

**UNIVERZITA JANA AMOSE KOMENSKÉHO
PRAHA**

magisterské kombinované štúdium
2010 – 2012

DIPLOMOVÁ PRÁCA

Zuzana Kupčová

Špeciálnopedagogická diagnostika problémových detí
predškolského veku

Praha 2012

Vedúca diplomovej práce: Mgr. Denisa Štefková, PhD.

COMENIUS UNIVERSITY PRAGUE

magisterské kombinované štúdium
2010 – 2012

DIPLOMA THESIS

Zuzana Kupčová

Special-pedagogical diagnostics of preschool children with
problem behavior

Prague 2012

**The diploma thesis work supervisor: Mgr. Denisa
Štefková, PhD.**

Prehlásenie

Prehlasujem, že predložená diplomová práca je mojím pôvodným autorským dielom, ktoré som vypracovala samostatne. Použitú literatúru a ďalšie zdroje, z ktorých som pri spracovaní vychádzala, v práci riadne citujem a sú uvedené v zozname použitej literatúry.

Súhlasím s prezenčným sprístupnením svojej práce v univerzitnej knižnici.

V Leviciach, dňa

.....

Zuzana Kupčová

Pod'akovanie

Touto cestou by som chcela poďakovať vedúcej mojej diplomovej práce Mgr. Denise Štefkovej, PhD. za odbornú pomoc a cenné rady, ktoré mi ochotne poskytovala pri vypracovaní diplomovej práce.

Anotácia

Diplomová práca sa zaoberá špeciálnopedagogickou diagnostikou, vývinom dieťaťa predškolského veku a diagnostikou problémového správania. Práca sa skladá z dvoch častí – teoretickej a praktickej. V prvej časti sa zameriavame na charakteristiku základných pojmov súvisiacich s diagnostikou a špeciálnopedagogickou diagnostikou, na spracovanie teoretických poznatkov o vývine dieťaťa predškolského veku, ďalej sa zaoberáme charakteristikou detí s problémami v oblasti správania a ich diagnostikou. V praktickej časti sa zameriavame na vypracovanie prípadových štúdií – kazuistík troch detí u ktorých sa prejavuje problémové správanie. Cieľom práce je poukázať na význam diagnostiky problémového správania v predškolskom veku.

Kľúčové pojmy

diagnostika, špeciálnopedagogická diagnostika, predškolský vek, problémové deti, diagnostika problémového správania.

Annotation

The thesis deals with the special-diagnostics, development of a child under school age and diagnosis of problem behavior. The work consists of two parts - theoretical and practical. In the first part we focus on the characteristics of the basic concepts related to diagnosis and special-pedagogical diagnosis, handling the theoretical knowledge of child development preschool and also we deal with the characteristics of children with behavioral problems and their diagnosis. The practical part is focused on the development of case studies - case reports of three children who experience some problem behavior. The work is to highlight the importance of diagnosis of problem behavior in preschoolers.

Key words:

diagnostics, special pedagogical diagnosis, pre-school age, problem children, diagnosis of problem behavior.

OBSAH

ÚVOD	8
------------	---

TEORETICKÁ ČASŤ

1. Teoretické základy špeciálnopedagogickej diagnostiky.....	10
1.1 Diagnostika a diagnóza.....	11
1.2 Komplexná diagnostika a diagnóza.....	12
1.2.1 Lekárska diagnostika.....	13
1.2.2 Psychologická diagnostika.....	13
1.2.3 Sociálna diagnostika.....	13
1.2.4 Pedagogická diagnostika.....	14
1.3 Špeciálnopedagogická diagnostika.....	15
1.4 Členenie špeciálnopedagogickej diagnostiky.....	15
1.4.1 Špeciálnopedagogická diagnostika ranného a predškolského veku.....	17
 2. Vývin dieťaťa predškolského veku.....	 18
2.1 Telesný a pohybový vývin.....	19
2.2 Psychický vývin.....	20
2.2.1 Vnímanie.....	20
2.2.2 Pozornosť.....	21
2.2.3 Pamäť.....	21
2.2.4 Predstavy a fantázie.....	22
2.2.5 Myslenie.....	23
2.2.6 Reč.....	25
2.2.7 City.....	26
2.3 Osobnosť dieťaťa.....	27
2.3.1 Sebauvedomenie.....	27
2.3.2 Schopnosti.....	29
2.3.3 Temperament.....	30
2.3.4 Charakter.....	31
2.4 Sociálne vzťahy a socializácia.....	31
2.5 Činnosť v predškolskom veku.....	32

3. Problémové správanie detí predškolského veku a jeho diagnostika.....	34
3.1 Problémové správanie.....	35
3.2 Etiológia porúch správania.....	37
3.3 Typy porúch správania.....	37
3.4 Symptomatológia porúch správania.....	38
3.5 Najčastejšie poruchy správania detí a ich diagnostika.....	39
3.5.1 Porucha pozornosti spojená s hyperaktivitou (ADHD).....	40
3.5.1.1 Diagnostika ADHD.....	41
3.5.2 Porucha pozornosti (ADD).....	43
3.5.2.1 Diagnostika ADD.....	43
3.5.3 Poruchy chovania.....	44
3.5.3.1 Diagnostika porúch chovania.....	45
3.5.4 Porucha opozičného vzdoru.....	46
3.5.4.1 Diagnostika poruchy opozičného vzdoru.....	47

PRAKTICKÁ ČASŤ

4. Ciel prieskumu.....	48
4.1 Metódy prieskumu.....	48
4.2 Priebeh prieskumu.....	49
4.3 Charakteristika prostredia a prieskumnej vzorky.....	49
4.4 Výsledky prieskumu.....	50
4.4.1 Kazuistika č.1.....	50
4.4.2 Kazuistika č.2.....	57
4.4.3 Kazuistika č.3.....	63
4.5 Zhrnutie prieskumu.....	69
ZÁVER.....	71
ZOZNAM POUŽITEJ LITERATÚRY.....	72
ZOZNAM PRÍLOH.....	76

ÚVOD

Každý rodič túži vychovávať dieťa, ktoré sa vyvíja podľa jeho predstáv. Pred narodením dieťaťa sa ľudia často pýtajú, či chcete aby to bol chlapec, alebo radšej dievčatko. Väčšina z nás odpovie, že je to jedno, hlavne nech je zdravé. To sa však nedá zaručiť.

V dnešnej dobe sa často stretávame s deťmi, ktoré majú problémy v oblasti správania, ťažšie sa prispôbujú podmienkam okolia. Vynikajú záujmom, zvedavosťou, predstavivosťou a nezávislosťou. Zároveň však bývajú tvrdohlavé, neodbytné a vzdorovité.

Úlohou nás dospelých, by malo byť vytvorenie tých najvhodnejších podmienok pre vývoj dieťaťa. Aby sme však mohli tieto podmienky dieťaťu zabezpečiť, musíme ho čo najlepšie poznať.

Cieľom tejto diplomovej práce je poukázať na dôležitosť a význam včasnej a správnej diagnostiky problémového správania už v predškolskom veku. A to na základe prípadových štúdií troch detí predškolského veku u ktorých sa prejavuje problémové správanie a na základe rozhovorov s ich rodičmi a učiteľmi v materských školách.

Diplomová práca je rozdelená do dvoch častí, teoretickej a praktickej. Prvá časť sa skladá z troch kapitol.

Prvá kapitola sa zaoberá teoretickými základmi špeciálnopedagogickej diagnostiky, analyzuje problematiku špeciálnopedagogickej diagnostiky, jej význam, ciele a využitie, pre účely tejto práce zvlášť v predškolskom veku.

Druhá kapitola popisuje vývin dieťaťa v predškolskom veku, osobnosť dieťaťa a jej formovanie, sociálne vzťahy a socializáciu, a činnosť dieťaťa v predškolskom veku.

V tretej kapitole sa venujeme vymedzeniu pojmu problémové správanie, charakteristike problémového správania, etiológií, členeniu, symptomatológií, opisu a diagnostike najčastejších porúch správania s ktorými sa stretávame, u detí predškolského veku.

V štvrtej záverečnej kapitole, sa zameriavame na prieskumnú časť diplomovej práce. Najskôr sa venujeme vymedzeniu prieskumného cieľa,

metód a metodológie prieskumu, ktoré budú v praktickej časti diplomovej práce použité, charakteristike priebehu prieskumu, prostredia a popisu vybraných prípadov. Časť tejto kapitoly venujeme záverom a odporúčaniam.

*„ Protože jsem nenaslouchal člověku
s nímž jsem hovořil,
nic jsem se nedozvěděl,
nenavázal jsem s ním kontakt
a nemohl jsem mu pomoci“.*

Michel Quoist

TEORETICKÁ ČASŤ

1. TEORETICKÉ ZÁKLADY ŠPECIÁLNO PEDAGOGICKEJ DIAGNOSTIKY

Úsilie o poznávanie objektu výchovy nie je ničím novým. Dôkazom toho sú história pedagogiky a špeciálnej pedagogiky. Novým prvkom je tu iba to, že v dôsledku potrieb spoločenskej praxe tieto snahy pomáhali vytvárať nový odbor – špeciálnopedagogickú diagnostiku. (Vašek, 2006)

Cieľom špeciálnopedagogickej diagnostiky je čo možno najlepšie poznanie postihnutého či narušeného jedinca, jeho osobnosti a možností jeho vzdelávateľnosti a vychovateľnosti. (Přínosilová, 1997)

Sleduje podmienky, priebeh a výsledky výchovno-vzdelávacieho procesu jedincov so zdravotným postihnutím a je východiskom pri určovaní možností vo výchove a vzdelávaní týchto jedincov v súvislosti s charakterom ich postihnutia či narušenia. (Rádlová a kol., 2004)

Za týmto účelom sa špeciálnopedagogická diagnostika snaží získať čo najviac informácií o prostredí, v ktorom tento jedinec žije, ktoré na neho pôsobí a ktoré aj on sám svojimi osobnostnými charakteristikami ovplyvňuje vo vzťahu k sebe.

Skúma priebeh predchádzajúceho vývoja jedinca i s jeho etiológiou. Jej poznatky slúžia k výchove a vzdelávaniu postihnutého jedinca, k umožneniu čo najširšieho rozvoja jeho osobnosti, a tak aj k určeniu možností jeho socializácie do spoločnosti. (Přínosilová, 1997)

„Špeciálnopedagogickú diagnostiku ako vednú disciplínu možno chápať ako systém poznatkov, zameraných na možnosti a prostriedky poznávania individuálnych osobitostí postihnutého jedinca, na odhaľovanie podstatných súvislostí, ktoré sú príčinou týchto osobitostí. Súčasne tvoria východisko pri individualizovanom programe špeciálnopedagogického pôsobenia na diagnostikovaného jedinca, ktorý má optimalizovať jeho vývin a uplatnenie sa v živote.“ (Vašek, 2006, s. 8)

1.1 Diagnostika a diagnóza

Pojmy diagnostika a diagnóza sa pôvodne používali len v medicíne, ale postupom času ich prijala i terminológia iných odborov a dostali sa aj do bežného slovníka každodenného života. Sú odvodené z gréckych slov *dia*, čo znamená osobitne, oddelene, hĺbkovo a *gnosia*, čo znamená poznanie: potom *diagnosis* by sme voľne mohli preložiť ako rozširujúce poznávanie, rozpoznávanie alebo hĺbkové poznávanie. U nás sa z termínu *diagnosis* vyvinuli termíny: diagnostika a diagnóza. (Vašek, 2006)

Slovo diagnostika sa v lekárstve chápe ako náuka o rozpoznávaní chorôb a o metódach rozpoznávania chorôb. Tento termín je mnohovýznamový a patrí do viacerých vedných oblastí. Jedno majú však definície diagnostiky vždy spoločné. Každá z nich tvrdí, že ide o techniku pozorovania, poznania. (Valachová, 2008)

Kouteková (2007, s. 6) uvádza: „*Zo všeobecného hľadiska, princípom ktorejkoľvek diagnostiky je krátkodobé alebo dlhodobé zisťovanie, rozpoznávanie, posudzovanie, utriedenie a hodnotenie istých javov skutočnosti podľa vlastností a kritérií, ktoré diagnosticky sledujeme a podľa systému, ktorý zodpovedá danej poznatkovej sústave, danej vedy.*“

Diagnostika sa tiež spája s označením procesu, ktorý tvorí súbor odborných aktivít - diagnostických činností, ktorého výsledkom je diagnóza. Diagnóza potom vzniká na korekciu výchovných a vzdelávacích aktivít a podmienok, v ktorých tieto aktivity prebiehajú, teda na odstránenie chýb a nedostatkov týchto činností. Jej druhým cieľom je pomoc - podpora žiakom, ktorí to potrebujú. (Kompolt - Timková, 2010)

„*Diagnózou potom rozumieme súbor dôležitých znakov skúmanej skutočnosti, ktorý bol získaný pomocou určitých verifikovaných a štandardizovaných prostriedkov diagnostických.* (Spousta, 1995, s. 15)

Termín diagnóza v tomto význame prvýkrát v histórii použil Hippokrat v lekárstve. Tu znamenal zistenie alebo rozpoznanie choroby, jej následkov, vrodených a získaných porúch alebo väd. Dnes patrí diagnóza s anamnézou, prognózou a katamnézou k základným kategóriám medicínskej teórie.

1.2 Komplexná diagnostika a diagnóza

Diagnostiku v špeciálnej pedagogike môžeme chápať v rôznych kontextoch. Pokiaľ chceme hovoriť o tzv. špeciálnopedagogickej diagnostike, máme na mysli užšie vymedzenie, ktoré sa týka časti diagnostiky, ktorú uskutočňuje priamo špeciálny pedagóg. Inak by bolo asi lepšie hovoriť o diagnostike v špeciálnej pedagogike, pretože to je širšie vymedzenie, ktoré zahŕňa celkovú, komplexnú diagnostiku - lekársku, psychologickú, sociálnu a pedagogickú. (Přinosilová, 2007)

Diagnostika sa teda môže podľa Kuotekovej (2007) teoreticky a prakticky rozvíjať:

1. z pozície komplexných prístupov, vtedy ak sa jav sleduje z pohľadu viac navzájom integrovaných disciplín,
2. úzko jednodborovo, zo špecializovaného pohľadu.

V praxi sa častejšie uplatňuje komplexný, integrovaný prístup. Príkladom toho je aj špeciálnopedagogická diagnostika.

K častému prelínaniu činnosti odborníkov viacerých disciplín, dochádza aj preto, že pre samotné výchovno-vzdelávacie vedenie dieťaťa so zdravotným postihnutím je dôležitým východiskom komplexná diagnóza. (Rádllová a kol., 2004)

V priebehu špeciálnopedagogického diagnostického procesu by nemali existovať vzťahy nadradenosti a podradenosti medzi jednotlivými vednými odbormi. Podmienkou takéhoto prístupu je dostatočná informovanosť a poznatky každého zo zúčastnených odborníkov.

Napríklad aj špeciálny pedagóg môže naplno oceniť lekársku a psychologickú diagnostiku, ktorá predstavuje východiskové poznatky pre jeho pôsobenie, iba vtedy, ak jej rozumie a je spôsobilý ju adekvátne interpretovať vo výchove a vzdelávaní. (Přinosilová, 1997)

1.2.1 Lekárska diagnostika

Lekárska časť diagnostiky v diagnostike má spravidla primárne postavenie, pretože odborný lekár na základe vyšetrenia stanoví druh a závažnosť zdravotného postihnutia a navrhne liečebný postup. Tato časť diagnostiky sa teda zaoberá patológiou. Na základe diagnózy sa navrhne terapia, ktorá sleduje úplné vyliečenie pacienta (pokiaľ to možno predpokladať), alebo aspoň úpravu zdravotného stavu, to však predpokladá, že daný jedinec bude dodržiavať vo svojom živote určité pravidlá.

Z pacientovho hľadiska to však znamená isté obmedzenia (stimulačné, pohybové, diétne, sociálne, trvalú medikáciu a pod.) Cieľom lekárskej diagnostiky je teda uzdravenie, zlepšenie alebo zabránenie zhoršenia zdravotného stavu. (Přínosilová, 2007)

1.2.2 Psychologická diagnostika

Svoboda (2001, s. 13) definuje psychologickú diagnostiku ako *„aplikovanú psychologickú disciplínu, ktorej úlohou je zisťovanie a meranie duševných vlastností a stavov, popripade ďalších charakteristík individua.“*

Zaoberá sa zisťovaním, popisom a utriedením všetkých charakteristík jedinca. Diagnostická činnosť je súhrn všetkých postupov, ktorých cieľom je stanoviť diagnózu, podľa konkrétneho cieľa, ktorým môže byť:

- určenie stupňa vývoja,
- zistenie príčin individuálnych zvláštností osobnosti,
- zistenie podstaty, podmienok a príčin individuálnych rozdielov,
- prognóza alebo predikcie.

1.2.3 Sociálna diagnostika

Táto oblasť tvorí dôležitú súčasť komplexnej diagnózy, pretože vplyv sociálneho prostredia je významný pre formovanie a tvorbu osobnostných

vlastností človeka všeobecne, špeciálne potom pre človeka postihnutého či narušeného. Prostredie môže človeka ovplyvňovať v kladnom, ale i zápornom zmysle.

Sociálnu diagnostiku realizuje spravidla sociálny pracovník, ktorý sa sústreďuje na zhromažďovanie a zhodnotenie údajov týkajúcich sa:

- a) osobnej anamnézy,
- b) rodinnej anamnézy,
- c) funkčnosť rodiny (prípadne náhradnej rodiny či inštitúcie),
- d) užšieho sociálneho prostredia (trieda, pracovisko, priatelia),
- e) širšieho sociálneho prostredia (škola, zamestnanie, známi),
- f) iných sociálnych faktorov.

Cieľom sociálnej pedagogiky je zhodnotenie činiteľov, ktoré spolupôsobia na utváraní osobnosti, ktoré ovplyvňujú výchovu, postoje a vzťahy postihnutého k svetu i k sebe samému. (Přinosilová, 1997)

1.2.4 Pedagogická diagnostika

Pedagogická diagnostika patrí k disciplinám špeciálnej pedagogiky. Kouteková (2007, s. 15) píše, že: *„sa zaoberá teoretickými a metodologickými otázkami objektívneho zisťovania a hodnotenia vonkajších a vnútorných podmienok, priebehu i výsledkov výchovno-vzdelávacieho procesu.“*

Jej postavenie a zaradenie vyplýva z podstaty výchovy a vzdelávania, v ktorom sleduje rozvoj osobnosti alebo skupiny žiakov. Tento rozvoj sa zabezpečuje cieľavedomým a zámerným výchovno-vzdelávacím pôsobením, pričom pedagogická diagnostika umožňuje efektívne riadenie procesu tohto rozvoja.

Tak, ako aj iné pedagogické disciplíny sa pedagogická diagnostika zameriava na formy a spôsoby, zisťovania a hodnotenia úrovne rozvoja vzdelávania a výchovy, zaoberá sa tiež štúdiom príčin a podmienok výchovy, ktoré pozitívne alebo negatívne ovplyvňujú rozvoj osobnosti.

1.3 Špeciálnopedagogická diagnostika

Špeciálnopedagogická časť diagnostiky sa zameriava na zisťovanie úrovne vychovanosti a vzdelanosti daného jedinca s postihnutím s ohľadom na možnosti jeho ďalšej výchovy a vzdelávania. Sleduje tie kompetencie, ktoré sú uňho v dôsledku jeho vady obmedzené a modifikované, ale rovnako sa zaoberá aj tými zručnosťami, ktoré sú nenarušené. Sleduje úroveň a schopnosti tohto jedinca v oblasti jeho motoriky (hrubej, jemnej), grafomotoriky, kresby, laterality, sebaobsluhy, zameriava sa na komunikačné schopnosti vo vzťahu k možnostiam vzdelávania, k profesijnej orientácii a možnostiam uplatnenia daného jedinca na trhu práce, sleduje tiež citovú a sociálnu oblasť osobnosti, ktorá je významná z hľadiska jeho vzťahov s prostredím.

Významným východiskom pri koncipovaní a vytváraní stimulačného programu, individuálneho vzdelávacieho plánu a vlastne všetkej vzdelávacej potreby, ktorej sa dostáva takémuto jedincovi v rámci špeciálnopedagogickej starostlivosti sú schopnosti, ktoré nie sú vadou negatívne ovplyvňované. (Přinosilová, 2007)

1.4 Členenie špeciálnopedagogickej diagnostiky

Rádlová a kol. (2004) uvádza, že špeciálnopedagogickú diagnostiku môžeme špecifikovať podľa druhu postihnutia či narušenia na:

- psychopedickú, ktorá sa venuje diagnostike osôb s mentálnym postihnutím
- logopedickú, ktorá sa zaoberá diagnostikou osôb s narušenou komunikačnou schopnosťou
- surdopedickú, tá sa špecifikuje na diagnostikovanie osôb so sluchovým postihnutím
- tyflopédickú, ktorá sa zaoberá diagnostikou osôb s postihnutím zraku
- somatopedickú, tá pôsobí v oblasti diagnostiky osôb s telesným postihnutím

- etopedickú, ktorá sa špecifikuje na diagnostiku osôb s poruchami chovania

Okrem týchto kritérií sa podľa Vaška (2006, s. 19) špeciálnopedagogická diagnostika delí podľa:

- a) etiológie na:
 - kauzálnu (keď je príčina známa) a
 - symptomatickú (príčina nie je známa a obmedzuje sa na znaky a vlastnosti)
- b) časového sledu realizácie na: vstupnú, priebežnú, výstupnú
- c) rozsahu sledovaných cieľov na:
 - globálnu (celkovú) diagnostiku a diagnózu
 - parciálnu (čiastočnú) diagnostiku a diagnóz

Ďalším rozlišovacím kritériom špeciálnopedagogickej diagnostiky ako uvádza Rádlová (2004) môže byť vek diagnostikovaného jedinca, kedy je diagnostika vykonávaná.

Podľa toho rozlišujeme špeciálnopedagogickú diagnostiku:

- *Detí ranného a predškolského veku*, ktorá je významná nie len vzhľadom k vnímavosti a zraniteľnosti detí v tomto veku, ale jej včasné vykonanie výrazne ovplyvní ďalší vývoj dieťaťa
- *Detí v školskom veku a adolescentov*, sem zaraďujeme diagnostiku školskej zrelosti a pripravenosti na školu, kedy je možné predpokladať, že deti s niektorými typmi zdravotného postihnutia budú v tejto oblasti oneskorené, ďalej tiež diagnostické činnosti vzťahujúce sa k školským aktivitám detí, diagnostiku, ktorá súvisí s procesom integrácie detí so špeciálnymi potrebami a diagnostickú činnosť vo vzťahu k budúcej profesijnej orientácii dieťaťa.
- *Dospelých osôb so zdravotným postihnutím*, ktorá v tomto vekovom období smeruje predovšetkým k stanoveniu prognózy a možnosti ďalšieho uplatnenia diagnostikovaného jedinca v spoločnosti.

1.4.1 Špeciálnopedagogická diagnostika ranného a predškolského veku

Pre potreby našej diplomovej práce uvádzame špeciálnopedagogickú diagnostiku ranného a predškolského veku. Diagnostika detí tohto veku je značne náročný proces. Je potrebné zamerať sa mnoho oblastí vo vývine dieťaťa. Špeciálnopedagogická diagnostika v rannom a predškolskom veku zahŕňa oblasť motoriky, percepcie, vývinových ukazovateľov, rozumových schopností, verbálnej a neverbálnej komunikácie, sociálne faktory. Preto aby sme mohli získať čo najkomplexnejšie informácie o vývine dieťaťa zo všetkých menovaných oblastí, je potrebná tímová spolupráca viacerých odborníkov.

Len tímovým prístupom a vzájomným rešpektovaním potreby starostlivosti odborníkov aj iných disciplín je možné dopracovať sa k hodnotným výsledkom a stanoveniu cieľov terapie, ktorá má čo najviac pomôcť nielen dieťaťu, ale aj jeho rodine. (Tichá, 2008)

V rannom a predškolskom veku je najdôležitejšou úlohou včasné zachytenie poruchy a potreba včasnej špeciálnej výchovnej starostlivosti, ktorá zastaví, alebo aspoň minimalizuje negatívne dôsledky postihnutia. (Přínosilová, 1997)

Stále výraznejšie sa do popredia dostáva potreba hlbšie poznať tak silné, ako slabé stránky dieťaťa. Ak poznáme silné stránky, môžu sa stať oporným bodom pri rozvíjaní oblastí, ktoré sú slabším miestom. Slabšie stránky potom môžeme systematicky a v dlhšom časovom horizonte rozvíjať a vývojovú odchýlku postupne znižovať. (Bednářová – Šmardová, 2008)

2. VÝVIN DIEŤAŤA PREDŠKOLSKÉHO VEKU

Končeková (2005, s. 97) uvádza, že: „*Predškolský vek (obdobie materskej školy) trvá od konca tretieho (sebauvedomenie) do konca šiesteho roka dieťaťa (školská zrelosť, školská pripravenosť, vstup do školy).*“

Podľa Langmeiera – Krejčírovej (2006) sa ako predškolský vek v širšom slova zmysle označuje celé obdobie od narodenia dieťaťa (niekedy i vrátane vývoja prenatálneho) až do jeho vstupu do školy. V užšom slova zmysle je predškolský vek „vekom materskej školy“, ale nebolo by správne chápať ho iba z tohto hľadiska - preto, že mnoho detí do školy nechodí, a tiež preto, že rodinná výchova stále zostáva základom, na ktorom materská škola účelne stavia a napomáha ďalšiemu rozvoju dieťaťa.

Klindová - Rybárová (1985, s. 54) píše, že: „*Vývin dieťaťa od tretieho roku až po vstup do školy charakterizujú výrazné kvantitatívne i kvalitatívne zmeny v správaní, ktoré zdôvodňujú vymedzenie tohto časového intervalu ako osobitnej vývinovej etapy.*“

Zatiaľ čo útlý vek charakterizuje najmä aktualizácia zmyslových funkcií, reči, motoriky atď., ťažiskom vývinu v predškolskom veku je pri ďalšom zdokonaľovaní vyhraňovanie ich špecifickosti a individuálnosti. Výraznejšie sa začínajú formovať základy osobnosti dieťaťa, ktoré postupne nadobúdajú rozhodujúci význam z hľadiska regulácie a motivácie jeho správania a určujú individuálnu špecifickosť prejavov.

Prechod z útleho veku do veku predškolského sa uskutočňuje plynule a postupne. Vývinovým medzníkom tohto obdobia sú vlastne už prvé prejavy sebauvedomovania, aktuálne zvyčajne v polovici tretieho roku, teda ešte v období batolaťa. Po treťom roku veku sa s rozvojom vôľových vlastností, poznania a sociálnej skúsenosti lepšie rozvíja aj sebauvedomovanie dieťaťa. Rastie možnosť sebaregulácie, kontroly a cieľavedomosti vlastného konania, zrýchľuje sa proces osamostatňovania.

Dosiahnutie tretieho roku veku sa spája aj s ďalším významným zásahom do života dieťaťa, a to je vstup do materskej školy. Materská škola dieťaťu poskytuje kvalitatívne nové podnety na jeho osobnostný rozvoj.

Dennodenná aktívna konfrontácia s rovnocennými spolu s cieľavedomým pedagogickým usmerňovaním utvára pre dieťa podmienky na pozitívny rozvoj obrazu seba, vlastných možností a schopností, na účinnú modifikáciu správania.

Obdobie predškolského veku sa končí vstupom dieťaťa do školy, a tým sa mení aj prevažujúci charakteristický ráz jeho činnosti. Ani tu nemožno záverečný medzník jednoznačne ohraničiť chronologickým vekom, keď značná časť detí ostáva v materskej škole aj po dovŕšení šiesteho roku veku. (Klindová - Rybárová, 1985)

2.1 Telesný a pohybový vývin

Trojročné dieťa má hmotnosť približne 15 kg a výšku asi 90-95 cm, šesťročné dieťa váži približne 20-22 kg (tretinu konečnej hmotnosti v dospelosti) a má výšku asi 120 cm (dve tretiny výšky v dospelosti). (Končeková, 2005) Ročne narastie v priemere o osem cm do výšky a pribiera asi tri kg na hmotnosti. Hlava sa v pomere k ostatnému telu stáva menšou, tvár sa rozširuje, pretože v najbližších rokoch dieťaťu začnú rásť druhé zuby. V mozgu, mieche a nervovom systéme prebiehajú ďalšie zmeny – neurologické.

V dôsledku všetkých týchto fyzických zmien je dieťa štíhlejšie, čulejšie. Jeho telo je urastenejšie a má menej tuku, ktorý by ho spomaľoval v pohybe. Dieťa sa môže dlhšie zaoberať rôznou fyzickou činnosťou a neunaví sa. V tomto období sa zmenšuje aj veľkosť batolacieho bruška, čo tiež prispieva k zvýšenej pohyblivosti paží a nôh. (Woolfson, 2004)

Kým na začiatku predškolského obdobia môžeme v stavbe tela ešte pozorovať výrazné disproporcie (krátke končatiny, pomerne veľká hlava), na konci obdobia je pomer hlavy k telu už 1 : 6.

Pokračuje osifikácia kostry. Kosti ale ešte nie sú dostatočne pevné a tvrdé. Ich krehkosť a pružnosť spôsobuje nebezpečenstvo rôznych ortopedických porúch. Završuje sa osifikácia zápästných kostičiek, čo umožňuje

vývin jemnej motoriky. V tomto období sa vyhraňuje lateralita. Svalstvo je mäkké a oblé, má ešte pomerne veľa tuku. Narastá výkonnosť vnútorných orgánov, a to najmä srdca a pľúc. Ďalej sa tiež zdokonaľuje stavba a funkcia nervovej sústavy. Na konci predškolského obdobia sa začína výmena mliečneho chrupu za trvalí.

Pohybový vývin v predškolskom veku nie je taký rýchly ako v období batolaťa. Na začiatku tohto obdobia sú pohyby ešte málo koordinované, živelné. Štvorročné dieťa vykonáva ešte veľa nadbytočných pohybov. Postupne sa stávajú dokonalejšie a účelnejšie. Na konci tohto obdobia je motorika koordinovanejšia a harmonickejšia. (Končeková, 2005)

Pri posudzovaní telesnej vyspelosti dieťaťa môžeme použiť test, tzv. Filipínsku mieru. Tento test porovnáva dĺžku hornej končatiny k veľkosti hlavy. Spočíva v tom, že dieťa si položí pravú ruku cez temeno hlavy a dotkne sa ľavej ušnice. U dieťa ktoré prešlo premenou postavy je výsledok pozitívny. (Matejovičová a kol., 2007)

2.2 Psychický vývin

2.2.1 Vnímanie

Vnímanie v predškolskom veku je možné podľa Klindovej - Rybárovej (1985, s. 59) charakterizovať niekoľkými znakmi bezprostredne využiteľnými v organizácii pedagogického procesu.

- a) synkretickosť vnímania znamená, že dieťa má sklon postihovať väčšie nečlenené celky, vnímať globálne schematicky, zanedbávať jednotlivosť a detaily.
- b) Subjektívnosť vnímania vyjadruje, že vnemy dieťaťa nie sú objektívnym, reálnym obrazom vecí a javov. Výrazne ich podmieňuje celková úroveň rozumovej vyspelosti, ako aj individuálne citové postoje dieťaťa k vnímanému predmetu.

- c) Aktivnosť vnímania zdôrazňuje prevažujúcu tendenciu spájať proces vnímania s činnosťou, narábaním vecami, experimentovaním a rečou. Pasívne vnímanie bez zapojenia ruky a reči (len počúvať, len pozeráť) je v rozpore z vývinovými potrebami dieťa predškolského veku. K takejto úrovni sa dieťa dopracováva až v ďalších štádiách vývinu v súvislosti s dominantným pôsobením druhosignálových funkcií.

Z pedagogického hľadiska je dôležité venovať pozornosť základným podmienkam, ktoré ovplyvňujú celkovú úroveň vnímania dieťaťa. Patrí sem najmä stav a funkcia zmyslových orgánov – analizátorov. Ich poruchy sa prejavujú v zníženej úrovni vnímania.

2.2.2 Pozornosť

Pozornosť dieťaťa v predškolskom veku má ešte stále zväčša mimovoľný, neúmyselný ráz (upútávajú ju silné, pre dieťa zaujímavé podnety), je nestála a prelietavá, dieťa ju nedokáže úmyselne prenášať. V priebehu tohto obdobia sa však už utvára a rozvíja i úmyselná, zámerná pozornosť. (Končeková, 2005)

2.2.3 Pamäť

V predškolskom veku sa podľa Klindovej – Rybárovej (1985) pamäť intenzívne rozvíja. Rozširuje sa jej kapacita. Dieťa si dokáže zapamätať väčší rozsah podnetov (4-6). Prevažuje tzv. krátkodobá pamäť, t.j. schopnosť pripomínať, vybavovať si zážitky s krátkym časovým odstupom po ich prežití. Jej trvácnosť sa intenzívne rozvíja a podmieňuje utváranie tzv. dlhodobej pamäti. Vágnerová (2005) uvádza, že prvé trvalejšie osobné spomienky sa vytvárajú pred štvrtým rokom, do šiestich rokov však ešte bývajú útržkovité

a je ich málo. V piatom až šiestom roku má dieťa utvorenú už pomerne obsažnú súvislú reťaz spomienok trvalého charakteru.

Významnou osobitosťou vývinu pamäti je prevaha mimovoľnosti a neúmyselnosti. V tomto veku si dieťa ešte nevie určovať ciele zapamätávania ani vybavovania, nevie zapájať vôľové úsilie do procesov pamäti a uvedomele ich regulovať. (Klindová – Rybárová, 1985) Podľa Vágnerovej (2005) môže byť vzhľadom k neschopnosti používať pamäťové stratégie, uľahčujúce úmyselné zapamätávanie, v tomto veku efektívnejšie práve neúmyselné zapamätávanie.

Prvé prejavy úmyselnej pamäti prichádzajú až koncom predškolského veku ako nová kvalita podmienená narastajúcou účinnosťou druhosignálových funkcií, a to najmä reči a myslenia.

V predškolskom veku sa v porovnaní s mechanickou pamäťou posilňuje pamäť logická. *„Logická pamäť predpokladá schopnosť postihnúť vnútorné vzťahy, kým mechanická pamäť sa opiera najmä o vonkajšie, náhodné znaky, postihnuteľné zmyslami.“* (Klindová - Rybárová, 1985, s. 62)

2.2.4 Predstavy a fantázie

Deti často „oživujú“ predmety, zvieratám a rastlinám pripisujú ľudské vlastnosti a spôsoby správania (tzv. animizmus alebo antropomorfizmus detí). Fantáziu deti v predškolskom veku využívajú pri počúvaní rozprávok, hrách, alebo si ňou pomáhajú aj napr. vtedy, keď si nevedia niečo vysvetliť vlastným rozumom. Fantáziou nahrádzajú a dopĺňajú medzery a nedostatky v pamäti a rozumových možnostiach. (Končeková, 2005) Pokiaľ sa im realita zdá byť nezrozumiteľná, vysvetľujú si ju tak, ako vedia, alebo ako sa im to hodí. Interpretujú realitu tak, aby pre ne bola zrozumiteľná. Tak vznikajú „detské lži“, alebo „nepravé lži“ tzv. konfabulácie. (Vágnerová, 2005) Nevznikajú z úmyslom klamať (dieťa je úprimne presvedčené o pravdivosti svojho tvrdenia). Tieto detské lži asi u šesť ročných detí zanikajú.

Fantázia má podľa (Končekovej, 2005, s. 101) v predškolskom veku niektoré charakteristické znaky:

- konkrétnosť (dieťa vychádza z bezprostrednej osobnej skúsenosti, využíva názorné, konkrétne predstavy získané vlastnou skúsenosťou),
- citovosť (dieťa je podnecované k vytváraniu fantazijných predstáv najmä svojimi citmi),
- svojráznosť (v porovnaní s dospelými dieťa uplatňuje svoju fantáziu viac a častejšie, hlavne ako kompenzáciu nedostatočnej pamäti a nedostatočných rozumových možností)

2.2.5 Myslenie

Okolo štvrtého roku dieťaťa sa vývoj inteligencie dostáva z úrovne predpojmovej (symbolickej) na vyššiu úroveň názorného (intuitívneho) myslenia. V predchádzajúcom štádiu, štádiu predpojmovom používalo dieťa slová alebo iné symboly ako predpojmy – napoly ešte viazané na individuálny predmet, napoly však už smerujúci k všeobecnosti. Teraz uvažuje v celostných pojmoch, ktoré vznikajú na základe vystihnúť podstatných podobností. Usudzovanie je ešte stále viazané na vnímané či predstavované – dieťa sa zameriava na to, čo vidí či videlo, aj keď to už rozčleňuje. Pokrok v myslení dieťaťa, ktoré prešlo z úrovne symbolickej do úrovne názorového myslenia je nesporný, ale rovnako sú zrejmé aj obmedzenia, ktoré dieťaťu zatiaľ nedovoľujú myslieť skutočne logicky. Dokáže už síce vyvodzovať závery (napr. usudzovať čoho je viac a čoho je menej), ale tieto úsudky sú ešte stále závislé na názore – spravidla na vizuálnom tvare. Jeho myslenie doteraz nepostupuje podľa logických operácií – je predlogické, predoperačné. (Langmeier - Krejčířová, 2006)

Základom pre rozvoj myslenia je utváranie rozumových operácií. Dieťa na konci predškolského veku zvláda už všetky rozumové operácie – analýzu, syntézu, porovnávanie, zovšeobecňovanie i abstrakciu.

V tomto veku sa zdokonaľujú aj formy myslenia – pojem, sud a úsudok. Dieťa si pojmy utvára mnohokrát ešte na základe vedľajších a názorných znakov. V dôsledku synkretizmu a globálnosti vnímania si dieťa niekedy ľahšie utvorí pojem všeobecný, než pojem špeciálny. Pokiaľ ide o usudzovanie, na začiatku obdobia má dieťa ešte tendenciu k predčasnému zovšeobecňovaniu a usudzovaniu na základe analógie (podobnosti). Ku koncu predškolského veku je usudzovanie už súvislejšie, rešpektuje príčinnno-následné vzťahy. (Končeková, 2005)

Typické znaky myslenia dieťaťa predškolského veku môžeme podľa Vágnerovej (2005) zhrnúť podľa nasledujúcich kritérií do niekoľkých bodov:

1. Podľa toho ako a aké informácie si dieťa vyberá:

- centrácia – dieťa sa sústreďí na jeden, nápadný znak, ktorý považuje za podstatný.
- egocentrizmus – upínanie sa na subjektívnom názore a odmietanie iných názorov, ktoré môžu byť odlišné. Dieťa nechápe, prečo by malo posudzovať situáciu z viacerých hľadísk.
- fenomenizmus - dôraz na určitú, zjavnú podobu sveta. Pre dieťa v predškolskom veku je dôležité ako sa mu situácia javí. Svet je preňho taký ako vyzerá.
- prezentizmus – dieťa sa viaže na prítomnosť, na aktuálnu podobu sveta.

2. Ako informácie spracováva:

- magickosť – dieťa si pomáha fantáziou, skresľuje svet
- absolutizmus – dieťa je presvedčené, že každé poznanie musí mať definitívnu a jednoznačnú platnosť
- animizmus, resp. antropomorfizmus – pripisovanie ľudských vlastností neživým predmetom
- arteficializmus – spôsob akým si dieťa vysvetľuje vznik okolitého sveta.

2.2.6 Reč

Končeková (2005) uvádza, že dieťa v treťom roku ovláda 800-1000 slov a v šiestom roku 3000-4000 slov. Loehn - Meyersová (2010) tvrdia, že trojročné dieťa má slovnú zásobu približne 1000 slov a kým mu budú štyri, osvojí si o 1500 až 2000 slov viac, takže vlastne strojnásobí svoju slovnú zásobu. Trojročné dieťa tvorí vety skladajúce sa z troch slov, štvorročné už tvorí zložitejšie vety s piatimi a viac slovami. V piatom roku dieťa pravdepodobne používa 4000 až 5000 slov. V nasledujúcom roku tento počet zdvojnásobí, osvojí si zhruba 4000 slov.

Trojročné a štvorročné dieťa už vydrží dlhšiu dobu počúvať krátke rozprávky a to aj v malých detských skupinách. Trojročné dieťa zvyčajne ovláda nejaké riekanky a ich počet sa ďalej rozrastá. (Langmeier - Krejčířová, 2006)

V tomto období sa dieťa usiluje vypátrať príčinu, dôvod, účel, zmysel, význam všetkého, s čím prichádza do kontaktu. Výrazným prejavom jeho poznávacej aktivity je vysoká frekvencia špecificky formulovaných otázok: prečo, načo, z čoho, odkiaľ – s ktorými sa dieťa obracia na dospelých a dožaduje sa odpovedí. Z tejto špecifickosti sa odvodzuje názov „druhé opytovacie obdobie“. (Klindová - Rybárová, 1985)

V predškolskom veku sa mení funkcia reči. Postupne reč nadobúda impresívny charakter (pôsobenie na okolie) a stále viac plní funkciu komunikatívnu (dorozumievaciu). Pre dieťa je význam reči v tom, že ňou môže vyjadrovať svoje želania a túžby, niečo oznamovať (slúži na dorozumievanie), ale stáva sa aj regulátorom myslenia a konania dieťaťa. Rečou môžeme na dieťa vplývať, ale ono samotné si slovne formuluje ciele, ktoré chce dosiahnuť (riadi svoju vlastnú aktivitu).

Dieťa v tomto veku často monologizuje (hovorí k sebe a pre seba). Preto jeho reč v predškolskom období nazývame rečou egocentrickou. Neskôr táto reč prechádza do reči vnútornej.

Tiež sa mení aj vzájomný pomer reči a myslenia. Na začiatku tohto obdobia, je vývin myslenia pokročilejší ako vývin reči (dieťa úspešne

vykonáva nejakú činnosť, vyrieši rozumovú úlohu, ale nevie to slovne vyjadriť). V druhej polovici tohto obdobia, reč predbieha myslenie (dieťa používa aj slová, ktorých obsah celkom dobre a presne nepozná). (Končeková, 2005)

2.2.7 City

City v predškolskom veku sú bezprostredné a intenzívne. Majú niektoré charakteristické znaky, ako impulzivnosť, labilita a sugestibilita (ľahko sa prenášajú). Citové reakcie bývajú neúmerne podnetom, ktoré ich vyvolali. Dieťa ešte nevie tlmiť citové prežívanie a to sa ihneď prejavuje v jeho správaní a reči. (Končeková, 2005) Väčšina citových zážitkov je stále viazaná na aktuálnu situáciu, je spojená s momentálnym uspokojením či neuspokojením. Postupne sa rozvíja emočná pamäť. (Vágnerová, 2005) Citové zážitky dieťaťa sú diferencovanejšie v oboch základných kvalitách – príjemnej i nepríjemnej. Dieťa prežíva radosť, údiv, záujem, náklonnosť, nadšenie, ale aj strach, hnev, sklamanie, žiarlivosť a iné. Rozvoj citov je podmienený, okrem individuálnych genetických predpokladov, najmä rastúcou skúsenosťou a poznávacími možnosťami dieťaťa. (Klindová - Rybárová, 1985)

Nižšie city (emócie)

– v tomto veku sa vyskytujú nižšie city (emócie), ktoré už existovali v období batolaťa a vznikajú tiež niektoré nové emócie, napr. hanba, plachosť, nesmelosť, súcit, nenávisť.

Zlosť, hnev – vzniká napr. pri neúspechu v činnosti, keď dieťa niekto pokorí, vysmieva sa mu. Strach ako reakcia na zvieratá, alebo cudzích ľudí vrcholí okolo štvrtého roka, postupom ustupuje. Radosť vzniká pri hrách a kontakte s inými. Dieťa sa hanbí, keď urobí niečo zakázané. Plachosť a nesmelosť vzniká v novom prostredí, pred neznámymi ľuďmi. Súcit sa prejavuje vo vzťahu k rovesníkom, napr. ak niekto spadne.

Vyššie city

– intelektuálne, estetické aj etické (mravné, morálne). Na rozvoj týchto citov vplývajú predovšetkým dospelí, hlavne ako vzory.

Intelektuálne city – dieťa je zvedavé a nové poznatky ňo vyvolávajú kladný citový prejav, prežíva očakávanie, radosť z pochopenia alebo zvládnutia novej situácie. Estetické city – dieťa veľmi rado vníma a prežíva niečo pekné (obrázky, šaty, rozprávky a pod.). Morálne (mravné, etické) city – vytvára si postoj k pojmom dobra a zla. (Končeková, 2005)

2.3 Osobnosť dieťaťa

V predškolskom období sa nielenže zdokonaľujú psychické procesy, ale sa mení aj stavba a skladba detskej psychiky. Pokračuje formovanie osobnostných štruktúr, znakov aj kvalít. Pribúdajú a zvyrazňujú sa špecifické a individuálne črty i vlastnosti, ktoré sa odrážajú v celom rozsahu aj úrovni správania dieťaťa. (Klindová - Rybárová, 1985) Dieťa sa formuje ako osobnosť, individualita. To súvisí s vývinom jeho sebauvedomovania a vôle. Vyhranujú sa jednotlivé vlastnosti osobnosti, ako schopnosti, temperament, charakter i záujmy. (Končeková, 2005)

2.3.1 Sebauvedomenie

Vek batolaťa a predškolský vek je významným obdobím pre rozvoj sebauvedomovania. Vo veku batolaťa si dieťa začalo uvedomovať samo seba ako aktívnu bytosť, ktorá je schopná ovplyvniť najbližšie okolie a vlastnú pozíciu v ňom. V predškolskom veku je pre rozvoj sebauvedomovania významná možnosť prenikať do širšej spoločnosti a nejakým spôsobom sa v nej uplatniť.

Dieťa v predškolskom veku o sebe uvažuje spôsobom zodpovedajúcim jeho úrovni:

- Egocentrizmus dieťaťa u pomáha potvrdiť vlastnú významnosť.
- Fenomenizmus sa u neho prejavuje dôrazom na nápadné či subjektívne významné znaky. Odlíšenie podstatných a nepodstatných znakov vlastnej bytosti je v tomto veku ťažko dosiahnuteľné.
- Magickosť uvažovania a ľahkosť skreslenia skutočnosti mu umožňuje zachovať si prijateľný obraz o sebe samom. Vo fantázií môže byť kýmkoľvek, získať akúkoľvek schopnosť či vlastnosť inak nedosiahnuteľnú. (Vágnerová, 2005)

Viazanosť na vonkajšie znaky sa u dieťaťa prejavuje aj vo vzťahu k sebe samému. Telesná schéma, odraz vlastného tela, má najmä vizuálny charakter – dieťa vie ako vyzerá, orientuje sa vo vlastnom tele. (Končeková, 2005)

Detské sebauvedomenie je viazané i na ďalšie vlastnosti a kompetencie, definuje sa rôznym spôsobom, napr. „som chorý, poslušný, viem jazdiť na trojkolke“. Jeho sebauvedomovanie ovplyvňuje skutočnosť, že ešte nechápe trvalosť niektorých osobnostných vlastností.

Aktuálne sebauvedomovanie, resp. sebahodnotenie, je typické prízvukom na vývoj, na prejavy, ktoré potvrdzujú, že vie viac ako predtým: „Keď som bol malý, tak som to nevedel. Teraz mám už štyri roky, tak som veľký a všetko viem.“ Deti v tomto veku sa nedokážu hodnotiť realisticky a majú tendenciu preceňovať sa. Mechanizmus nereálneho optimizmu im slúži ako zdroj osobnej rovnováhy aj istoty.

Nekritickosť a prehnaný dôraz na samého seba sú typickým znakom stále nezrelej detskej identity. Z toho vyplýva aj zvyčajný sklon predškolských detí vychvaľovanie. Všetko čo dieťa zahrnie do svojho sebauvedomovania, mu pomáha udržať prijateľnú sebaúctu.

Súčasťou vlastnej identity dieťaťa sa môže stať čokoľvek, čo k nemu nejakým spôsobom patrí, t.j. jeho osobné teritórium. Jeho vymedzenie môže byť rôznorodé, rovnako ako aj jeho obsah. Vágnerová (2005) uvádza, že do tejto kategórie patria:

- Ľudia, ku ktorým má určitý vzťah (event. aj zvieratá).

- Veci, ktoré pokladá za svoj majetok.
- Prostredie, v ktorom žije.

Významnou zložkou identity dieťaťa je vlastníctvo, čo sa u neho prejavuje aj verbálnym vyjadrením tohto vzťahu napr. „moja maminka, môj pes, moje auto“. „Moje“ dieťa pokladá za súčasť „ja“. Deti majú v tomto veku majetnícke sklony, zdôrazňujú, čo je ich, a nechcú svoje veci nikomu požičať. (Vágnerová, 2005)

Sebahodnotenie dieťaťa v tomto veku je síce pomerne vysoké, ale nestabilné. Stále je závislé od hodnotenia iných, hlavne rodičov (dieťa ho nekriticky preberá). (Končeková, 2005) Záleží mu na tom, čo si o ňom myslia iní ľudia. Dieťa chce byť ocenené. Jeho pocit zdatnosti je tiež veľmi významný, hlavne keď sa blíži začiatok školskej dochádzky. Také dieťa, ktoré má sebaistý, zdatný stav mysle a verí svojim schopnostiam, sa s veľkým nadšením teší do prvej triedy. Pochybnosti o sebe vytvárajú uňho opačný efekt, vyhliadka na školu vyvoláva obavy. (Woolfson, 2004)

2.3.2 Schopnosti

Podľa Klindovej – Rybárovej (1985, s. 79) *„Schopnosti podmieňujú kvalitu výkonov v rôznych oblastiach činnosti. Sú všeobecným predpokladom na utváranie návykov, zvykov a zručností.“*

V predškolskom veku ešte nemusia byť vytvorené všetky schopnosti, pre ktoré má dieťa vlohy (vrodené predpoklady). Viaceré schopnosti sa v tomto veku ešte iba formujú. Pre vývin všeobecných rozumových schopností - inteligencie je práve predškolský vek veľmi dôležitým obdobím (tzv. senzitívnym obdobím), pretože podľa výskumov sa do ôsmeho roka všeobecné rozumové schopnosti rozvinú až na 80% celkovej úrovne. (Končeková, 2005)

Ukazovateľom úrovne rozumových schopností dieťaťa je predovšetkým zisťovanie a chápanie súvislostí, tvorenie pojmov, verbálne formulovanie a vyjadrovanie myšlienkového obsahu.

Dieťa s vysoko rozvinutými rozumovými schopnosťami sa zvyčajne vyznačuje veľkou poznávacou aktivitou, je zvedavé, pátra po súvislostiach, domáha sa informácií a poznatkov. Chápe ľahko a rýchlo, pohotovo rieši problémy a primerane ich komentuje rečou.

Naopak dieťa so slabo rozvinutými intelektovými schopnosťami ťažko hľadá vzťahy medzi vecami a javmi, pomalšie sa prepracováva k vyšším úrovniam myslenia a od činnostného k slovno-obrazovému mysleniu. Ťažkosti máva hlavne s abstrakciou a zovšeobecňovaním, čo sa odráža aj na menšej jazykovej aktivite, tiež v obmedzenejšom slovnom fonde aj v jednoduchšej štruktúre reči. Celková poznávacia aktivita dieťaťa je nižšia, sprevádzaná slabým záujmom o okolie.

Ku koncu predškolského obdobia sa všeobecné rozumové schopnosti do určitej miery špecifikujú, vyhranujú. Na tejto úrovni vývinu už možno zachytiť aj ďalší druh intelektových schopností, tzv. tvorivé, aj keď len v najvšeobecnejšej podobe. (Klindová - Rybárová, 1985)

2.3.3 Temperament

Temperament je vrodená osobitosť, ktorá sa vo vývine prejavuje pomerne skoro. U predškolského dieťaťa je teda výrazný daný typ temperamentu. V tomto veku ešte nie je veľmi ovplyvnený výchovou. (Končeková, 2005)

Temperament podľa Klindovej – Rybárovej (1985, s. 80) „vrodené, individuálne usporiadanie nervovej sústavy a jej funkcií a dáva celému správaniu dieťaťa osobitý ráz.“

Už v správaní štvorročného až päťročného dieťaťa môžeme rozlíšiť základné kvality temperamentu – sangvinický, flegmatický, melancholický, cholerický, a to podľa individuálneho zoskupenia dominantných vlastností nervových procesov – sily, vyrovnanosti, pohyblivosti.

2.3.4 Charakter

Charakterové vlastnosti osobnosti sa často dávajú do vzťahu s morálkou. Vývin charakteru potom úzko súvisí s vývinom mravným (morálnym). Mravný vývin zahŕňa procesy kognitívne - mravné poznávanie, chápanie, uvedomenie, usudzovanie, čiastočne i hodnotenie, ďalej procesy emocionálne - mravné cítenie, a tiež konanie a správanie- uskutočňovanie alebo neuskutočňovanie mravných princípov a noriem v činnosti.

Zárodky charakteru sa utvárajú v predškolskom období. Základným predpokladom tohto utvárania je vývin mravného vedomia, mravného presvedčenia a mravného konania. Dieťa si v tomto období utvára elementárne mravné návyky (napr. zdravieť, ďakovať, prosiť a iné)

Dieťa ešte nemá svoj vlastný názor, považuje za správne to, čo určia dospelí (akceptuje normy dospelých). Dodržiavanie noriem je u detí v tomto veku motivované hlavne na základe odmienu a trestov.

Utvárajú sa prvé náznaky charakterových čŕt, ktoré sa týkajú hlavne vzťahu k sebe samému (napr. plachosť, skromnosť, pribojnosť) a vzťahu k iným (citlivosť, ohľaduplnosť, štedrosť, ochota pomôcť a pod.). (Končeková, 2005)

2. 4 Sociálne vzťahy a socializácia

Socializácia dieťaťa v tomto období už prebieha i mimo rámec rodiny, resp. najbližšieho prostredia príbuzných a známych, dá sa označiť ako fáza presahu rodiny.

Socializácia a individualizácia, t.j. rozvoj osobnosti jedinca, prebieha v interakciách, takže dieťa rozvíja svoju individualitu v kontakte s inými ľuďmi. Rozšírenie kontaktov aj mimo rodiny, vzťahy s ďalšími dospelými i deťmi umožňujú získať dieťaťu nové kognitívne a afektívne skúsenosti potrebné pre ďalší osobnostný rozvoj. Socializácia sa neprejavuje iba zmenou vonkajších prejavov, t.z. chovania, prejavuje sa aj rozvojom prežívania a hodnotenia,

špecifickým rozvojom jeho sebauvedomovania a sebahodnotenia, t.z. individualizácie . (Vágnerová, 2005)

Dospelí dieťaťu poskytujú pomoc, bezpečnosť, ochranu ale aj poučenie. K dospelým si preto dieťa v predškolskom období vytvára silnejšie citové väzby ako k svojim rovesníkom. Pred cudzími dospelými býva dieťa nesmelé. Prejavuje už i sympatiu alebo antipatiu. (Končeková, 2005)

V tomto veku sa deti učia novým sociálnym zručnostiam. Rozvíja sa ich komunikácia a zrelšie spôsoby interakcie s inými ľuďmi, ako sú ich rodičia, či sú v nadradenej pozícii, alebo sú rovnocenní. Aj keď rodinné prostredie naďalej ostáva privilegovaným zázemím, väčšina detí predškolského veku je schopná samostatne sa zaradiť do iných sociálnych skupín. Vágnerová (2005, s. 203) píše, že sa postupne začína diferencovať štandardná triáda oblastí, s ktorými sa dieťa identifikuje:

- Rodina ako súkromné prostredie, ktoré je zdrojom istoty a bezpečia.
- Rovesníci ako rovnocenná skupina.
- Materská škola ako je prvá inštitúcia, s ktorou sa dieťa stretáva.

2.5 Činnosť v predškolskom veku

Ak by sme chceli celé obdobie predškolského veku jednoznačne označiť, mohli by sme hovoriť najskôr o období hry, pretože hra sa v tomto období stáva hlavnou činnosťou dieťaťa. (Langmeier, Krejčířová, 2006)

Hra je spôsobom vyjadrenia vlastnej interpretácie reality, postoja k svetu a k sebe samému. Symbolická hra slúži v predškolskom veku ako prostriedok k vyrovnaniu sa s realitou. Umožňuje dieťaťu aspoň symbolicky, uspokojiť prania, ktoré si v skutočnosti nemôže splniť. Tématická hra (na niečo) slúži na precvičovanie budúcich rolí, vhodných riešení určitých situácií, prežitie rôznych sociálnych rolí, aj tých negatívnych. (Vágnerová, 2005)

Hra vyplýva z vnútorných potrieb dieťaťa, mnohokrát sa v nej uplatňuje skôr vnútorná motivácia než vonkajšie podnety. Hra má obrovský

význam pre ďalší telesný a psychický (rozumový a citový) vývin dieťaťa, ale aj pre vývin sociálnych vzťahov. (Končeková, 2005)

Vývinové zmeny, ktoré nastávajú v hre predškolského dieťaťa, sú ovplyvnené zmenami postojov jeho k spoluhráčom, hračke a k pravidlám hry. V treťom roku dieťaťa sa z individuálnej hry stáva družná, spoločná hra starších detí. Staršie deti už samé spontánne hľadajú spoluhráčov, združujú sa do skupín, aby mohli naplno realizovať svoje hrové zámery. Mení sa už aj vzťah k hračke. Závislosť hry od hračky už postupne oslabuje, zvyšujú sa však nároky dieťaťa na úroveň hračky. Hry mladších detí bývajú ešte často málo organizované a prevláda v nich živelnosť. Mladšie deti sa nevedia prispôbiť pravidlám, porušujú ich. Naopak staršie deti už dodržiavanie pravidiel požadujú.

Na konci predškolského obdobia sa z hry začína odčleňovať práca ako samostatná, špecifická forma aktivity. Pre dieťa je prípravou na prácu hra, v nej sa prvý raz stretáva s pojmom práca v konkrétnej podobe. V hre dieťa napodobňuje činnosť dospelých, varí, pečie, učí, lieči, riadi auto a pod. Postupne tak začína chápať špecifickú funkciu a zmysel pracovnej činnosti a dožaduje sa možnosti, aby ju mohlo vykonávať aj mimo hry. Predškolské obdobie je veľmi vhodné na cieľavedomé formovanie prvých pracovných návykov a postojov. (Klindová - Rybárová, 1985)

3. PROBLÉMOVÉ SPRÁVANIE DETÍ PREDŠKOLSKÉHO VEKU A JEHO DIAGNOSTIKA

V predškolskom veku sa často stretávame s deťmi, ktoré majú ťažkosti v prispôsobovaní sa podmienkam okolia. Nedokážu prijateľným spôsobom prejavovať svoje potreby a na prichádzajúce nároky reagujú pre seba, resp. pre svoje okolie problémovo. Vynikajú záujmom, zvedavosťou, predstavivosťou a nezávislosťou. Zároveň však bývajú tvrdohlavé, neodbytné a vzdorovité. Každé dieťa je inou osobnosťou a tiež má inú schopnosť učenia.

Cieľom výchovy by malo byť zamerať (nie potlačiť) aktivitu dieťaťa želaným (pozitívnym) smerom. Aby sme to mohli dosiahnuť, musíme rozlišovať medzi jeho skutočnými potrebami a želaniami. To je možné, iba ak sa dieťa naučí zrozumiteľne vyjadrovať svoje pocity a želania namiesto prejavov zlosti, agresivity alebo utiahnutosti a odmietania komunikácie. Musíme deti učiť vhodnému správaniu spôsobom, ktorý dokážu pochopiť. Zároveň by sme my dospelí, sami mali prejavovať také správanie, akému chceme naučiť dieťa. (Babirátová – Tarbajová, www.msjiiraskova.estranky.sk)

Dieťa sa v priebehu života učí diferencovať žiadúce a nežiadúce správanie a vhodnosť jednania vo vzťahu k určitej situácii. Nejde pritom len o to, aby dieťa poznalo príslušné normy, ale aby sa podľa nich aj správalo. Najskôr ho korigujú rodičia. Neskôr je dieťa schopné regulovať svoje správanie samo, aj vtedy keď ho práve nikto nekontroluje. Signálom dosiahnutia tohto štádia socializácie je schopnosť dieťaťa reagovať pocitom viny, keď urobí niečo, o čom vie, že je zlé. Schopnosť dodržiavať normy sa podľa Vágnerovej (2004) spája s rozvojom psychických kompetencií. Dieťa musí byť tak rozumovo vyspelé, aby bolo schopné chápať význam a podstatu pravidiel správania. Zároveň je nevyhnutné dosiahnutie určitej úrovne autoregulácie. Dieťa musí vedieť odložiť aktuálne uspokojenie, popr. sa ho celkom vzdať, ak by to bolo vzhľadom k danej situácii nevhodné. Aby mohlo dosiahnuť tento stupeň, potrebuje adekvátnu stimuláciu, podporujúcu geneticky naprogramovaný rozvoj určitých mozgových centier, resp. ich spojení, a tiež osvojenie potrebných znalostí a zručností.

Průcha a kol. (2003, s. 179) uvádzajú, že problémové dieťa je: „často používané a málo presné označenie. Spravidla sa ním rozumie dieťa, ktoré sa svojimi výkonmi, svojim chovaním, reagovaním na výchovné pôsobenie, svojimi sociálnymi kontaktmi ocitá „mimo normu“. Záleží však na tom, či ide o normu populačnú, danú napr. psychologickými výskummi, normu konsenzuálnu, danú skúsenosťami učiteľov a rodičov, alebo normu individuálnu, danú svojráznymi predstavami konkrétneho učiteľa či rodiča (trikrát zabudol pomôcky, je to problémový žiak).“

Problémové deti podľa Sheediovej-Kurcinkovej (1998) od tých ostatných môžeme odlíšiť jedným slovom - mimoriadne. Sú to normálne deti, ktoré sú mimoriadne emocionálne, citlivé, vnímavé, neochotné k zmene v porovnaní s inými deťmi. Tieto vlastnosti majú všetky deti, ale problémové deti ich majú v oveľa väčšej miere.

Je však potrebné rozlišovať dočasné problémy v správaní, ktoré majú prechodný ráz, od dlhodobějších porúch správania:

- Adaptácia na nové prostredie,
- vývinové obdobie vzdoru, spojené s prejavmi negativizmu,
- zmeny nálad a správania v súvislosti s akútnym ochorením (pred alebo po chorobe),
- traumatizujúci problém v rodine a okolí dieťaťa.

(Babirátová – Tarbajová, www.msiraskova.estranky.sk)

3.1 Poruchy správania

V literatúre sa môžeme stretnúť s rôznymi definíciami porúch správania. V súčasnosti nie je jednotná definícia pre vymedzenie pojmu porúch správania a istá nejednotnosť sa vyskytuje aj v terminologickej oblasti. Okrem pojmu poruchy správania sa môžeme stretnúť aj s pojmami napr. problémové správanie, výchovné ťažkosti, emocionálne a sociálne narušené správanie

Podľa Vágnerovej (2004, s. 779) „Poruchy chovania môžeme charakterizovať ako odchýlku v oblasti socializácie, kedy jedinec nie je

schopný rešpektovať normy chovania na úrovni zodpovedajúcej jeho veku, event. na úrovni svojich rozumových schopností. “

Majzlánová - Kvasniničková (2004, s. 97) uvádzajú, že *„Poruchy správania predstavujú široké spektrum maladaptívnych foriem správania, od drobných priestupkov voči disciplíne, prejavov vzdoru, nadmernej plachosti, úzkosti, až po agresívne a deštruktívne správanie a trestné činy. U detí predškolského veku často ide o neschopnosť prispôbiť sa bežným výchovným požiadavkám, čo sa prejavuje rôznymi formami tzv. neadaptívneho správania – ako je vyrušovanie, nesústreďenosť, odvrávanie atď. “*

Podľa Medzinárodnej klasifikácie chorôb (1992, s. 232) sú poruchy správania: *„charakterizované opakujúcim sa a trvalým obrazom disociálneho, agresívneho a vzdorovitého správania. Ak je takéto správanie u daného jedinca extrémne, malo by porušovať sociálne očakávanie primerané veku, a preto byť závažnejšie než obyčajná detská nezbednosť alebo rebelantstvo v adolescencii. Ojedinelé disociálne správanie alebo kriminálne činy nie sú samé o sebe dôvodom pre túto diagnózu, ktorá vyžaduje, aby charakter takéhoto správania bol trvalý. “*

Průcha a kol. (2003, s. 123) píšú, že poruchy správania sú *„Prejavy chovania detí a mládeže, ktoré nerešpektujú ustálené spoločenské normy. “* Vyskytujú sa prevažne u sociálne narušenej mládeže, ale aj u jedincov s iným typom postihnutia. K vzniku porúch správania prispieva vplyv nevhodného alebo nedostačujúceho výchovného pôsobenia a tiež vplyv sociálnej alebo určitej dispozície osobnosti na podklade centrálného nervového systému (v tomto prípade sa označujú ako vývojové alebo špecifické poruchy chovania, hyperkinetický syndróm, v poslednej dobe pod vplyvom americkej odbornej literatúry označovaný tiež ako syndróm ADHD, tj. Attention Deficit Hyperactivity Disorder, vtedy ak je porucha pozornosti sprevádzaná hyperaktivitou, popri ADD, tj. Attention Deficit Disorder, vtedy, ak je porucha pozornosti hyperaktivitou sprevádzaná nie je). Poruchy správania môžeme hodnotiť podľa ich spoločnej závažnosti a dôsledkov pre život jedinca, napr. detský vzdor, záškoláctvo, lúpež a iné)

3.2 Etiológia porúch správania

Činitele vzniku a faktory pretrvávania problémov v oblasti prežívania a správania sa podľa Matulu - Kopányovej (in predškolská výchova 2009/10) delia do nasledujúcich skupín:

- genetické faktory a dispozície jednotlivca – nezrelosť centrálnej nervovej sústavy, mozgové poškodenie, resp. dysfunkcia centrálnej nervovej sústavy, detský temperament, miera schopnosti sebaregulácie - impulzivita, emočná labilita, sklon inklinovať k problematickej skupine a nevhodným vzorom správania a pod.,
- rodinné faktory - nesprávne, resp. nejednotné výchovné pôsobenie, konfliktné rodinné prostredie, absencia jedného z rodičov, zlý výchovný vzor, nezáujem rodičov o dieťa, príliš autoritatívna, alebo príliš liberálna a voľná rodičovská výchova a pod.,
- faktory širšieho sociálneho prostredia – problémové správanie sa v podstate viaže na postavenie jednotlivca v kolektíve, teda pozícia dieťaťa v skupine, ide tu o faktory ako napr. vplyv rovesníkov, faktory podieľajúce sa na začlenení do kolektívu, sociálna klíma kolektívu, resp. materskej školy, osobnosť učiteľa

3.3 Typy porúch správania

Poruchy chovania môžeme deliť podľa závažnosti, miery kontinuity či charakteru poruchového chovania. Závažnosť a dlhodobé pretrvávajúce problémy v chovaní aj medziľudských vzťahoch, respektíve ak neprichádza náprava ani po korektívnych výchovných zásahoch môžeme chápať ako prognosticky negatívny znak. Tieto problémy často signalizujú zvýšenú pravdepodobnosť budúceho rozvoja osobnostnej poruchy, najčastejšie disociálneho typu.

Poruchy chovania môžeme rozlišovať aj podľa toho, či sa prejavujú všade, alebo len v určitom prostredí. Z tohto hľadiska vymedzuje medzinárodná klasifikácia chorôb poruchy chovania:

- vo vzťahu k rodine
- poruchu chovania viazané na skupinové aktivity a partiu.

Podľa charakteru porúch môžeme formálne diferencovať:

- neagresívne porušovanie sociálnych noriem (napr. klamstvo, úteky, túlanie)
- agresívne (napr. šikanovanie, bitky) Agresívne chovanie považujeme

za závažnejšie, pretože takéto chovanie vo väčšej miere porušuje a obmedzuje práva iných. Medzi týmito typmi nie je vymedzená presná hranica, môžu sa rôzne navzájom kombinovať. (Vágnerová, 2004)

3.4 Symptomatológia porúch správania

Odborná literatúra uvádza tieto najčastejšie popisované ťažkosti v oblasti správania a emocionálneho vývinu u detí predškolského veku: (Majzlanová, in predškolská výchova 2009/10)

- *hyperaktivita* - je nápadná motorickým nepokojom v správaní, detí sú stále v pohybe, mnohovravné deti, pútajú na seba pozornosť, často menia aktivity sú odbrzdené v komunikácii aj konaní,
- *hypoaktivita* – tu je dominantná pasivita, útlm v správaní, málovravnosť, ľahostajnosť dieťaťa k podnetom, celková neobratnosť, pomalosť v konaní,
- *detský vzdor, neposlušnosť, výbuchy zlosti* – neschopnosť rešpektovať pravidlá dospelých, neschopnosť prispôbiť sa, záchvaty zlosti,
- *agresivita* - úmyselné, zámerné ubližovanie niekomu, forma agresivity môže byť impulzívna fyzická (napr. bitky, strkanie, zápasenie) alebo slovná (napr. posmievanie sa, prezývanie)
- *uzavretosť, neprimeraná hanblivosť* - osobnostná črta dieťaťa alebo správanie podporované nesprávnym vplyvom výchovy - málo príležitostí ku kontaktu s vrstovníkmi,

- *klamstvo, detská lož* - úmyselné hovorenie nepravdy s cieľom získať nejaké výhody (napr. snaha vyhnúť sa trestu) podporovaná zlým výchovným vzorom alebo psychopatológiou dieťaťa,
- *detský strach, úzkosť* - napr. strach z odlúčenia od blízkych, z osamelosti, strach z konkrétnych vecí (napr. fóbia zo zvierat, z tmy), úzkosť - bezpredmetný neurčitý strach z novej situácie,
- *detská neuróza* – táto diagnóza býva často označovaná ako emocionálna porucha vyplývajúca zo zacyklenej úzkosti a patologických strachov prejavujúca sa nechutenstvom detí, tikmi (mimovoľnými neuvedomovanými pohybmi svalov), zajakávaním, pomočovaním (ešte po 4. - 5. roku života dieťaťa) a pod.,
- *deti chronicky choré, alebo zotavujúce sa po dlhodobej chorobe* - unavené po dlhodobej záťaži, oslabené, zvýšene dráždivé, plačlivé, náladové, s pocitmi menejcennosti a pod. (Majzlanová, in predškolská výchova 2009/10)

3.5 Najčastejšie poruchy správania detí a ich diagnostika

Najskôr je nutné odlíšiť bežné hnevania, ktoré je charakteristické pre väčšinu detí v predškolskom veku a ktorým si dieťa dokonca musí prejsť, aby sa uskutočnil jeho prirodzený psychický vývoj. Pamätajme na základné pravidlo, že žiadne dieťa nie je úplne dobré a je jeho povinnosťou čas od času hnevať svojich rodičov a skúšať hranice, aby sa vo svete dokázalo lepšie orientovať. S takýmto bežným hnevaním rodičia dokážu zachádzať a zvládajú ho aj vlastnými silami. (Štípek, 2011)

Problémy, o ktorých budeme písať, už presahujú rámec bežného hnevania. Pre rodinu sa takéto chovanie stáva záťažou, trvá dlhšie časové obdobie a narúša domáci pokoj a spokojnosť. Charakteristickým znakom takýchto problémov sú napäté vzťahy v rodine, a to nie len medzi dieťaťom a rodičmi, ale aj medzi rodičmi navzájom (objavujú sa partnerské nezhody a výchovný nesúlad, rozdielne pohľady na výchovu detí), môžu sa tiež

zhoršovať súrodenecké vzťahy a problematika sa postupne rozširuje aj na širšiu rodinu a jej okolie. (Štípek, 2011)

3.5.1 Porucha pozornosti spojená s hyperaktivitou (ADHD)

Skratka ADHD pochádza z anglického „Attention Deficit Hyperactivity Disorder“, čo doslovnene preložené znamená „deficit (nedostatok) pozornosti, hyperaktívna porucha“ (alebo porucha pozornosti spojená s hyperaktivitou).

V minulosti sme sa mohli stretnúť aj s názvami ako „malá (alebo minimálna) mozgová dysfunkcia“ (MMD), „ľahká detská encefalopatia“ (LDE) alebo „ľahká mozgová dysfunkcia“ (LMD). V súčasnosti sa s týmito označeniami už stretávame len zriedkavo, najčastejšie v starších textoch alebo starších učebniciach.

Štípek (2011, s. 22) píše, že dieťa s diagnózou ADHD poznáme podľa troch hlavných čŕt:

- je hyperaktívne (nekludné, neposedné, stále v pohybe)
- je impulzívne (rýchle reakcie bez zábran a bez premyslenia)
- má problémy s pozornosťou (nedokáže sa dlhšie sústrediť, jeho pozornosť je ľahko a rýchlo unaviteľné).

Okrem týchto základných faktorov môžeme vidieť v rôznej miere aj ďalšie, napr. poruchy motoriky (deti sa javia ako neobratné a nešikovné), nižšia schopnosť sebaregulácie (horšie ovládajú a posudzujú svoje schopnosti), emočná nevyrovnanosť (časté striedanie nálad), problémy vo vzťahoch (ťažšie prispôsobenie sociálnym situáciám – ako medzi rovesníkmi, tak i s autoritami). Train (2001) rozdeľuje ADHD na tri podskupiny:

- a) Kombinovaná: u dieťaťa sa prejavujú príznaky nesústredenosti, a aj znaky hyperaktivity/impulzivity.
- b) S prevahou nepozornosti: u dieťaťa sa prejavuje viac príznakov súvisiacich s nepozornosťou ako príznakov súvisiacich s hyperaktivitou a impulzívnosťou

- c) S prevahou hyperaktivity/impulzivity: u dieťaťa sa prejavuje viac príznakov hyperaktivity/impulzivity, čo svedčí viac o hyperaktivite a impulzivite než o nepozornosti.

Diagnóza ADHD podľa MKCH-10 (1992) zodpovedá Hyperkinetickým poruchám. V 10. revízií medzinárodnej klasifikácie chorôb (MKCH-10) sú pod kódom F90-F98 obsiahnuté „Poruchy chovania a emócií so začiatkom obvykle v detstve a adolescencii“. Tu môžeme nájsť nasledujúce rozdelenie:

F90 HYPERKINETICKÉ PORUCHY

F90.0 Porucha aktivity a pozornosti

F90.1 Hyperkinetická porucha chovania

F90.8 Iné hyperkinetické poruchy

F90.9 Hyperkinetická porucha nešpecifikovaná

3.5.1.1 Diagnostika ADHD

Poruchu ADHD je ťažké zistiť skôr než okolo štvrtého či piateho roka veku dieťaťa, pretože u mladších detí obvykle nemôžeme rozlíšiť jej príznaky – deti málokedy dokážu pri nejakej činnosti vydržať v pokoji. Avšak mladšie deti s poruchou ADHD nie sú napr. schopné sedieť v pokoji ani pri jedle či rozprávke a rodičia ich popisujú ako celkovo nezvládnuteľné. Problémy sa zvyčajne zviditeľnia, keď dieťa začne chodiť do školy, kde sa mu však nedarí, pretože je nesústredené, alebo sa kvôli svojej hyperaktivite a impulzivite nedokáže prispôbiť určitým triednym pravidlám. (Train, 2001)

Hlavnými črtami ADHD sú narušená pozornosť a hyperaktivita. Obe tieto črty sú pre diagnózu nevyhnutné a majú byť viditeľné vo viac ako jednej situácii (napr. doma, v škole)

Narušená pozornosť sa prejavuje tým, že dieťa preruší predčasne prácu na nejakej úlohe a zanechá činnosť nedokončenú. Deti veľmi často prechádzajú od jednej činnosti k druhej, strácajú pozornosť v jednej úlohe, pretože ich pozornosť sa obracia už na inú úlohu, aj keď laboratórne štúdie zvyčajne nepreukazujú neobvyklý stupeň senzorickej alebo perцепčnej roztržitosti.

Podľa MKCH-10 (1992) by mali byť tieto aspekty nestálosti a nepozornosti diagnostikované iba vtedy, ak presahujú obvyklú mieru pre vek a IQ dieťaťa.

Pri hyperaktivite dieťa prejavuje nadmerný nepokoj, obzvlášť v situáciách, ktoré vyžadujú pomerný pokoj. Môže pobehovať alebo poskakovať najmä vtedy keď sa predpokladá, že bude sedieť, alebo je nadmerne uhovorené či hlučné alebo neposedné a vrtí sa. Štandardom pre posúdenie by mala byť veľmi vysoká aktivita dieťaťa v porovnaní s tým, čo sa očakáva v určitej situácii a v porovnaní so štandardom iných detí, ktoré majú rovnaké IQ. Táto črta chovania je najviac zrejماً v štruktúrovaných, organizovaných situáciách, ktoré vyžadujú vysoký stupeň sebakontroly chovania.

Pridružené črty nie sú dostačujúce ani nevyhnutné pre diagnózu, ale pomáhajú ju potvrdiť: dezinhibícia v sociálnych vzťahoch, nedbalosť v situáciách, ktoré môžu znamenať určité nebezpečenstvo, impulzívne porušovanie spoločenských pravidiel (dieťa sa napr. vnucuje do činnosti iných detí alebo ju prerušuje alebo predčasne či unáhľene odpovedá na otázky, ktoré ešte neboli dokončené, alebo má dieťa problémy s čakaním, až naň príde čas).

Často sa vyskytujú aj poruchy učenia a pohybová neobratnosť, a ak sú prítomné, mali by byť zaznamenané oddelene. Nemali by byť časťou aktuálnej diagnózy hyperkinetickej poruchy. (MKCH-10, 1992)

Pre hlavnú diagnózu nie sú príznaky porúch chovania vylučujúcim, ale ani zaradujúcim kritériom. Ich prítomnosť však tvorí základ pre hlavné rozčlenenie poruchy.

Charakteristické problémy s chovaním by mali začínať skoro už pred šiestym rokom dieťaťa a mali by mať dlhodobé trvanie. V predškolskom období sa však ťažko rozoznávajú vzhľadom k veľkým rozdielom v norme.

U detí v predškolskom veku by k diagnóze ADHD mal viesť iba extrémne závažný stupeň.

3.5.2 Porucha pozornosti (ADD)

Serfontein (1990) píše, že deti s poruchami pozornosti (ADD) môžeme rozdeliť do dvoch základných skupín.

Prvá podskupina zahŕňa celú škálu príznakov v oblasti poznávacích schopností, a aj v oblasti chovania. Môžeme sa tu stretnúť s poruchami pozornosti, krátkodobou pamäťou, s impulzívnosťou, nepoddajnosťou i zníženou psychickou odolnosťou.

Druhú podskupinu tvoria deti, ktoré majú problémy len v udržiavaní pozornosti, ďalej problémy s krátkodobou pamäťou a v niektorých prípadoch aj s vnímaním. Vzhľadom k tomu, že je tu menej povahových odlišností, môžu sa tieto deti ľahšie zaradiť medzi rovesníkov. Od svojich spolužiakov sa budú odlišovať iba pomalším pokrokom v učení.

3.5.2.1 Diagnostika ADD

K odhaleniu dysfunkcie v rannom období zvyčajne dochádza na základe podozrenia, že sa dieťa nevyvíja podľa očakávania.

Mnohé deti s poruchou ADD sa v prvom roku života vyznačujú poruchami spánku a ťažšie si osvojujú pravidelný rytmus bdenia a odpočinku. Niektoré deti málo jedia, niektoré zvracajú, alebo majú problémy pri kojení. Jedným z príznakov ADD môžu byť aj silné kolikové stavy, pokiaľ nie sú spôsobené alergiou. Viacerí rodičia si tiež všimli, že dieťa má odpor k noseniu v náručí. Už v prvých rokoch dieťaťa sú varovným signálom známky hyperaktivity, impulzívnosti či oneskorený vývoj reči.

Po nástupe dieťaťa do školy sa od neho očakáva, že vydrží chvíľu v pokoji sedieť a zúčastňovať sa diania v triede. Hyperaktívne dieťa to však nedokáže. Robí mu ťažkosť byť chvíľu ticho a veľmi ľahko sa rozruší.

Sociálna nezrelosť má za následok ich zníženú schopnosť hrať sa s ostatnými deťmi.

ADD diagnostikuje lekár, ktorý dieťa vyšetří a spraví s ním súbor testov. Jeho prvým krokom je preskúmanie zdravotných záznamov dieťaťa. Rodinná anamnéza zvyčajne odhalí slabé príznaky nezrelosti nervového systému aj u staršieho súrodenca. (Serfontein, 1990)

Úplný psychologickovzdelávací profil dieťaťa sa získava testom inteligencie a ďalej tiež vyhodnotením výsledkov základných učebných zručností. IQ test sa vykonáva z dvoch dôvodov. Prvým dôvodom je potreba zistiť celkové schopnosti dieťaťa a odhaliť závažné disproporcie medzi jeho predpokladmi a skutočnými výkonmi v základných učebných zručnostiach. Druhým dôvodom je to, že deti s ADD majú častokrát veľký rozptyl v jednotlivých hodnotách IQ testu. Tento test pozostáva z desiatich alebo jedenástich okruhov, ktoré sú zamerané na rôzne aspekty, ako je sústredenie, krátkodobá pamäť, vizuálne a sluchové vnímanie, chápavosť, logické myslenie a motorika. Deti s ADD v niektorých testoch vynikajú, v niektorých dosahujú priemerné hodnoty a v iných sú zas podpriemerné.

Dôležitou súčasťou komplexného hodnotenia dieťaťa je aj vyšetrenie na špeciálnych prístrojoch, pri ktorom sa overí, či dieťa trpí nezrelosťou centrálnej nervovej sústavy.

K celkovému vyšetreniu ďalej patrí tiež vyhodnotenie verbálnych a vyjadrovacích schopností, ktoré má v tejto oblasti problémy. (Serfontein, 1990)

3.5.3. Poruchy chovania

„Poruchy chovania (môžeme sa stretnúť aj s anglickou skratkou CD – conduct disorder) sú charakterizované dlhšie trvajúcim agresívnym, vzdorujúcim, opozičným, silno negativistickým, antisociálnym alebo delikventným chovaním.“ (Štípek, 2011, s. 26) Takýto spôsob chovania je závažnejší, trvalejší a spoločensky viac obťažujúci ako bežné detské hnevania. Odlíšenie od ADHD je niekedy veľmi ťažké, pretože obe diagnózy sa častokrát v mnohých oblastiach prekrývajú alebo existujú zároveň vedľa seba.

V10. revízií Medzinárodnej klasifikácie chorôb (MKCH-10, 1992) sú pod kódom F90-F98 obsiahnuté „Poruchy chovania a emócií so začiatkom obvykle v detstve a adolescencii“. Tu môžeme nájsť nasledujúce rozdelenie:

F91 PORUCHY CHO VANIA

F91.0 Porucha chovania vo vzťahu k rodine

F91.1 Nesocializovaná porucha chovania

F91.2 Socializovaná porucha chovania

F91.3 Porucha opozičného vzdoru

F91.8 Iné poruchy chovania

F91.9 Porucha chovania nešpecifikovaná

Pri posudzovaní porúch chovania je dôležité zohľadniť vek dieťaťa a častosť takého chovania. To, že je dieťa nahnevané, že odvráva alebo neposlúcha, ešte nutne neznamena, že má práve poruchu chovania. Takéto ojedinelé chovanie, aj keď sa jedná o disociálne chovanie alebo trestnú činnosť, sa nedá diagnostikovať ako porucha chovania, pretože takéto chovanie musí byť dlhotrvajúce (aspoň šesť mesiacov) a opakované. (Štípek, 2011)

Päť charakteristík dieťaťa s poruchou emócií a chovania podľa Bowera (in Štípek, 2011, s. 55)

1. Neschopnosť sa učiť – pokiaľ ju nemôžeme vysvetliť intelektovými, zmyslovými alebo zdravotnými problémami.
2. Neschopnosť nadväzovať uspokojivé sociálne vzťahy s rovesníkmi a s učiteľmi.
3. Neprimerané chovanie, emotívne reakcie v bežných podmienkach.
4. Celkový výrazný pocit nešťastia alebo depresie.
5. Tendencia vyvolávať somatické symptómy, ako je bolesť, strach, a to v spojení so školskými problémami.

3.5.3.1 Diagnostika porúch chovania

Pri posudzovaní, či ide o poruchu chovania, by sa do úvahy mal brať vývojový stupeň dieťaťa. Pretože napríklad výbuchy zlosti sú bežnou súčasťou

vývoja trojročného dieťaťa a iba ich prítomnosť by nemala byť dôvodom pre diagnózu. Rovnako tak aj porušovanie občianskych práv iných osôb (napr. násilným činom) nie je v moci sedemročných detí, a preto nie je nevyhnutným diagnostickým kritériom pre túto vekovú skupinu.

Príklady chovania, na ktorých je táto diagnóza založená, zahŕňajú nadmerné bitky alebo tyranizovanie slabších a bezbrannejších, krutosť k iným ľuďom alebo zvieratám, závažné ničenie majetku, zakladanie ohňa, krádeže, opakované klamanie, úteky z domu, mimoriadne časté a intenzívne výbuchy zlosti, vzdorovité a provokatívne chovanie a trvalú silnú neposlušnosť. Každá z uvedených kategórií, pokiaľ je výrazná, stačí k potvrdeniu diagnózy, avšak ojedinelé disociaľné činy pre túto diagnózu nepostačujú.

Kritériá, ktoré túto diagnózu vylučujú zahŕňajú neobvyklé, ale závažné stavy ako napr. schizofrénia, hyperkinetický syndróm, pervazívna vývojová porucha, mánia a depresia.

Túto diagnózu sa neodporúča stanoviť, pokiaľ takéto chovanie netrvá aspoň šesť mesiacov a dlhšie. (MKCH-10, 1992)

3.5.4 Porucha opozičného vzdoru

Porucha opozičného vzdoru sa môže vyskytnúť u detí od dvoch do 8-9 rokov. Táto porucha zahŕňa prejavy správania, ktoré signalizujú narušený vzťah dieťaťa k autorite a neschopnosť chovať sa podľa bežných noriem prezentovaných touto autoritou, spôsobom zodpovedajúcim úrovni jeho veku. Deti s poruchou opozičného vzdoru bývajú obvykle neposlušné, vzdorovité a veľmi ťažko zvládnuteľné. Vo vzťahu k autorite bývajú tieto deti odmietavé a negativistické, k iným ľuďom sa chovajú ľahostajne, necitlivo niekedy aj agresívne. Často sú emočne labilné, dráždivé, majú zníženú frustračnú toleranciu. Ľahko reagujú zlostne (rozbíjaním vecí, nadávkami či agresívnymi útokmi). Afektné ataky dieťaťa bývajú reakciou na požiadavky jeho rodičov, ktoré ho obmedzujú a ktoré prežíva ako subjektívne neúnosné. Táto porucha sa

často rozvíja na báze syndrómu hyperaktivity (ADHD) a je bežnejšia u chlapcov. (Graham a kol., in Vágnerová, 2004)

3.5.4.1 Diagnostika poruchy opozičného vzdoru

Podstatným znakom poruchy opozičného vzdoru je negativistické, vzdorovité, provokatívne a rušivé správanie, ktoré je jasne mimo rámec normálneho správania pre dieťa rovnakého veku a rovnakého sociokultúrneho zázemia a ktoré nezahrňuje vážnejšie narušovanie práv druhých, ako je vyjadrené agresívnym a disociálnym správaním špecifikovaním pre kódovanie poruchy chovania F91.0 a F91.2. Deti s takouto poruchou majú obyčajne sklon vzpierať sa požiadavkám dospelých a pravidlám a úmyselne trápiť iných. Mávajú tendenciu byť zlostné a podráždené a ľahko rozčúlené inými, ktorých obviňujú zo svojich vlastných chýb a jednaní. Všeobecne mávajú nízku frustračnú toleranciu, rýchlo a ľahko strácajú svoju duševnú rovnováhu. Vzdorovitosť týchto detí má typickú provokatívnu kvalitu, takže podnecuje konfrontácie a obyčajne prejavuje neprimeranú mieru hrubosti a odpor voči autorite.

Takéto chovanie sa často a najzreteľnejšie prejavuje v interakciách s dospelými či rovesníkmi, ktorých dieťa dobre pozná.

Príznaky tejto poruchy teda nemusia byť jasné behom klinického interview.

Hlavným rozlišovacím znakom od iných porúch chovania je neprítomnosť chovania porušujúceho zákony a základné práva druhých, akým je krádež, surovosť, týranie a ničenie. Výrazná prítomnosť čohokoľvek z vyššie uvedeného túto diagnózu vylučuje. Opozičné vzdorovité chovanie je často zisťované aj u iných typov porúch chovania. Ak je prítomný iný typ poruchy (F91.0-F91.2), mala by sa dať pri hodnotení prednosť jemu pred opozične vzdorovitou poruchou. (MKCH-10, 1992)

PRAKTICKÁ ČASŤ

V štvrtej kapitole, praktickej, sa zameriavame na prieskumnú časť diplomovej práce. Najskôr sa venujeme vymedzeniu prieskumného cieľa, stanoveniu hypotéz, metódam a metodológií prieskumu, ktoré budú v praktickej časti diplomovej práce použité, charakteristike priebehu prieskumu, prostredia a popisu vybraných prípadov. Časť tejto kapitoly venujeme záverom a odporúčaniam.

4. CIEĽ PRIESKUMU

Cieľom praktickej časti a projektu realizovaného v rámci diplomovej práce bude vypracovanie kazuistík detí, ktoré majú problémy v oblasti správania, ako jednej z metód špeciálopedagogickej diagnostiky a na týchto prípadoch poukázať na význam včasnej a správnej diagnostiky problémového správania v predškolskom veku.

Pre tento prieskum boli stanovené nasledujúce hypotézy:

Hypotéza č.1

Spolupráca rodičov s materskou školou je významná pre správne výchovné vedenie dieťaťa a rozvíjanie jeho osobnosti.

Hypotéza č.2

Správna a včasná špeciálopedagogická diagnostika prispieva v rámci procesu integrácie k začleňovaniu do ďalšieho výchovno-vzdelávacieho procesu.

4.1 Metódy prieskumu

V praktickej časti diplomovej práce sme využili kvalitatívny výskum. Pre potreby nášho výskumu sme si zvolili nasledovné metódy: Pozorovanie, ktoré Valachová (2008, s. 9) definuje, že: *„Je to proces systematického sledovania a zaznamenávania prejavov správania dieťaťa s cieľom rozhodnúť, o optimálnom pedagogickom vedení a rozvoji osobnosti.“* Rozhovor, výhodou ktorého je, že nezískavame len nové poznatky, ale môžeme pri ňom uplatniť aj spätnú väzbu. Ďalej tiež literárnu metódu a analýzu dokumentov. Kazuistiku o ktorej Vašek (2006, s. 70) píše: *„Táto metóda spočíva v dôkladnom štúdiu všetkých dostupných písomných a iných materiálov o postihnutom či narušenom jedincovi, v ich diagnostickom zhodnotení a formulovaní záverov.“*

4.2 Priebeh prieskumu

V prieskume sa zameriavame na opis obrazu troch detí predškolského veku, ktoré sa javia ako problémové. Pozorovanie prebiehalo nepravidelne v rôznych časových úsekoch. Jednotlivé kazuistiky boli zostavené za pomoci rozhovorov s rodičmi, učiteľkami materských škôl, vlastným zúčastneným pozorovaním a analýzou odbornej literatúry. Kazuistiky zahŕňajú údaje o vývoji, súčasnom stave detí a okolnostiach, ktoré ich mohli ovplyvniť.

Dokumenty potrebné k získaniu informácií poskytli riaditeľky materských škôl, samozrejme za podmienky dodržania anonymity, preto sú mená v kazuistikách zmenené. Rozhovory boli neštruktúrované, bez vopred pripravených otázok. Uskutočňovali sa behom alebo po pozorovaní jednotlivých detí.

Súvisiace rozhovory s rodičmi a učiteľkami materských škôl boli zamerané na zisťovanie ďalších informácií. Rodičom sme vysvetlili účel svojho prieskumu a dohodli sa na zrealizovaní rozhovorov s nimi. Rozhovory boli realizované na vopred dohodnutých miestach, podľa vopred pripravených otázok.

4.3 Charakteristika prostredia a prieskumnej vzorky

Prieskumnú vzorku tejto diplomovej práce, tvoria traja chlapci predškolského veku, ktorý tretí rok navštevujú materskú školu a u ktorých sa prejavujú problémy v oblasti správania. Všetci traja chlapci navštevujú bežnú materskú školu. Pre pridržiavanie sa princípu taktnosti a ohľaduplnosti neuvádzame mená detí, ani žiadne osobné informácie. U každého dieťaťa prikladáme charakteristiku prostredia materskej školy, ktorú navštevuje.

4.4 Výsledky prieskumu

4.4.1 Kazuistika č. 1

Meno: Marek

Pohlavie: chlapec

Vek: 6 rokov

Dĺžka pobytu v MŠ: tretí rok

Diagnóza: ADHD

Rodinná anamnéza

Marek pochádza z úplnej rodiny. Rodina je štvorčlenná, jednogeneračná. Marek má jedného súrodenca – mladšiu sestru. Rodičia sú manželia. Matka aj otec sú zdraví. Obaja rodičia stredoškolsky vzdelaní, zamestnaní. S výchovou pomáha babička, ktorá pomáha so strážením detí. Rodina žije v trojizbovom byte. Po pôrode otec nejaký čas nežil s rodinou pre manželské nezhody. V súčasnosti žijú všetci spoločne. Bytové podmienky sú dobré, prostredie je čisté. Ekonomické podmienky sú priemerné, obaja rodičia pracujú. Dieťa chodí čisté, upravené. Výchova dieťaťa je viacmenej na matke. Otec sa viac venuje pracovným povinnostiam. Spolupráca s materskou školou je zo strany rodičov slabá.

Osobná anamnéza

Matka uvádza, že Marek je dieťa z prvého pôrodu. Matka predtým bola tehotná dvakrát. V prvom prípade bola na potrate v druhom prípade potratila samovoľne. Tehotenstvo bolo neplánované. Tehotenstvo s Marekom bolo rizikové. Pôrod umelo vyvolaný. Marek mal po pôrode váhu 3170 kilogramov a dĺžku 42 cm. Motorický vývin: skoro stál, chodil. Vývin reči oneskorený. Je pravák. Marek má jedného súrodenca, mladšiu sestru. Vzťah so sestrou je normálny ako u iných súrodencov. Má problém nájsť si kamarátov a udržať si kamarátstvo. Na matku je dosť upätý.

Pedagogická anamnéza

Marek navštevuje tretí rok materskú školu. Integrácia prebehla v poriadku. Je impulzívny, hlučný, vykrikuje, často sa hlási aj keď nepozná odpoveď. Impulzivita – v správaní aj pri rozprávaní. Hiperaktivita – ťažkosti zo zaspávaním aj pri spoločnom stolovaní. To potvrdila aj matka. V domácom prostredí má tiež problémy so spánkom aj stolovaním. Strieda činnosti. Cieľavedomosť je kolísavá – dokáže sa dlhšie venovať tomu čo ho baví. Ak sa mu však nedarí rýchlo sa vzdáva. Marek má problémy s koncentráciou pozornosti. Lepšie sa sústreďí pri pohybovej činnosti, alebo činnosti ktorá ho baví. Na jeho pozornosť vplýva únava. Relaxuje pri hre.

Marek bol do materskej školy prijatý ako dieťa zdravé, bezproblémové. Rodičia uviedli iba to, že je nadmerne živý. V prvých mesiacoch návštevy materskej školy si učiteľky všimli zvláštnosti v chovaní dieťaťa. Na základe toho si riaditeľka od rodičov vyžiadala vyšetrenie u psychológa. Najskôr toto vyšetrenie rodičia odmietali. Po viacerých výzvach zo strany učiteliek a riaditeľky Marek vyšetrenie absolvoval.

Správa o psychologickom vyšetrení

Marek vyšetrenie absolvoval na návrh učiteliek a riaditeľky materskej školy. Na vyšetrenie prišiel v sprievode matky. Vyšetrenie potvrdilo diagnózu ADHD – porucha aktivity a pozornosti. Organické poškodenie mozgu a centrálnej nervovej sústavy v prenatálnom období.

Zo správy sme vybrali: Chlapec pri vyšetrení spolupracuje. Je nekludný, rozptyľuje sa rôznymi podnetmi. Vypytuje sa. Vrtí sa na stoličke. Pozornosť je krátkodobá. Rozumové schopnosti sú v pásme normy. Kresba dieťaťa je nezrelá. Lateralita ruky a oka skrížená – vedúce oko je ľavé, vedúca ruka je pravá. Reč je dyslalická.

Jemná motorika

Vedúca ruka je ľavá, vedúce oko je pravé. Lateralita vyhranená od minulého roku. Zlé držanie ceruzky. Kreslenie ho až tak nebaví, viac ho baví modelovanie, stavanie kociek alebo skladanie puzzle.

Hrubá motorika

Hiperaktivita sa prejavuje hlavne pri hre a sedení pri stole. Žiadne väčšie nápadnosti v tejto oblasti nie sú. Koordinácia sa zlepšuje. Udrží rovnováhu bez problémov. Chôdza je dobrá, nezakopáva. V priestore sa orientuje dobre.

Reč

Reč je dyslalická, niekedy ťažko zrozumiteľná. Vyjadrovanie v krátkych vetách. Dvakrát týždenne s ním pracuje logopedička. Aj napriek tomu nie sú u Mareka väčšie pokroky. Rodičia to doma zanedbávajú a nerobia artikulčné a dychové cvičenia. Aj keď má dieťa komunikačné problémy má vysokú úroveň verbálneho myslenia. Má rád rozprávky a riekanky. Má problémy so zapamätávaním kratšieho textu. Nedokáže udržať rytmus. Rád rozpráva o svojich zážitkoch.

Komunikácia

Aj napriek problémom s deťmi komunikuje bez ostychu. Rozpráva aj sám pre seba. Často rozpráva nahlas a čokoľvek čo ho napadne. Dá sa povedať že je uhovorený, hlučný. Jeho rozprávanie je často nesúvisle – voľné asociácie. Rozpráva sa aj s cudzími ľuďmi, najčastejšie dospelými.

Sebaobsluha

Pri hygiene, obliekaní a stolovaní je potrebný stály dozor. Je nesamostatný. Pri spoločnom stolovaní sa hrá s jedlom, vrtí sa na stoličke, dobiedza do druhých detí.

Intelektové a vôľové vlastnosti

Vývoj je rovnomerný, zaostáva len krátkodobá sluchová pamäť. Verbálne myslenie a schopnosť abstrakcie sú v norme. Správne priradí dva obrázky, dokáže určiť geometrické tvary, číselný rad zvládne doplniť do štyri, ovláda matematické pojmy, pozná predmety dennej potreby aj ich použitie, pozná zvieratá.

Pracovné tempo má nerovnomerné. Často sa mu nechce vykonávať zadané úlohy. Potrebuje motiváciu. Najradšej robí to, čo si vyberie sám. Rád robí to v čom sa mu darí. Problém mu robí činnosť v ktorej sa mu dlhšie nedarí. Má však snahu učiť sa nové veci, niečo zvládnuť. Ak sa mu v činnosti darí, potrebuje pochvalu, či odmenu. Často sa jej u učiteliek a aj doma dožaduje. Niekedy sa pochváli aj sám. V materskej škole má spätnú väzbu aj od ostatných detí. Teší sa keď sa mu niečo podarí. Ťažkosti mu robí aj sústredenie. Potrebuje niečím zaujať. Dokáže sa sústrediť približne 10 minút.

Hra a pracovné činnosti

Marekova hyperaktivita sa prejavuje hlavne pri hre a v činnosti. Po príchode do materskej školy mal veľké problémy hrať sa s ostatnými deťmi. Bral deťom hračky, napádal ich, strkal, búchal, hrízol, kopal. Keď sa mu v spoločnej hre s deťmi nedarilo bol výbušný napr. rozhádzal človeče nehnevaj sa, pexeso... Často sa hral sám. Kazil hru ostatných detí napr. búral pieskový hrad, stavebnice...Mal problémy v riešení konfliktných situácií.

Situácia sa zlepšila vhodným prístupom učiteliek. Lepšie sa zaradil aj do kolektívu detí. Marek je rád vedúcim. Hnevá sa keď ho deti neposlúchajú.

Sociálne kontakty

Marek ťažko nadväzuje priateľstvá a ťažko si ich aj udržiava. Návšteva materskej školy je pre jeho socializáciu vhodná. Po príchode do materskej školy sa ho pre jeho často výbušné chovanie niektoré deti báli a nemali ho radi. Často šaškuje a predvádza sa. Vyžaduje si neustálu pozornosť. Je rád keď ho deti poslúchajú, keď je vodcom. Konflikty vznikajú v situáciách keď to tak nie je. Deti sa časom naučili v tomto prípade ustúpiť.

Marekov vzťah s mladšou sestrou je normálny ako u iných súrodencov. Do nej Marek tiež dobiedza ako do iných detí, kope ju, hrizie, ale aj napriek tomu sa majú radi.

Pre svoju zhovorčivosť sa často rozpráva a zoznamuje aj s cudzími ľuďmi. Rozumie si aj s deťmi mladšieho veku.

Charakteristika materskej školy

Jedná sa o bežnú materskú školu, ktorá sa nachádza v peknom a tichom prostredí, je vzdialená od hluku a rušnej komunikácie. K materskej škole patrí aj dvor, ktorý je ohradený, vhodne členený. Areál je rozdelený na trávnatú časť určenú na rôzne pohybové aktivity a ihrisko s množstvom pieskovísk, preliezok a lavičiek.

Materská škola je štvortriedna, deti sú rozdelené do tried podľa veku. 1. trieda (3 ročné deti) 2. trieda (4 - 5 ročné deti), 3. trieda (4 - 5, 5 - 6 ročné deti) 11 detí - rok pred plnením povinnej školskej dochádzky, 4. trieda (5 - 6 ročné deti) Materská škola je prevádzkovaná od 6.30 do 17.00 hod.

Zameriava sa na uplatňovanie kvalitnej predškolskej výchovy, humánnych podmienok, rozvíjanie partnerského vzťahu učiteľ – dieťa. Rešpektuje potreby, záujmy aj osobnosť dieťaťa. Podporuje jedinečnosť a individualitu každého dieťaťa

Cieľom tejto materskej školy je upevňovať a rozvíjať fyzický, psychický a sociálno-emocionálny rozvoj dieťaťa, rozvíjať osobnosť - rešpektovať práva dieťaťa, individuálne osobitosti, a rozvíjať zmysel pre plnenie požiadaviek, rozvíjať zodpovednosť, fantáziu, tvorivosť, rozumové procesy, pamäť, reč a city, podporovať komunikačné schopnosti a zlepšovať

ich (logopedická starostlivosť v spolupráci s rodičmi), pripraviť deti predškolského veku na vstup do základnej školy.

Interpretácia rozhovoru s Marekovou učiteľkou

1. Aké je vaše vzdelanie?
„Stredná pedagogická škola s maturitou“
2. Ako dlho pôsobíte v praxi?
„V praxi pôsobím 9 rokov.“
3. S akými problémami v oblasti správania u detí v predškolskom veku sa v materskej škole najčastejšie stretávate?
„Najčastejšie je to hyperaktivita, detský vzdor, neposlušnosť“
4. Aké formy spolupráce s odborníkmi rodičom odporúčate?
„Spoluprácu s psychológom, špeciálnym pedagógom, logopédom.“
5. Predstavuje takéto dieťa vo vašej triede nejakú špeciálnu starostlivosť?
„Áno, musíme sa mu venovať viac ako ostatným. Jednak kvôli nemu samotnému a tiež kvôli bezpečnosti. Vyžaduje neustály dohľad, či už pri jedle, alebo vychádzkach.“
6. Uvítali by ste pomoc asistenta?
„Mať tu asistenta by bolo dobré. Venovať zvýšenú pozornosť jednému dieťaťu pri ostatných deťoch je dosť náročné.“
7. Ako hodnotíte spoluprácu s rodinou?
„Otca často nevidáme. Spolupráca s matkou bola spočiatku ťažká, nakoľko si nechcela priznať, že Marek má problémy v správaní a odmietala navštíviť psychológa. Druhým rokom sa spolupráca zlepšila.“

Interpretácia rozhovoru s Marekovou matkou

1. Čo bolo pre Vás prvým signálom, ktorý viedol k podozreniu problémov v oblasti správania?
„Upozornili nás nato učiteľky a riaditeľka materskej školy.“
2. Objavili sa niektoré prejavy u dieťaťa skôr ako v období predškolského veku?

„Už od malička bol veľmi živý, nevydržal na jednom mieste, stále niečo vymýšľal. Mysleli sme, že je to len detská nezbednosť a že z toho vyrastie.“

3. Kde prebehlo vyšetrenie?

*„V pedagogicko-psychologickej poradni
a v centre špeciálnopedagogického poradenstva.“*

4. Aké boli Vaše pocity bezprostredne po diagnostikovaní problémov v správaní dieťaťa?

„Zmetené, nevedeli sme čo bude ďalej.“

5. Bolo Vám postihnutie vysvetlene? Ak áno, kým?

„Áno. Dostali sme dosť veľa informácií. Psychológom, špeciálnym pedagógom.“

6. Akú materskú školu navštevuje Vaše dieťa? Koľko rokov?

„Marek navštevuje bežnú materskú školu tretí rok.“

7. Myslíte si, že k Vášmu dieťaťu pristupujú v materskej škole inak ako k ostatným?

„Áno, venujú mu špeciálnu pozornosť, ved' to ani inak nejde. Má individuálny výchovnovzdelávací program. Učiteľky sa mu snažia všetko vysvetliť, chovajú sa k nemu pekne.“

Odporúčania

Z rozhovorov s rodičmi a učiteľkami, z vyšetrení odborníkov a z vlastného pozorovania vyplýva niekoľko odporúčení: medikamentózna liečba, spolupráca s logopédom, spolupráca s PPP, vhodné výchovné pôsobenie zo strany rodičov, spolupráca rodičov s materskou školou, striedanie denných aktivít, relaxačné cvičenia, pobyt v kolektíve, prehlbovanie komunikačných zručností, pracovných a hygienických návykov, rozvíjanie jemnej motoriky, nácvik riešenia konfliktov.

4.4.2 Kazuistika č. 2

Meno: Adrián

Pohlavie: chlapec

Vek: 6 rokov

Dĺžka pobytu v MŠ: tretí rok

Diagnóza: neurčená

Rodinná anamnéza

Adrián pochádza z úplnej rodiny. Rodina je trojčlenná, jednogeneračná. Nemá súrodencov – je jedináčik. Rodičia sú manželia. Obaja sú zdraví. Rodičia sú stredoškolsky vzdelaní, zamestnaní. Matka pracuje na pošte a otec pracuje v banke. S výchovou pomáhajú starí rodičia z oboch strán. Pomáhajú so strážením. Rodina žije v rodinnom dome. Bytové podmienky sú dobré, prostredie je čisté. Ekonomické podmienky sú dobré, obaja rodičia pracujú. Dieťa chodí čisté, niekedy pôsobí neupraveným dojmom, čo je spôsobené tým, že je stále v pohybe.

Výchova dieťaťa trochu odlišná. Matka je prísnejšia. Otec benevolentnejší. Spolupráca s materskou školou sa dá hodnotiť ako zlá.

Matka bola trochu v rozpakoch, že sme si vybrali práve jej dieťa pre svoj prieskum „Špeciálnopedagogická diagnostika problémových detí predškolského veku“, ale všetky potrebné informácie nám poskytla dobrovoľne.

Osobná anamnéza

Matka uvádza, že Adrián je dieťa z prvého pôrodu. Matka predtým tehotná nebola. Tehotenstvo bolo plánované, bezproblémové. Pôrod týždeň pred termínom. Adrián mal po pôrode váhu 2850 gramov a dĺžku 45 cm. Vývin reči normálny. Je pravák. Presnejšie informácie nie sú známe.

Pedagogická anamnéza

Adrián navštevuje tretí rok materskú školu. Integrácia prebehla v poriadku. Po nástupe do materskej školy pôsobil nenápadne, ako tiché dieťa. Väčšinou sa hral sám. Nezapájal sa do kolektívnych aktivít. Vydržal pri činnostiach ktoré ho zaujali. Ťažšie nadväzoval vzťahy s ostatnými deťmi.

Adrián bol do materskej školy prijatý ako dieťa zdravé, bezproblémové. Na základe dlhodobých zvláštností chovania učiteľky požiadali rodičov o psychologické vyšetrenie. Adriánova mama nepriniesla správu iba sa vyjadrila, že vyšetrenie potvrdilo, že dieťa je zdravé.

Jemná motorika

Do minulého roku používal prednostne ľavú ruku. Tento rok je lateralita už vyhranená. Adrián je pravák.

Držanie ceruzky je zlé. Adrián drží ceruzku v dlani, čo spôsobuje prílišný tlak a zhoršenie plynulosti pohybu. Vidieť to aj na kresbe, ktorá je kostrbatá tlačaná. Uvoľňovacie cviky nepomáhajú. Kreslenie nie je jeho obľúbenou činnosťou. Nerád pracuje aj s nožnicami a lepidlom. Jeho práce sú často neúhladné, pokrčené.

Po nástupe do materskej školy zle držal príbor. Málokedy vydrží pri činnosti v pokoji. Často šaškuje, alebo robí opakované pohyby.

Hrubá motorika

Po nástupe do materskej školy bola veľmi slabo vyvinutá hrubá motorika. Adrián v tejto oblasti robí pokroky. Jeho pohyby sú stále zvláštne a ťažkopádne. Problémy má aj s koordináciou končatín a orientáciou.

Reč

Adriánova reč je na dobrej úrovni. Má bohatú slovnú zásobu. Tvorí rozvité vety.

Komunikácia

Pri rozhovore nepoužíva prejavy neverbálnej komunikácie ako pohľad, mimiku a gestá. Mimiku a rôzne gestá používa často, ale nemajú komunikačnú funkciu.

Nevie rozlíšiť odstup od osoby s ktorou komunikuje, často stojí veľmi blízko. Skáče do reči ostatným deťom aj učiteľkám. Robí mu problém počkať, kým príde k slovu napr. ťahá učiteľky za oblečenie aby upútal ich pozornosť. Často rozpráva nahlas a čokoľvek čo ho napadne. Jeho rozprávanie je často nesúvisle – voľné asociácie. Individuálna komunikácia je súvislá. Niekedy mu ťažko rozumieť, hlavne keď je nervózny. Väčší problém mu robí komunikácia v skupine, vtedy sa nezapája, alebo len veľmi málo.

Sebaobsluha

Pri hygiene, obliekaní a stolovaní je samostatný. Po príchode do materskej školy sa vyskytovali len drobné problémy. Zle držal príbor – v pästi. Mierne problémy mu robilo zaväzovanie šnúrok a prezliekanie – stalo sa, že mal veci oblečené na ruby.

Intelektové a vôľové vlastnosti

Adrián má široký všeobecný prehľad, jeho znalosti sú encyklopedické, má však pomerne obmedzený rozsah tém, ktoré ho zaujímajú. Zaujímajú ho autá, motorky, vlaky, astrológia. Častokrát o nich rozpráva. Prevažuje logické myslenie. Je zvedavý a rád poznáva nové veci.

Má dobrú mechanickú pamäť. Pamätá si detaily a veľmi dobre reprodukuje. So získanými informáciami ale nevie dobre pracovať. Pri spoločnej činnosti neraz hovorí o niečom inom. Pri individuálnej činnosti naopak vie reprodukovať všetko o čom sa hovorilo.

Jeho predstavivosť je veľmi veľká, mnoho krát pôsobí „ako by mal vlastný svet“.

Chápe a presne používa matematické pojmy, pozná čísllice, dokáže sčítat' a odčítat' prirodzené čísla v obore do dvadsať, pozná farby. Dokáže sám plynule čítať. Učiteľky v materskej škole sa domnievajú, že je nadpriemerne

inteligentný. Sústredenosť sa zvyšuje pri činnostiach, ktoré ho bavia. Je súťaživý a cieľavedomý.

Hra a pracovné činnosti

Najskôr sa Adrián nezapájal do aktivít spoločne s druhými deťmi. Väčšinou sa hral sám. Hra ostatných detí ho nezaujímala, bol orientovaný na seba. Mnohokrát sa hrá s rovnakými hračkami. Jeho obľúbené hračky sú autíčka, vláčiky alebo stavebnice. Spoločenské hry ako napr. človeče nehnevaj sa chce hrať sám, nechce svoju hru prispôbovať iným deťom.

V druhom roku návštevy materskej školy sa začal zapájať do spoločných hier. V týchto hrách je súťaživý a cieľavedomý. Hry s inými deťmi chce riadiť a rozkazuje im. Je preňho dôležité, aby dodržiavali pravidlá hry, pokiaľ to tak nie je odíde z hry a hrá sa radšej sám. Má problémy pri riešení konfliktov, preto sa im radšej vyhýba.

Podobne sa chová aj pri spoločných pracovných činnostiach. Ako sme už písali, do spoločných činností sa príliš nezapája, neraz hovorí o niečom inom. Pri individuálnej činnosti s učiteľkou naopak vie reprodukovať všetko o čom sa hovorilo.

Jeho sústredenosť sa zvyšuje pri činnostiach, ktoré ho bavia. Dokáže sa sústrediť a dokončiť činnosti ktoré si vyberie sám. Pri činnostiach, ktoré ho nezaujímajú sa rýchlo unaví napr. pri kreslení.

Sociálne kontakty

Adrián ťažko nadväzuje priateľstvá a ťažko si ich aj udržiava. Návšteva materskej školy je pre jeho socializáciu vhodná, nakoľko je v kolektíve detí.

Ako sme už písali po nástupe do materskej školy pôsobil nenápadne, ako tiché dieťa. Väčšinou sa hral sám. Nezapájal sa ani do kolektívnych aktivít. Sociálne kontakty nevyhľadáva. V triede materskej školy zapadne medzi hrajúce sa deti. Pri dlhšom pozorovaní však zistíme, že sa hrá neraz sám v hlúčku detí. Niekedy sa hrá na okraji napr. vtedy keď mu vadí hluk.

Pri spoločnej činnosti presadzuje svoje záujmy, chce ju riadiť, rozkazuje ostatným deťom. Vyžaduje dodržiavanie pravidiel. Vo dvojiciach pracuje nerád a nekomunikuje veľmi málo.

Adaptabilita je tiež problémová. Adrián nemá rád zmeny vybočenie z každodenných činností. Narušenie stereotypu a jeho rituálov znáša ťažko, čo sa prejavuje plačom, alebo sa urazí.

Fyzické kontakty sú minimálne, okrem situácií, keď sa dožaduje pozornosti učiteľky napr. ťahanie za oblečenie, ťahanie za ruku.

Vzťah Adriána s rodičmi môžeme hodnotiť ako dobrý. Vyrastá v harmonickej, úplnej rodine. Obaja rodičia sa mu dostatočne venujú. Cudzím dospelým ľuďom dôveruje, dokáže sa s nimi rozprávať. Dokáže s nimi udržať očný kontakt a reaguje na otázky.

Charakteristika materskej školy

Jedná sa o bežnú materskú školu. V tejto materskej škole sa snažia dať deťom dostatok príležitostí na ich telesný i duševný rozvoj, posilňovať schopnosť sebahodnotenia a hodnotenia, k vyjadrovaniu názorov, postojov, poznatkov, k uplatneniu zručností, skúseností a návykov. Pri rozvoji poznávania a socializácie dieťaťa je prioritou hra, pri ktorej sa rešpektuje individuálny rozvoj. Prostredie tried v materskej škole je vytvorené tak, aby každé dieťa malo možnosť realizovať sa a byť aktívne.

Prioritou je snaha dať deťom dostatok príležitosti na ich telesný aj duševný rozvoj, rozvíjanie emocionálnej inteligencie, posilňovať schopnosť sebahodnotenia, rozvoj grafomotorických a komunikačných schopností dieťaťa.

Vekové zloženie tried je: trieda 5-6 ročných, trieda 4-5 ročných, trieda 3-4 ročných a trieda 2,5 - 3 ročných detí.

Materská škola v prípade zaškolenia zdravotne a mentálne postihnutých detí spolupracuje so zariadeniami špeciálno-pedagogického poradenstva a pedagogicko-psychologického poradenstva.

Interpretácia rozhovoru s Adriánovou učiteľkou

1. Aké je vaše vzdelanie?
„Mám strednú pedagogickú školu.“
2. Ako dlho pôsobíte v praxi?
„V praxi pôsobím 15 rokov.“
3. S akými problémami v oblasti správania u detí v predškolskom veku sa v materskej škole stretávate?
„Stretávame sa s hyperaktivitou, neposlušnosť, uzavretosťou“
4. Aké formy spolupráce s odborníkmi rodičom odporúčate?
„Rodičom odporúčame spolupracovať s logopédom, psychológom, špeciálnym pedagógom, neurológom.“
5. Predstavuje takéto dieťa v triede nejakú špeciálnu starostlivosť?
„Áno, musíme sa mu viac venovať, dohliadať naňho, byť trpezlivé“
6. Uvítali by ste pomoc asistenta?
„Určite áno. Bolo by lepšie keby mal asistenta, ktorý by sa mu mohol venovať, lebo my sa mu pri ostatných deťoch nemôžeme venovať ako by potreboval.“
7. Ako hodnotíte spoluprácu s rodinou?
„Adriánova mama si nepriznáva, že chlapec má problémy, takže ako zlú.“

Vzhľadom k tomu, že matka problémy dieťaťa popiera, sme rozhovor s rodičom v tomto prípade nerobili.

Odporúčania

Na základe poznatkov a odporúčaní špecialistov, by učiteľka mohla zostaviť individuálny výchovno-vzdelávací program. Nakoľko Adrián nemá oficiálnu diagnózu z PPP alebo ŠPC musia k nemu učiteľky pristupovať ako k problémovému dieťaťu s nevhodným, rušivým správaním. Matka akékoľvek postihnutie popiera, a má vlastnú predstavu výchovy, a pokiaľ sa nerozhodne problém riešiť, nemôžu učiteľky v materskej škole robiť nič. Je možné, že

problémy sa ukážu pri posudzovaní školskej zrelosti, alebo po nástupe do prvej triedy základnej školy, a rodičia budú musieť situáciu riešiť.

4.4.3 Kazuistika č. 3

Meno: Matúš

Pohlavie: chlapec

Vek: 6 rokov

Dĺžka pobytu v MŠ: tretí rok

Diagnóza: ADHD

Rodinná anamnéza

Matúš pochádza z úplnej rodiny. Rodina je štvorčlenná, jednogeneračná. Má dvoch súrodencov – staršieho brata a mladšiu sestru. Rodičia sú manželia. Obaja sú zdraví. Sú vysokoškolsky vzdelaní, zamestnaní. S výchovou pomáha teta – matkina sestra. Rodina žije v rodinnom dome. Bytové podmienky sú veľmi dobré, prostredie je čisté. Ekonomické podmienky sú veľmi dobré. Dieťa chodí upravené a čisté.

Obaja rodičia sa dieťaťu rovnako venujú. Spolupráca s materskou školou je veľmi dobrá.

Osobná anamnéza

Matka uvádza, že Matúš je dieťa z druhého pôrodu. Matka bola predtým tehotná raz, porodila zdravé dieťa. Tehotenstvo bolo plánované, bez komplikácií. Pôrod prebehol v normálnom termíne. Pôrodná váha bola 3200 gramov a dĺžka 50 cm. Kojený bol dva roky. Chorý nebýval často, občasné zápaly priedušiek. V štyroch rokoch mal zlomenú ľavú kľúčnu kosť – pri páde.

Podľa rodičov bol Matúško od mala hlučný, nesústredený, živý, ťažko výchovne zvládnuteľný, vyžadoval neustálu pozornosť. Prvý rok zle spával,

budil sa. Má veľmi divokú fantáziu. V troch rokoch mal imaginárneho kamaráta.

Psychologické vyšetrenie absolvoval už pred návštevou materskej školy, kedy mu bola diagnostikovaná porucha správania s hypeaktivitou. Liečba bola medikamentózna. Lieky berie doteraz.

Pedagogická anamnéza

Materskú školu navštevuje Matúško tretí rok. Po nástupe do materskej školy mal veľké adaptačné problémy. Bol hlučný, agresívny, vyžadoval neustálu pozornosť. Zvláštnosti jeho chovania sa stupňovali až začali narušovať výchovnovzdelávaciu prácu učiteľiek.

Po psychologickom vyšetrení mu boli zmenené lieky a chovanie sa zlepšilo, ale aj napriek tomu výkyvy v jeho chovaní pokračujú. V kolektíve detí je rád. Deti ho však nemajú veľmi radi, nechcú sa s ním hrať, pretože neustále presadzuje svoje záujmy a ak sa mu to nedarí kazí hru ostatných. Má problém sa prispôbiť. V jeho chovaní sú veľké výkyvy – dokáže byť agresívny a výbušný – impulzivita, ale na druhej strane dokáže byť k deťom láskavý a chápavý.

Matúš má problémy s koncentráciou pozornosti. Sústredenosť sa zvyšuje pri pohybových aktivitách, pri ktorých je aktívny, problémové sú však skupinové pohybové hry. Tu tiež presadzuje svoju vôľu, chce určovať pravidlá hry. Je veľmi súťaživý, vždy chce vyhrať, byť najlepší.

Spolupráca s materskou školou zo strany rodičov je veľmi dobrá. Matúško bol do zariadenia prijatý ako dieťa so špeciálnymi výchovno-vzdelávacími potrebami. Má vypracovaný individuálny výchovno-vzdelávací program, ktorý vypracovala učiteľka v spolupráci so špeciálnym pedagógom.

Správa o psychologickom vyšetrení

Zo správy sme vybrali: V chovaní dieťaťa dominuje nadmerná energia. Málo rozvinutá schopnosť prispôbovať sa cudzej vôli. Pozornosť viazaná na podnety. Pri premyslenom výbere pomôcok a materiálov dokáže spolupracovať. Dôležité je striedanie aktivít. Pri ťažkostiach s riešením úloh je

negatívny, výbušný (rozhadzuje hračky, trhá papier). Slovná zásoba je dobrá. Problému robí výslovnosť R. Porozumenie obsahu reči je dobré. Úroveň jemnej motoriky slabšia. Grafomotorika – problémy s rešpektovaním hraníc papiera, tlak na papier. Do kresby vkladá fantazijné predstavy.

Jemná motorika

Laterálna vyhranená – pravák. Zlé držanie ceruzky, čo spôsobuje prílišný tlak a zhoršenie plynulosti pohybu. Pri kreslení je plocha papiera nerovnomerne zaplnená. Činnosti vyžadujúce jemnú motoriku a trpezlivosť nemá rád. Baví ho napr. stavanie kociek. Strihanie zvláda podľa vopred predkreslenej línie.

Hrubá motorika

Zodpovedá veku. Pohyb má rád, hlavne taký, ktorý umožňuje veľký výdaj energie. Je fyzicky zdatný. Koordinácia je dobrá. V priestore sa orientuje horšie. Kvôli svojej hyperaktivite a nepozornosti často zakopáva a padá. Vyžaduje zvýšený dohľad.

Reč

Rečový prejav je hlučný, niekedy ťažko zrozumiteľný. Problémy mu robí výslovnosť R. Navštevuje logopéda. Slovná zásoba je bohatá. Má rád rozprávky a riekanky, má však problémy so zapamätávaním kratšieho textu, nedokáže udržať rytmus.

Komunikácia

S deťmi komunikuje veľmi rád. Pred cudzími dospelými je kľudnejší. Pred známymi je uhovorený a neraz hlučný. Pokiaľ je zabratý do rozhovoru, nereaguje ani na upozornenia učiteľiek. Jeho rozprávanie je často nesúvislé. Má veľmi veľkú fantáziu, takže častokrát rozpráva vymyslené príbehy.

Sebaobsluha

Pri hygiene, obliekaní a stolovaní je samostatný, ťažkosti má len kvôli svojej nepozornosti napr. niečo vyleje, oblečie si veci naopak. Väčšie problémy nastávajú keď sa mu niečo nepáči napr. rozhadzuje hračky, nechce si po sebe upratať, pri stolovaní sa vrtí, dobiedza do druhých detí.

Intelektové a vôľové vlastnosti

Vývoj je rovnomerný, zaostáva len vizuálna predstavivosť. Vie napísať svoje meno, rozoznávajú geometrických tvarov slabšie. Pozná základné aj zložitejšie farby. Na svojom tele sa dobre orientuje. Problémy mu robí priestorová orientácia, aj pravoľavá orientácia. Má osvojené časové pojmy a presne pozná svoju adresu.

Pracovné tempo má nerovnomerné. Sústredenie sa zvyšuje pri pre neho zaujímavej úlohe. Často sa mu nechce vykonávať zadané úlohy, vtedy ako motivácia funguje odmena, pochvala. Najradšej robí to, v čom sa mu darí. Je súťaživý, rád vyhráva a je najlepší. Nerád sa učí nové veci, radšej ukazuje čo už vie.

Hra a pracovné činnosti

Po príchode do materskej školy mal adaptačné problémy. Uprednostňoval hru s behaním a krikom. Kazil hru ostatných detí, rozhadzoval hračky, narážal do detí. mnohokrát dochádzalo ku konfliktom. Situácia sa zlepšila vhodným prístupom učiteliek. Pokojnejší je pri hrách so stavebnicami. Výkyvy ale stále pretrvávajú. Pre každú činnosť sa nadchne, ale dlho pri nej nevydrží. Ani pri rozprávke nevydrží v pokoji. Často strieda činnosti, alebo činnosti vôbec nedokončí. V spoločných hrách chce dokazovať, že je najlepší, keď sa mu nedarí je výbušný a hnevá sa. Najradšej má pohybové hry, problémy mu však robí dodržiavanie pravidiel.

Sociálne kontakty

Matúš je rád v kolektíve detí, pre svoju výbušnosť však ťažko nadväzuje priateľstvá. Návšteva materskej školy je pre jeho socializáciu

vhodná. Ako sme už písali, v jeho chovaní sú veľké výkyvy – dokáže byť agresívny a výbušný, presadzuje svoju vôľu, ale na druhej strane dokáže byť k deťom aj láskavý a chápaný.

Vzťah s rodičmi je dobrý, obaja sa mu dostatočne venujú. Pred cudzími dospelými je pokojnejší.

Charakteristika materskej školy

Materská škola sa nachádza v tichej časti, v strede obce. Od roku 2002 je jej zriaďovateľom obecný úrad. Materská škola je trojtriedna. Triedy majú spoločnú jedáleň, spálňu, šatňu a sociálne zariadenie. Triedy sú priestranné. Deti majú priestor na pohyb, ale aj kútiky pre pokojnejšie hry. V jednej s tried sa nachádzajú aj počítače. Na školskom dvore sa nachádza mnoho exteriérových hračiek.

Interpretácia rozhovoru s Matúšovou učiteľkou

1. Aké je vaše vzdelanie?
„Mám vysokoškolské vzdelanie prvého stupňa v odbore predškolská a elementárna pedagogika“
2. Ako dlho pôsobíte v praxi?
„ tretí rok. “
3. S akými problémami v oblasti správania u detí v predškolskom veku sa v materskej škole najčastejšie stretávate?
„Stretávame sa najčastejšie s hyperaktivitou, potom agresivitou a detským vzdorom.“
4. Aké formy spolupráce s odborníkmi rodičom odporúčate?
„Rodičom odporúčame spolupracovať s logopédom, psychológom, špeciálnym pedagógom, neurológom.“
5. Predstavuje takého dieťa vo vašej triede nejakú špeciálnu starostlivosť?
„Matúško v našej triede určite špeciálnu starostlivosť predstavuje.“
6. Uvítali by ste pomoc asistenta?
„Áno, pretože s Matúšom sa dá pracovať, ale musí sa byť naozaj iba s ním.“

7. Ako hodnotíte spoluprácu s rodinou?

„Spoluprácu s rodičmi hodnotím ako dobrú, vidieť, že sa mu obidvaja venujú.“

Interpretácia rozhovoru s Matúšovou matkou

1. Čo bolo pre Vás prvým signálom, ktorý viedol k podozreniu problémov v oblasti správania?

„Prvý signál my dala kamarátka, ktorá tiež vychováva hyperaktívne dieťa.“

2. Objavili sa niektoré prejavy u dieťaťa skôr ako v období predškolského veku?

„Už v prvom roku to bolo vidieť a ako náhle začal chodiť stále niekam utekal.“

3. Kde prebehlo vyšetrenie?

„V pedagogicko-psychologickej poradni a v centre špeciálnopedagogického poradenstva.“

4. Aké boli Vaše pocity bezprostredne po diagnostikovaní problémov v správaní dieťaťa?

„My sme to tušili, že to asi tak bude. Keďže sme to očakávali, tak nás tá diagnóza až tak neprekvapila“

5. Bolo Vám postihnutie vysvetlene? Ak áno, kým?

„Áno. Od psychológa aj v špeciálnopedagogickom centre sme dostali odporúčania v akej literatúra sa o tejto diagnóze dočítame.“

6. Akú materskú školu navštevuje Vaše dieťa? Koľko rokov?

„Navštevuje bežnú materskú školu. Tretí.“

7. Myslíte si, že k Vášmu dieťaťu pristupujú v materskej škole inak ako k ostatným?

„Myslím že Matúš dáva pani učiteľkám zabrať, ale oni sú veľmi milé, ochotne a trpezlivé.“

Odporúčania

Z rozhovorov s rodičmi, učiteľkami, z vyšetrení odborníkov a z vlastného pozorovania vyplýva niekoľko odporúčení: medikamentózna liečba, spolupráca s logopédom, psychológom, vhodné výchovné pôsobenie zo strany rodičov, pri nesústredenosti vhodne striedať prácu a odpočinok, cvičenia a hry na rozvoj pozornosti, pamäti, na rozvoj myslenia, reči, jemné motoriky, relaxačné cvičenia, pobyt v kolektíve, zlepšovanie sociálnej zručnosti, tiež komunikačných, zapájať dieťa do spoločenských hier.

4.5 Zhrnutie prieskumu

Deti s problémami v oblasti správania predstavujú veľkú záťaž nie len pre rodičov, ale aj pre pedagógov. Vyžadujú špeciálny prístup a vedenie. Pre tieto deti je veľmi dôležité, aby boli neustále povzbudzované k pravidelným aktivitám, aby zažívali pocit úspechu, šťastia a netrpeli pocitom menejcennosti. Ak chceme týmto deťom pomôcť, mali by sme si uvedomiť, že je treba s touto pomocou začať čo najskôr, to znamená už v rodine dieťaťa, ale aj v materskej škole.

Pri našom prieskume sme sa zoznámili nie len s deťmi, ale aj s ich rodičmi a učiteľkami týchto detí.

Hipotéza č.1

Spolupráca rodičov s materskou školou je významná pre správne výchovné vedenie dieťaťa a rozvíjanie jeho osobnosti.

V dvoch prípadoch sa rodičia pravidelne stretávajú s učiteľkami a riaditeľkami materských škôl a poskytujú si informácie o dieťati a snažia sa odstrániť príčinu vzniknutých problémov a hľadajú optimálne riešenie.

V jednom prípade je spolupráca s rodičmi ťažšia, nakoľko matka nie je vyrovnaná s problémami svojho dieťaťa. Môžeme konštatovať, že hypotéza bola **potvrdená**.

Hypotéza č.2

Správna a včasná špeciálnopedagogická diagnostika prispieva v rámci procesu integrácie k začleňovaniu do ďalšieho výchovno-vzdelávacieho procesu.

Keďže dieťa nemá oficiálnu diagnózu z pedagogicko-psychologickej poradne, alebo špeciálno-pedagogickej poradne musia k nemu učiteľky pristupovať ako k problémovému dieťaťu s nevhodným, narušujúcim správaním. Matka akékoľvek postihnutie popiera, a má vlastnú predstavu výchovy, a pokiaľ sa nerozhodne problém riešiť, nemôžu učiteľky robiť nič. *„Integrovaný žiak musí byť evidovaný v špeciálnopedagogickej poradni. Ak sa jedná o integráciu žiaka s poruchami správania, tento je evidovaný v pedagogicko-psychologickej poradni, ak mu je v PPP poskytovaný špeciálnopedagogický servis. Za integrovaného môžeme považovať žiaka so špeciálnymi výchovno-vzdelávacími potrebami len na základe písomného vyjadrenia poradenského zariadenia (ŠPP, DIC, PPP)“* (Ostrihoňová Kureková, www.szstpdetva.sk) Pri práci s problémovými deťmi nejde len o to odstrániť neželané prejavy správania, ale upravovať podmienky výchovy tak, aby minimalizovali vplyv negatívnych prejavov na výsledky jeho práce, na činnosť ostatných detí a na vzájomné vzťahy triede. Hypotéza bola **potvrdená**.

Vychovávať dieťa, ktoré napĺňa naše očakávania je príjemné, ale až možnosť zakúsiť úsilie, hľadanie a tvorenie, ktoré je potrebné pri práci s deťmi so špeciálnymi výchovnými potrebami, prináša pedagógom to pravé ľudské a odborné uspokojenie. Veľmi si ceníme všetkých rodičov a učiteľov, ktorí vychovávajú takéto deti, a s ktorými sme mali možnosť počas nášho prieskumu hovoriť a pozorovať ich pri práci. Neprešli špecializovaným vyšším vzdelaním, a aj napriek tomu pomáhajú dieťaťu na jeho zložitejšej ceste životom, a predovšetkým prijímajú milované dieťa, také aké je.

ZÁVER

Diplomová práca bola zameraná na problémové správanie detí, s ktorým sa možno stále častejšie stretnúť už aj v predškolskom veku, a s ktorým dennodenne bojujú učiteľky v materských školách a rodičia týchto detí. Možno aj Vy niekoho takého poznáte.

V teoretickej časti sa práca zaoberá vývinom dieťaťa zameraným na predškolský vek. Ďalej sa zameriavame na charakteristiku a vysvetlenie pojmov týkajúcich sa problémového správania detí predškolského veku a jeho diagnostiku.

Prieskumná časť diplomovej práce na tému Špeciálnopedagogická diagnostika problémových detí predškolského veku nám dala nesmierne veľa skúseností a nových poznatkov a zaujímavých chvíľ. Mali sme možnosť bližšie spoznať deti s problémami správania, nazrieť na rodinnú, a aj pedagogickú výchovu týchto detí. Pri našej práci sme prišli k názoru, že mnohí rodičia si problémy svojho dieťaťa nepripúšťajú. Väčšina rodičov chce, aby ich deti navštevovali bežnú materskú školu, aby sa rozvíjali po všetkých stránkach. A mnohokrát s problémov svojich detí obviňujú učiteľky alebo spolužiakov. Musíme si však uvedomiť, že učiteľky týchto materských škôl nemajú špecializované vyššie vzdelanie.

Ak chceme týmto deťom pomôcť, musíme si uvedomiť, že je potrebné začať čo najskôr, to znamená v materskej škole a v rodine. Aj keď vieme, že život s deťmi s poruchami správania nie je vôbec jednoduchý. Pri našej práci, sme si uvedomili, že výchova týchto detí je veľmi náročná a stojí veľa síl. Každé dieťa je však jedinečné a treba mať preň pochopenie, vychovávať ho z láskou a trpezlivosťou. Je dobré o problémoch hovoriť a nezatvárať pred nimi oči. Prevenciou dokážeme viac ako trestom a príkazmi.

„Některé děti se chovají tak, jako kdyby neměly rodiče.

To proto, že někteří rodiče se chovají tak, jako by neměli děti.“

Andrejev Leonid Nikolajevič

ZOZNAM POUŽITEJ LITERATÚRY

BEDNÁŘOVÁ, J. - ŠMARDOVÁ, V. *Diagnostika dítěte předškolního věku*. 1. vyd. Brno : Computer Press, 2008. ISBN 978-80-251-1829-0.

DITTRICH, P. *Pedagogicko-psychologická diagnostika*. 2. vyd. Jinočany : H & H, 1993. ISBN 80-85467-06-2.

GAVORA, P. *Akí sú moji žiaci?* Bratislava : Práca, 1999. ISBN 80-7094-335-1.

KLINDOVÁ, Ľ. - RYBÁROVÁ, E. *Psychológia II*. 1. vyd. Bratislava : SPN, 1985.

KOMPOLT, P. - TIMKOVÁ, B. *Pedagogická diagnostika a akčný výskum*. 1. vyd. Bratislava : UK, 2010. ISBN 978-80-223-2787-9.

KONČEKOVÁ, Ľ. *Vývinová psychológia*. 1. vyd. Prešov : Lana, 2005. ISBN 80-869053-6-8.

KOUTEKOVÁ, M. *Základy pedagogickej diagnostiky*. Banská Bystrica : PF UMB, 2007. ISBN 978-80-8083-445-6.

LANGMEIER, J. - KREJČÍŘOVÁ, D. *Vývojová psychologie*. 2. vyd. Praha : Grada Publishing, 2006. ISBN 80-247-1284-9.

LESKOVJANSKÁ, G. Výskyt problémového správania a emocionálnych ťažkostí u detí predškolského veku. In *Predškolská výchova*. 2009/10, roč. LXIII, č. 3, s. 28-38, ISSN 0032-7220.

LOEHR, M. D. – MEYERSOVÁ, J. *Vývoj a výchova dítěte krok za krokem*. 1. vyd. Praha : Fortuna Libri, 2010. ISBN 978-80-7321-519-4.

MAJZLANOVÁ, K. – KVASNIČKOVÁ, A. Dramatoterapia u detí s poruchami správania v špeciálnej základnej škole. In *Zvládanie problémových výchovných situácií v škole : Zborník príspevkov riešiteľov Grantu MŠ SR VEGA*. Bratislava : O. Z. Geotropos, 2004. ISBN 80-969238-0-3.

MATEJOVIČOVÁ, B. a kol. *Biológia detí a školská hygiena*. 3. vyd. Nitra : FPV UKF, 2007. ISBN 978-80-8094-113-0.

MEDZINÁRODNÍ KLASIFIKACE NEMOCÍ -10. revize. Duševní poruchy a poruchy chování. Popisy klinických příznaků a diagnostická vodítka. Praha : Psychiatrické centrum, 1992. ISBN 80-85121-37-9.

PŘÍNOSILOVÁ, D. *Vybrané okruhy speciálně pedagogické diagnostiky a její využití v praxi speciální pedagogiky*. 1. vyd. Brno : Masarykova univerzita, 1997. ISBN 80-210-1595-0.

PŘÍNOSILOVÁ, D. *Diagnostika ve speciální pedagogice*. Brno : Paido, 2007. ISBN 978-80-7315-157-7.

PRŮCHA, J. - WALTEROVÁ, E. - MAREŠ, J. *Pedagogický slovník*. 4. vyd. Praha : PORTÁL, 2003. ISBN 80-7178-772-8.

RÁDLOVÁ, E. a kol. *Speciálně pedagogická diagnostika*. Ostrava – Mariánské Hory: Montanex, 2004. ISBN 80-7225-114-7.

SAGI, A. *Problémové děti v mateřské škole*. 1. vyd. Praha : Portál, 1995. ISBN 80-7178-067-7.

SERFONTEIN, G. *Potíže dětí s učením a chováním*. 1. vyd. Praha : Portál, 1999. ISBN 80-7178-315-3.

SHEEDIOVÁ-KURCINKOVÁ, M, *Problémové dítě v rodině a ve škole*. Praha : Portál, 1998. ISBN 80-7178-174-6.

SPOUSTA, V. *Speciálně pedagogická diagnostika etopedická*. 2. vyd. Brno : Masarykova univerzita, 1995. ISBN 80-210-1261-7.

SVOBODA, M. (ed.) KREJČÍŽOVÁ, D. – VÁGEROVÁ, M. *Psychodiagnostika dětí a dospívajících*. 1. vyd. Praha : Portál, 2001. ISBN 80-7178-545-8.

ŠÍPEK, P. *Dítě na zabití*. 1. vyd. Praha : PORTÁL, 2011. ISBN 978-80-7367-981-1.

TICHÁ, E. *Špeciálnopedagogická diagnostika*. Bratislava : Mabag, 2008. ISBN 978-80-89113-50-7.

TRAIN, A. *Nejčastější poruchy chování dětí*. 1. vyd. Praha : Portál, 2001. ISBN 80-7178-503-2.

VALACHOVÁ, D. *Pedagogická diagnostika v materskej škole*. 1. vyd. Bratislava : Metodicko-pedagogické centrum, 2008. ISBN 978-80-8052-303-9.

VAŠEK, Š. *Špeciálnopedagogická diagnostika*. 1. vyd. Praha : Vysoká škola Jana Amose Komenského, 2006. ISBN 80-86723-21-6.

VAŠEK, Š. *Základy špeciálnej pedagogiky*. 1. vyd. Praha : Vysoká škola Jana Amose Komenského, 2005. ISBN 80-86723-13-5.

VÁGNEROVÁ, M. *Vývojová psychologie I*. Praha : Karolinum, 2005. ISBN 80-246-0956-8.

VÁGNEROVÁ, M. *Psychopatologie pro pomáhající profese*. 3. vyd. Praha : Portál, 2004. ISBN 80-7178-802-3.

VOJTOVÁ, V. *Úvod do etopedie*. Brno : PAIDO, 2008. ISBN 978-80-7315-166-9

WOOLFSON, R. C. *Bystré dieťa predškolač*. 1. vyd. Praha : Ottovo, 2004. ISBN 80-7360-003-X.

BABIRÁTOVÁ, A. – TARBAJOVÁ, M. *Problémové správanie detí v MŠ*. [online]. [cit. 20.02.2012]. Dostupné na WWW:
<http://www.msiraskova.estranky.sk/clanky/okienko-pre-rodicov/problemove-spravanie-deti-v-ms.html>

OSTRIHOŇOVÁ-KUREKOVÁ, M. *Individuálna integrácia žiakov so špeciálnymi výchovno-vzdelávacími potrebami v MŠ a ZŠ*. [online]. [cit. 29.02.2012]. Dostupné na WWW:
http://www.szstpdetva.sk/subory/dokumenty/nasa_praca/ako_postupovat_pri_integracii.pdf

ZOZNAM PRÍLOH

Príloha A – Záznamový hárok špeciálnopedagogickej kazuistiky

Príloha B – Ukážka pracovného listu – Marek

Príloha C – Ukážka pracovného listu – Adrián

Príloha D – Ukážka pracovného listu – Matúš

Príloha A

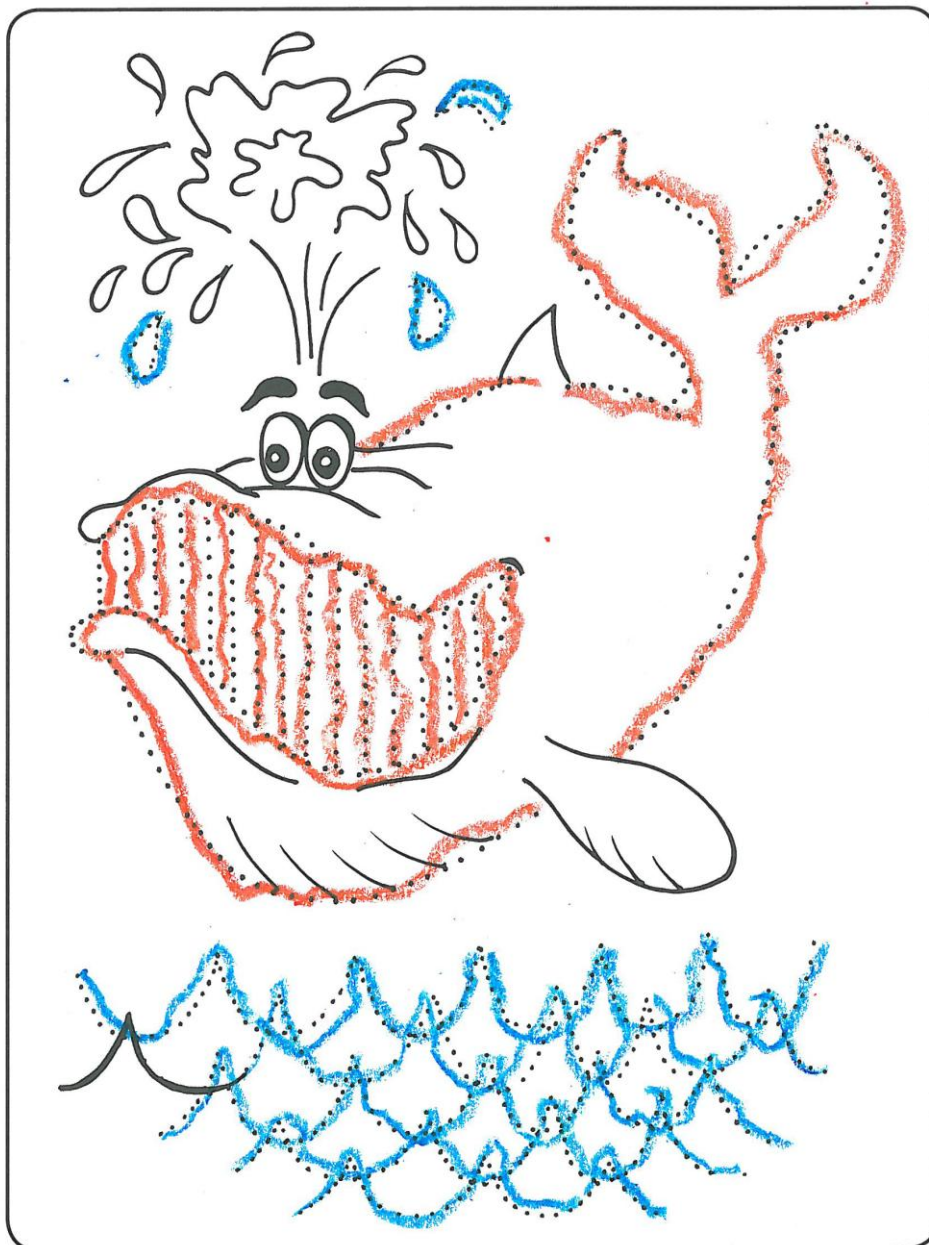
ZÁZNAMOVÝ HÁROK ŠPECIÁLNO-PEDAGOGICKEJ KAZUISTIKY		
Dôverné!		
I. ZÁKLADNÉ ÚDAJE		
Autor záznamu:		
Meno a priezvisko žiaka (jednotlivca):		
Dátum a miesto narodenia:		
Bydlisko, adresa:		
Kontakt: č.t.:		e-mail:
Dátum prvého kontaktu so žiakom (jednotlivcom):	Žiak prišiel na podnet koho:	Kto so žiakom prišiel:
Typ školy, ktorú žiak navštevuje, ročník:		
Rok školskej dochádzky:		
Kazuistický rozhovor:		
Anamnestický rozhovor:		Kazuistický rozhovor:
Diagnostika a diagnóza (psychologická, medicínska, špec.pedagogická, sociálna, iná-kto, kedy s akým záverom):		
II. ANAMNÉZY		
Rodinná anamnéza:		
rodičia:	d'alšie osoby žijúce v domácnosti:	
zloženie rodiny:	bytové podmienky:	
súrodenci:	ekonomické zabezpečenie rodiny:	
zdravotný stav rodičov:	hygienické podmienky:	
vzdelanie rodičov:	výživa, obliekanie, vzhľad dieťaťa:	
zvláštne schopnosti rodičov:	štýl výchovy:	
Iné-poznámka:		
Osobná anamnéza:		
prenatálny vývin:	návyky:	
pôrod:	výchovné ťažkosti-poruchy správania:	
d'alší vývin:		
emocionálny vývin:	vývin abnormálnych-patologických javov:	
vývoj postoja k hodnotám:	vývoj sociálnych vzťahov:	

Iné – poznámka:	
Zdravotná anamnéza:	
Školská anamnéza:	
adaptácia na MŠ:	záujmy:
začiatok šk. dochádzky:	záujem, spolupráca rodičov so školou:
začlenenie do kolektívu:	postoj učiteľov:
forma vzdelávania:	osobné tempo:
ťažkosti v edukácii:	
vzťah k učiteľom:	postoj ku šk. práci:
vývoj šk. úspešnosti:	
výsledky za jednotlivé roky:	temperament:
1.ročník	
2.ročník	
3.ročník	
4.ročník	
5.ročník	
6.ročník	
7.ročník	
8.ročník	
9.ročník	
Poznámka:	
úroveň vedomostí(kvalita čítania, písania, počítania, špecifické schopnosti-nadanie):	
úroveň reči (výslovnosť, vyjadrovanie, slovná zásoba):	
úroveň poznávacích procesov (pamäť, vnímanie, pozornosť):	
úroveň motoriky (hrubej, jemnej-grafomotorika) lateralita:	
III. STATUS PRAESENS	

Popis problému:	
Analýza:	
Status praesens: pozitíva na čom stavať:	čo je potrebné korigovať:
IV. PROGNÓZA	
Prognóza (dlhodobá, krátkodobá- kto, aká):	
V. KATAMNÉZA	
Katamnéza (časové obdobie, spôsob katamnestického kontaktu):	
Intervencie (kto, aké ciele a ich plnenie):	
Poradenstvo a konzultácie (kto, spôsob, trvanie):	
Stratégia plnenia cieľov (použité metódy, formy):	
Spôsob aktivizácie žiaka a jeho okolia:	
VI. HODNOTENIE	
Hodnotenie súčasného stavu žiaka vzhľadom na jeho pôvodný problém:	
VII. UKONČENIE PRÍPADU	
Dátum a spôsob ukončenia, podpis autora:	
Poznámky: kontakty, použité materiály, odporúčania autora kazuistiky	

Príloha B

Spoj bodky a dokonči veľrybu. Potom obrázok vymaľuj.



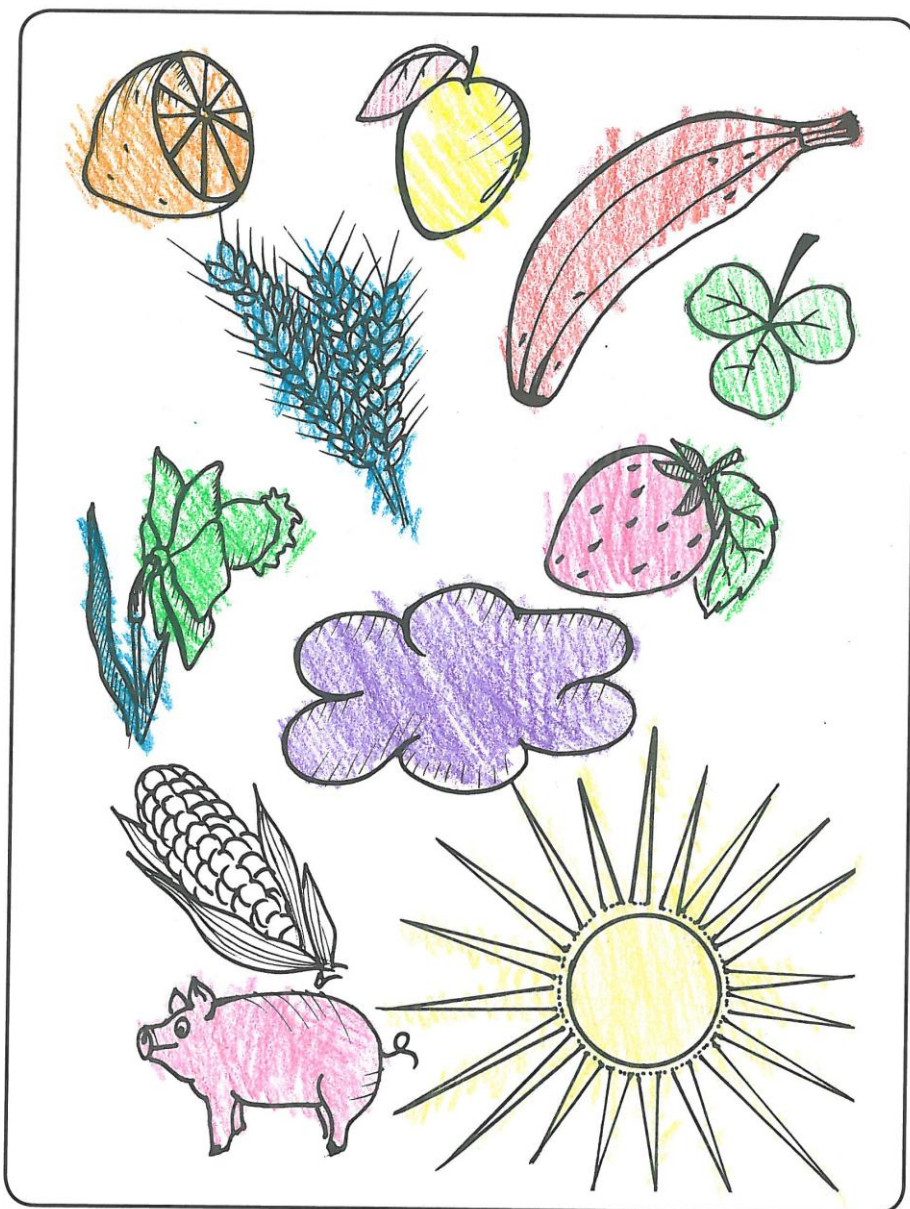
Príloha C

Nazvi jednotlivé plody. Čo nepatrí medzi ovocie? Všetky plody vymaľuj.



Príloha D

Nazvi obrázky. Čo je žlté, vymaľuj nažltlo.



BIBLIOGRAFICÉ ÚDAJE

Meno autora: Zuzana Kupčová

Odbor: Špeciálna-pedagogika-učiteľstvo

Forma štúdia: kombinovaná

Názov práce: Špeciálnopedagogická diagnostika problémových detí
predškolského veku

Rok: 2012

Počet strán textu bez príloh: 69

Celkový počet strán príloh: 6

Počet titulov slovenskej literatúry a prameňov: 9

Počet titulov zahraničnej literatúry a prameňov: 23

Počet internetových zdrojov: 2

Vedúci práce: Mgr. Denisa Štefková PhD.

