mnohí autori ako možnú príčinu porúch správania uvádzajú sociálnu bariéru a vplyv neadekvátnosti správania druhých ľudí.

*Šulcová (1990)* dáva do úzkej súvislosti vzniku porúch správania vysoké nároky, ktoré sú kladené na dieťa.

Medzi vonkajšie podmienky vzniku porúch správania uvádza *Werner (1977)* tieto:

- požiadavky prostredia sú príliš veľké, alebo malé, alebo nestále
- sociálne zdôrazňovanie dieťaťa (čiže rozmazávanie)
- negatívne sociálne vyznačovanie (chlad od rodičov)
- poskytovanie individuálnej voľnosti (veľa - málo)
- emocionálna obklopenosť detí (bezpečie - istota)

Autor pri vysvetľovaní možných príčin vzniku porúch správania často vychádza z pojmu „tolerančná hranica“. Musíme mať však zodpovedanú otázku, aké sú reakcie ľudí na neurologický rušivý podnet.

*Podľa Halamovej (2000)* je jednou z príčin porúch správania vplyv skupiny na jedinca. Jedným zo základných atribútov človeka je jeho vzťahovosť a sociálnosť. Členstvo v tej – ktorej skupine však so sebou prináša pozitíva aj negatíva.

*Turček (2003)* uvádza ako determinant ešte nejednotné výchovné postoje s účasťami protichodnými emóciami. Kládie dôraz na jednotnosť výchovných postojov.

*Vocilka, Weisserová (1987–88)* – uvádzajú ako príčinou mravne narušenej mládeže:

- Dysfunkčná rodina
- Ústne vzdelaní žiaci
- Abrízus athelm v rodine
- Zvýšená trestnosť rodiča
- Zvýšená frustrácia rodičov v zamestnaní
- Prostitúcia matky
- Výskyt neuróz u rodiča
- Sexuálne aberácie.

## **2. 2 Žiak s mentálnym postihnutím**

V našej práci sa nevenujeme len všeobecnej charakteristike porúch správania, ale zaujíma nás najmä školský vek a teda nás zaujíma dieťa s mentálnym postihnutím. V nasledujúcej kapitole si uvedieme konkrétne charakteristiky podľa niekoľkých autorov.

Každý človek je jedinečný, neopakovateľný, teda nikým a ničím sa nedá zopakovať. Aj dieťa s mentálnym postihnutím je také, problémom je poškodenie, ktoré u neho nastalo v prenatalnom, resp. postnatalnom vývine. Autori sa zhodujú na určitých znakoch takéhoto jedinca.

*Bajo (in Vašek 1995)* uvádzajú, že dieťa s mentálnym postihnutím je také, ktoré následkom poškodenia mozgu alebo extrémneho nedostatku podnetov dôležitých pre mentálny vývin sa dostalo do pásma mentálnej poruchy (t. j. mentálnej retardácie).

*Rubištejnová (1973)* uvádza, že mentálne zaostalé dieťa má rôzne poškodenia mozgu. Patria k nemu rôzne zápalové ochorenia (encefalitický, meningoencefalitída, úrazy, endokrinné a metabolické poruchy). Autorka rozdeľuje mentálne postihnuté dieťa na 2 skupiny.

Do prvej skupiny zaraďuje dieťa, ktoré v určitej fáze vývoja prekonalo niektoré ochorenia mozgu a potom jeho vývoj zmuoval a bol založený na

defektnom základe. K prvej skupine autorka vytvorila dve podskupiny, teda deti, ktoré:

1. v období vnútro maternicovom alebo kojeneckom období prekonalo ochorenie
2. v predškolskom, mladšom školskom veku prekonalo ochorenie.

Do druhej skupiny zaraďujeme žiaka, ktorý trpí chronickými ochoreniami mozgu. Jeho stav sa mení.

*Končeková (2004)* uvádza, že handikep znamená prekážku, ťažkosť, znevýhodnenie, či obmedzenie schopnosti, neprispôsobivosť jednotlivca, uplatniť sa.

„Postihnutie je mimoriadnou situáciou aj pre okolie človeka, či už ide o dieťa alebo dospelého.“ (*Končeková 2004, str. 82*).

*Podľa Vagnerovej (2000)* postihnuté dieťa má viac privilégií a zdravý súrodeneц sa môže cítiť znevýhodnený. Môže sa vytvoriť vzťahová symetria, lebo mentálne postihnuté dieťa musí byť ochraňované a nedá sa k nemu správať ako k zdravému dieťaťu.

### **2. 2. 1 Mentálne postihnutie a jeho vzťah k poruchám správania**

U každého dieťaťa tak mentálna porucha či intaktného sa občas vyskytnú neprimerané prejavy správania. Základný rozdiel dieťaťa s poruchou správania a intaktným dieťaťom je miera, stupeň aktivity správania (*Majzlánová, 1998*).

Ak si však zoberieme mentálne postihnuté dieťa s poruchou správania, zväčša ide o nevedomé narušenie normy, niekedy neschopnosť prispôbiť sa spoločenským normám.

Autori knihy *Vodák a Šulc (1964)*, dávajú kompletný prehľad informácií o mentálne postihnutom jedincovi, konkrétne dieťaťa s oligofréniou, ak sa pridruží aj porucha správania.

Dieťa s mentálnym postihnutím má rôzne neurologické chyby, čo sa odzrkadlí najmä v poruchách spánku, plačlivosťou, únavou, pomočovaním sa



a vyjadrovaním nespokojnosti, agresiou. Niekedy sa k týmto poruchám pridruží ešte záškoláctvo, problém s učením, odmietanie plnenia základných povinností. V súčasnosti sa každé dieťa pokladá za vzdelávateľné a vychovávateľné (*Vodák, Šulc 1964*).

Autori rozoberajú deti oligofréne. Rozdeľujeme ich na skupiny: debilita, imbecilita a idiocita. Príčina vzniku oligofrénie siaha do prenatálneho vývinu - teda do obdobia, kedy bolo dieťa v maternici a ešte sa vyvíjalo. Obdobie, kedy môže vzniknúť oligofrénia je teda od počatia - po druhý rok veku dieťa. Ak však dôjde k vzniku závažnej poruchy neskôr, hovoríme o demencií. Medzi týmito skupinami nie je rozdiel, čo sa týka správania. Takýto jedinec má problémy a ťažkosti v osvojovaní si návykov. Nedostatok intelektu vidíme hlavne v rýchlo sa meniacich podmienkach, činnostiach. Musíme si uvedomiť, že nedostatky v rozumových schopnostiach budú tým väčšie a nápadnejšie, čím bude okolie klásť na žiaka zložitejšie požiadavky, ktorým dieťa nerozumie. Neustále musíme mať na mysli, že takéto dieťa potrebuje výchovné podnety, vzor (*Vodák, Šulc 1964*).

Druhú formu tvoria deti agresívne, túlavé, pridružia sa krádeže a sexuálne poruchy. Ak takéto poruchy nebudeme korigovať, v neskoršom období ich budeme len veľmi ťažko zvládať. Takému to dieťaťu už nepomôže len ŠZŠ, ale aj iné opatrenia v rámci inštitúcie. Najvhodnejší spôsob, ako korigovať poruchy správania u mentálne postihnutých, je zaradenie vhodnej terapie do života dieťaťa. Pri terapii má vytvárať priestor, aby sa mohlo úplne otvoriť (*Končeková, 2005*).

Medzi formy oligofrénie patrí typ eretický- ich agresia je nemotivovaná. V niektorých prípadoch sa pridružuje aj epilepsia. Sem patria oligofrenici s depresívnymi a schizofrenickými prvkami a oligofrenici s autistickými prvkami. Zvláštnu formu oligofrénie tzv. genetický omyl, tvoria oligofrenici mongoloidní. Tieto deti však nepreukazujú poruchy chovania a sú prevažne torpidného typu (*Končeková, 2005*).

Znížená inteligencia ešte nepredurčuje dieťa k delikvenciám. Je to ale nedostatok stimulov, motivácie, záujmov a správnych spoločenských návykov. Dôležitý je záujem o dieťa zo strany rodiča, spoločnosti. Dieťa s poruchou

správania je súčasťou našej spoločnosti. Musíme rešpektovať diagnózu dieťaťa, jeho aktuálny stav a jeho celkovú osobnosť (Končeková, 2005).

*Učeň a Bojar (in Bajo, 1994)* sa zaoberali aj charakteristikou mentálnej retardácie s pridruženými poruchami správania. Zaraďujú sem impulzívnosť, hyperaktivita, úzkosť.

*Podľa Čadilovej (2007)* sa u mentálne postihnutých ľudí môžu vyskytnúť psychické poruchy ako u ľudí bez mentálnej retardácie.

Najvýraznejšie prejavy správania sa vyskytujú u hlbkej mentálnej retardácie. Tieto deti majú totálne porušenú afektívnu sféru, objavuje sa u nich sebapoškodzovanie, neartikulované výkriky, echolália. Takéto poruchy správania s mentálnou poruchou vymenúva aj autorka *Pipeková (1998)*.

*Emerson (2008)* hovorí, že ľuďom s mentálnym postihnutím bývajú sčasti pripisované deviálne, abnormálne úlohy. Pohľad na ľudí s mentálnou poruchou ako na „večné deti“. Autor tvrdí, že mentálne postihnutému dieťaťu netreba pripisovať zodpovednosť za problémové správanie.

Počet ľudí s poruchami správania a mentálnou poruchou sa mení, ako výskyt a tvorenie konkrétnej poruchy.

*Borthwick – Duffýová (1995)* skúmali výskyt porúch správania u ľudí s mentálnym postihnutím.

Pretrvalo u nich:

- agresívne chovanie
- sebapoškodzovanie
- časté sebaopodceňovanie
- ničenie majetku

*Bajo (1994)* u charakteristiky mentálnej retardácie uvádza poruchy správania, ktoré sú charakteristické pre deti s mentálnou retardáciou. Zaraďuje sem impulzívnosť, hyperaktivitu, zvýšenú pohotovosť k neurotickým reakciám a úzkosť.

*Sovák, Kvapilík (in Bajo 1994)* rozlišujú poruchy správania vzhľadom k stupňu mentálnej retardácie.

Ľahká mentálna retardácia – kľúčové poruchy citov a vôle.

Stredná mentálna retardácia – porušená afektívna sféra, skratové konanie.

Ťažká mentálna retardácia – porušenie výrazové afektívne sféry – nestálosť nálad.

Hlboká mentálna retardácia – najvýraznejšie prejavy, totálne narušená afektívna sféra, seba poškodzovanie.

*Selikowitz (2005)* tvrdí, že u detí s DOW, sa vyskytujú bežné poruchy správania ako u mladších detí bez syndrómu, ako u detí bez mentálnej retardácie.

U detí sa pri neurózach hovorí stále o poruchách správania ako uvádzajú autori *Matoušek, Vagnerová (in Končeková, 1999)*.

- Afektívne neurotické poruchy – náznaky zlosti, úzkostné neurotické prejavy, fobie, hysterické prejavy
- Neurotické tráviace poruchy – nechutenstvo, zvracanie
- Neurotické prejavy vylučovania
- Neurotické návyky - cmúľanie prsta, masturbácia (mánia).

*Matulay (1986)* hovorí, že psychológovia vedia merať inteligenciu, no nevedia merať emocionálny vývoj, hoci je pre ľudskú bytosť dôležitejšie dosiahnuť harmóniu so sebou - druhými, ako zvyšovať si IQ. Preto je podľa autora venovať pozornosť emocionálnej podpore mentálne postihnutých ľudí.

### **2.3 Poruchy správania sa v edukačnom procese**

Rušivé momenty sú tie, ktoré spôsobujú narušenie vyučovania. K narušeniu vyučovacieho procesu prichádza vtedy, keď je výchova a vzdelávanie prerušené, prestane, alebo je nehumánne.

Rušivé situácie sú vo vyučovaní posudzované každým pedagógom individuálne. Každý človek má totiž iný tolerančný prah, a individuálne posudzuje situáciu učiteľ - žiak. V období keď dieťa nastúpi do školy začína sa odpútať od rodiny a dostáva sa pod vplyv školy, skupiny.

*Train (2001)* hovorí, že medzi deti s poruchami správania, ktoré sa prejavujú v edukačnom procese patria deti tak tiché a zasnené, ako aj deti

aktívne, ktorých energia privádza ostatných k šialenstvu. U mladších detí je porucha správania spôsobená napr. hyperaktivitou dieťaťa.

*Podľa Jurčiovej (in Efeta, 2003)* – žiaci s poruchami správania narúšajú výchovno – vzdelávací proces a odčerpávajú silu, energiu pedagógom, negatívne ovplyvňujú atmosféru.

*Podľa Pipekovej (1998)* sú poruchy správania v edukačnom procese rozdelené z hľadiska veku a to:

❖ 6 – 15 rokov

Sem patria najmä záškoláctvo, neposlušnosť, vyrušovanie, upozorňovanie na seba, krádeže. Toto správanie netreba podceňovať, lebo je príčinou vzniku vážnejších porúch správania a stále sa prehlbujú.

❖ 15 – 18 rokov

Toto obdobie je charakteristické zmenami najmä sociálnymi. Veľký vplyv skupiny na správanie žiaka v škole. Opilstvo, výtržníctvo, trestné činy.

Viacerí autori sa stotožňujú, že medzi najviac zastúpené poruchy správania u detí v školskom veku patria úteky, záškoláctvo, túlanie (*Turček 2007, Končeková 2004, Monátová 1994*).

**Útek:** Monátová (1994) definuje ako – nedovolené, nevhodné vzdialenie sa z rodiny, školy. Často je vyvolaná nepriaznivou životnou situáciou.

*Podľa Končekovej (1996)* je útek nevhodné a nedovolené vzdialenie sa dieťaťa z výchovného prostredia na kratšiu alebo dlhšiu dobu. Je to úniková forma riešenia problémov, z ktorej dieťa nevidí iné východisko. Väčšinou utekajú deti z prostredia s vážnymi výchovnými nedostatkami. Motívy úteku môžu byť rôzne. K útekom dochádza pre časté konflikty s rodičmi, zo strachu zo zlého zaobchádzania, snaha vyhnúť sa trestu, túžba po vzrušení a dobrodružstve, prispôbenie sa starším kamarátom.

**Záškoláctvo** – je opakovaná neospravedlnená neprítomnosť žiaka na výučbe.

**Túlavosť a úteky** – posudzuje, ako dlhotrvajúce opustenie domova.

*Podľa Vagnerovej (1993)* je dlhotrvajúce opustenie domova, väčšina túlania nadväzuje na útek a záškoláctvo.

**Agresivita:** *Antier (2004)* k poruchám správania v edukačnom procese zaradujeme aj agresivitu a tu autor uvažuje o uváženej agresivite a normálnom podiele agresivity.

Podľa *Antiera (2003)* nachádzame u chlapcov väčšinu pri fyzických hrách a súťažiach. Ta sa prejavuje najviac, výrazne. U detí sa podľa autora agresivita prejavuje v slovných vyjadreniach a to sú hádky, súperenia. Dievča nedokáže prejaviť hrubosť tak, ako chlapec. Obráti však hnev proti sebe a tým trpí nespavosťou a žalúdočnými problémami.

Agresivitu chápe (*Liba, 2009*) ako sklon k útočnosti, prejav nepriateľstva.

**Klamstvo** *Fischer (1963) in Turček* – uvádza 3 druhy klamstva:

- 1) Konfabulácia, ktorú považuje za normálny jav v predškolskom veku.
- 2) Pravá lož – ktorú si vždy určí dieťa.
- 3) Pseudologia phantastica – vyskytuje sa aj v puberte.

Podľa *Monatovej (1994)* je klamstvo vedomé skreslenie skutočnosti. Pri hodnotení lži je dôležitá frekvencia, komu klame a prečo.

**Autoagresia** – prejavuje sa búchaním hlavy do steny, vzniká nebezpečenstvo. Neschopnosť inak vyjadriť pocity.

**Výbuchy hnevu** *Serfontein (1999)*:

Dieťa sa často ťažko vyrovnáva so zmenami prostredia. Vyhovujú mu ustálené pravidlá, zvyklosti. Výbuchy nekontrolovateľného hnevu trvajú niekoľko minút (10 – 15 minút). Zlaté pravidlo „zostať v klude“.

**Krádeže** – je zámerná. *Podľa Vagnerovej (2003)* hovoríme o nej vtedy, ak je dieťa schopné chápať vlastníctvo a vzťah k novým veciam. *Gaňo (1963)* uvádza podobné poruchy správania u mentálne postihnutých žiakov ako *Končeková (1999)*.

**Šikanovanie** *Kevická (in Efeta 2003)* je v školách tak dlho ako samotná škola.

Je dôležité ustrážiť nevinnú detskú hru a zámerne ubližovanie druhým.

Je jednou z foriem ponižovania ľudskej dôstojnosti. Človek sa agresívny nerodí, stáva sa. Obeťou šikanovania sa môže stať každá osoba.

**Impulzivnosť** *Serfontein* (1999) - je jeden z najviac komplikujúcich faktorov porúch správania. Malé deti treba pozorovať a strážiť, pretože môže ublížiť sebe aj okoliu.

**Negativizmus** – je potreba detí presvedčiť – zvýšiť cenu, brániť sa. Jedinec nekomunikuje, vytvára samotu.

*Končeková (2004)* udáva tieto činitele, ktoré ovplyvňujú dieťa:

**Neposlušnosť, nedisciplinovanosť** – znamená, že jednotlivec neposlúcha pokyny rodičov, učiteľov, nadriadených. Vzniká buď pri nadmernom množstve požiadaviek, alebo pri nedostatku (*Monatová, 1994*).

**Vzdorovitosť, negativizmus** – vzdorovitosť *podľa Monatovej (1994)* je prejav odporu, protestu. Negativizmus je jav podobný vzdoru, má tendenciu, návyk odporovať všetkým prianiam.

## 2. 4 Diagnostika porúch správania

Úspech či prípadný neúspech žiaka s poruchou správania do veľkej miery závisí od včasnej diagnostiky. Strohé vyjadrenia v minulosti typu, že ide o „nevychované“, resp. „živé“ dieťa v súčasnej školskej praxi nemajú svoje miesto. Uvedomujúc si dôležitosť konania učiteľa v tomto smere poukazujeme na to, že je nesmierne potrebná odborná úroveň všetkých pedagógov pripravených zvládať takýchto žiakov v praxi.

Objektívne poznať každého žiaka, vedieť pochopiť jeho správanie si vyžaduje používať celú škálu diagnostických metód, testov. V našej práci sa budeme zameriavať na diagnostiku porúch správania prostredníctvom hry, testov, voľnočasovými aktivitami, teda formami, ktoré sú spravidla využiteľné v školskom prostredí.

Podľa *Pipekovej (1998)* sa špeciálna časť diagnostiky zameria na defekt a to:

- mravnú narušenosť, ohrozenosť
- sociálnu narušenosť, ohrozenosť
- sociálnu neprispôsobilosť.

A zisťuje sa:

1. etiológia porúch správania
2. rozsah, stupeň, typ chovania
3. trend porúch správania
4. úroveň adaptability, sociability
5. úroveň školských vedomostí, správať školské zariadenia pri výbere ďalšej profesie.

### 2.4.1 Metódy

Pri diagnostike sa využíva množstvo testov, metód. Testom môžeme odhaliť tých jedincov, ktorý sú aktívne odmietavý, ale aj tých, ktorý sú ignorovaný ostatnými.

Colombus – sa využíva na získavanie úrovne sociálneho správania deti (Šulek, 1986). Obsahuje 24 obrázkov, na ktorých sú bežné životné situácie.

Sociometrický ratingový dotazník So – Ra – D:

Na diagnostikovanie sociability, na zistenie miery vplyvu a obľúbenosti detí v skupine. Na objasnenie kladných a záporných vzťahov.

Správanie sa môžeme najlepšie pozorovať prostredníctvom sociometrických metód. Merajú intrapersonálne vzťahy.

**Sociometrická metóda:** zakladateľom tejto metódy je Jakub Moreno. Je americký sociálny psychológ rumunského pôvodu. Táto metóda slúži na zisťovanie a meranie interpersonálnych vzťahov. Na základe získaných údajov sa zostavuje sociogram alebo matrice, ktoré graficky vyjadrujú vzťah osôb v rámci skupiny.

Podľa Vašeke (2004) sú sledovanými zdrojmi:

- vzťah k sebe samému
- úsilie o sociálny kontakt
- vzťah k ostatným členom skupiny
- pozícia mentálne postihnutého jedinca v skupine
- sklon k agresivite

- frekvencia a intenzita porušenia noriem

Pozorovacie a testovacie škály – využívajú sa tiež v diagnostike. Sú to:

- a) Test socioemocionálneho vývoja
- b) Winelandská škála sociálnych zručností - sú určené na správanie žiakov v rôznych situáciách.

Podľa *Kondáša (1979)* sú predmetom týchto škál:

- celkové správanie
- sociálne prejavy
- verbilné správanie
- citové prejavy

#### **2.4.2 Hra ako nástroj diagnostiky dieťaťa**

Veľa odborníkov sa snažilo vymedziť pojem hra a jej náplň. Hra sa prelína celým životom dieťaťa. Je rečou detí. V hre dieťa vyjadri to, čo je dovolené, nedovolené, čo si želá. Je prostriedkom komunikácie detí. Cez hru nám dieťa umožní vstúpiť do jeho sveta fantázie. Na základe toho, môže pedagóg lepšie rozumieť dieťaťu. Hra ponúka cestu k odreagovaniu dieťaťa od jeho problémov. Odráža sa kognitívnym a sociálnym vývinom dieťaťa.

Pri diagnostike v edukačnom procese prostredníctvom hry môžeme získať celkový dojem o správaní dieťaťa. Či už ide o vzťah dieťa k sebe, alebo ostatným deťom. Diagnostickým sledovaním môžeme získať základnú charakteristiku o správaní sa dieťaťa.

Všetky metódy na diagnostiku predpokladajú vytvorenie vhodných podmienok.

*Podľa Jeffreovej (1986)* má hra a diagnostika 5 štádií:

1. štádium – exploračná hra (poznávacia, pátracia funkcia).
2. štádium – hra vyjadruje vzťah medzi predmetmi.
3. štádium – hra zameraná v seba.
4. štádium – hra predstavuje jednoduchý dej.



5. štádium – hra predstavujúca sled dejov.

Hru dieťaťa diagnostik pozoruje, poznámky zaznamenáva na záznamové karty.

Čas trvania hry sa pohybuje 10 – 15 minút.

Hra je podľa *Vašek a kol. (1995)* komplexná, dobrovoľná, spontánna činnosť. Ako slobodné seba uplatnenie človeka. Plní v rôznych situáciách rôzne funkcie a ovplyvňuje správanie človeka v závislosti od veku, vývinu.

Herné a interakčné terapie – s deťmi pracujeme v prirodzenom prostredí, dôraz na komunikáciu.

Herné situácie, ktoré vznikajú sú spontánne a štruktúrované.

Špeciálna výchova hrou zohľadňuje druh a stupeň postihnutia dieťaťa a prispôsobuje ho možnostiam, špecifickým potrebám dieťaťa. Pri hre možno posúdiť úroveň vedomostí, zručností, návykov, úroveň správania.

*Podľa Poláškovvej, Vítkovej (1994)* sa pri diagnostike cez hru sleduje:

1. charakter hry
2. odraz skutočnosti
3. úmyselná pozornosť
4. úroveň motoriky
5. úroveň rečového prejavu
6. spoločenské chovanie
7. citové záujmy
8. povahové črty
9. záujem detí
10. lateralita
11. funkcie zmyslových orgánov

Ďalej autor *Vašek (2004)* uvádza situácie na diagnostiku.

### **Diagnostika pri vyučovaní:**

Vyučovacie procesy je jedna z najdôležitejších situácií, kde pedagóg uskutočňuje diagnostickú činnosť. Preto autor z diagnostiky člení vyučovanie na:

- Vyučovanie podľa platných učebných plánov, osnov (bežné vyučovanie s diagnostickými metódami).

- Vyučovanie podľa osobitných určených programov (precízne rozpracované).

Uplatnenie diagnostiky pri vyučovaní naráža na problém časového zoradenia.

### **Diagnostika pri práci:**

Pracovná činnosť bez ohľadu nato či sa realizuje v rámci pracovného vyučovania, vlastnej práce človeka ako jediné zamestnanie sa môže deliť (*Matoušek, Ružička, Hlatký, 1972*) na základe:

- zložitosti
- stupňa osvojenia
- delenia na etapy
- prevažujúcej náročnosti.

### **2.4.3 Voľnočasové aktivity**

Voľný čas predstavuje špecifickú oblasť ľudského života, prinášajúcu človeku zvláštny prospech: radosť zo slobody, priestor pre tvorivosť, uspokojenie, potešenie a šťastie.

V rámci voľno časových aktivít je vhodný rozbor výsledkov činnosti a prác dieťaťa. Autorka *Majzlánová (1998)* odporúča výtvarné práce dieťaťa, obsahom ktorých je ľubovoľne, alebo vopred určená téma. Pri kresbe rodiny si všímame či dieťa nakreslilo celú rodinu, koho vynechalo, veľkosť figúr. Obsahová stránka detskej kresby vypovedá o poznatkoch dieťaťa, o jeho prežívaní a správaní k iným ľuďom.

Podľa *Cepedu (2007)* je najúčinnější diagnostika kresba. Tvrdí, že ak je verbalizácia zlatom, tak kresba striebrom. Cez kresbu môže pedagóg citlivým skúmaním objasniť problém. Stanovuje taktiež druhy diagnostiky kresby:

- voľné kreslenie
- kresba postavy
- kresba postavy opačného pohlavia ako má dieťa
- kresba rodiny

- fakultatívne kreslenie (stromu, domu, auta).

Pri kresbe podľa *Pipekovej (1998)* sledujeme tému, prevedenie kresby a skupinové kreslenie.

Sociabilita je podľa *Pipekovej (1998)* zdroj diagnostiky. Je schopnosť človeka utvárať a pestovať medziľudské vzťahy. Podmienkou je zaradenie jednotlivca do spoločností.

Podľa autorky je možné sledovať – úroveň sebavedomia

- podriadenie autority
- rozvoj poslušnosti
- vzťah k iným
- chovanie na verejnosti
- negativizmus a podobne.

Pri diagnostike sociability človeka s mentálnou poruchou využívame

pozorovanie,

exploračnú metódu,

kazuistiku,

spoločenské hry.

### **3. DETERMINANTY, KTORÉ OVPLYVŇUJÚ PORUCHY SPRÁVANIA U MENTÁLNE POSTIHNUTÉHO ŽIAKA V EDUKAČNOM PROCESE**

Optimálny harmonický rozvoj psychickej prevencie je predpoklad úspešného začlenenia sa jednotlivcov do výchovno – vzdelávacieho procesu. Nepriaznivý vplyv prostredia môže bezprostredne negatívne ovplyvniť poruchy správania v edukačnom procese. Nie je však priamou príčinou vzniku porúch správania.

S rodinným a školským prostredím súvisí aj psychosociálne postavenie dieťaťa so špecifickými poruchami učenia, správania (*Pipeková, 1998*).

A to najmä - situáciou v rodine

- postojom učiteľa
- postojom spolužiakov
- postojom dieťaťa k sebe samému

Porucha správania podľa autorky môže byť spôsobená:

1. Primárnou symptomatológiou, ktorá spočíva v :

- Poruchách pozornosti
- Infantilnom chovaní
- Zvýšenej vzrušivosti

2. Sekundárnou symptomatológiou

Autor Švancara (1981) udáva, že na vznik neuróz v edukačnom procese sa podieľa viacero faktorov:

- a) emocionálne
- b) konfliktové
- c) konštitučné
- d) faktory somatické
- e) vyčerpanie

Tieto faktory sa navzájom kombinujú.

### 3.1 Endogénne činitele

*Podľa Košča (1987)* môže byť učenie narušené rôznymi činiteľmi. „Vo všetkých prípadoch je učenie narušené druhotne, teda ako priamy alebo nepriamy dôsledok prvotného ochorenia či defektu.“

Ako všetky nové poruchy aj tieto majú kategórie:

- Organické (genetické procesy)
- Nepriaznivý vplyv prostredia .

#### 3.1.1 Dedičnosť - povahové zmeny

Vo veľkej miere ovplyvňuje správanie mentálne postihnutého žiaka dedičnosť. Vnútorne determinanty sú tie, ktoré vychádzajú z organizmu.

*K.N.Volkov (1987)* hovorí, že žiaden pedagóg nemá právo vzhľadom na svoju profesionálnu česť niekoho odsúdiť, potrestať len na základe hodnotenia činov. Musí poznať príčinu činu, správania, ktoré psychológovia nazývajú motiváciou. Motív je podľa autora psychologický problém príčin správania. Vzniká v dôsledku uvedomovania si potrieb človeka. Autor spomína aj obrazný motív, čo nie je vedomá lož, ale skôr neúmyselný proces o uvedenie do omylu.

Motívmi správania žiakov aj počas edukačného procesu sú najčastejšie záujmy, ktoré delíme na:

- bezprostredné (záujem o sám predmet činnosti)
- sprostredkované (záujem o učebnú látku)

Medzi dôležitých činiteľov, ktoré ovplyvňujú edukačný proces patria povahové zmeny, ako sú samotárstvo, náhle zmeny nálad, tajnostkárstvo, depresie. Na dieťa vplýva viacero faktorov.

Podľa *Končekovej (2004)* sú to:

- Vnímanie - je to poznávací psychický proces, cez ktorý odrážame vonkajšie podnety a javy prostredníctvom ich pôsobenia na zmyslové orgány. Je zdrojom informácií pre vonkajšie a vnútorné prostredie.

- Pozornosť - zostrený psychický jav zvýšenej jasnosti a zameranosti vedomia na určitú oblasť javov. Najhorším stavom je aprosexia - čo je vymiznutie pozornosti.
- Pamäť - schopnosť vštepiť, podržať a aktualizovať minulé zážitky.
- Myslenie - ide o najvyšší poznávací psychický proces. Zovšeobecnené odrážanie skutočnosti, proces riešenia nových problémov, rečový prostriedok vyjadrenia myšlienok dorozumievania sa i nástroj regulácie správania.
- City - vyjadrujú subjektívne prežívanie vzťahu.
- Pudy - sú vrodené tendencie k motívom správania, ktorého cieľom je zachovanie jedinca.
- Vôľové konanie - je úmyselná činnosť, ktorá smeruje k určitému cieľu.
- Stres - každý organizmus má určitú zásobu energie, nevyhnutnú na adaptáciu
- Strach - je signálna emócia, ktorá chráni našu existenciu. Je biologický podmienený.

Vnímanie podľa *Rubinštejnovej (1973)* - je bezprostredným odrazom skutočnosti. Dieťa sa učí pozorovať a vidieť. To čo dokážeme očami vidieť, spracovať je výsledok určitej životnej skúsenosti.

Edukačný proces u mentálne postihnutých žiakov ovplyvňuje:  
Temperament – podľa *Čápa (1980)* je ústava vlastností, ktoré sa prejavujú spôsobom chovania, prežívania ale aj spôsobom vzniku, citových procesov.

Podľa *Kunzeovej (1991)* môže edukačný proces ovplyvniť:

- ❖ vrodené alebo sústavné postihnutie, poškodenie
- ❖ postihnutie – ako následok poškodenia CNS
- ❖ abnormálny psychický vývin – ako následok dlhotrvajúcich závažných výchovných chýb v rannom detstve.

### 3.1.2 Vzťah k predmetu, sociabilita

V poradí ďalším determinantom, ktorý ovplyvňuje mentálne postihnutého žiaka v edukačnom procese je vzťah k vyučovaciemu predmetu.

Medzi vnútorné determinanty edukačného procesu spadá aj otázka učebnej schopnosti žiaka a jeho výkonnosti.

Podľa *K.N. Volkova (1987)* každý pedagóg vie, že popri žiakovi, ktorý sa zaujíma o rozličné predmety je žiak, s vyhradenými záujmami. Samozrejme, že vzťah k predmetu je často podmienený osobnosťou pedagóga, jeho empatiou, schopnosťou vysvetľovať látku.

Sociabilita je ďalší determinant, ktorý môže spôsobovať problém v edukačnom procese. Podľa *Vašeka (2004)*, je charakterizovaná ako schopnosť jedinca utvárať a pestovať medziľudské vzťahy. Prejavuje sa jeho správaním v spoločenskej skupine. Sociabilita je podmienkou socializácie postihnutého, alebo narušeného žiaka. Je to vlastnosť, ktorá sa dá korigovať výchovou.

### **3.1.3 Psychotické poruchy, autizmus, schizofrénia**

Medzi ďalšie činitele ktoré ovplyvňujú správanie dieťaťa zaradzuje *Končeková (2004)* tieto psychotické poruchy:

- Schizofrénia: je typická a najčastejšia chronická psychotická porucha je pre ňu typické niekoľko typických prejavov.
- Afektívne poruchy majú periodický priebeh. Príznaky sa spájajú do 2 syndrómov a to depresívneho a syndrómu mánie.
- Poruchy s bludmi: prepojenie 1 a viac bludov z časovo neohraničených oblastí.

Medzi činitele ovplyvňujúce priamo prejavy porúch správania ďalej zaradíme:

- Vek dieťaťa *Vodák a Šulc (1964)* uvádzajú vo výskume, že problémové správanie sa vyskytuje vo vyššom veku častejšie.
- Pohlavie: *Emerson (2008)* k determinantom zaraduje aj pohlavie chlapec – dievča.

Vek – najhoršie 15 – 34 rokov majú chlapci.

Psychické poruchy sa u detí vyskytujú zriedkavo. U detí sú to najmä autizmus a detská schizofrénia.

Tieto deti sa iba zriedkavo stávajú normálne dospelými.

**Autizmus** – podľa *Majzlánovej* sú poruchy správania u autistických detí determinované narušením vnímania a pozornosti.

Autorka sem zaraďuje pohybový nepokoj, stereotyp, bizarné pohyby. Častými sú u nich extrémne úzkostné reakcie, najmä pri zmenách.

Časté sú úplne rezistentné s priateľmi, láske. Neprejavujú žiaden citový vzťah. Prejavuje sa narušenou sociálnou interakciou, obmedzenou schopnosťou verbálne a neverbálne komunikovať.

**Detská schizofrénia** – podľa *Traina (2001)* je dieťa, ktoré trpí touto poruchou také, ktoré má problémy v oblasti myslenia, vnímania, emócií. Je mnoho podskupín, z ktorých má charakteristické črty. U týchto detí sa môžu objaviť:

Bludy – myslenie, že dieťa niekto prenasleduje.

Halucinácie – hlasy, ktoré ho kritizujú, vyhrážajú mu.

Zmetené myšlienky – prechádza pri komunikácii z jednej témy do druhej.

Zmetené chovanie – nie je schopný udržať pozornosť.

Podľa *Turčeka (2003)* medzi biologické vplyvy zaraďujeme odchýlky zdravotného stavu jedinca, ktoré sú podmienené biologickými faktormi (mentálna retardácia, ľahká mozgová disfunkcia, epilepsia, neurózy).

Uvedené príčiny istým spôsobom nedovoľujú žiakovi adaptovať sa na podmienky vyučovacieho procesu.

Všetky tieto uvedené faktory treba v pedagogickom procese zvažovať a adekvátne na ne reagovať.



## 3.2 Exogénne činitele

Exogénnym determinantom rozumieme problém, ktorý bráni mentálne postihnutému žiakovi zapájať sa do edukačného procesu. V súčasnej dobe narastá počet porúch správania. Uprednostňujú sa materiálne hodnoty, zhoršuje sa situácia v bezprostrednom prostredí dieťaťa.

*Train (2001)* medzi tieto determinanty zaradzuje aj

- vážnu nehodu, chorobu
- rozvod rodičov
- úmrtie blízkej osoby
- nedostatočná finančná absencia

Podľa autora nepriamo súvisia s poruchami správania tieto situácie:

- zlé súžitie rodičov
- nízke postavenie rodiny a zlé vzťahy v nej
- mnohopočetné rodiny
- rodičia majú veľké osobné problémy
- rodina žije zo štátnej podpory
- otec je zločinec

### 3.2.1 Rodina a rodinné prostredie

Dieťa sa rodí ako tvor biologický. Tvorom spoločenským sa stáva až vplyvom prostredia. Zásluhou styku s ľuďmi sa dieťa vyvíja rozumovo aj citovo.

Dôležitým činiteľom sú narušené vzťahy v rodine. Ide hlavne o nerešpektovanie rodinných pravidiel, uzavretosť, narastanie konfliktov.

Ďalší determinant, ktorý ovplyvňuje edukačný proces je prostredie odkiaľ dieťa prichádza. Vplyv rodinného prostredia.

Podľa *Wenera (1973)* na dieťa pôsobia:

- v oblasti požiadaviek na výkon dieťaťa, ako preťažovanie, nedostatočné zaťažovanie, kolísavé požiadavky

- v oblasti sociálneho zdôraznenia dieťaťa rozmaznávanie
- oblasť poskytovanie individuálnej voľnosti
- oblasť emočnej obklopenosti: bezdomovosť, úplná bezpečnosť

Rodina má značný vplyv na to, ako sa dieťa správa. Najviac evidentné sú tieto vplyvy v edukačnom procese. Rodina je teda ten determinant, ktorý najviac ovplyvňuje dieťa.

*Matoušek (1986)* uvádza tieto rodiny:

- neintegrované, problémové rodiny
- rozštiepené rodiny
- uzavreté rodiny
- rodiny s nejasnou generalizačnou hranicou
- rodiny s poruchami komunikácie

Aj keď si musíme uvedomiť, že chovanie dieťaťa sa nedá tolerovať, musíme mať na pamäti okolnosti, ktoré tomu predchádzajú.

Najdôležitejším vonkajším determinantom a vlastne prvým vonkajším s ktorým sa dieťa stretáva je jeho rodina a jej členovia.

Rodina je podľa *Lečbycha (2008)* malá primárna sociálna skupina, ktorá je zložená z jedincov rôzneho pohlavia, veku. Ovplyvňujú ju rôzne aspekty života.

Podľa *Šulovej (1998)* je rodina miesto, v ktorom sa prvý krát prejavuje prosociálne správanie človeka, čo v ďalšom období ovplyvní jeho vonkajší styk so svetom.

Dôležité je, aby každé dieťa, ktoré má tú možnosť, bolo vychovávané v priateľskej, podpornej a dobrej atmosfére v rodine. S týmto názorom sa stotožňuje aj *Thorová (2006)*. Treba brať do úvahy schopnosti rodičov vedieť odpočívať, deliť sa o starostlivosť o detí, súrodencov, aktivity.

Ak je rodina v nesúlade je treba vyhľadať odbornú pomoc, napr. rodinné skupiny.

Rodina môže byť:      funkčná  
                                           disfunkčná

Medzi disfunkčnú rodinu patrí rodina:

1. nezrelá - (príliš mladí ľudia)

2. preťažená rodina - (veľa konfliktov v rodine)
3. ambiciózna - (dobré podmienky pre rozvoj dieťaťa)
4. autoritatívna - (veľké nároky)
5. rozmaznávajúca
6. liberálna
7. odkladajúca
8. dissociálna rodina

Rodinná výchova predstavuje začiatkové štádium celého výchovného pôsobenia.

(Severe, 2000) hovorí, že je potrebné stanoviť pravidlá pre deti teda akýsi návod na to, ako sa majú chovať. Správanie sa je výsledok rozhodnutia. Deti musia vedieť čo od nich chceme.

Dieťa je formované celým životom rodiny. Pôsobí naň rodinné prostredie, činnosti členov rodiny, rodinná atmosféra, a to všetko ovplyvňuje dieťa v edukačnom procese.

### **3.2.2 Vzťah k učiteľovi, kamarátom**

Začleňujem tu však aj vzťah s kamarátmi: ak má dieťa s poruchou správania kladný vzťah k skupine, ktorá má pozitívny vzťah k návykovým látkam, veľmi ľahko sklzne na hranicu zákona, normy.

Končeková (2004) medzi vonkajšie znaky výučby žiakov zaradzuje:

- výučbe venovať dostatok času
- výchovné opatrenia
- nešetriť pochvalou, odmenou
- pochváliť aj za naznačenú činnosť

Druhou sociálnou skupinou, s ktorou sa dieťa dostáva do kontaktu, je škola a vzťahy v nej naväzované. Celková pripravenosť detí na škole prináša vznik poruchy správania. Nemyslíme tým len zrelosť nervového systému, ale aj zrelosť v intelektu, vnímaní, motivácii, správaní sa.

Všímanie si zrelosti u detí pred vstupom do školy má význam aj z hľadiska školského prospechu, rozvoja zdravej osobnosti, rozvíjanie medziľudských vzťahov. Správanie sa a zmeny správania na základe predchádzajúcej skúsenosti sú predmetom skúmania.

Cieľom edukačného procesu je zvýšiť duševnú rovnováhu každého žiaka. V tejto súvislosti autori udávajú, že sú to:

- vplyv organizácie práce
- vplyv všetkých procesov.

### 3.2.3 Vzory správania

Rozoznávame atraktívne a neatraktívne vzorce správania podľa toho ako pôsobia na človeka. Pre niekoho môže byť tá istá činnosť a vzor atraktívny a pre niekoho nie.

*L. Sejčová (In Bubelini, 1995, s. 185)* uvádza, že „najviac frekventovanou oblasťou neatraktívnych vzorcov činnosti, od ktorých by sa chceli mladí ľudia odpodobniť, je sociálna oblasť.“

Neatraktívne vzorce delí na:

- nežiadúce formy správania vyplývajúce z nežiadúcich návykov človeka /alkoholizmus, fajčenie, toxikománia/,
- nežiadúce formy správania súvisiace s nedostatkami sociálnej komunikácie /ubližovanie, ohováranie, klamanie atď./,
- delikventné správanie /lúpeže, vraždy, podvody, ublíženie na zdraví atď./,
- sociálne činnosti svojim subjektívnym charakterom nepríťažlivé, ktoré nemožno zaradiť medzi nežiaduce, záporné činnosti, a napriek tomu pôsobia na človeka nepríťažlivo /požičanie peňazí, poskytnutie pomoci atď./.

Vplyv na formovanie osobnosti má osobný príklad v podobe vzoru alebo ideálu. Aj vzory ktoré sú nositeľmi najvyšších hodnôt, nemusia byť vždy príťažlivé.

### 3.2.4 Týrané deti, šikana

Od trestov je iba na krok k týraníu. Týranie a zneužívanie detí je veľmi významný faktor, ktorý sa dotýka výchovy v rodine. Je to fenomén, ktorý pôsobí ako katalyzátor (urýchľovač) delikvencie mladistvých. Aj keď týranie detí je známe ľudstvu už od nepamäti (spomeňme si otroctvo detí, slúženie u majetných pánov a pod.), tomuto problému sa začínajú venovať vo svete až v druhej polovici 19. storočia, kedy začínajú vznikajú dobrovoľné združenia na ochranu takýchto detí. Ako prvá vzniká Národná spoločnosť prevencie proti krutostiam na deťoch v Anglicku (1883 Liverpool, 1884 Londýn).

Aj keď sa týraníu úspešne dokáže zabrániť pred tragédiou, stigmy na duši dieťaťa, ktoré vzniknú vplyvom takýchto udalostí, dieťa potom navždy sprevádzajú. Vo veľkej časti takto týraných detí sa toto správanie začne u nich deštruktívne prejavovať v dospelosti. To čo sami prežili, často prežívajú ich deti. Týrané dieťa by sa preto malo podrobiť liečbe v snahe zbaviť ho týchto nepríjemných prežitkov z minulosti. Zároveň je podľa *L. Sejčovej (2002)* rovnako nevyhnutné zabezpečiť aj rodičom týraných detí dostupnú poradenskú a terapeutickú pomoc. Rodičia, ktorí sa prejavujú agresívne často nezvládajú stres a svoje napätie si vyventilujú na bezbranných deťoch.

*Train (2001)* uvádza tieto skryté príčiny zlého správania sa dieťaťa.: *Týranie a zneužívanie:* či už telesné, citové aj sexuálne. Všetky tieto činitele sa odrazia na chovaní dieťaťa.

Šikanovane v škole (*Efeta, Kevická*) – zvláštny prejav agresívneho správania. Sú to slovné útoky, ťažké formy.

### 3.2.5 Motivácia, klíma

*Đurič (1988)* motivácia, ktorá rozdeľuje žiakov:

- pozitívne (zvedavosť, túžba po vedomosti, cit, zodpovednosť, láska k predmetu)
- negatívne (trest, strach, obava z neúspechu).

Klíma v skupine *Zelina (1994-1996)* dlhodobo pretrváva a rysuje vzťahy v triede, v skupine.

Klímu v triede tvorí: učiteľ a žiak a žiak a ostatní spolužiaci.

Na zmenu klímy treba podľa autora použiť: empatiu, srdečnosť, autenticnosť, konkrétnosť, bezprostrednosť, otvorenosť, sebapoznanie.

Neodmysliteľnou súčasťou edukačného procesu je dobrá klíma.

Podľa *Kosovej (2000)*, je predpoklad dobrej klímy vytvoriť podnikateľskú atmosféru. Orientovať sa na ciele ktoré sú dôležité, zdôrazňovať ich hodnotu. Sú pre ňu dôležité motivácia a fantázia.

Táto autorka ďalej píše, že žiak vyrušuje, lebo:

- upútava pozornosť
- bojuje o moc
- snaží sa o pomstu
- hľadá súcit

## 4. INTERVENČNÉ TECHNIKY PRI ELIMINOVANÍ PORÚCH SPRÁVANANIA

Edukačný proces prebieha s cieľom v žiakovi vzbudzovať vnútorné motívy pre úspešné zvládnutie stanoveného učiva. Ak sa v správaní žiaka nachádzajú nejaké patologické prejavy, je nutné pokúsiť sa o ich nápravu.

V tejto kapitole sa budeme venovať intervenčným technikám v eliminácii porúch správania. Intervenciou rozumieme, že budeme sústreďovať pozornosť na patológiu, na eliminovanie agresie, tvorivý prístup pri vytváraní nových spôsobov konania (*Emerson 2008*). Budeme sa snažiť, aby intervencie boli

- konštrukčné
- funkčné
- sociálne validné
- etické.

Cieľom terapií je povzbudiť dieťa, aby sa svojím problémom zverilo, hľadať alternatívne riešenia a dospelo pri riešení problémov k vlastnému rozhodnutiu (*Train, 2001*).

Podľa *Edelsbergera, Kábeleho a kol. (1988)* má prevencia hľadiska:

- ❖ primárnu (predchádzanie toho, aby vôbec vznikla)
- ❖ sekundárnu (profylaxia) – súbor opatrení na zabránenie nepriaznivého vývoja poruchy, aby sa ďalej nevyvíjala.
- ❖ terciárnu (je prevenciou pri opakovaných problémoch).

Všetky intervenčné techniky sú založené na predpoklade, že poruchy správania sa vyvinuli z dôvodu, že boli neprimerane posilňované (*Majzlánová, 1998*).

Najlepším spôsobom ako redukovať poruchy správania je eliminovať podmienky, ktoré sú priamou príčinou ich vzniku.

## 4.1 Využitie terapií pri eliminovaní porúch správania

Terapiou sa vo všeobecnosti rozumie činnosť zameraná na obnovenie, zlepšenie, ozdravenie, odstránenie porušenej rovnováhy (*Vašek a kol., 1995*).

Po štúdiu dostupnej literatúry konštatujeme, že autori vymenúvajú a charakterizujú niekoľko rozličných delení terapií. Uvedieme si tie, ktoré sú podľa nás v našej praxi najpoužiteľnejšie.

*Newmanj (2004)* uvádza vzorec PRÍCHOD.

PRÍ – je pozorovanie príčin porúch správania dlhodobo.

CHO – je pozorovanie prejavov správania.

D – je uvedomenie si dôsledkov správania.

Podľa autora sa týmto vzorcom dajú poruchy správania korigovať.

*Richman (2006)* uvádza model funkčnej analýzy (ABC), ktorý charakterizuje vznik príčin porúch správania. Rozdeľuje ich do krokov:

1. chovanie
2. predohra
3. dohra

B = behaviour (opísať správanie čo najpodrobnejšie, aby bola ľahšia náprava).

A = antecedent (opísať udalosť, ktorá bola príčinou poruchy správania).

C = consequence (opísať všetko čo sa odohralo priamo o nevhodnom správaní).

*Schopler (1972)* uvádza tzv. Tlacch program. Je tu kladený dôraz na včasnú a správnu diagnózu, a následná špeciálno – pedagogická starostlivosť zvyšuje spokojnosť rodičov, zlepšenie chovania.

Zásady programu:

- individuálny prístup
- aktívna generalizácia zodpovedností
- spolupráca s rodinou
- interpretovanie do spoločností
- pozitívny prístup deti s poruchou správania.



Podľa *Kondáša (1989)* sa ako preventívna starostlivosť u detí s poruchou správania využíva skrining, t. j. zachytenie včasných výkyvov.

*Thórová (2006)* prezentuje vzdelávací program Higashi. Jeho hlavné princípy sú:

- učenie v skupine
- vedenie k samostatnosti
- učenie imitáciou
- dôraz na fyzické cvičenie
- výtvarná a hudobná výchova.

Začiatky psychoterapie siahajú do obdobia antiky a vychádzali z náboženských a magických rituálov.

Samotný pojem *psychoterapia* definuje *Kondáš (1985, s. 24)* ako: „komplexné liečebné pôsobenie“. Vo všeobecnosti ju však vymedzuje ako liečbu psychologickými prostriedkami.

*Kondáš (in Janet, 1934)*, definuje psychoterapiu ako súhrn liečebných metód všetkého druhu, tak fyzických, ako aj psychických, ktoré možno používať pri chorobách telesných i duševných, t.j. metód, určených zo zreteľom na vopred pozorované psychologické javy a zvlášť so zreteľom na zákony, ktoré riadia vývoj týchto psychologických javov a ich združovanie buď vzájomné, alebo s javmi fyziologickými. Teda psychoterapia je použitím psychologickéj vedy na liečenie choroby.

Predmetom psychoterapie je pôsobenie choroby aj poruchy. *Kondáš (1980)* hovorí, že choroba má charakter stálej zmeny, charakter defektu, prechodnej dysfunkcie.

Otázky a ciele psychoterapie sa zvyknú špecifikovať podľa teoretickej orientácie terapeuta. Pri všetkých druhoch psychoterapie platia pravidlá :

- poznanie klienta
- poznanie charakteru porúch
- činitele ich vzniku a pretrvávanie
- individualita pacienta
- vhodné psychoterapeutické postupy a metódy
- variabilný spôsob riešenie problémov vzťahov k individuálnej osobe.

Najdôležitejší je vzťah terapeut - klient, ktorý zo strany klienta charakterizuje dôvera, spolupráca s terapeutom, ale aj jeho ľudský záujem ku klientovi a úprimné úsilie pomôcť mu.

**Muzikoterapia** – je terapia, ktorá uprednostňuje fakt, že lieči.

Podľa Vašeka a kol. (1995) je to liečebná výchovná metóda, ktorá prostredníctvom hudby a s ňou súvisiacich prvkov slovesného, dramatického umenia plní liečebnú funkciu. Cieľom muzikoterapie je upraviť, zlepšiť, celkovo stabilizovať narušeného – postihnutého jedinca.

**Arteterapia** Thorová (2006) je aktivita, ktorú treba robiť individuálne. Nuda je podľa autorky zdroj porúch správania. Vhodnou motiváciou je možné dosiahnuť cieľ.

Arteterapia je proces tvorivý. Umožňuje dieťaťu sebvýjadrovanie.

Podľa Labatha (in Vašek 1995) je liečebne využívaným rôznych prostriedkov a činnosti.

Je možnou terapeutickou metódou. Vykonáva sa jednotlivito – skupinovo. Pri arteterapii je najdôležitejší samotný proces, výsledok už menej. Pri tejto technike môže zvoliť pedagóg voľný vytrvalý prejav, vytrvalý prejav pri hudbe.

**Biblioterapia** – podľa Svetlíkovej (in Vašek, 1995) je zámerné liečebné využívanie pôsobenia knihy na čitateľa. Konkrétne pri poruchách správania je táto technika veľmi vhodná. Rozdelíme ju:

- 1) Receptívnu biblioterapiu (čítanie textu a následná diskusia).
- 2) Aktívna biblioterapia (dokončenie textu).

**Zooterapia** Thorová (2006) dieťa reaguje na rôzne zvieratá. Môže prejavovať radosť – fóbiu. Sem autorka zaraďuje:

- hipoterapiu (okrem jazdenia na koni aj fyzioterapeutický účinok jazdenia)
- canisterapiu (vyžitie kladného vzťahu k zvieratám).

Musí byť však vyškolený psovod.

**Ergoterapia** – lieči zmysluplnou činnosťou. Prioritou tejto terapie je, že každé dieťa má vypracovaný individuálny program, ktorý je zameraný na

rozvoj pracovných schopností dieťaťa, aby sa mohol úspešne zapojiť do kolektívu.

**Dramatoterapia** – založená na hraní rolí a iné formy dramatického učenia. Musí sa rešpektovať aktívny stav dieťaťa. Najvhodnejší prostriedok je hra s bábkou. Cieľom je pôsobiť na MPD tak, aby vedelo prejavovať emócie.

Prevenencia podľa *Jurčiovej (in Efeta, 2003)* je súbor zásad edukačného procesu.

- Stanovenie hranice, pravidiel správania.
- Hľadanie príčin, úsilie objektívne hodnotenie správania.
- Netolerovať nevhodné právanie, ale neodsudzovať detí.
- Usilovať sa o uplatňovanie indukčnej disciplíny.
- Uprednostňovať skupinovú prácu.

## 4. 2. Uplatnenie výchovných metód (odmena- trest)

Ďalšou vhodnou intervenčnou technikou je uplatňovanie výchovných metód (odmeny - trestu).

Výchovnou metódou sa vo všeobecnosti rozumie cieľavedomé usporiadanie činností vychovávateľa a vychovávaného, v ktorých sa realizujú stanovené výchovné ciele. Pre našu prácu sú podstatné najmä tie, ktoré pôsobia na city vychovávaného. Medzi základné metódy usmerňovania porúch správania u detí zaradzuje *Majzlanová (1998)* odmena – trest.

**Odmena** – núti jedinca sústreďovať sa na dobré chovanie (*Severe, 2000*). Pre pedagóga je kladnou spätnou väzbou, povzbudzuje detí k správnejmu správaniu sa, rozhodovaniu.

Musíme si uvedomiť, že ani odmena ani trest nevedú za všetkých okolností rovnako k cieľu. Ich účinok závisí od psychologických podmienok.

**Trest** – *Rybárová (1998)* tvrdí, že účinok trestu závisí od:

- časnosti používania
- uvedomovania si príčiny
- individuálnosti dieťaťa
- citového vzťahu medzi učiteľom – dieťaťom

- časového odstupu do činu.

Trest podľa *Severeho (2000)* má byť taký, aby sa dieťa poučilo. Netrestať však, keď sme nahnevaný.

Trest je určitý nástroj, no ťažko sa ovláda. Trest pred kolektívom môže mať za následok narušenia sociálneho statusu dieťaťa. Fyzické tresty môžu okrem straty dôvery vyvolať agresívne správanie. Primerané a citlivé využívanie odmeny a trestu patrí medzi ťažšie oblasti výchovného pôsobenia na dieťa. Preto musíme k tejto metóde pristupovať zodpovedne.

Vo svojej pedagogickej praxi sa stretávam so žiakmi s poruchami správania. V ŠZŠ kde pôsobím (ŠZŠ Jarovnice), vo výchovno-vzdelávacom procese využívame alternatívne formy a metódy práce, zážitkové učenie, učenie hrou. Uvediem metódy a techniky vzdelávania, ktoré realizujeme:

1. Skupinovo – kooperatívne
2. Názorová škála
3. Modelovanie konkrétnej situácie
4. Rolové hry
5. Riadená diskusia
6. Projektová metóda (využitie v príprave projektu)
7. Burza nápadov (Brainstorming)
8. Myšlienková mapa
9. Stromový diagram
10. Reťazec príčin (prečo – prečo – prečo reťazec)
11. Práca s fotografiou
12. Práca s komiksom

### **4.3 Úloha učiteľa pri eliminovaní porúch správania**

Úspech a neúspech výchovného pôsobenia závisí od pedagóga (*Čap, 1980*).

Pedagóg sa stretáva s dieťaťom s úplne inej situácie ako rodič. Je nesporné, že povahové vlastnosti a správanie vplývajú na dieťa.

Podľa *Jurčiovej (in Efeta, 2003)* sa má každý pedagóg vyzbrojiť:

- vyzbrojiť sa trpezlivosťou
- zamerať sa na pozitívnu stránku osobnosti dieťaťa
- oceňovať kladný úspech
- občas prehliadať negatívne správanie
- prechádzať nevhodnému správaniu
- vytvoriť s deťmi vzťah
- vedieť si priznať chybu
- neočakávať zázrak okamžite.

Dieťa prichádza do školy v období, keď sa formujú jeho základné rysy charakteru, citovej väzby, vzťahov.

Dieťa potrebuje okrem materiálnych potrieb aj citovú istotu (*Majzlánová, 1998*).

Podľa *Vašeka (1994)* je práca pedagóga špeciálneho obzvlášť náročná. Nevyhnutné sú odborné vedomosti, ďalšie vzdelávanie, preverovanie poznatkov. Výchova a vzdelávanie mentálne postihnutých detí si vyžaduje od psychopéda telesnú i duševnú odolnosť. Podľa autora sú najdôležitejšie vlastnosti: pevná vôľa, pracovitosť, cieľavedomosť, systematickosť a láska k postihnutým.

Dôležité je mať schopnosť vstupovať do kontaktu s deťmi. Komunikovať s nimi, regulovať ich prejavy, ovplyvňovať ich správanie. Túto práca nemôže robiť čisto profesionálne. Dobré vzťahy si musí každý človek zaslúžiť, musí ich trpezlivo budovať (*Kosová, 2000*).

Najlepší spôsob ako tak urobiť, je získať si úctu skúsenosťou, empatiou, úsilím nie donucovaním, trestaním. Akceptovať dieťa také aké je, mať ho rád také aké je. Pričom podľa autorky akceptovať neznamená súhlasiť s každým správaním ale priznať druhému pocity, názory.

Dôležitú úlohu hra tvorivosť učiteľa, ktorá spočíva v projektovaní práce činnosti učiteľa a činnosti žiakov. Učiteľ nesmie pracovať podľa schémy, ale musí sa prispôbiť situácií. Tvorivosť učiteľa sa prejavuje v úrovni vedomosti jeho žiakov.

## **5. ZAMERANIE A METODIKA PRIESKUMU**

V teoretickej časti predkladanej práce sme sa dopracovali k aktuálnym teoretickým základom porúch správania žiakov v špeciálnej základnej škole (vek žiakov je od 6 do 16 rokov) v edukačnom procese a možnostiach ich nápravy. Aj my sa prikláňame k názoru, že škola a vhodný pedagogický prístup môžu vo veľkej miere pomôcť pri eliminovaní negatívnych prejavov v správaní sa žiakov. Nazdávame sa, že citové prežívanie žiaka a jeho pozitívna motivácia pri asociovaní zážitkov zo školy je dostatočnou motiváciou pre učiteľa, aby svoje konanie a pôsobenie v školskom prostredí plánoval, úmyselne a cieľavedome pôsobil na žiaka, využíval všetky dostupné formy a metódy práce tak, aby nenásilne vylučoval zo žiakovho správania nechcené prejavy.

### **5.1 Ciele a problémy prieskumu**

Témou prieskumu boli negatívne prejavy žiakov v špeciálnych základných školách a možnosti ich nápravy. Problém prieskumu zhrnieme do niekoľkých otázok:

Aké príznaky nežiaduceho správania žiakov pozorujete na vyučovaní u žiakov s mentálnym postihnutím?

Aké sú podľa vás najvhodnejšie psychoterapeutické terapie z hľadiska eliminovania porúch správania?

Myslíte si, že nefunkčná rodina má vplyv na vznik porúch správania u mentálne postihnutých žiakov?

Problémom prieskumnej časti tiež bolo zistiť aktuálnu vedomostnú úroveň učiteľov o možnostiach terapeutickej práce so žiakmi s problémami správania.

Na základe vymedzeného problému sme si stanovili nasledovné ciele prieskumu:

- O najčastejších poruchách správania a ich prejavoch podať informáciu, zistiť ich príčinu.
- Bližšie špecifikovať vhodné formy terapie pri eliminovaní porúch správania.
- Zistiť aktuálnu úroveň vedomostí učiteľov o poruchách správania, jednotlivých druhoch terapie.
- Zistiť aktuálny stav v praxi – používajú, resp. nepoužívajú v edukačnom procese terapie, ak áno, aké a prečo.
- Odporučiť možnosti zlepšenia úrovne vedomostí učiteľov o danej problematike, a tým skvalitniť samotné pôsobenie pedagóga na žiaka v edukačnom procese i mimo neho.

## 5.2 Metóda prieskumu

### Úlohy a metódy:

1. Preštudovať odbornú literatúru k danej téme.
  2. Určiť metódu získavania informácií, zostaviť dotazník.
  3. Zvoliť miesta realizácie prieskumu.
  4. Požiadat' o súhlas riaditeľov oslovených škôl.
  5. Zabezpečiť vzorku respondentov.
  6. Rozdať dotazníky a zabezpečiť ich návratnosť.
  7. Spracovať a vyhodnotiť výsledky.
- Formou dotazníka, ktorý uvádzame v prílohe, odpovedať na otázky týkajúce sa:
    - sociálneho správania žiaka
    - správania sa v škole
    - sústredenost' na vyučovanie

*Metóda vyhodnocovania dotazníka a spracovanie informácií.*

Základný súbor nášho prieskumu tvorili učitelia špeciálnych základných škôl v Prešovskom a Sabinovskom okrese. Na základe dostupného výberu sme do

prieskumu zaradili 7 špeciálnych základných škôl. Uskutočnili sme prieskum na vzorke 100 učiteľov, návratnosť dotazníkov 67, teda 67%. Získané výsledky sme vyhodnocovali a spracovali.

### **5.3 Charakteristika výberového súboru**

*Prieskumný hárok vyplňa* – učiteľ v špeciálnej základnej škole.

*Technika vyplňovania* – V prieskumnom dotazníku sa nachádzali 3 druhy otázok – učitelia odpovedali áno – nie alebo si vybrali jednu alebo niekoľko odpovedí a rovnako sa v dotazníku objavili aj otvorené otázky, kde sme nechali priestor pre dlhšiu odpoveď.

*Spracovanie a interpretácia výsledkov prieskumu*- získané údaje sme podrobili kvantitatívnemu spracovaniu (numerické a percentuálne), ktoré prezentujeme vo frekvenčných tabuľkách a grafoch. Napokon sme údaje podrobili kvalitatívnej analýze a interpretovali ich vo vzťahu k problémom prieskumu. Ku každej predkladanej otázke sme pristupovali individuálne a samostatne ju vyhodnotili. Položky dotazníka sme vyhodnocovali jednotlivo podľa toho, či sa otázka týkala učiteľov, skupiny učiteľov, žiakov.



## 5.4 Analýza a interpretácia výsledkov

### Prieskum vplyvu porúch správania na edukačný proces

Tab.č. 1 Odpoveď na otázku: Máte v triede žiaka s poruchami správania?

Respondentov spolu	Áno	nie
67	52	15
100%	77,61%	22,39%

Graf č.1



V našej prieskumnej vzorke pozitívne odpovedalo 52 respondentov na otázku, či v triede pracujú so žiakom, resp. so žiakmi s poruchami správania. Len 15 z nich uviedlo, že s takýmito žiakmi nepracujú. Počet 52 v našej práci budeme chápať ako 100% pri otázkach týkajúcich sa práce učiteľa a jeho pôsobenia na žiaka. Keďže pri niektorých otázkach učiteľa uviedli viacero možností, počet 52 nebude logicky súvisieť so súčtom odpovedí. Bude nás zaujímať percento učiteľov, ktorí sa priklonili k uvedeným odpovediam.

Tab.č.2 Odpoveď na výrok: Poruchy správania sa vyskytli viac v skupine chlapcov, alebo dievčat

Problémové správanie	Chlapci	Dievčatá
61	49	12
100%	80,32%	19,68%

Graf č.2



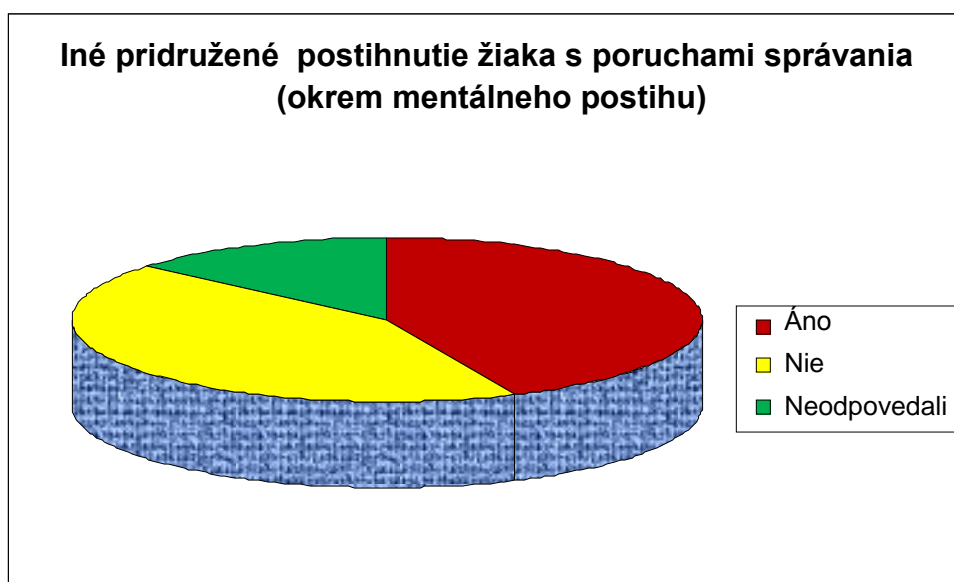
Z vyhodnotenia tejto otázky sme pri prieskume zistili, že 52 učiteľov pracuje spolu so 61 žiakmi s poruchami správania. 49 z tohto počtu je chlapcov, 12 je dievčat. Priemer na jedného učiteľa, ktorý pracuje so žiakmi s poruchami správania /u nás 61 = 100%/ je 1,17 na učiteľa. Počet 61 budeme chápať ako 100% pri otázkach týkajúcich sa priamo žiakov.

Tab.č.3 Odpoveď na otázku: U žiakov s poruchami správania sa vyskytli aj iné pridružené postihnutia okrem mentálneho postihu?

Spolu žiakov s poruchami správania	Áno	Nie	Neodpovedali
61	27	26	8
100%	44,27%	42,62%	13,11%

Iné postihnutie okrem mentálneho postihu sme u žiakov zaznamenali v 27 prípadoch z celkového počtu 61 žiakov. 26 žiakov nemá iné postihnutie. 8 učiteľov nezaradilo v tejto otázke svojich žiakov do niektorej zo skupín.

Graf. č.3

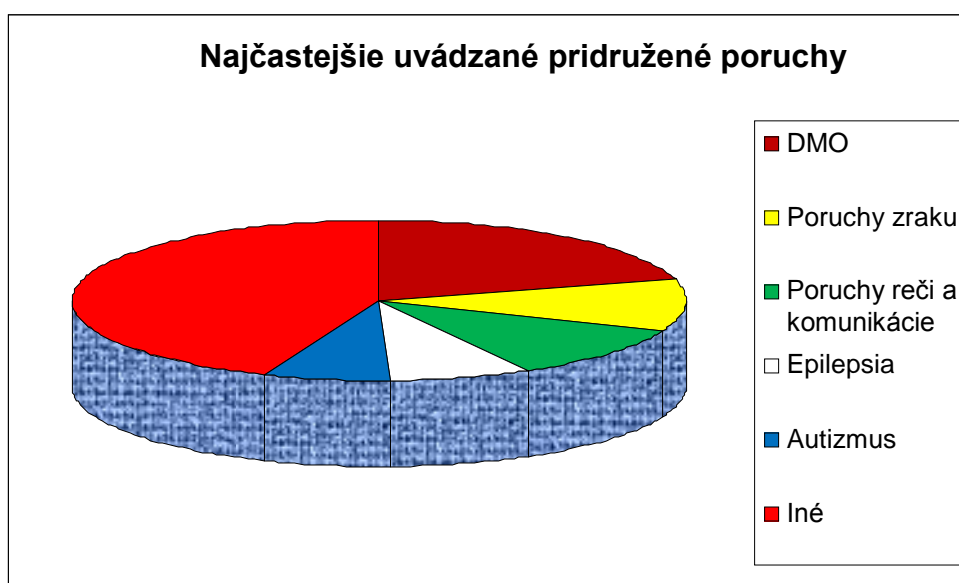


V rámci ďalšej časti otázky sme od učiteľov požadovali vyšpecifikovať danú poruchu. Stretli sme sa s problémom, že učitelia často nevedeli diagnózu zaradiť, veľmi často uvádzali práve poruchy správania alebo mentálne postihnutie / v tabuľke v časti iné: uvádzali záškoláctvo, hyperaktivitu.../. Ako 100% vzorky sme brali počet 27, keďže tento počet učitelia uviedli ako skupinu žiakov s poruchami správania, ktorí majú aj iné postihnutie okrem mentálneho postihu. Uvádzame najčastejšie uvádzané poruchy:

Tabuľka 3.1 Najčastejšie uvádzané pridružené poruchy

Najčastejšie uvádzané pridružené poruchy	DMO	Poruchy zraku	Poruchy reči a komunikácie	Epilepsia	Autizmus	Iné
27	11	5	5	4	3	23
100%	40,7%	18,52%	18,52%	14,81%	11,11%	85,19%

Graf. č.3.1



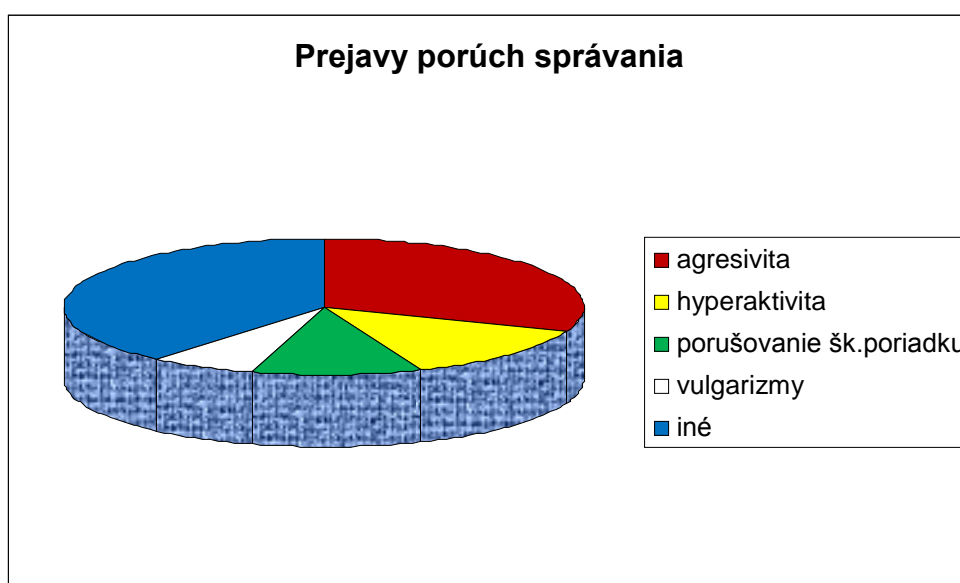
Súčet % v tabuľke pri jednotlivých poruchách neuvádza 100% podľa logickej súvislosti, keďže učitelia uviedli pri jednom žiakovi aj niekoľko diagnóz.

Z uvedenej tabuľky vyplýva, že najviac až 11 žiakov trpí DMO, 5 žiakov má poruchy zraku, 5 žiakov problémy s rečovým a komunikačným centrom. Učitelia uviedli, že 4 žiaci z 27 trpia epilepsiou a 3 autizmom. Skupinu iné sme už komentovali pred uvedením tabuľky.

Tab. č. 4 Odpoveď na otázku: Uveďte najčastejšie sa vyskytujúce poruchy správania sa vo vašej triede?

Prejavy porúch správania	agresivita	hyperaktivita	porušovanie šk.poriadku	vulgarizmy	iné
52	25	10	9	5	31
100%	48,08%	19,23%	17,31%	9,61%	59,62%

Graf.č.4

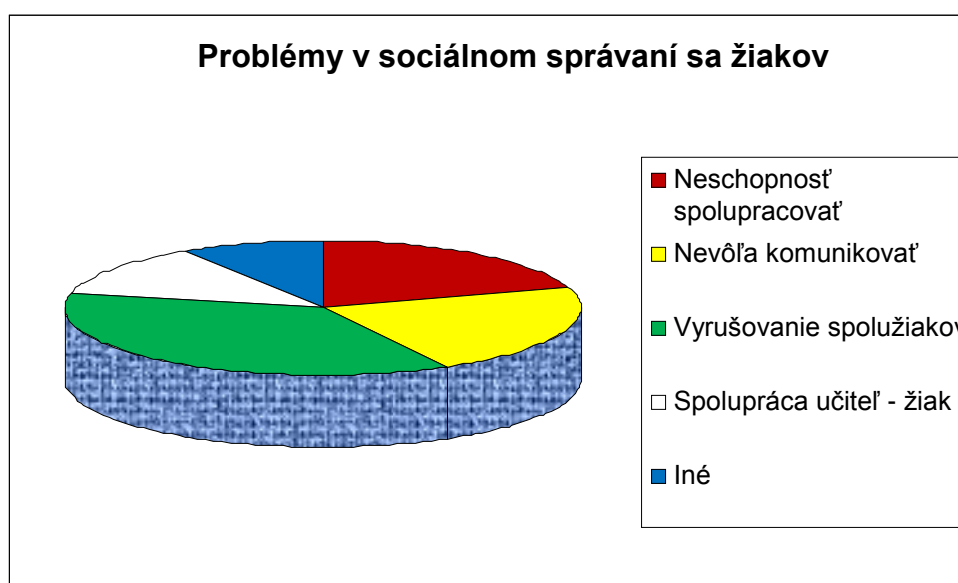


Ako 100% skupiny žiakov uvádzame číslo 52, keďže je to počet, ktorým sa prezentovali učitelia ako pedagógovia žiakov s poruchami správania. Logický súčet jednotlivých prejavov sa nerovná číslu 52, keďže učitelia uviedli pri jednom žiakovi aj niekoľko prejavov a naopak, niektorí učitelia na otázku neodpovedali. To znamená, že jeden učiteľ pracuje v jednej triede so žiakmi s niekoľkými poruchami.

Tab.č.5 Odpoveď na otázku: Uveďte najčastejšie problémy vyskytujúce sa v sociálnom správaní žiakov s poruchami správania.

Problémy v soc.správaní sa žiakov	Neschopnosť spolupracovať	Nevôľa komunikovať	Vyrušovanie spolužiakov	Spolupráca učiteľ - žiak	Iné
61	23	26	43	15	10
100%	37,7%	42,62%	70,49%	24,59%	16,4%

Graf.č.5



Ako 100% skupinu uvádzame počet 61, keďže toľko žiakov učitelia uviedli ako vzorku s poruchami správania. Učitelia uviedli pri žiakov viacero problémov, preto logický súčet % sa nerovná vzorke 61.

Ako najväčší problém učitelia uvádzajú vyrušovanie spolužiakov /celkom 43/ a nevôľu komunikovať /celkom 26/. Z tohto problému logicky vychádza aj neschopnosť spolupráce/23/, a interakcia učiteľ – žiak /15/. Pomerne nízke číslo /10/ učitelia uviedli pri skupine iné. Tu malo najväčšie zastúpenie agresívne správania a ubližovanie sebe a spolužiakom, krádeže.

Tab.č.6 Odpoveď na otázku: Uveďte aké problémy sa vyskytujú v citových prejavoch žiakov.

Problémy v citových prejavoch žiakov	Náladovosť	plačlivosť	živosť	výbuchy zlosti	iné
61	38	10	27	42	5
100%	62,3%	16,39%	44,26%	68,85%	8,2%

Graf.č.6



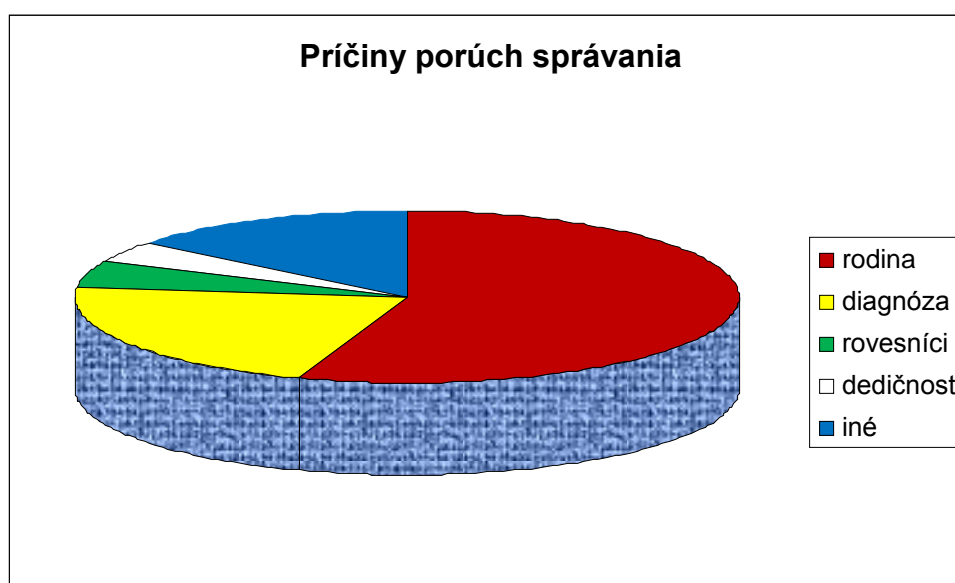
V problémových citových prejavoch žiakov s poruchami správania berieme ako 100% skupinu 61 žiakov, teda tých, ktorých určili učitelia ako žiakov s poruchami správania na základe diagnózy. Uvedené prejavy učitelia nešpecifikovali po jednom ku konkrétnemu žiakovi, uviedli ich aj niekoľko pri jednom. Z toho vyplýva, že logický súčet prejavov sa nerovná 100% skupine žiakov.

Najčastejšie učitelia uvádzali u žiakov výbuchy zlosti /až 42 žiakov zo 61/, čo chápeme ako súvis s agresivitou spomínanou v tabuľke 5. Učitelia ďalej uvádzali náladovosť /38 žiakov/, v poradí ďalej živosť/učitelia tiež špecifikovali aj ako záchvaty smiechu, vrtenie na stoličke, neposednosť, neustály pohyb.../ a plačlivosť. K možnosti iné uvádzali napádanie spolužiakov, výbuchy zlosti, záchvaty smiechu, citovú depriváciu.

Tab.č.7 Odpoveď na otázku: Čo by ste uviedli ako príčinu porúch správania u týchto žiakov?

Príčiny porúch správania	Rodina	diagnóza	rovesníci	dedičnosť	Iné
52	34	13	3	2	9
100%	65,38%	25%	5,77%	3,85%	17,31%

Graf.č.7



V tomto prípade sme za vzorku 100% považovali počet 52 učiteľov, keďže ide skôr o subjektívne zhodnotenie rodinných pomerov žiakov, resp. častokrát ide o podané informácie treťou osobou. Tu nás zaujímala skúsenosť učiteľov s týmto faktom.

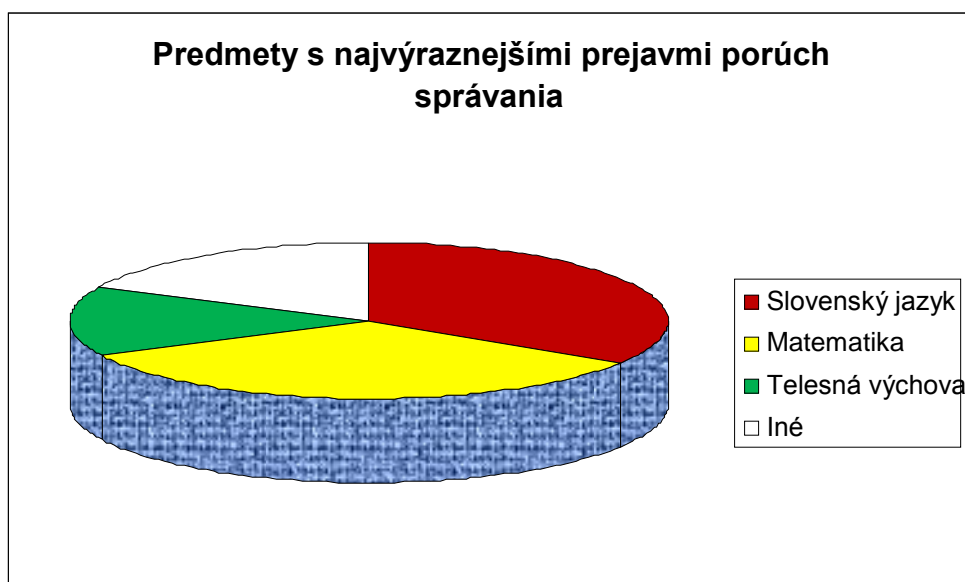
Ako najväčšiu príčinu, ktorú uvádzali učitelia, patrí rodina a rodinné prostredie žiaka /až 34 učiteľov ju uviedlo/. K ďalším zaradili diagnózu, v poradí ďalej rovesníkov, dedičnosť. Medzi iné faktory uviedli napr. že „ak sú žiaci hladní, nedokážu sa sústrediť a vyrušujú.“ Myslíme si, že aj takéto faktory ako hlad, resp. málo jedla môžeme spájať s rodinou.



Tab. č.8 Odpoveď na otázku: Uveďte predmet, na ktorom sú poruchy správania najviac výrazné.

Predmety s najvýraznejšími prejavmi porúch správania	Slovenský jazyk	Matematika	Telesná výchova	Iné
52	18	17	7	10
100%	34,62%	32,69%	13,46%	19,23%

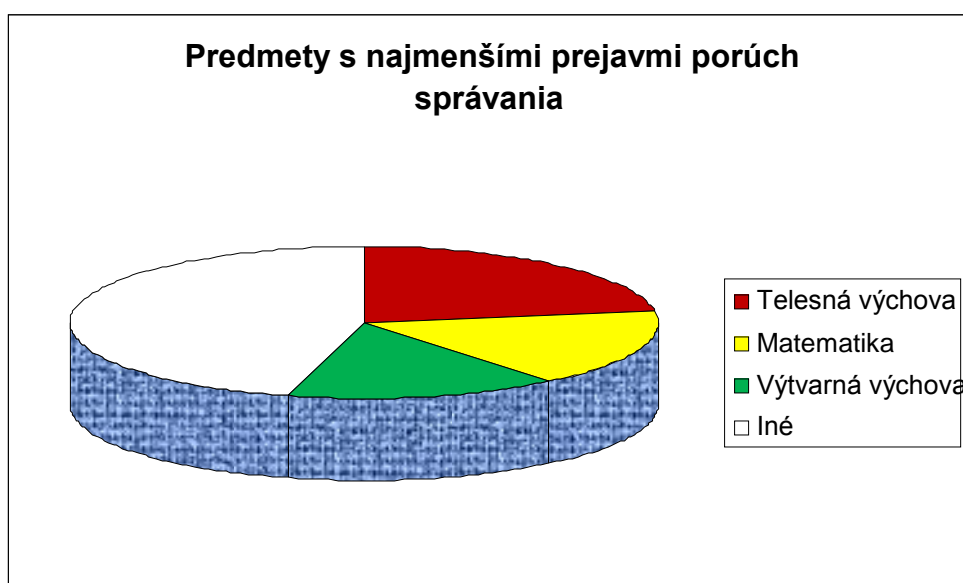
Graf č.8



Tab.8.1 Odpoveď na otázku: Na ktorom predmete sú poruchy správania najmenej výrazné?

Predmety s najmenšími prejavmi porúch správania	Telesná výchova	Matematika	Výtvarná výchova	Iné
52	12	9	8	23
100%	23,08%	17,31%	15,38%	44,23%

Graf č.8.1

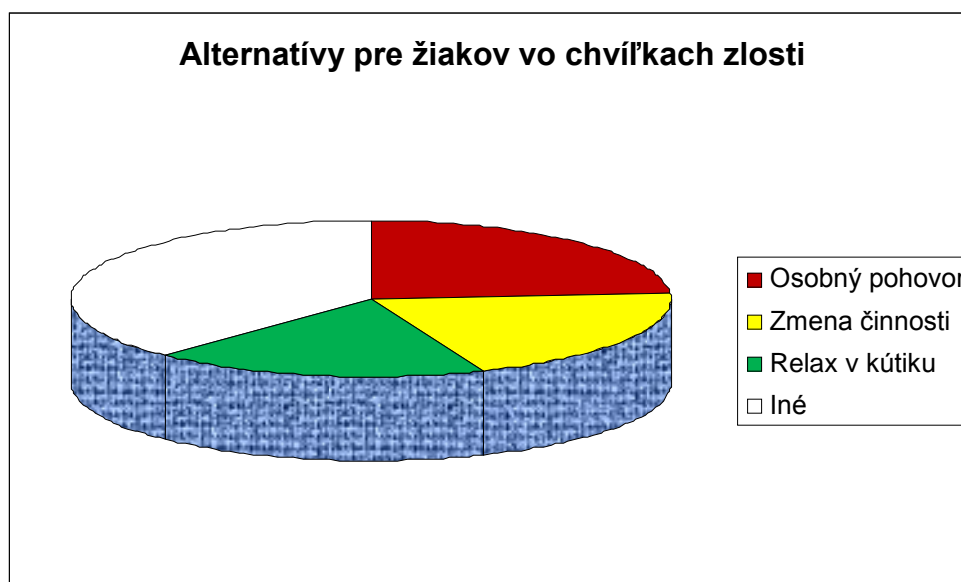


Ako 100% skupiny uvádzame počet učiteľov pracujúcich so žiakmi s poruchami správania, keďže odpovede na otázky hodnotíme ako ich vlastný názor. Je zaujímavé, že predmety s najvýraznejšími prejavmi sú takmer totožné s predmetmi s najmenšími prejavmi na vyučovacej hodine. Ako najviac výrazné uviedli učitelia v poradí slovenský jazyk, matematiku a telesnú výchovu. Naopak, medzi predmety s najmenej výraznými prejavmi uviedli v poradí telesnú výchovu, matematiku a výtvarnú výchovu. Predpokladáme tu aj fakt individuality učiteľa a jeho vlastného sklonu k jednotlivým predmetom. Keďže sme nepredpokladali takýto výsledok, za zváženie by stálo položiť učiteľom aj otvorenú otázku – Prečo je to predmet s najvýraznejším /najmenej výrazným prejavom? Niektorí učitelia sami aktívne do dotazníka dopísali, že to závisí aj od toho, ktorý v poradí je daný predmet, samotnej diagnózy žiaka a jeho psychického stavu.

Tab.č.9 Odpoveď na otázku: Aké alternatívy ponúkate žiakom vo chvíľkach zlosti?

Alternatívy pre žiakov vo chvíľkach zlosti	Osobný pohovor	Zmena činnosti	Relax v kútiku	Iné
52	13	10	9	20
100%	25%	19,23%	17,31%	38,46%

Graf.č.9

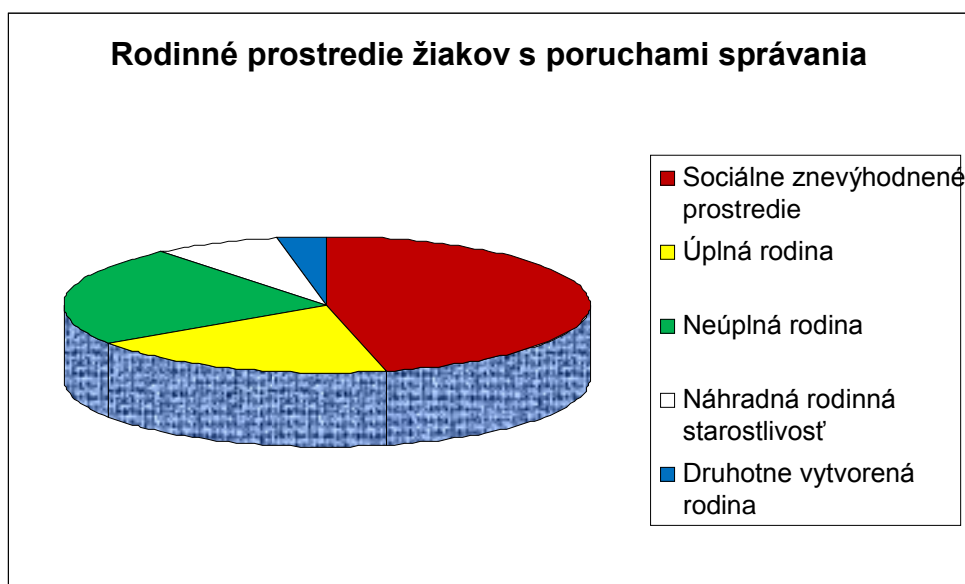


Ako 100% vzorky rozumieme 52 učiteľov, ktorí kladne odpovedali na otázku, či majú v triede žiaka s poruchami správania. Zaujímali nás alternatívy, čo učiteľ poskytne žiakovi vo chvíľke zlosti, resp. pri samotnom prejave poruchy správania. Ich odpovede boli podobné, často sa opakoval osobný pohovor s učiteľom /13 –krát/, zmena činnosti /10-krát/, relaxačné cvičenie, resp. oddych v kútiku na tom určenom /9-krát/, pohovor s psychológom, ale aj ignorácia žiaka, nevšimanie si jeho výbuchov. Predpokladáme, že v praxi učiteľov sa osvedčili tieto formy ako účinné pre jednotlivé situácie. Aj keď ide o dosť veľký rozpor v konaní učiteľov predpokladáme, že práve takéto odlišnosti sú nutné pre jednotlivé žiacke individuality a zároveň individuálne prejavy porúch správania.

Tab. č. 10 Odpoveď na otázku: Z akého rodinného prostredia pochádzajú žiaci s poruchami správania?

Rodinné prostredie žiakov	Sociálne znevýhodnené prostredie	Úplná rodina	Neúplná rodina	Náhradná rodinná starostlivosť	Druhotne vytvorená rodina
61	39	16	20	7	2
100%	63,93%	26,23%	32,79%	11,48%	3,28%

Graf.č.10



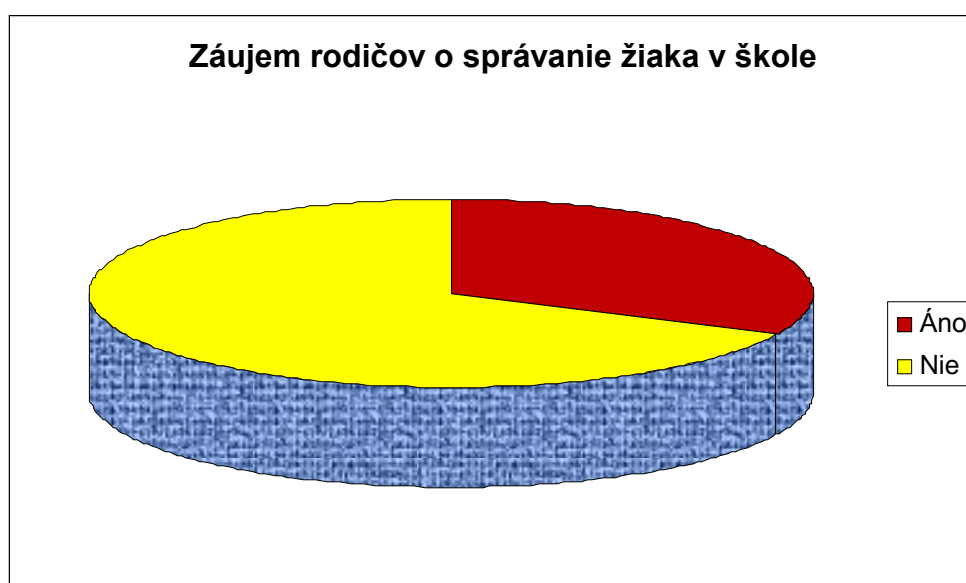
V tejto časti bolo pre nás podstatné zistiť, z akého rodinného prostredia pochádzajú žiaci s poruchami správania. Predpokladali sme, a potvrdil nám to aj prieskum u učiteľov /viď tab. č. 7/, že rodina vplyva podstatnou mierou na správanie žiaka i jeho formovanie.

Ako 100% prieskumnej vzorky sme určili 61 žiakov s poruchami správania. Výsledkom prieskumu bolo potvrdenie toho čo sme očakávali. Teda až 39 žiakov pochádza zo sociálne znevýhodneného prostredia. 16 z týchto žiakov žije v úplnej, 20 v neúplnej rodine, 7 žiakov v náhradnej rodinnej starostlivosti a 2 žiaci v druhotne vytvorenej rodine. Cenným pre nás boli aj informácie, ktoré nám učitelia poskytli aj v ďalšej časti /otázka č.11/, kedy iniciatívne dopísali, že v niektorých prípadoch /v dotazníkoch uvedených celkom 6/ nevykazuje žiaden rodinný problém, ide o priemerne až nadpriemerne situované rodiny, v ktorých sa rodičia o deti zaujímajú, so školou spolupracujú. V 2 prípadoch šlo o deti pedagógov.

Tab.č.11 Odpoveď na otázku: Zaujímajú sa rodičia o správanie sa dieťaťa v škole?

Záujem rodičov o správanie žiaka	Áno	Nie
61	19	42
100%	31,15%	68,85%

Graf č.11

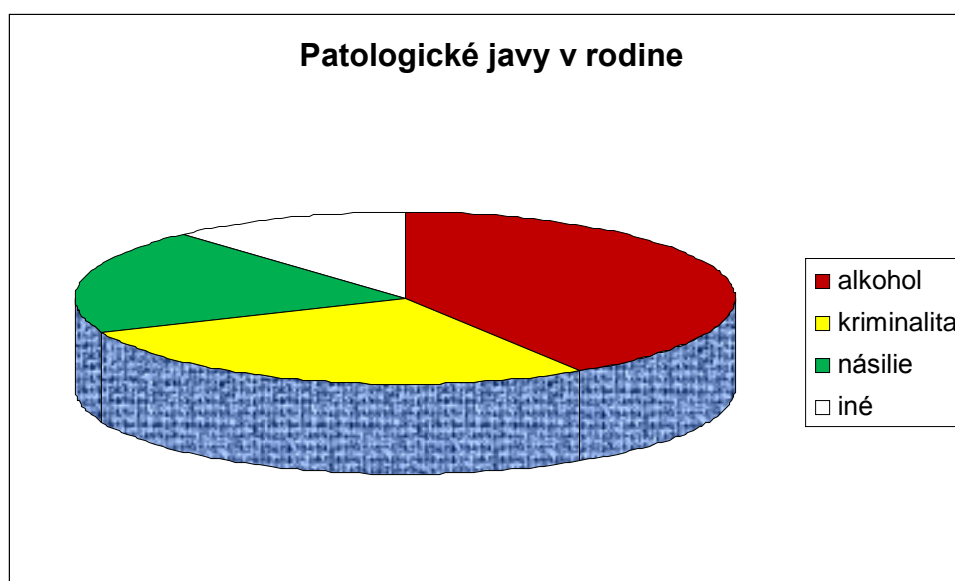


Táto otázka nadväzovala na otázku č.10, kde sme ju aj sčasti zhodnotili. Ako 100% vzorky respondentov sme určili počet 61 žiakov, ktorí vykazujú problémové správanie. Je alarmujúce zistenie, že až 42 rodičov /68,85%/ sa o žiakovo správanie nezaujímajú napriek tomu, že má problémy. Spájame to so sociálnym prostredím rodiny, keďže prax ukazuje, že práve s nimi je komunikácia zložitá, často úplne absentuje.

Tab. č. 12 Odpoveď na otázku: O ktorých patologických javoch v rodinnom prostredí viete?

Patologické javy v rodine	Alkohol	kriminalita	násilie	iné
61	42	28	20	12
100%	68,85%	45,90%	32,79%	19,67%

Graf.č.12



Rodinné prostredie ovplyvňuje dieťa od narodenia. Žiaci z prieskumu sú formovaní negatívnymi činiteľmi. Až 42 žiakov sa stretáva s alkoholom v rodine, 28 s kriminalitou, 20 s násilím v rôznych formách.

Pokiaľ učitelia uviedli aj iné patologické javy, ich odpoveďou bolo najčastejšie drogy, gamblerstvo. 7 učiteľov uviedlo, že v rodine žiaka nie sú patologické javy, resp. o nich nevedia.

Tab. č. 13 Odpoveď na otázku: Komunikuje žiak v edukačnom procese s učiteľom?

Komunikácia žiaka s učiteľom v edukačnom procese	Áno	Nie
61	55	6
100%	90,16%	9,84%

Graf č.13



Výsledkom tejto časti prieskumu bolo pre nás zistenie, že až 55 žiakov zo 61 s učiteľom počas edukačného procesu komunikuje. Myslíme si, že je to pre ďalší rozvoj žiaka potrebné nielen vo vzdelávacej oblasti, ale práve aj vo výchovnej.

Tab.č.14 Odpoveď na otázku: Uplatňujete na vašej škole rôzne druhy terapie ako formy odstraňovania porúch správania?

Aplikácia terapie ako formy odstraňovania porúch správania	Áno	Nie
52	41	11
100%	78,85%	21,15%

Graf č.14



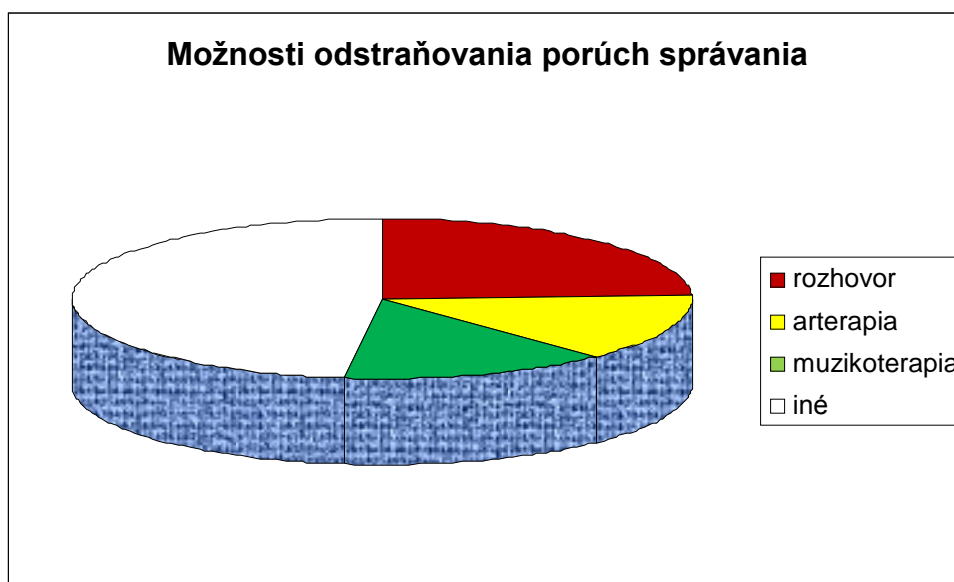
V prieskume sme zistili, že 41 učiteľov z 52 učiteľov, ktorí pracujú so žiakmi s poruchami správania využíva vo svojej práci rôzne druhy terapií. Táto otázka mala pokračovanie v nasledujúcich, kde bola konkretizovaná.



Tab.č.15 Odpoveď na otázku: Využívate v praxi aj iné spôsoby odstraňovania porúch správania? Uveďte ktoré.

Možnosti odstraňovania porúch správania	Rozhovor	arterapia	muzikoterapia	iné
41	12	6	7	24
100%	29,27%	14,63%	17,07%	58,54%

Graf č.15



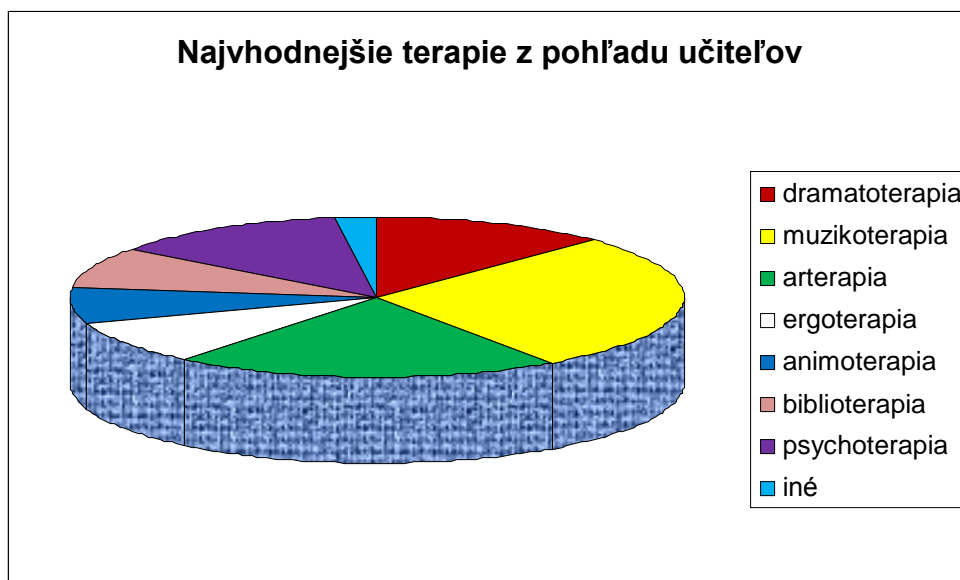
V našom prieskume 41 učiteľov odpovedalo pozitívne v otázke, či využívajú nejakú terapiu na odstraňovanie nežiaduceho správania. Preto počet 41 tvorí v tejto otázke skupinu 100%.

Najviac učiteľov /12/ využíva rozhovor – s pedagógom, s vedením školy, s psychológom, s rodičmi. 13 učiteľov uviedlo, že využívajú arteterapiu a muzikoterapiu.

Tab.č.16 Odpoveď na otázku: Aké sú podľa vás najvhodnejšie terapie?

Najvhodnejšia terapia	dramatoterapia	muzikoterapia	arteterapia	ergoterapia	animoterapia	biblioterapia	psychoterapia	iné
52	18	42	30	14	10	13	19	3
100%	34,62%	80,77%	57,69%	26,92%	19,23%	25%	36,54%	5,77%

Graf č.16

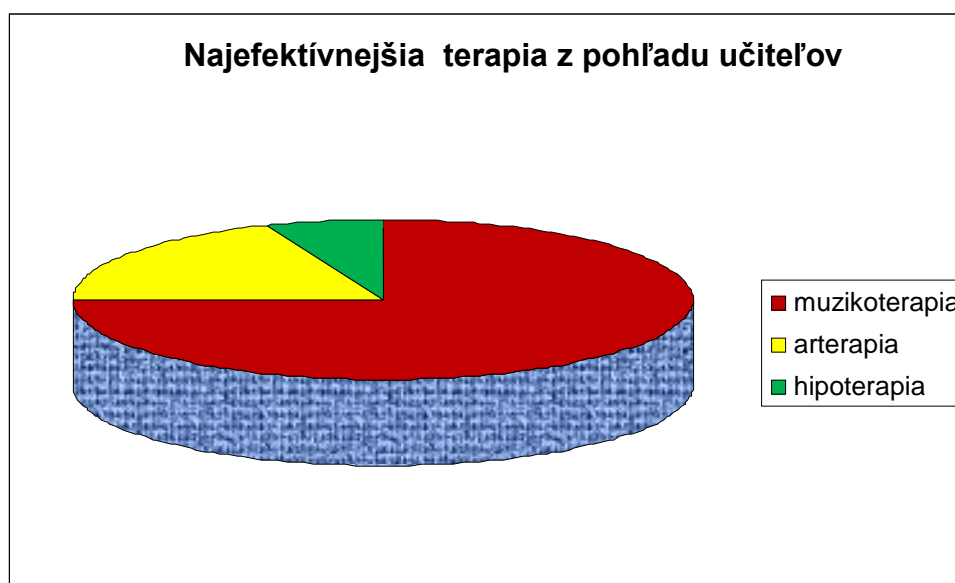


Ako najvhodnejšiu terapiu určilo 52 učiteľov, ktorí pracujú so žiakmi s poruchami správania muzikoterapiu, v poradí ďalej arteterapiu, dramaterapiu, psychoterapiu, ergoterapiu, biblioterapiu a animoterapiu. Ako iné učители uviedli pracovnú terapiu, hipoterapiu, canisterapiu, relaxačné cvičenia. Uvádzané poradie podľa nás ovplyvňuje jednak osobnosť pedagóga, ktorý má možnosť voľby terapie, samotná vybavenosť školy, ale i informovanosť a vzdelanie učiteľa.

Tab.č.17 Odpoveď na otázku: Uveďte najefektívnejšie terapie, ktoré využívate v praxi.

Terapia	muzikoterapia	arterapia	hipoterapia
41	37	11	3
100%	90,24%	26,83%	7,32%

Graf č.17



Za 100% vzorky učiteľov sme udali číslo 41, teda učiteľov, ktorí v otázke č.14 odpovedali kladne – teda používajú terapie na odstraňovanie porúch správania. Zistenia z prezentovanej otázky pre nás neboli prekvapujúce. Očakávali sme, že práve muzikoterapia bude pre učiteľov tou najprístupnejšou, keďže patrí medzi tie, ktoré nie sú nejako zvlášť finančne náročné a veľmi ľahko prístupné. Poruchami správania trpia podľa nášho prieskumu najmä žiaci so sociálne znevýhodneného prostredia, často ide o deti rómskeho pôvodu. Ich temperament a akási vnútorná predispozícia pre hudbu ich predurčuje ovplyvňovať správanie práve prostredníctvom nej.

Prekvapivé bolo pre nás zistenie, že učitelia ako tretiu v poradí určili hipoterapiu, ktorá nie je bežne prístupná. Je pre nás pozitívne zistenie, že učitelia s ňou majú skúsenosti a pracujú prostredníctvom nej.

## **Závery prieskumu a odporúčania pre prax**

Pri interpretácii výsledkov prieskumu sme zistili, že poruchami správania v špeciálnych základných školách trpí asi 77,61% žiakov, kde viac sa týka táto porucha chlapcov ako dievčat. Podľa názorov opýtaných respondentov (učiteľov) sme zistili, že majú problém v pomenovaní pridruženého postihnutia. Častokrát sa tu ako diagnóza objavila sociálna zaostalosť, záškoláctvo, opakovali sa poruchy správania. Bolo by zaujímavým pre náš prieskum zistiť, prečo nastal daný problém. Odporúčame v zmysle nového kariérneho rastu učiteľov absolvovať akreditované školenia zaoberajúce sa práve odbornými znalosťami, diagnostikou a modernými postupmi v špeciálnopedagogickej praxi.

U žiakov sa poruchy správania prejavujú veľmi často agresívnym až patologickým správaním. V súčasnej dobe je to veľmi často diskutovaná téma, predovšetkým útoky na spolužiakov a v neposlednom rade aj na samotných učiteľov. Javí sa preto nevyhnutným tieto poruchy správne usmerňovať a v prípade možností odstraňovať. Pomerne všetci učitelia sa zhodli na tom, a naša prax to potvrdzuje, že najväčší podiel na žiakovom správaní má jeho rodina a prostredie, v ktorom žije. Uvedomujeme si aj nemalý vplyv diagnózy, ktorý má nepochybne obraz v správaní žiaka, ale zastávame názor, že rodina môže vo veľkej miere žiaka ovplyvňovať, jej členovia sú pre žiaka vzorom. Ak rodina plní všetky svoje funkcie, o žiaka sa zaujíma a spolupracuje so školou, je usmerňovanie žiaka systematickejšie, efektívnejšie a v konečnom dôsledku skôr vykazuje výsledky. Ak však rodina nejaví záujem, nespôlpracuje a sú v nej tak negatívne prejavy ako drogy, alkohol, gamblerstvo, násilie, žiaka to nevyvíja z patologického prostredia a žiak neskôr často kopíruje práve toto správanie.

Až 52 učiteľov z nášho prieskumu pracuje so žiakmi s poruchami správania. Len 41 z nich uviedlo, že využíva rôzne terapie či iné prostriedky na tom, aby žiakove správanie ovplyvňovali. Bolo pre nás prekvapením, že mnoho učiteľov priznalo, že nevyužívajú terapie, ale často správanie žiaka ignorujú. Súhlasíme s pedagógmi, že prax ukazuje, že každý žiak je

individualitou, na ktorú platia rôzne metódy, no nesúhlasíme s tým, že sústavnou ignoráciou nevhodného správania žiaka dosiahnu pozitívny výsledok. Na druhej strane sme boli prekvapení, že v súčasnej ekonomickej situácii mnoho škôl využíva hipoterapiu, čím prináša pre žiakov určite zaujímavú, prospešnú a netradičnú činnosť.

Z predloženého prieskumu uvádzame naše odporúčania pre špeciálnopedagogickú prax.

### **Odporúčania pre špeciálnopedagogickú prax**

Naším úsilím bolo zaregistrovať pozitívny prístup žiakov ku škole ako takej a vytváraniu pozitívneho vzťahu k práci a vzťahu učiteľ- žiak.

#### **V škole:**

- zmeniť prístup k žiakovi
- spolupracovať s rodinou
- premýšľať, prečo má dieťa problémy, ťažkosti
- snažiť sa o podporu dieťaťa v kolektíve
- učiteľ má mať schopnosť zvládnuť krízovú situáciu
- pri práci pedagóga využívať preventívne techniky a terapie.

Ideálnou prevenciou proti vzniku porúch, je vytváranie takých podmienok pre telesné a duševné zdravie človeka, aby bol človek duševne vyrovnaný a primerane prispôsobivý. Podľa nášho názoru ide o zladenie adaptačnej kapacity človeka a jeho psychickej odolnosti.

Porucha alebo handicap, ešte nepredurčuje dieťa k odsunutiu zo spoločnosti. Je to ale nedostatok stimulov, motivácie, záujmov a správnych spoločenských návykov. Napríklad dieťa s poruchou správania je také isté dieťa ako zdravé. Je súčasťou našej spoločnosti. Musíme rešpektovať diagnózu dieťaťa, jeho aktuálny stav a jeho celkovú osobnosť.

Odporúčame kolegom nájsť skutočné jadro problému, dohodnúť riešenia na eliminovanie porúch správania, stanoviť ciele.

## ZÁVER

Cieľom našej diplomovej práce v teoretickej časti bolo stručne oboznámiť čitateľa s poruchami správania. Počas našej praxe v špeciálnej základnej škole sme sa stretli s deťmi, ktoré spolu s mentálnou poruchou mali aj poruchu správania.

Často však išlo o následky nevhodného výchovného pôsobenia so strany rodiny, skupiny. Rodina, aj keď je úplná, je často nefunkčná a vo vzťahu k výchove detí zlyháva. Dieťa preto ospravedľňuje konanie rodiča, napodobňuje okolie, skupinu.

Úlohou špeciálnej základnej školy nie je len vzdelávať, ale v súčasnej dobe vstupuje do popredia najmä úloha vychovávať, obzvlášť žiaka s poruchou správania. Súčasný trend núti školu – a pedagóga často zastupovať rodinu. Vhodné zvolená prevencia pri eliminácii porúch správania bude tá najúčinnější zbraň v boji v odstraňovaní porúch správania a príčinami ich vzniku.

Každé dieťa s defektom má základné práva ako zdravé dieťa. Keďže detí s poruchou správania sú viac traumatizované udalosťami, ktoré sa odohrávajú v ich bežnom živote je našou prvoradou povinnosťou pedagóga zaujať pozitívny prístup a vytvárať vzťahy.

Pedagóg má veľkú šancu prvý spozorovať ak sa s dieťaťom niečo deje, a riešiť vzniknutý problém. Dôležitou súčasťou práce pedagóga je poznať individuálne možnosti a problémy mentálne postihnutého žiaka.

V empirickej časti sme sa zamerali na zisťovanie porúch správania v oslovených špeciálnych základných školách. Výsledky nám potvrdili, že vysoké percento žiakov trpí poruchami správania, no nie vždy sú títo žiaci vedení správnymi postupmi. Neexistuje jeden špeciálnopedagogický postup, ktorý by riešil všetky poruchy správania a všetkých žiakov zároveň. Je na zvážení každého pedagóga, či odignoruje nežiaduce správania sa žiaka alebo sa ho bude snažiť riešiť modernými terapeutickými procesmi a alternatívnymi formami a metódami práce. Prikláňame sa k názoru, že učitelia by mali hľadať

cestu nových možností, ktorá bude vhodným spôsobom reagovať na potreby a poruchy súčasného žiaka.

Veríme, že naša práca bude prínosom pre čitateľa v teoretickej časti v oblasti pojmotvornej štruktúry vedomostí špeciálneho pedagóga, ale aj v praktickej, kde minimálne prinúti zamyslieť sa nad vlastným konaním špeciálneho pedagóga v edukačnom procese pri stretnutí so žiakom s poruchami správania.

## ZOZNAM BIBLIOGRAFICKÝCH ODKAZOV

- ANTIER, E.:** *Agresivita detí. Praha: Portál, 2004. ISBN 80-7178-808-2.*
- BAJO, I., VAŠEK, Š.:** *Pedagogika mentálne postihnutých. Psychopédia. Bratislava: Sapienta, 1994. ISBN 80-967180-1-0.*
- BARDOŠOVÁ, Ľ.:** *Prejavy agresívneho správania dievčat a chlapcov.*
- BLUSKOVÁ, J.:** *Dieťa v ohrození - Kompletná prevencia sociálnej patológie u detí a mládeže ako celospoločenský problém. Bratislava : Detský fond SR, 1996.*
- BUBEL'INI, J.-ŠINKA,F.:** *Psychológia psychiatria a sociológia v prevencii kriminality. Bratislava: Ministerstvo vnútra Slovenskej republiky, 1995.*
- CEPEDA, C.:** *Psychiatrické interview s deťmi a mladistvými. Bratislava: SPN, 2007. ISBN 978-80-88952-43-5.*
- COHEN, R.M.:** *Nejčastejší psychické poruchy v klinické praxi. Praha: 2002. ISBN 80-7178-497-4.*
- ČADILOVÁ, V., HYNEK, J., THOROVÁ, K. a kol.:** *Agrese u lidí s mentální retardací a s autizmem Praha:Portál, 2007.ISBN978-80-7367-319-2.*
- ČÁP, J.:** *Psychologie pro učitele. Praha: SPN, 1980.*
- ČERNAY, J.:** *Rodičom mentálne postihnutých detí. Bratislava: Ústav zdravej výchovy, 1995.*
- DUBAYOVÁ, T.** 2007. Rodina, jej vplyv na vznik delikventného správania a jej miesto v zahraničných preventívnych programoch. In *Efeta otvor sa.* ISBN 80-8063-279, 2007, s. 25 - 28 .
- DUNOVSKÝ, J.:** *Dítě a poruchy rodiny. Praha: Avicenum, 1986.*
- ĎURIČ, L.:** *Vybrané kapitoly z pedagogickej psychológie. Bratislava: SPN, 1988.*
- EMERSON, E.:** *Problémové chovaní u lidí s mentální retardací a s autizmem. Praha: Portál, 2008. ISBN 978-80-7367-390-1.*
- FISCHER, J. a kol.:** *Dětská psychiatrie. Praha: SPN.*
- FISCHER, J. a kol.:** *Postižené dítě v rodine a spoločnosti. Praha: SPN, 1968.*
- FISCHER, S., ŠKODA. J.:** *Speciální pedagogika. Praha: Triton, 2008. ISBN 978-80-7387-014-0*



- GAŇO, V.:** *Defektní deti*. Praha,: SPN, 1963
- HUDÁČKOVÁ, V. a kol.:** *Špeciálna pedagogika pre 3. ročník strednej odbornej školy*. Bratislava: SPN, 2001. ISBN 80-08-03050-X.
- JAKABČIC, I., POŽÁR, L.:** *Všeobecná patopsychológia. Patopsychológia mentálne postihnutých*. Bratislava: Iris, 1996. ISBN 80-88778-11-5.
- JURČIOVÁ, G.** 2007. Ako v „zlom“ hľadáme dobre. In *Efeta otvor sa*. ISBN 80-8063-279, 2007, s. 21- 24 .
- JUROVSKÝ, A.:** *Poruchy správania v mladšom školskom veku*.
- KATUŠČÁK, D.:** *Ako písať záverečné a kvalifikačné práce*. Bratislava: Enigma, 2008. ISBN 978-80-89132-45-4.
- KEVICKÁ, M.** 2007. Šikanovanie v škole ako pedagogický problém. In *Efeta otvor sa*. ISBN 80-8063-279, 2007, s. 46 - 48.
- KONČEKOVÁ, L.:** *Patopsychológia. Prešov: Lana, 2004. ISBN 80-969053-4-1.*
- KONČEKOVÁ, L.:** *Patopsychológia. Prešov: Lana, 2005. ISBN 80-89235-00-X.*
- KONČEKOVÁ, L.:** *Poruchy psychického vývinu*. Prešov: Prešovská univerzita v Prešove, 1999. ISBN 80-88895-63-9.
- KONDÁŠ, O.:** *Psychoterapia a reedukácia*. Osveta. 1989. ISBN 80-217-0014-9.
- KOSOVÁ, B.:** *Rozvoj osobnosti žiaka* . Prešov: Rokus, 2000. ISBN 80-968452-2-5.
- KOŠČ, L.:** *Patopsychologia učenia a jej neuropsychologické základy*. Bratislava. SPN, 1987.
- KOŠČ, L., MARKO, J., POŽÁR, L.:** *Patopsychológia*. Bratislava: SPN, 1975.
- KUDELOVÁ, I., KVĚTOŇOVÁ, L.:** *Malé dítě s těžkým poškozením zraku*. Brno: Paido, 1996.
- KUJA, J., FLODER, J.:** *Etopédia*. Olomouc, 1989.
- KUNZEOVÁ, CH.:** *Vie sa vaše dieťa sústrediť?* Bratislava: SPN, 1991.
- LABÁTH, V.:** *Dissociálne poruchy správania*. Bratislava: Edícia sociálnych prác – sociálna politika. ISBN 978-80-89185-31-3.

- LANGOVÁ, M., VACÍNOVÁ, M.:** *Jak se to chováš?* Praha: Empatie, 1994. ISBN 901618-5-5.
- LEČBYCH, M.:** *Mentální retardace v dospívání a mladé dospelosti.* Olomouc: 2008. ISBN 978-80-244-2071-4.
- Lektorské texty k pracovnímu semináru a k výuce pre učiteľ'ov.:** *Príprava občanov Rómov na manželstvo a rodičovstvo.* Bratislava : Národné centrum podpory zdravia, 2000.
- LIBA, J.:** *Zdravie, drogy a drogová závislosť. Terminologické a výkladové minimum.* Prešov: Rokus, 2001.
- MAJZLANOVÁ, K.:** *Poruchy správania u detí predškolského veku.* Bratislava: Humanitas, 1998. ISBN 80-967890-4-X
- MARKOVÁ, Z., STREDOVÁ, L.:** *Mentálne postihnuté dieťa v rodine.* Praha: SPN, 1987.
- MATĚJČEK, Z.:** *Psychologie nemocných a zdravotně postižených dětí.* Jinočany: H H, 2001. ISBN 80- 86022-92-7.
- MATOUŠEK, O.:** *Kontexty neuróz.* Praha: Avicenum, 1986.
- MONATOVÁ, L.:** *Pedagogika speciální.* Brno: MU, 1994.
- MULLER, O., VALENTA, M.:** *Psychopédie.* Praha: Parta, 2007. ISBN 807320-063-5.
- MUNDEN, A. , ARCELUS, J.:** *Poruchy pozornosti a hyperaktivita.* Praha: Portál, 2006. ISBN 80-7367-188-3.
- NEWMAN, S.:** *Hry a činnosti pro vývoj dítěte s postižením.* Praha: Portál, 2004. ISBN 80-7178-872-4.
- PIPEKOVÁ, J. a kol.:** *Kapitoly ze speciální pedagogiky.* Brno: Paido, 1998. ISBN 80-85931-65-6.
- POŽÁR, L. a kol.:** *Morální vývin postihnutých dětí a mládeže.*
- RENOTIEROVÁ, M., LUDÍKOVÁ, L.:** *Speciální pedagogika.* Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2005. ISBN 80-244-1073-7.
- RICHTEROVÁ, L. a kol.:** *Psychopatologie* Praha: SPN, 1969.
- RICHMAN, S.:** *Výchova dětí s autizmem: Aplikovaná behaviorální analýza.* Praha: Portál, 2006. ISBN 80-7367-102-6.
- ROGGE, U.:** *Dětské strachy a úzkosti.* Praha: Portál.

- RUBIŠTEJNOVÁ, J.:** *Psychologie mentálně zaostalého žáka*. Praha: SPN, 1973.
- SEJČOVÁ, L.:** *Deti, mládež a delikvencia*. Bratislava: Album, 2002.
- SELIKOWITZ, M.:** *Downův syndróm*. Praha: Portál, 2005. ISBN 80-7178-973-9.
- SERFONTEIN, G.:** *Potíže dětí s učením a chováním*. Praha: Portál., 1999. ISBNM 80-7178-315-3.
- SEVERE, S.:** *Co dělat, aby se vaše děti správně chovaly*. Praha: Portál, 2000. ISBN 80-7178-368-4.
- SOVÁK, M.:** *Nárys speciální pedagogiky*. Praha: SPN, 1980.
- SOVÁK, M.:** *Logopedie*. Praha: SPN, 1980.
- SUCHOŘOVÁ, E.:** *Využitie pracovných listov v globálnom rozvojovom vzdelávaní*. Bratislava: MPC, 2010. ISBN 978-80-8052-349-7.
- ŠIMANOVSKÝ, Z.:** *Hry pro zvládnání agresivity a neklidu*. Praha: Portál, 2002. ISBN 80-7178-689-6.
- ŠVARCOVÁ, I.:** *Mentální retardace*. Praha: Portál, 2000. ISBN 80-7178-506-7.
- ŠVARCOVÁ, I.:** *Mentální retardace*. Praha: Portál, 2003. ISBN 80-7178-821-X.
- ŠVANCARA, J.:** *Kompendium vývojové psychologie*. Praha: SPN, 1981.  
<http://www.statpedu.sk/sk/Statny-vzdelavaci-program/VP-pre-deti-a-ziakov-so-zdravotnym-znevyhodnenim/VP-pre-deti-a-ziakov-s-mentalnym-postihnutim.alej> (16.01.2012).
- ŠULOVÁ, L.:** *Člověk v rodině*. In Výrost, J. :, Slameník, I.(Eds.), *Aplikovaná sociální psychologie I.* (303-342). Praha: Portál.
- THOROVÁ, K.:** *Poruchy autistického spektra*. Praha: Portál, 2006. ISBN 80-7367-091-7.
- TRAIN, A.:** *Nejčastější poruchy chování dětí*. Praha: Portál, 2001. ISBN 80-7178-503-2.
- TURČEK, K.:** *Psychopatologické a sociálně-patologické prejavy detí a mládeže*. Bratislava. Iris, 2003. ISBN 80-88778-99-9.

- VANČOVÁ, A. :** *Základy pedagogiky mentálne postihnutých*. Bratislava : Sapiaientia, 2005. ISBN 80-968797-6-6.
- VAŠEK, Š.:** *Špeciálno – pedagogická diagnostika*. Bratislava: Sapiaientia, 2004. ISBN 80-969112-0-1.
- VAŠEK, Š.:** *Základy špeciálnej pedagogiky*. Bratislava: Sapiaientia, 2006. ISBN 80-89229-02-6.
- VAŠEK, Š., a kol.:** *Špeciálna pedagogika*. Terminologický výkladový slovník. Bratislava: SPN, 1995. ISBN 80-08-00864-4.
- VAŠEK, Š., VANČOVÁ, A., HATOS, G.:** *Pedagogika viacnásobne postihnutých*. Bratislava: Sapiaientia, 1999. ISBN 80-967180-4-5.
- VÁGNEROVÁ, M.:** *Oftalmopsychologie dětského věku*. Praha:UK, 1995.
- VÁGNEROVÁ, M.:** *Psychologie problémového dítěte školního věku*. Praha: UK, 1995.
- VÍTKOVÁ, M. a kol.:** *Integrativní speciální pedagogika*. Brno: Paido, 1998.
- VOCILKA, M, WEISSEROVÁ, I.:** *Příčiny mravního narušení jedinců umístěných v dětském diagnostickém ústavu. Otázky defektologie*. 1987-1988.
- VODÁK, P., ŠULC, A.:** *Závady a poruchy chování v dětském věku*. Praha: SPN, 1964.
- VOJTÍK, V.:** *Mentální retardace*. Otázky defektologie. r. 1971 / 1972, č. 9, č. 10.
- VOLKOV, K.N.:** *Psychológia o pedagogických problémoch*. Bratislava. SPN, 1987.
- WERNER, R.:** *Dieťa s poruchami správania*. Bratislava: SPN, 1973.
- Zákon č. 245/2008 z.z.** o výchove a vzdelávaní (školský zákon) v znení platnom k 1. septembru 2009, *Škola 3/2009*. Bratislava: JurisDat, 2009. ISSN 1335-1796.
- ZELINA, M.:** *Depistážne vyšetrenie žiakov s problémami správania*.
- ZELINA, M.:** *Stratégie a metódy rozvoja osobnosti dieťaťa*. Bratislava: Iris, 1996. ISBN 80-967013-4-7.
- ZELINOVÁ, O.:** *Pedagogická diagnostika a individuální vzdělávací program*. Praha: Portál, 2001. ISBN 80-7178-544-X.

## **ZOZNAM PRÍLOH**

Príloha A – Dotazník pre učiteľov ŠZŠ .....	I
Príloha B – Zoznam skratiek .....	II

# PRÍLOHY

## Príloha A

### **Dotazník pre učiteľov ŠZŠ** (Poruchy správania a ich vplyv na edukačný proces v ŠZŠ)

Vážený respondent,

obraciam sa na Vás s prosbou o vyplnenie predloženého dotazníka, ktorého výsledky chcem využiť pri spracúvaní empirickej časti diplomovej práce na magisterskom štúdiu špeciálna pedagogika – učiteľstvo (UJAK v Prahe). Chceme ním zhromaždiť a spracovať názory učiteľov ŠZŠ na výskyt porúch správania a možnosti jeho eliminácie a prevencie. Dotazník je anonymný, prosím Vás preto, aby ste na jeho jednotlivé položky odpovedali pravdivo a zodpovedne.

Za Vašu ochotu k spolupráci úprimne ďakujem.

Janka Krenická  
riešiteľka projektu

- 1.) Máte v triede žiaka s poruchami správania?
  - a) áno
  - b) nie
  
- 2.) Poruchy správania sa vyskytli viac v skupine chlapcov, alebo dievčat?
  - a) chlapci
  - b) dievčatá
  
- 3.) U žiakov s poruchami správania sa vyskytli aj iné pridružené postihnutia okrem mentálneho postihu?
  - a) áno
  - b) nie
  - c) neodpovedali

3.1) Ktoré pridružené poruchy sa vyskytujú najčastejšie?

- a) DMO
- b) poruchy zraku
- c) poruchy reči a komunikácie
- d) epilepsia
- e) autizmus
- f) iné

4.) Uved'te najčastejšie sa vyskytujúce poruchy správania sa vo vašej triede.

- a) agresivita
- b) hyperaktivita
- c) porušovanie šk. poriadku
- d) vulgarizmy
- e) iné

5.) Uved'te najčastejšie problémy vyskytujúce sa v sociálnom správaní žiakov s poruchami správania.

- a) neschopnosť spolupracovať
- b) nevôľa komunikovať
- c) vyrušovanie spolužiakov
- d) spolupráca učiteľ – žiak
- e) iné

6.) Uved'te, aké problémy sa vyskytujú v citových prejavoch žiakov.

- a) náladovosť
- b) plačlivosť
- c) živosť
- d) výbuch zlosti
- e) iné

- 7.) Čo by ste uviedli ako príčinu porúch správania u týchto žiakov?
- a) rodina
  - b) diagnóza
  - c) rovesníci
  - d) dedičnosť
  - e) iné
- 8.) Uved'te predmet, na ktorom sú poruchy správania najviac výrazné.
- 
- 8.1) Uved'te predmet, na ktorom sú poruchy správania najmenej výrazné.
- 
- 9.) Aké alternatívy ponúkate žiakom vo chvíľkach zlosti?
- a) osobný pohovor
  - b) zmena činnosti
  - c) relax v kútiku
  - d) iné
- 10.) Z akého rodinného prostredia pochádzajú žiaci s poruchami správania?
- a) sociálne znevýhodnené prostredie
  - b) úplná rodina
  - c) neúplná rodina
  - d) náhradná rodinná starostlivosť
  - e) druhotne vytvorená rodina
- 11.) Zaujímajú sa rodičia o správanie sa dieťaťa v škole?
- a) áno
  - b) nie
- 12.) O ktorých patologických javoch v rodinnom prostredí viete?
- a) alkohol



- b) kriminalita
- c) násilie
- d) iné

13.) Komunikuje žiak v edukačnom procese s učiteľom?

- a) áno
- b) nie

14.) Uplatňujete na vašej škole rôzne druhy terapie ako formy odstraňovania porúch správania?

- a) áno
- b) nie

15.) Využívate v praxi aj iné spôsoby odstraňovania porúch správania?

Uved'te ktoré.

- a) rozhovor
- b) arterapia
- c) muzikoterapia
- d) iné

16.) Aké sú podľa vás najvhodnejšie terapie?

- a) dramaterapia
- b) muzikoterapia
- c) arteterapia
- d) ergoterapia
- e) animoterapia
- f) biblioterapia
- g) psychoterapia
- h) iné

17.) Uved'te najefektívnejšie terapie, ktoré využívate v praxi.

---

## Príloha B

### Zoznam použitých skratiek

<b>a kol .</b>	a kolektív
<b>tzv.</b>	takzvaný
<b>ŠZŠ</b>	Špeciálna základná škola
<b>s.</b>	strana
<b>č.</b>	číslo
<b>IQ</b>	inteligentný kvocient
<b>MR</b>	mentálna retardácia
<b>MP</b>	mentálne postihnutie
<b>napr.</b>	napríklad
<b>atď.</b>	a tak ďalej
<b>DOW</b>	Downov syndróm
<b>t.j.</b>	to jest
<b>LMD</b>	ľahká mozgová dysfunkcia
<b>CNS</b>	centrálny nervový systém
<b>EMR</b>	ľahká mentálna retardácia
<b>SZO</b>	Svetová zdravotnícka organizácia
<b>IVP</b>	individuálny vzdelávací program
<b>SPN</b>	Slovenské pedagogické nakladateľstvo

## **BIBLIOGRAFICKÉ ÚDAJE**

**Meno autora:** Mgr. Janka Krenická

**Odbor:** Špeciálna pedagogika - učiteľstvo

**Forma štúdia:** kombinovaná

**Názov práce:** Poruchy správania a ich vplyv na edukačný proces v špeciálnej  
základnej škole

**Rok:** 2012

**Počet strán:** 78

**Celkový počet strán príloh:** 5

**Počet titulov slovenskej literatúry a prameňov:** 43

**Počet titulov zahraničnej literatúry a prameňov:** 44

**Počet internetových zdrojov:** 1

**Vedúca práce:** PaedDr. Eva Lukáčová