
TEORETICKÉ ČLÁNKY

Psychická odolnosť ako prevencia **(3)**
Miron Zelina

Obsah

ČLÁNKY Z PRIESKUMU, VÝSKUMU A ANALÝZY

Sociálna atmosféra v základnej škole v kontexte prežívania stresu jej zamestnancov **(9)**
Eva Gajdošová

Dotazník predností a nedostatkov SDQ – diagnostický nástroj na posudzovanie duševného zdravia dieťaťa **(16)**
Jana Ciceková, Marína Mikulajová, Veronika Boleková

Prevencia obchodovania s ľuďmi – aktuálna téma prevencie v škole **(25)**
Ingrid Emmerová

Podpora rodiny dieťaťa s rizikovým vývinom a zdravotným znevýhodnením v ranom veku **(31)**
Veronika Roháčková, Erika Tichá

Subjektívne prežívanie dištančného vzdelávania a lockdownu žiakmi II. stupňa ZŠ **(37)**
Silvia Majerčáková Albertová, Eva Gajdošová

RECENZIE

Blandína Šramová: Základy psychologie (nejen) pro marketingové komunikace **(42)**
Henrieta Rol'ková

Eva Gajdošová, Elena Lisá, Erik Radnóti, Henrieta Rol'ková, Eva Szobiová: Psychológia a inkluzívna škola. Vybrané psychologické poznatky **(43)**
Veronika Boleková

THEORETICAL ARTICLES

Psychological resilience as prevention **(3)**
Miron Zelina

ARTICLES BASED ON SURVEY, RESEARCH AND

Primary school social atmosphere in the context of experiencing
the stress of its employees **(9)**
Eva Gajdošová

Strengths and Difficulties Questionnaire SDQ – a diagnostic tool for assessing
the mental health of a child **(16)**
Jana Ciceková, Marína Mikulajová, Veronika Boleková

Prevention of human trafficking – current topic of prevention in school **(25)**
Ingrid Emmerová

Support of the family of a child with risk development and health disadvantage
at an early age **(31)**
Veronika Roháčková, Erika Tichá

Subjective experience of distance learning and lockdown by pupils of the 2nd
grade of elementary school **(37)**
Silvia Majerčáková Albertová, Eva Gajdošová

REVIEWS

Blandína Šramová: Basics of psychology (not only) for marketing
communications **(42)**
Henrieta Rol'ková

Eva Gajdošová, Elena Lisá, Erik Radnóti, Henrieta Rol'ková, Eva Szobiová:
Psychology and inclusive school. Selected psychological findings **(43)**
Veronika Boleková

Psychická odolnosť ako prevencia

Miron ZELINA

Anotácia: príspevok sa venuje koncepciám odolnosti v nadväznosti na prevenciu patologických javov, ako aj v spojitosti s odolnosťou počas pandémie. V úvode vymedzuje pojmy: normalita osobnosti, odolnosť, závislosť. Uvádza kritériá nelátkových závislostí. V druhej časti tézovite predstavuje deväť koncepcií odolnosti: coping, rezilienciu, salutogenézu, zmysel pre koherenciu (SOC), hardiness, koncept lokalizácie kontroly, well-being, viability, autoregulácie. Na záver navrhuje zaradenie predmetu pozitívnej psychológie do študijných programov humanitne orientovaných škôl.

Kľúčové slová: odolnosť, prevencia, závislosť, coping, hardiness, salutogenéza, reziliencia, viabilita, autoregulácia.

Odolnosť človeka má mnohé rozmery. Môže byť chápaná v zmysle biofyziologickej imunity organizmu, ako obrana proti sociálnej manipulácii, ochrana identity Ega a svojho JA pod sociálnymi tlakmi. Odolnosť však môže byť chápaná ako budovanie, pestovanie psychoimunity proti narušeniu psychického zdravia, well-beingu. Väčšina prác a príspevkov o prevencii negatívnych sociálnych javov sa zaoberá niektorým konkrétnym problémom, alebo sa venuje niektorej preventívnej aktivite, či súborom aktivít – programom. V globálnejšom pohľade však stále ide o osobnosť a jej psychické vybavenie, od ktorého závisí potom či v určitých situáciách, sociálnych podmienkach koná dobro alebo zlo. Chceme upozorniť na koncept odolnosti, ktorá sa stáva spoločným menovateľom, základom prevencie patologických javov, ale tiež základom budovania pozitívne orientovanej osobnosti. Vychádzame z tézy, že budovanie odolnosti, reziliencie osobnosti je najlepšou prevenciou nielen proti patologickým prejavom a javom, ale aj pri zvládaní psychickej záťažovej vyplývajúcej z pandémie, ale aj najlepšou prevenciou zlyhania človeka všeobecne. Existuje aj hypotéza o silnom prepojení biofyziologickej imunity organizmu na psychickú odolnosť a aj vice versa, psychická odolnosť môže iniciovať a posilňovať biofyziologickú odolnosť organizmu.

/// Pojmy: odolnosť a závislosť

Odolnosť osobnosti môžeme vymedziť ako schopnosť človeka primerane sa vyrovnávať so životnými situáciami, bez patologických reakcií. Ide najmä o odolnosť (rezistenciu) osobnosti voči nepriaznivým vplyvom, odolnosť osobnosti v ťažkých životných situáciách, stresoch, konfliktoch, odolnosť voči nežiaducim závislostiam. Slová „primerane sa vyrovnávať“ súvisia s vymedzením normality osobnosti a pozitívnym prispôbením sa spoločnosti, kultúre. Odolnosť podľa M. Ruttera je superdispozícia osobnosti k zvládaniu všetkých nárokov. Podľa R. L. Atkinsona sa normalita osobnosti vymedzuje podľa týchto piatich znakov:

1. Primerané vnímanie reality
– opakom je bludné, skreslené, nereálne vnímanie skutočnosti.
2. Schopnosť ovládať svoje správanie
– opakom je impulzívne, pudové, nepremyslené správanie.

-
3. Sebaúcta, sebavedomie a akceptácia
 - opakom je nedôvera vo vlastné sily, spochybnenie významu vlastného Ja, komplex menejcennosti, pocity viny.
 4. Schopnosť vytvárať citové väzby
 - opakom je bezcitnosť, anhedónia, neschopnosť sa radovať, tešiť, neschopnosť milovať.
 5. Činorodosť, jej vrcholom je tvorivá činnosť
 - opakom je pasivita, lenivosť, rezignácia, vyhorenie, preexistovanie bytia v stereotypoch, rutine, animálnom bytí.

Odolnosť, jej vznik, budovanie sa principiálne riadi základnou axiómou: *Závislosť spôsobuje aj lieči myseľ sama*. Psychická odolnosť má svoje „miesto“ vzniku, priebehu, uskutočnenia a kontroly v psychoregulácii osobnosti.

Pri skúmaní príčin závislosti aj odolnosti sa študujú tri základné prístupy, vzťahové rámce:

- ▶ *dispozičné vlastnosti*, faktory zvládania situácie, záťaž. V tomto rámci ide najmä o relatívne trvalé charakteristiky osobnosti, ktoré reagujú na rozličných úrovniach regulácie – biologickej, sociálnej, psychickej, spirituálnej;
- ▶ *interakcie, transakcie* medzi osobnosťou (dispozíciami) a prostredím. Ide o to, ako pri interakcii s prostredím subjekt zapája svoje kognitívne, emočné, motivačné zložky a svoju skúsenosť, správanie (behaviorálna zložka);
- ▶ *situácie*, v ktorých sa človek nachádza. Predpokladá sa, že človek sa rozlične správa v rozličných situáciách. Ide o situacionistický prístup, v ktorom sa osobnosť menej riadi svojimi dispozičnými vlastnosťami, svojim JA, alebo naučenými interakčnými schémami, ale jej správanie je silne ovplyvnené momentálnou situáciou.

Budovanie odolnosti jednotlivca berie do úvahy, či ide skôr o osobnosť regulovanú sebou (psychoregulátory), alebo o osobnosť, ktorá je skôr regulovaná sociálnym prostredím (socioregulátory), spiritualitou, alebo bioregulátormi.

Adiktológovia vypracovali kritériá posudzovania škodlivej látkovej závislosti, menej sa pracovalo na kritériách nelátkových závislostí. Najčastejšie sa uvádzajú tieto kritériá posudzovania stupňa nelátkových závislostí:

- ▶ *tolerancia k závislým činnostiam* – „môžem to robiť, nič sa nedeje...“ – opakom je prísne odmietanie závislej činnosti – intolerancia. Môžem sa hrať na počítači, je to v poriadku...;
- ▶ *abstinenčné syndrómy* – pokiaľ človek nemá k dispozícii svoj počítač, mobil, nákupy – závislú činnosť, stáva sa nepokojný, nervózny, podráždený, agresívny;
- ▶ *zvyšovanie „dávok závislej činnosti“* – subjekt čoraz viac času venuje závislej činnosti, počítač ho priťahuje, sila návyku napr. hrať hry na počítači, sa racionálne zdôvodňuje;
- ▶ *vytrvalá túžba po závislej činnosti* a neúspešné pokusy prestať s ňou, kontrolovať čas činnosti, posilňuje sa súbor racionálnych zdôvodnení, prečo človek „musí“ hrať ďalej a je jedno, či je doma, v práci alebo na dovolenke;
- ▶ *redukcia alebo ukončenie iných dôležitých činností*, akými sú učenie, rodinné a spoločenské, priateľské vzťahy, vynechanie iných voľnočasových aktivít;
- ▶ *subjekt si uvedomuje škodlivosť činnosti*, od ktorej je závislý, ale napriek tomu činnosť opakuje.

Odborníci tvrdia, že pokiaľ tieto príznaky pretrvávajú u človeka viac ako šesť mesiacov, možno hovoriť o závislosti. Rodič, učiteľ, vedúci pracovník by mali rozpoznať, či jeho žiaci, spolupracovníci, podľa naznačených kritérií, už prekračujú únosnú mieru závislej činnosti. Rovnako je dôležité viesť jednotlivca, aby rozpoznal, že činnosti mu už vadia a škodia. Sebareflexia je jednou časťou preventívnych programov proti závislostiam. V každom prípade, pokiaľ človek už má fixované znaky závislosti, je potrebné poradenstvo, liečenie, psychoterapia. Zaujímavou paralelou je úvaha o závislosti človeka na ničnerobení, resp. vyhľadávanie slasť rozličného druhu (jedlo, sex...). Zvyknúť si na ničnerobenie je ako zvyknúť si na marihuanu, či na nakupovanie (oniomania). Mozog sa naučí nemyslieť. Naučí sa nezapodievať so zložitým myslením. Stačia jednoduché

rozhodnutia, mnohokrát opakované, stereotypné, ktoré prebiehajú „bez bolesti“ a jednoducho. Daniel Kahneman, psychológ, nositeľ Nobelovej ceny, hovorí v tejto súvislosti o pomalom a rýchlom myslení. Pomalé je ťažké, zložité, kreatívne myslenie, rýchle myslenie je myslenie a rozhodovanie bez problémov.

Zvyšovanie odolnosti osobnosti posilňuje normalitu osobnosti, jej zdravie, vedie k odmietaniu drog, odmietaniu manipulácie so sebou, vedie k odmietaniu nežiaducich prejavov správania a vedie k pozitívnej životnej orientácii. Normalita posilňuje odolnosť, odolnosť vedie k normalite. Odolnosť závisí od vrodených vlastností osobnosti, od veku, životných skúseností, závisí od postoju človeka k sebe, od súčasného stavu organizmu, od kultúrnej situácie, v ktorej sa nachádza. Odolnosť človeka sa môže paradoxne nevedome narúšať samotným človekom a to pomocou sebaaporanení – myšlienok, ktoré znižujú schopnosť človeka konštruktívne sa radiť napr. proti pandémie a s ňou spojenými psychickými fenoménmi, proti drogám, proti šikanovaniu, proti konformnému správaniu a podobne.

Psychické sebaaporanenia tvoria myšlienky, predstavy spojené s frustráciou, úzkosťou, pocitmi viny, depresiou, smútkom, ohrozením bezpečnosti, zdravím, sebaúctou. Napríklad:

- ▶ nenaplnil som svoje plány, sľuby, predsavzatia (zmysel života...),
- ▶ môj život nie je taký, ako som si predstavoval,
- ▶ neviem kto som, kde patrím (depersonalizácia, neviem zaujať správnu sociálnu rolu...),
- ▶ nestíham tempo života,
- ▶ nevyznám sa v tom, som negramotný (dane, počítače, politika, environmentalita...),
- ▶ mám strach z toho čo bude, úzkosť z budúcnosti (choroby, katastrofy, otepľovanie...),
- ▶ nikto ma nechválí, neuznáva, predstiera priateľstvo (rezignácia, vyhorenie),
- ▶ nie som spokojný so svojim zdravím, málo preto robím,
- ▶ prenasleduje ma zlý osud, samé sklamanie, nešťastia, zlé podmienky, ľudia okolo,
- ▶ chcel som veľa vedieť, učiť sa, čím ďalej mám menej chuti niečo čítať, študovať,
- ▶ nepostúpil som v kariére...,
- ▶ mám úzkosť, strach zo staroby, choroby,
- ▶ som sám, nemám nikoho,
- ▶ nepáčim sa sám sebe (obezita, výška...),
- ▶ nič nemá zmysel robiť,
- ▶ nikto ma nechápe,
- ▶ prečo vlastne žijem?

Budovanie odolnosti je boj proti myšlienkam, ktoré nás citovo zraňujú, ktoré nás odzbrojujú v snahe uskutočniť svoje sny, ktoré nás robia smutnými, boj proti myšlienkam na konflikty, ktoré nemôžeme ovplyvniť, boj proti vyhoreniu, rezignácii a lenivosti.

Aby sa kultivovala osobnosť s vysokou odolnosťou, je dobre poznať koncepcie, prístupy a teórie odolnosti, poznať ako a kde sa formuje odolnosť, od čoho závisí. Pokúsili sme sa urobiť prehľad najčastejšie užívaných konceptov súvisiacich s odolnosťou. Príznačné aj pre túto oblasť humánnych, spoločenských a behaviorálnych vied je, že sa pojmy menej syntetizujú, podriaďujú a zaraďujú do smerov, škôl, ale skôr sa vytvárajú nové teórie, i keď sa často skoro ničím nelíšia od predchádzajúcich. Podobný je stav v skúmaní fenoménu odolnosti.

Koncepcie odolnosti

1. *Koncepcia copingu a GAS*

– generálneho adaptačného syndrómu na stres. Vypracoval ju H. Seley. Táto koncepcia pracuje aj s pojmami adaptácie na stres, s copingovými stratégiami a behaviorálnymi prístupmi k budovaniu odolnosti najmä v súvislosti s reakciou na stres a s riešením stresových situácií. Na tému zvládania stresu a stresových situácií sú prístupné publikácie J. Křivohlavého, M. Bratskej a mnohých iných autorov. Pojmom *coping* označujeme vedomý spôsob zvládania stresu. L. S. Lazarus rozlišuje copingové stratégie zacielené na problém a zamerané na emócie. Naučenie sa copingových stratégií vedie k posilneniu odolnosti osobnosti.

2. *Koncepcia reziliencie*

– odvodzuje sa od slova rezistencia, odolnosť a znamená súhrn činiteľov, ktoré človeku pomáhajú prežiť v nepriaznivých podmienkach, chorobe, strese, samote, v dysfunkčnej rodine. M. Rutter definoval rezilienciu ako schopnosť úspešne zvládnuť nepriaznivé, nepriateľské podmienky a vrátiť sa späť do pôvodného funkčného stavu. K charakteristikám rezilientnej osobnosti patrí zdravé sebedomie, schopnosť sociálnej interakcie a pomoci, kritické myslenie, schopnosť odolávať nátlaku. Reziliencia sa niekedy chápe ako synonymum pojmu odolnosť, ale sú aj prístupy, kde sa chápe ako druh odolnosti. Vypracovali sa škály na meranie reziliencie (O. Friberg, a kol.; G. M. Wagnild a kol.), kde sa sledujú oblasti – osobnostné kompetencie, sociálne kompetencie, rodinná súdržnosť, sociálna opora, osobnostná štruktúra, flexibilita, zmysel pre humor, sebadôvera, pozitívny vzťah k ľuďom, sebaovládanie. Na Slovensku sa tvorí výskumná škola reziliencie pod vedením E. Komárika.

3. *Koncepcia salutogenézy*

– salutogenéza je opakom patogenézy. Salutogenézu zdôrazňuje Martin Seligman, zakladateľ pozitívnej psychológie a aj inšpirátor pozitívnej pedagogiky. Je autorom knihy o naučenej bezmocnosti a potom ako protiváhu k naučenej bezmocnosti napísal publikáciu *Vzkvétání*. V nej popisuje nielen spôsoby nadobúdania well-beingu, ale aj stratégie myslenia a vnímania sveta, ktoré nie sú zraňujúce pre človeka. A. Antonovský píše o salutogenéze ako o procese obnovy narušeného zdravia, jeho upevňovania a prevencie jeho ohrozenia. Salutogenéza sa zameriava najmä na posilnenie zdravia, ale významnú zložku salutogenézy tvorí psychosomatika, psychické postoje človeka k zdraviu. Ide o to, že niektorí jednotlivci nepodľahnú škodlivému vplyvu, nestratia duševnú rovnováhu a pohodu, nezrútia sa ani v situáciách, ktoré už iní ľudia nezvládajú. Najčastejšie sa pri salutogenéze sledujú prejavy osobnosti akými sú: optimizmus, pozitívne myslenie, neuropsychická stabilita, sebadôvera, vnímaná osobná účinnosť (*self-efficacy*), zmysel pre humor, štýl správania, spiritualita, osobnostné rysy. Salutogenézou a vnímanou osobnou účinnosťou sa u nás zaoberajú napr. A. Wiegerová, J. Mareš, A. Heretik, A. Heretik, jr., B. Baštecká, P. G. Goldmann a iní.

4. *Koncepcia zmyslu pre koherenciu*

– teória A. Antonovského označovaná aj ako teória SOC – „*sense of coherence*“, ide v nej o ľudí s vysokou mierou súdržnosti osobnosti. Takúto osobnosť charakterizujú tri znaky: zrozumiteľnosť, zmysluplnosť a zvládnuteľnosť. Zrozumiteľnosť vyjadruje kognitívnu stránku osobnosti. Zmysluplnosť vyjadruje emocionálnu stránku osobnosti, postoje osobnosti. Zvládnuteľnosť sa vzťahuje na konatívnu, hybnú, akčnú stránku osobnosti. Teória SOC vychádza z toho, že svet je usporiadaný, pochopiteľný a predvídateľný. Základ SOC sa ustanovuje už v ranom detstve. Nedostatok SOC vyúsťuje v pocit, že základným rysom života je chaos, neexistuje žiadny poriadok, ničomu sa nedá veriť, na nič a nikoho sa nedá spoľahnúť, ani na seba samého. Životné udalosti sa nedajú zvládať, veci nemáme pod kontrolou, čo vedie k pocitom úzkosti, depresiám, obavám zo zlyhania. A. Antonovský vypracoval aj metodiku na meranie týchto dimenzií. U nás E. Sollárová a M. Popelková zistili, že vysoká koherencia študentov vedie k používaniu efektívnejšieho štýlu učenia a títo študenti sú menej závislí od okolností.

5. Koncepcia *hardiness*

– vypracovali ju psychológovia S. D. Kobas, S. R. Madi a S. Kahn. Slovo *hardiness* – nezdolnosť („nikto má nezdolá“, nepremôže, nezničí...) obsahuje tiež podobné slová – tuhosť, pevnosť, zdatnosť, zocelenosť či schopnosť vytrvale a usilovne bojovať s ťažkosťami. Uvedení autori vypracovali teóriu „nezdolnosti“ (*hardiness*), ale aj metódu na zisťovanie miery nezdolnosti. Tiež sledujú tri základné charakteristiky, ktorými sú oddanosť (určitému presvedčeniu), predstava o ovládateľnosti toho, čo sa deje a chápanie úloh ako výziev, ktoré prijímame. Ich metodika ukázala dobré prognostické vlastnosti – je schopná určiť, kto bude mať viac zdravotných ťažkostí, viac problémov v živote a podobne. Človek, u ktorého nie je rozvinutá nezdolnosť, má pocity bezmocnosti a beznádeje, neujasnenú hodnotovú orientáciu, nerozhodnosť, nedôveru v seba aj ostatných, cíti sa odcudzený (*alienation*), je pesimistický, depresívny, nespokojný.

6. Koncepcia lokalizácie kontroly

– vypracoval ju J. B. Rotter a hovorí o kontrole psychického diania, ktoré môže byť vnútorne kontrolované, alebo správanie je skôr ovplyvnené vonkajším prostredím. Záleží aj od toho, či príčiny správania subjekt vidí ako zmeniteľné (reverzibilné), alebo nezmeniteľné (ireverzibilné). K. A. Wallston a kol. vypracovali škálu na meranie lokalizácie kontroly a pracovali s tromi ortogonálnymi faktormi: internalita – významné iné osoby – možnosti. Študoval sa vzťah lokalizácie kontroly (*locus of control*) a zdravia. Zistilo sa, že interné miesto kontroly je spojené so zvýšenou odolnosťou proti vzniku vyhoreniu (*burnout*) a je spojené s vyššou pracovnou spokojnosťou. Podobnú teóriu budovania vnútornej motivácie a odolnosti má aj R. deCharms, ktorý vypracoval dotazník, pomocou ktorého delí ľudí na „*origin*“ a „*pawn*“, teda na originálnych a pešiatkov. „*Origin*“ osobnosť má vnútornú kontrolu, využíva svoje možnosti, je odolnejšia voči záťaži.

7. Koncepcia *well-being*

– koncepcia psychickej pohody. V. Kebza píše, že psychická pohoda sa dá vymedziť aj pojmami blaženosť, spokojnosť, radosť, šťastie, blaho. Psychologicky ide o príjemné emocionálne prežívanie, pozitívne vlastnosti osobnosti a optimistické postoje. C. D. Ryff a C. L. Keyes za základné dimenzie psychickej pohody považujú sebaaprijatie, pozitívne vzťahy k druhým ľuďom, autonómiu, zvládanie životného prostredia, osobný rozvoj a zmysel života. U nás v tejto oblasti pracuje J. Džuka, ktorý venuje pozornosť spôsobu, akým subjekt posudzuje pozitívne a negatívne stránky svojej situácie. J. Džuka a C. Dalbertová hovoria o modeloch aktuálnej a habituálnej (dlhodobej) pohody a dopĺňajú model o ďalšie dimenzie. Pri skúmaní pohody sa sleduje subjektívna váha faktorov, pomocou ktorej sa posudzuje pohoda.

8. Koncepcia *viability*

– ide o koncepciu M. Blatného. Viabilitu definuje ako tendenciu k pozitívnemu prístupu k životu a aktívnemu prispôsobeniu sa životným podmienkam. Predpokladá, že táto tendencia pôsobí na osobnú pohodu priamo prostredníctvom emocionálnej zložky extravenzie, tak aj inštrumentálne, t. j. že viabilita je zdrojom správania, ktoré vo svojom dôsledku vedie k spokojnosti. Sebadôvera, optimizmus, aktívne zvládanie života – to sú faktory, ktoré pomáhajú človeku k spokojnosti a budovaniu vlastnej jasnej a stabilnej pozície vo svete a vlastnom živote. Pri štúdiu spokojnosti a odolnosti pripisuje význam temperamentu, ktorý určuje spôsob prežívania subjektu, všima si tiež neuropsychologické aspekty prežívania (od kyseliny gama-aminomaselnej k životnému štýlu). Analyzuje osobnostné predpoklady osobnej pohody. Osobnú pohodu tvoria dve zložky: kognitívna a emocionálna. Kognitívna zložka predstavuje vedomé hodnotenie vlastného života, emočná zložka je súhrnom nálad, emócií a afektov, dlhodobé pozitívne a negatívne emočné stavy. Psychologická konceptualizácia osobnej pohody podľa autora zahrňuje emočnú stabilitu, svedomitosť, extravenziu (najmä zložka aktivity, dominantnosti, maskulinity), copingový štýl kognitívnej reštruktúracie, vysoké sebahodnotenie, otvorenosť k novým skúsenostiam a afiliantné zameranie osobnosti.

9. Koncepcia autoregulácie

– v ostatnom období je to jedna z koncepcií so širokým ohlasom. Sebaregulácia je proces, v ktorom systém (osobnosť) reguluje sám seba, so snahou dosiahnuť špecifické ciele (S. L. Shapirová). Vychádza sa z konceptualizácie osobnosti v zmysle regulačnej teórie, kde osobnosť je systém regulujúci vzťahy človek – svet (D. Kováč, M. Zelina). Autoregulácia je systematický proces ľudského správania, ktorý prispôbuje

a zapája (adjustuje) ľudské kapacity do činnosti, pomocou ktorých chce dosiahnuť očakávané ciele (T. Jackson). Sebaregulácia referuje k self-generovaniu myšlienok, pocitov, emócií, činov, ktoré smerujú k dosiahnutiu osobného cieľa (B. J. Zimmerman). Základná filozofia a prax autoregulačného prístupu je popísaná v *Handbook of Self-regulation*, editori M. Boekaerts, P. R. Pintrich, M. Zeidner. Na tejto publikácii sa podieľalo 45 autorov z mnohých štátov sveta a jej vydanie v roku 2000 sa považuje za prelomové obdobie, nastolenie novej paradigmy skúmania ľudského správania. Cvičenia odolnosti, ako súčasť prevencie, v tomto koncepte sú postavené na kontrole a usmerňovaní (riadení) týchto oblastí:

- « regulácia pozornosti a pozornosťou,
- « regulácia emócií,
- « regulácia motivácie a aktivít,
- « regulácia sociálnych vzťahov a prostredia,
- « kognitívna a kreatívna regulácia.

A ako samostatná oblasť sa vymedzuje regulácia zvládania neúspechov, kritiky, konfliktov, záťaží. Základné myšlienky pre prevenciu vyplývajúce z teórie autoregulácie sme uviedli v *Prevencii* č. 3 z roku 2008 (M. Zelina, M. Kuruc). V Česku je K. Hrbáčková autorkou publikácie *Rozvoj autoregulace učení studentů* (2011), kde je aj dotazník autoregulácie učenia a J. Hladík s S. Vávrovou sú autormi publikácie *Mechanismy fungování rozvoje autoregulace učení studentů* (2011). Otázkami regulácie správania sa zaoberal už V. Tardy, ale najdôslednejšie rozpracovanie tejto teórie na Slovensku nachádzame v prácach Damiána Kováča.

Záver

Vymenovali sme deväť koncepcií odolnosti, ktoré sú vo vzťahu k prevencii. Istotne by sa našli ďalšie diškurzy a možné delenia prístupov k odolnosti. Za dôležité považujeme, že psychológia (ale nielen ona) sa orientuje nielen na oblasť patológie, frustrácie, konfliktov, ale na budovanie zdravej, psychicky integrovanej, osobnosti. Integrovaná osobnosť má vybudovaný systém odolnosti a odolnosť je základom prevencie v najširšom kontexte. Odolný človek podľa vymenovaných koncepcií by mal mať dobré copingové stratégie riešenia stresov, mal by byť rezilientný voči záťaži, stresom, konfliktom, jeho osobnosť by mala byť ucelená, súdržná (SOC), „nezdolná“, s vnútornou lokalizáciou kontroly správania, to všetko by malo viesť k salutogenéze, well-beingu a viabilite. Koncepcia autoregulácie skôr ukazuje cestu ako dosiahnuť integritu osobnosti, t. j. aj pohodu, psychické zdravie, aj šťastie. Aspekty procesualnosti, inštrumentality a cieľovosti, intencionality sú dobre prepojené najmä v teórii a praxi autoregulácie. Spolu môžu byť zahrnuté aj pod širší kontext a to kontext *pozitívnej psychológie*. Navrhujeme, aby sa v školách pripravujúcich psychológov, pedagógov, sociálnych pracovníkov, kňazov zaradil predmet *pozitívna psychológia*, ktorá by obsahovala aj časti o odolnosti, prevencii a autoregulácii. Prvou lastovičkou – študijnou príručkou môže byť publikácia Aleny Slezákovéj *Průvodce pozitivní psychologií* (Grada, 2012) s doplnením o oblasti odolnosti, autoregulácie, existencionalnej psychológie a ďalších tém o odolnosti a prevencii.

Literatúra je k dispozícii u autora článku.

Sociálna atmosféra v základnej škole v kontexte prežívania stresu jej zamestnancov

Eva GAJDOŠOVÁ

Fakulta psychológie, Paneurópska vysoká škola v Bratislave

Anotácia: príspevok prináša výsledky skúmania sociálnej atmosféry a jej dimenzií v základnej škole na základe posúdenia zamestnancov na škále a ich úrovne stresu celkovo v štyroch kľúčových rovinách stresu. Výskum sa uskutočnil na pozvanie vedenia školy, keďže sociálne vzťahy medzi vedením školy a zamestnancami sa výrazne narušili. Výskumné zistenia upozornili na to, že až tretina zamestnancov školy vidí vážnejšie nedostatky v štýle riadenia, v rozvoji kolektívu školy a v komunikácii medzi ľuďmi v škole. Takmer polovica zamestnancov školy pociťuje existenciu stresu, aktuálne na strednej úrovni, najviac však v citovej, ale aj zdravotnej rovine. Medzi silné stránky školy patria pozitívne pracovne motivovaní a zaangažovaní zamestnanci pripravení podať výborný pracovný výkon, ktorí sú prosociálne orientovaní a záleží im na kvalite sociálnych vzťahov v základnej škole.

Kľúčové slová: sociálna atmosféra, záťaž, stres, učiteľ.

►► Úvod

Štátna politika zdravia sa pri realizácii zdravotnej politiky obracia s úlohami na všetky rezorty a zložky spoločnosti, teda aj na **rezort školstva**. To znamená, že aj školstvo musí prispieť k zlepšeniu zdravotného stavu účastníkov procesu edukácie, najmä s dôrazom na **duševné zdravie** žiakov, ale aj **personálu škôl, včítane učiteľov, postupným zlepšovaním determinantov zdravia**. Vyžaduje to v prvom rade identifikovať, aká je úroveň duševného zdravia žiakov a učiteľov v súčasných školách, **v ktorých oblastiach je situácia dobrá a v ktorých oblastiach školy sa nachádzajú isté rezervy a limity zdravia** účastníkov výchovno-vzdelávacieho procesu, aby sa mohli následne hľadať adekvátne riešenia na ich elimináciu.

Cieľom realizovaného výskumu v októbri 2020 vo vybranej základnej škole v Bratislave, v ktorej sa výrazne zhoršili vzťahy medzi vedením školy a zamestnancami, bolo zistiť, ako zamestnanci tejto základnej školy hodnotia aktuálnu sociálnu atmosféru v škole a ako subjektívne prežívajú náročné životné a stresové situácie v škole a na základe výskumných zistení navrhnúť odporúčania, ako zlepšiť podmienky práce v škole, posilniť rozvoj zdravej školy a prispieť k podpore a rozvíjaniu duševného zdravia učiteľov ako dôležitej podmienky aj dobrého duševného zdravia žiakov. Tento cieľ plne korešponduje so *Štátnou politikou zdravia (2019)* a tiež s jej cieľom „vytvárať podmienky na zachovanie zdravia a kvality života občanov“.

Učitelia sú považovaní za jednu z najohrozenejších skupín z hľadiska záťaže a stresu z viacerých dôvodov. Jednak sú spoločensky stále znevýhodnenou profesiou, čo je pre nich výrazne demotivujúce. Často tiež pracujú v náročných pracovných podmienkach, či už to súvisí s finančným problémom, nedostatočným vybavením školy alebo s celkovou atmosférou v učiteľskom zbore, so zhoršujúcim sa správaním žiakov v škole, s poruchami žiakov v učení a v správaní, zaradením čoraz väčšieho počtu detí so zdravotným znevýhodnením v bežných školách, s problematickými vzťahmi rodič – učiteľ, so zvyšujúcimi sa požiadavkami na prácu učiteľov zo strany rodičov a s nedostatočnou spoluprácou rodičov so školou. Možným zdrojom stresov na pracovisku býva aj riadiaci štýl vedenia školy a ich komunikácia

so zamestnancami. Do tejto sféry zdrojov záťaže a stresu patrí zlá a napätá atmosféra v učiteľskom zbore, nedostatočná opora a pomoc zo strany vedenia, rôzne vzťahové problémy, ale aj nedostatočná organizácia práce a prehnaná byrokracia a administratíva.

Výskumný cieľ, výskumné otázky a výskumné metódy

Primárnym cieľom výskumu bolo zistiť úroveň sociálnej atmosféry vo vybranej základnej škole v Bratislave v 10 dimenziách – psychologická atmosféra, vzťahy medzi pracovníkmi, zrelosť – rozvoj školy, sociálna začlenenosť, spokojnosť, kooperácia, komunikácia, štýl vedenia školy, vzťah k práci a zameranosť na úspech.

Sekundárnym cieľom výskumu bolo zistiť úroveň subjektívne prežívaného stresu u pracovníkov vybranej základnej školy a to ako celkovej úrovne, tak aj úrovne v jeho štyroch oblastiach, tzv. rovinách stresu – sociálnej, emocionálnej, zdravotnej a kognitívnej.

Výskum sa realizoval v októbri 2020 vo vybranej základnej škole v Bratislave. Výskumu sa zúčastnilo spolu **65 zamestnancov školy s prevahou pedagogických zamestnancov**.

Na základe výskumného cieľa sa formulovali tieto výskumné otázky: Aká je celková úroveň sociálnej atmosféry vo vybranej základnej škole podľa výpovedí jej zamestnancov? Aká je úroveň dimenzií sociálnej atmosféry vo vybranej základnej škole podľa výpovedí jej zamestnancov? Aká je úroveň subjektívne prežívaného stresu u zamestnancov vybranej základnej školy? Aká je úroveň stresu v jednotlivých rovinách stresu u zamestnancov vybranej základnej školy?

Na dosiahnutie cieľa výskumu a získaní odpovedí na výskumné otázky sa využili nasledujúce výskumné metódy:

Škála sociálnej atmosféry ako modifikovaný dotazník ŠSAT (Kollárik, 1990), ktorá skúma sociálno-psychologický stav v škole a hovorí o úrovni a kvalite vnútroškolského života. Sociálnu atmosféru školy posudzuje v 10 dimenziách – rozvoj školy, sociálna začlenenosť, spokojnosť, kooperácia, komunikácia, štýl vedenia školy, vzťah k práci a zameranosť na úspech. Kvalitu každej dimenzie hodnotia pracovníci školy na 10-stupňovej číselnej škále tak, že respondenti zakrúžkujú to číslo od 1 – 10, ktoré najlepšie podľa nich vyjadruje situáciu v škole, pričom číslo 10 je *maximálne priaznivé* a číslo 1 *maximálne nepriaznivé* hodnotenie jednotlivých dimenzií.

Dotazník stresu a syndrómu vyhorenia u učiteľov (Henning, Keller, 1996) meria celkovú úroveň subjektívne prežívaného stresu, ako aj úroveň stresu učiteľov v štyroch rovinách – *kognitívnej, sociálnej, citovej, telesnej*. Kognitívna rovina stresu sa týka negatívneho obrazu vlastných schopností, negatívneho postoja k interpersonálnym vzťahom na pracovisku, straty záujmu o profesijné témy, ťažkosť s koncentráciou pozornosti. Citová rovina stresu obsahuje symptómy ako sklúčenosť, pocity bezmocnosti, sebaľútosť, popudlivosť, nervozitu a pocit nedostatku uznania. Telesná rovina stresu je vymedzená príznakmi: rýchla unaviteľnosť, zvýšená náchylnosť k ochoreniam, vegetatívne ťažkosti (problémy so srdcom, dýchaním, zažívaním). Problémy v sociálnej rovine stresu sa vyznačujú zníženou angažovanosťou v práci, úbytkom motivácie pomáhať klientom, obmedzením kontaktov s klientmi, obmedzením kontaktov s kolegami. Dotazník má 24 položiek, ktoré súvisia so stresom, respondenti vyberajú odpoveď na 4-bodovej škále, pričom 0 znamená „*nikdy takto nereagujem, netýka sa ma to*“ a opačný pól reprezentuje 4 „*vždy takto reagujem, výrazne sa ma to týka*“. Pre jednotlivé roviny stresu je bodovým optimom 0 – 6 bodov v každej rovine stresu, 18 a viac bodov v jednotlivých rovinách stresu je upozornením na veľmi vážny stav, nevyhnutnosť uskutočniť množstvo zmien v živote človeka, prehodnotiť životné priority a rebríček osobných hodnôt. Pri zisťovaní celkovej úrovne stresu je maximálna hodnota 96 bodov, optimum sa nachádza v pásme 0 – 24 bodov. Oba dotazníky boli anonymné, takže učitelia sa mohli priamo a otvorene vyjadriť.

►► Výsledky

Hodnotenie sociálnej atmosféry v základnej škole

Pracovníci základnej školy hodnotili sociálnu atmosféru v 10 dimenziách využívajúc 10-bodovú stupnicu, kde hodnota 10 reprezentovala najpriaznivejšie, výrazne pozitívne hodnotenie a 1 najnepriaznivejšie, záporné hodnotenie. Výsledky výskumu udávame v percentách. Analýza výskumných zistení ukázala, že **zamestnanci školy hodnotili najpriaznivejšie tieto štyri dimenzie sociálnej atmosféry a volili vysoké body na 10-bodovej stupnici (body 7 – 10):**

«vzťah k výchovno-vzdelávaciemu procesu (49,1 % zamestnancov),

«zameranosť na úspech (45,8 %),

«sociálna začlenenosť (42 %),

«psychologická atmosféra (41 %).

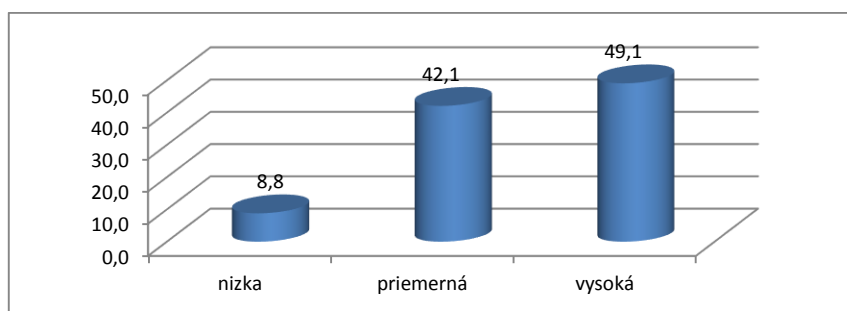
Je potešujúce, že polovica zamestnancov školy (49 %) sa vyjadrila, že v škole existuje **pozitívny vzťah ľudí k práci v rámci edukačného procesu, silná pracovná motivácia, pracovné nadšenie, ochota a záujem pracovníkov venovať čas i námahu pracovným záležitostiam**. Len zanedbateľné percento (8,8 %) malo opačný názor, teda túto dimenziu hodnotilo negatívne.

Podobné pozitívne hodnotenie zamestnancov školy sme našli aj v dimenzii **zameranosť na úspech**. Až 45,8 % z nich posudzovalo tento znak sociálnej atmosféry veľmi priaznivo, pozitívne. **Vyjadrilo tým, že v škole je silná zaangažovanosť pracovníkov a ich vysoký pocit zodpovednosti za úspešnosť školy a schopnosť vypnúť sa k pracovným výkonom**. Negatívne však túto dimenziu, na rozdiel od dimenzie vzťahu k edukačnému procesu, hodnotilo viac zamestnancov, až pätina (22 %).

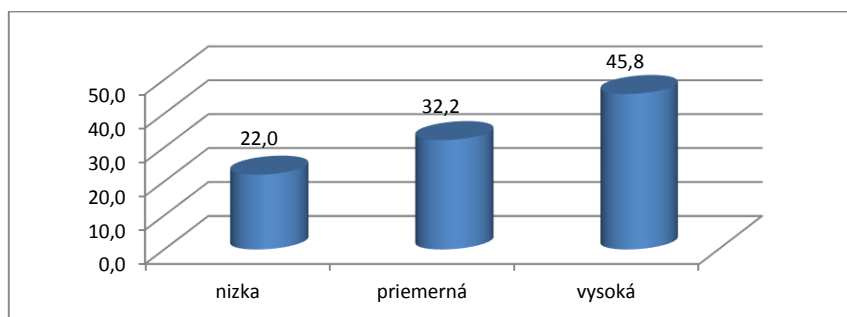
Pozitívne hodnotenou dimenziou bola tiež **sociálna začlenenosť** (42 %). Zamestnanci školy hodnotili u seba a svojich kolegov **vysokú orientáciu na sociálne vzťahy, vzájomný takt a rešpektovanie sa, otvorenosť k sociálnym vzťahom a prosociálne správanie**. Aj v tejto dimenzii je však až štvrtina zamestnancov, ktorá to nevidí tak priaznivo a pri hodnotení sociálnej začlenenosti volila výrazne nízke hodnoty na posúdenie reálneho stavu v škole.

Analýza hodnotení 65 pracovníkov školy, ktorí sa zúčastnili prieskumu, ukazuje, že 41 % z nich posudzuje **psychologickú atmosféru školy pozitívne**, v škole podľa nich dominujú **pozitívne emocionálne vzťahy, vzájomné rešpektovanie sa, dôvera a podpora**. Pre tretinu pracovníkov (36,1 %) má psychologická atmosféra v škole len veľmi priemernú úroveň, a takmer štvrtina pracovníkov školy (23 %) posudzuje atmosféru ako zdržanlivú, s nevhodnou náladou, vzájomným nerešpektovaním sa a s dominanciou negatívnych emocionálnych vzťahov.

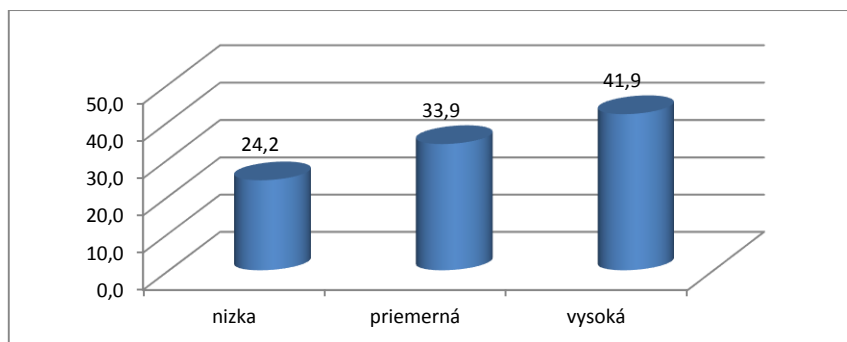
Graf 1: Vzťahy k edukačnému procesu



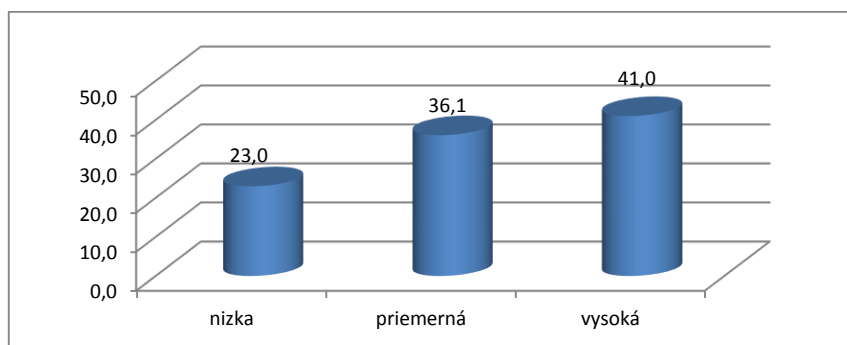
Graf 2: Zameranosť na úspech



Graf 3: Sociálna začlenenosť



Graf 4: Psychologická atmosféra

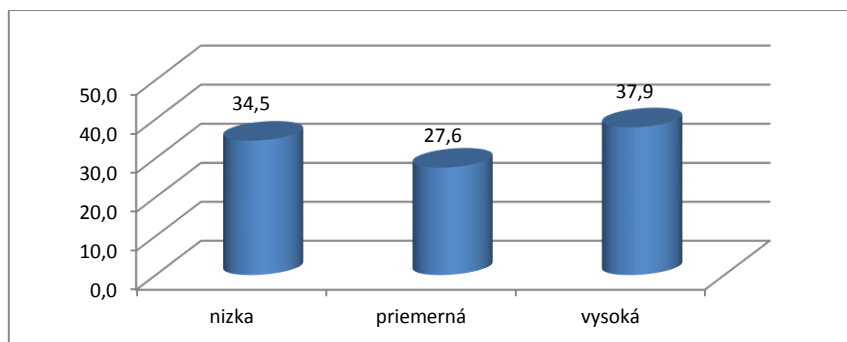


Analýza výskumných zistení ďalej potvrdila, že zamestnanci školy vidia aj **limity a rezervy školy v nasledujúcich dimenziách sociálnej atmosféry – štýl vedenia školy (34,5 %), rozvoj kolektívu školy (32 %) a komunikácia v škole (32,1 %)**. Tieto faktory sociálnej atmosféry hodnotili pracovníci školy menej priaznivo a posudzovali ich výrazne nízkymi bodmi na škále (1 – 4).

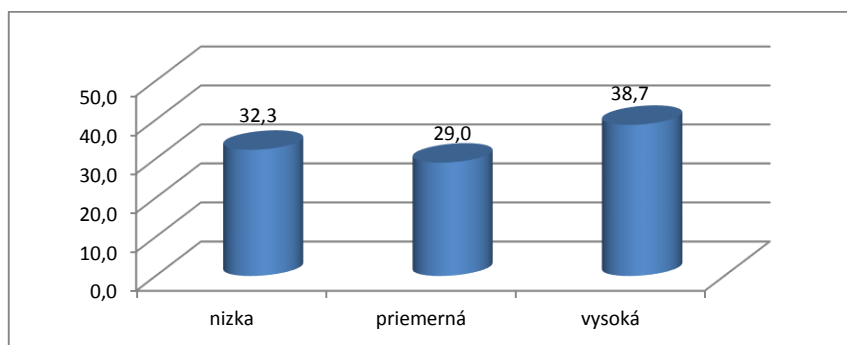
V súčasnosti vidia zamestnanci školy najväčší nedostatok v **štýle vedenia školy**. Až 62,1% učiteľov hodnotí úroveň súčasného štýlu vedenia školy ako nízku (34,5 %), alebo len veľmi priemernú (27,6 %). Vytýkajú manažmentu školy, že volí úplne formálny prístup k zamestnancom, nevenuje pozornosť vzťahom v učiteľskom zbore a nevytvára vhodné psychologické väzby. Taktiež im veľmi prekáža **rozvoj kolektívu zamestnancov školy**, teda upozorňujú na nejednotný kolektív, kde vládne vzájomná zdržanlivosť a neujasnené vzťahy s rozdielnymi názormi (32,3 %). 29 % respondentov hodnotí tieto znaky priemerne (29,0 %).

Dimenziou, s ktorou tiež nie je väčšie percento zamestnancov školy spokojných (60,7%), je **kommunikácia v škole**. 32,1% pracovníkov svojim hodnotením hovorí o nevhodnom, uzavretom a nestabilizovanom systéme komunikácie, o nejasnej komunikácii a o nezáujme zamestnancov poskytovať a prijímať informácie. 28,5 % zamestnancov ju posudzuje priemerne a tretina (39 %) pozitívne.

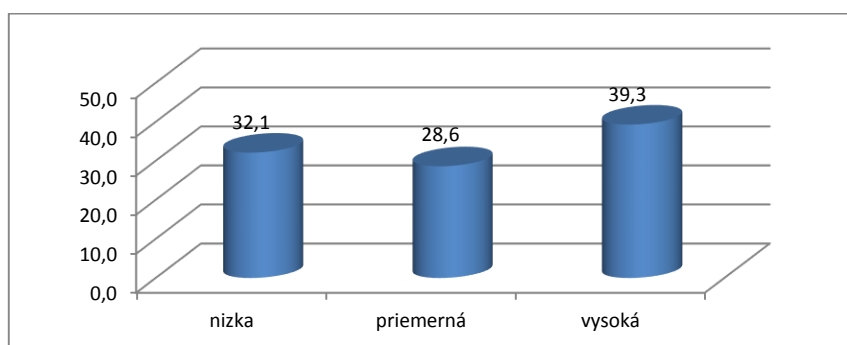
Graf 5: Štýl vedenia



Graf 6: Zrelosť – rozvoj kolektívu



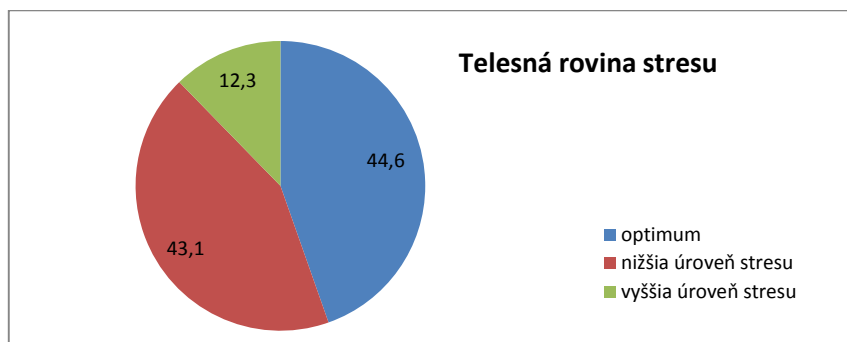
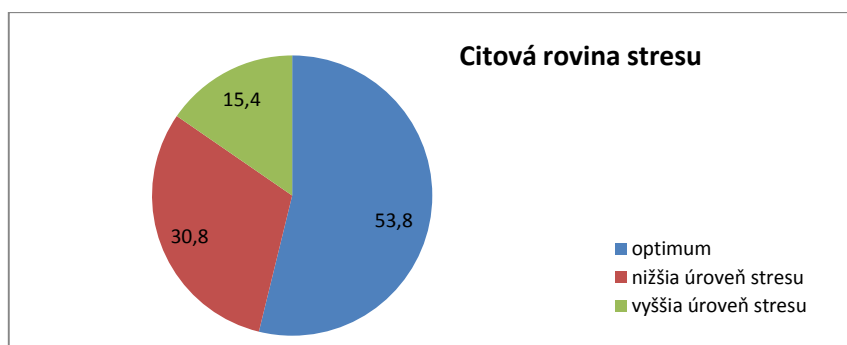
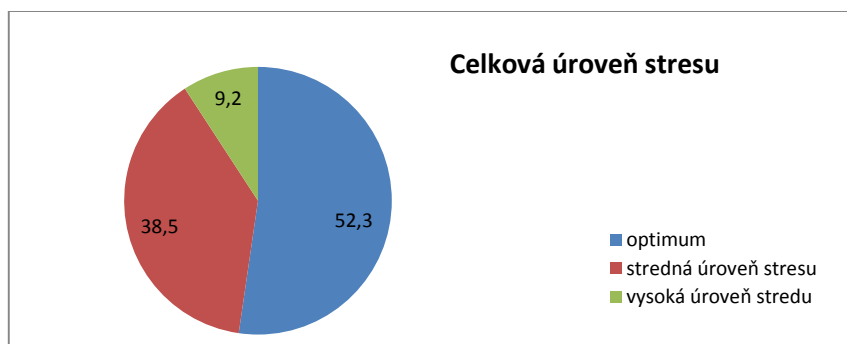
Graf 7: Komunikácia



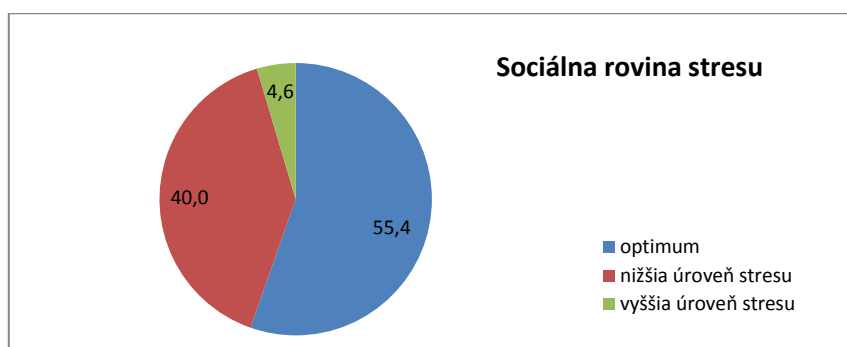
►► Hodnotenie úrovne prežívaného stresu

Ďalšou sledovanou premennou bola úroveň subjektívne prežívaného **stresu u zamestnancov školy**, najmä učiteľov (údaje v %), a to ako celková úroveň stresu, tak aj úroveň stresu v štyroch jeho rovinách/oblastiach – sociálnej, emocionálnej, zdravotnej a kognitívnej. Výskumné zistenia upozornili, že **52,3 % zamestnancov školy má úroveň stresu v rámci optima, teda stres neohrozuje ich telesné a psychické zdravie**. Naproti tomu takmer polovica (47,7%) zamestnancov aktuálne prežíva stres, z toho takmer 10 % respondentov veľmi výrazne, až ohrozujúco.

Z výsledkov výskumu ďalej vyplýva, že **záťažové a stresové situácie v škole najviac ohrozili emocionálnu oblasť zamestnancov školy** (15,4 % jedincov má vysokú úroveň stresu) a ich **fyzické zdravie** (12,3 % s vysokou úrovňou stresu). V týchto dvoch oblastiach/rovinách má teda výrazné percento zamestnancov školy veľmi vysokú hladinu stresu, ktorá znižuje ich kvalitu života, pracovnú spokojnosť a výkonnosť v práci. Na druhej strane výskumné zistenia tiež potvrdili, že približne 40 % zamestnancov školy pociťuje aktuálne existenciu stresu na strednej úrovni.



V kognitívnej úrovni stresu, teda v oblasti vnímania, myslenia, riešenia problémov je situácia oveľa priaznivejšia – takmer 60 % zamestnancov má túto rovinu/oblasť na optimálnej úrovni. U 37 % osôb kognitívnu rovinu ovplyvnil stres menej výrazne, u 5% ohrozujúco. Prekvapujúce je, že stres neovplyvnil sociálnu oblasť/rovinu zamestnancov, teda ich vzťahy (55,4 %), 40 % zamestnancov má stres nižšej úrovne a pre 5 % má stres ohrozujúci, nepriaznivý pre vzťahy.



»» Záver

Výskumné zistenia úrovne sociálnej atmosféry vybranej školy a prežívania stresu u jej zamestnancov potvrdili, že napriek aktuálne narušeným vzťahom vedenia školy a zamestnancov môže **vedenie stavať na viacerých silných stránkach svojej základnej školy**:

- « pedagogickí a odborní zamestnanci ako aj ostatní zamestnanci základnej školy majú k svojej práci stále kladný vzťah,
- « sú pozitívne pracovne motivovaní, zaangažovaní,
- « pripravení podať výborný pracovný výkon,
- « zamestnancom záleží na sociálnych vzťahoch v základnej škole,
- « sú prosociálne orientovaní, ochotní prejavovať si vzájomný rešpekt, takt, dôveru a poskytovať podporu.

Zamestnanci základnej školy však potrebujú zmeniť štýl riadenia, očakávajú neformálny prístup vedenia školy s dôrazom na partnerské a priateľské medziľudské vzťahy v učiteľskom zbore a budovanie školy ako aj učiteľského zboru s pozitívnou klímou. Zároveň výskum a výsledky jeho zverejnenia upozorňujú na dôležitosť skúmania sociálnej atmosféry v školách aj v kontexte záťaže a stresu u zamestnancov školy ako dôležitej súčasť sledovania ich duševného zdravia.

Literatúra

- ▣ KOLLÁRIK, T. 1993. Sociálna psychológia. Bratislava: SPN.
- ▣ KOLLÁRIK, Teodor. 2013. Meranie sociálnej atmosféry v škole. In: GAJDOŠOVÁ, Eva (ed.): *Psychologické aspekty kvality školy*. Zborník príspevkov z medzinárodnej konferencie. Nitra : Polymédia, 2013, s. 55 – 61.
- ▣ GAJDOŠOVÁ, Eva (ed.) 2016. *Škola v kontexte psychológie zdravia a pozitívnej psychológie*. Zborník vedeckých príspevkov. Praha : Wolters Kluwer.

Dotazník predností a nedostatkov SDQ – diagnostický nástroj na posudzovanie duševného zdravia dieťaťa

Jana CICEKOVÁ

Prírodovedecká fakulta UK

Katedra didaktiky prírodných vied, psychológie a pedagogiky

Marína MIKULAJOVÁ – Veronika BOLEKOVÁ

Fakulta psychológie, Paneurópska vysoká škola v Bratislave

Anotácia: príspevok sa zaoberá preskúmaním použitia rodičovskej verzie Dotazníka predností a nedostatkov (Strengths and Difficulties Questionnaire – SDQ; Goodman, 1997) pri vyšetrení hospitalizovaných detských a adolescentných psychiatrických pacientov a poskytuje súhrnnú informáciu o charaktere ich emočných, behaviorálnych a vzťahových problémov. Výskumný súbor tvorilo 76 hospitalizovaných psychiatrických pacientov vo veku 4 – 18 rokov (44,7 % chlapcov), jeden z rodičov vyplnil rodičovskú verziu dotazníka. Zistili sme, že z hľadiska celkových problémov až 52,7 % pacientov skórovalo v pásme abnormy a 10,5 % v hraničnom pásme. Najväčšiu mieru ťažkostí mali pacienti v oblasti emočného prežívania, hyperaktivity a nesústredenosti. Vek nezohrával významnú úlohu v závažnosti ťažkostí, no zistili sme zreteľné interpohlavné rozdiely. V porovnaní s dievčatami boli ťažkosti chlapcov závažnejšie v škálach problémového správania, hyperaktivity, nesústredenosti a problémov vo vzťahoch s rovesníkmi. Naše výsledky naznačujú, že dotazník SDQ je vhodnou voľbou pri utváraní objektívneho obrazu o mentálnom zdraví u klinickej populácie detí a adolescentov aj na Slovensku.

Kľúčové slová: SDQ, emočné problémy, poruchy správania, hyperaktivita, prosociálne správanie.

1 Úvod

Podľa Svetovej zdravotníckej organizácie predstavujú duševné poruchy jeden z najväčších problémov dnešnej doby. Ako však ukazujú epidemiologické štúdie, väčšina duševných porúch má svoj nástup už v období detstva a adolescencie (Kessler et al., 2007; Merikangas et al., 2009). Preto je dôležité používať v praxi efektívne metódy, predovšetkým štandardizované dotazníky na včasné zachytenie symptómov duševných porúch už v detskom veku (Lachar, 2003). Psychologické posudzovanie duševného zdravia detí má však svoje špecifiká. Ako uvádza D. Lachar (2003), posudzovanie by malo byť zamerané na identifikáciu a kvantifikáciu jednotlivých dimenzií symptómov, problémové správanie a súbor informácií relevantných na vytvorenie vhodnej stratégie liečby. Proces posudzovania by mal byť časovo a finančne čo najmenej nákladný a jeho administrácia by mala vyžadovať zručnosti, ktoré sú relatívne ľahko nadobudnuteľné. Takto získané informácie by mali byť jasné, zrozumiteľné a aplikovateľné rôznymi odborníkmi z oblasti starostlivosti o zdravie.

V procese klinického posudzovania duševného zdravia detí sa na získanie informácií používajú rôzne metódy, napríklad rozhovor, rodičovské a detské checklisty, monitorovanie správania, priame pozorovanie a dotazníky. Účelom je získať čo najviac relevantných údajov, často aj od rôznych osôb, ktoré pomáhajú vytvoriť komplexný obraz o prejavoch individuálnej psychopatológie (Becker, 2007). Významnú úlohu v diagnostike zohrávajú také metódy, ktoré dokážu vyhodnotiť narušenie fungovania dieťaťa naprieč rôznymi doménami, napríklad celkového zdravia, priateľstva, blízkych vzťahov a školského prostredia (Hunsley & Mash, 2010).

Pri psychologickom posudzovaní duševného zdravia je potrebné mať na zreteli aj problematiku komorbidity, ktorá je u detí a adolescentov bežným javom a často sa stáva, že okrem primárneho problému prispievajú k celkovému obrazu stavu aj ďalšie pridružené ťažkosti (Lachar, 2003). V prípade ADHD je napríklad až v dvoch tretinách detí prvého stupňa školskej dochádzky prítomná minimálne jedna ďalšia diagnostikovateľná psychiatrická porucha, ako opozičná vzdorovitá porucha a poruchy správania, kde ich komorbidita s ADHD dosahuje úroveň 42,7 – 93 % a je bežnejšia u chlapcov ako u dievčat (Jensen et al., 1997). Odhalenie prítomnosti komorbídnych ochorení je kľúčové aj z hľadiska perspektívy a liečebného postupu.

Vo svete, predovšetkým v západných štátoch, je v procese posudzovania duševného zdravia detí a adolescentov veľmi dobre etablovaný *Dotazník predností a nedostatkov* (Strengths and Difficulties Questionnaire – SDQ; Goodman, 1997). SDQ je krátky dotazník, ktorý slúži na zachytenie detí s mentálnymi problémami. Existuje vo viacerých verziách pre rodičov, učiteľov, aj samotné deti. Mapuje emočné prežívanie dieťaťa, jeho správanie a kvalitu jeho sociálnych vzťahov. Používa sa hlavne v klinickej praxi ako súčasť vstupného vyšetrenia. Informácie získané z dotazníka môžu do značnej miery ovplyvniť ďalšie vyšetrenie a to, ktorí odborníci v ňom budú zainteresovaní. Napríklad, ak do klinickej praxe prichádza dieťa s podozrením na poruchy správania a bolo by použité hodnotenie, ktoré by sa sústredilo len na behaviorálne problémy, mohlo by dôjsť k prehliadnutiu pridruženej hyperaktivity. Dotazník však môže zachytiť vysoké skóre v tejto oblasti, a tak poukázať na možnú prítomnosť aj ďalšieho ochorenia.

Účinnosť detekcie psychiatrických ochorení dotazníkom bola preskúmaná napríklad v britskom národnom prieskume mentálneho zdravia detí a adolescentov vo veku 5 až 15 rokov. Výsledky ukázali, že citlivosť na akúkoľvek psychiatrickú poruchu dosiahla úroveň 63,3 %. Pomerne vysoká citlivosť bola zaznamenaná pri diagnózach poruchy správania, hyperaktivity a depresia (70 – 90 %) a nižšiu (pod 50 %) pri špecifických fóbiách, separačnej úzkosti a poruchách príjmu potravy (Goodman et al., 2000). Diagnostická účinnosť v prípade identifikácie ADHD ukázala, že dotazník môžeme považovať za validný nástroj na zachytenie detí s touto diagnózou (Algorta et al., 2016). V súčasnosti sa SDQ tiež využíva na monitorovanie účinnosti rutinných klinických služieb, monitorovanie bežnej populácie a zachytávanie rizikových jednotlivcov alebo na meranie duševnej pohody dieťaťa v rôznych komunitných prostrediach (Goodman & Goodman, 2009; Goodman et al., 2000).

Napriek tomu, že vo svete je SDQ často využívaný skríninový nástroj, o čom svedčí aj vytvorenie niekoľkých desiatok jeho jazykových verzií, jeho použitie na území Česka a Slovenska bolo doteraz predmetom len niekoľkých príspevkov či postupových prác (napr. Foltová et al., 2013; Nováková, 2015; Novotný, 2011; Obetková & Dubayová, 2015; Traxlerová, 2007 a i.). SDQ bol ako skríninový nástroj po prvýkrát použitý až v štúdiu Care4Youth, ktorá je zameraná na dlhodobé sledovanie psychosociálneho vývinu detí a adolescentov s emocionálnymi a behaviorálnymi problémami v systéme starostlivosti (Lacková Rebičová et al., 2019). Autori v nej použili sebaopisovú verziu dotazníka. Podľa výsledkov tejto štúdie existuje u našich adolescentov vzťah medzi nepriaznivými skúsenosťami a problémami v emočnom prežívaní a správaní.

2 Ciel' štúdie

Cieľom tejto štúdie bolo preskúmať využitie dotazníka SDQ v klinickej praxi a zistiť prínos získaných informácií v kontexte psychologického vyšetrenia. Zamerali sme sa na rodičovskú verziu dotazníka a na základe výsledkov sme poskytli súhrnnú informáciu o charaktere emočných, behaviorálnych a vzťahových problémov a silných stránkach pacientov, ktorí boli v čase zberu dát hospitalizovaní na klinike detskej psychiatrie.

3 Metódy

Výskumný súbor a zber dát

Výskumu sa zúčastnilo 94 rodičov pacientov lôžkového oddelenia Kliniky detskej psychiatrie Lekárskej fakulty Univerzity Komenského v Bratislave, pričom išlo o vyčerpávajúci výber. Zber dát prebiehal kontinuálne od mája 2018 do januára 2019 za prítomnosti klinickej psychologičky PhDr. Zuzany Hradečnej. Jeden z rodičov bol vždy požiadaný o vyplnenie dotazníka pri vstupnom hospitalizačnom vyšetrení. Jedným z kritérií pre výber participantov bol vývin intelektu v pásme populačnej normy. Druhým kritériom bolo vylúčenie pacientov s diagnózami zo skupín prenikavých porúch vývinu (N=14), schizofrénie, schizotypových porúch a porúch s bludmi (N=1), akútnych a prechodných psychotických porúch (N=1) a nešpecifikovaných

porúch psychického vývinu (N=2). Samotný výskumný súbor tvorilo 76 pacientov: 34 chlapcov (44,7%) a 42 dievčat (55,3%). Vek pacientov sa pohyboval v rozmedzí od 4 do 18 rokov (Mdn=13,33). Celkovo sme u 76 pacientov zaznamenali 18 diagnostických kategórií na základe klasifikácie MKCH-10 (tabuľka 1).

Tabuľka 1: Prehľad zaznamenaných diagnóz

		Početnosť	Percentuálne zastúpenie
Diagnóza	F19	3	3,9
	F31	1	1,3
	F32	7	9,1
	F34	1	1,3
	F40	1	1,3
	F41	5	6,5
	F42	2	2,6
	F43	11	14,3
	F45	2	2,6
	F50	9	11,7
	F78	1	1,3
	F90	11	14,3
	F91	5	6,5
	F92	5	6,5
	F93	7	9,1
	F94	2	2,6
	F95	2	2,6
	F98	1	1,3
Total	76	100,0	

Dotazník SDQ

Rodičovská verzia SDQ je určená pre rodičov detí a adolescentov vo veku 4 – 17 rokov. Dotazník tvorí 25 položiek, po päť v piatich škálach. Štyri škály – emočných problémov, problémového správania, hyperaktivity a nesústredenosti a problémov vo vzťahoch s rovesníkmi – mapujú problémové oblasti. Ich sumačné skóre (na základe 20 položiek) predstavuje celkové skóre problémov. Piata škála mapuje prosociálne správanie. Rodič pri každej položke vyjadruje mieru súhlasu s daným tvrdením: určite áno (2 body), čiastočne, niekedy (1 bod), rozhodne nie (0 bodov). Škála prosociálneho správania má otočenú stupnicu. Rodič odpovedá podľa toho, ako sa dieťa správalo počas uplynulých šiestich mesiacov. Z dotazníka je možné zistiť aj skóre externalizujúcich a internalizujúcich problémov. Skóre externalizujúcich problémov tvorí súčet bodov v škálach problémového správania a hyperaktivity a nesústredenosti. Skóre internalizujúcich problémov tvorí súčet bodov v škálach emočných problémov a problémov vo vzťahoch s rovesníkmi. SDQ taktiež umožňuje kategorizáciu výsledkov v troch pásmach: norma, hraničné pásmo a abnorma. Kritické hodnoty pre jednotlivé škály aj celkové skóre ťažkostí sú súčasťou britských noriem.

Dotazník SDQ je voľne prístupný na stránke sdqinfo.org, kde sa nachádzajú všetky jeho doteraz vytvorené jazykové verzie, vrátane slovenskej verzie pre rodičov. Stránka bola vytvorená ako súčasť projektu YouthInMind, ktorý združuje súbor psychológov, učiteľov a expertov z oblasti IT a okrem už spomennutých jazykových verzií obsahuje aj pokyny pre administráciu dotazníka a normy pre niektoré štáty.

Štatistická analýza dát

Analýzu dát sme realizovali pomocou štatistického programu IBM SPSS Statistics 20. Získali sme údaje deskriptívnej štatistiky včítane koeficientov šikmosti a špicatosti. Vnútnú konzistenciu škál sme zisťovali pomocou Cronbachovho koeficientu alfa. Normalita distribúcie premenných bola hodnotená pomocou Kolmogorovov – Smirnovovho testu normality, na základe čoho sme použili parametrické aj neparametrické testy – príslušné skupiny boli porovnané t-testom, Mann-Whitneyho U-testom

a Wilcoxonovým testom. Silu vzťahu medzi jednotlivými premennými (škálami dotazníka SDQ a vekom) sme merali prostredníctvom Spearmanovho korelačného koeficientu – r_s a korelačného pomeru η . Na zistenie vecnej významnosti rozdielu sme použili korelačnú mieru veľkosti rozdielu – r_m .

4 Výsledky

Hodnotu vnútornej konzistencie celkového skóre problémov sme vyhodnotili ako veľmi dobrú ($\alpha=0,78$). Reliabilita škály problémov vo vzťahoch s rovesníkmi bola nízka ($\alpha=0,53$). Ďalšie štyri škály vykazovali veľmi dobrú reliabilitu ($\alpha=0,72$ až $0,79$). Na základe frekvencie odpovedí v škále emočných problémov konštatujeme, že takmer polovica rodičov úplne súhlasila s tvrdením, že ich dieťa býva v nových situáciách nervózne, nesamostatné a ľahko stráca sebadôveru (44,7 %) a viac ako tretina vyslovila jednoznačný súhlas s tým, že sa ich dieťa často sťažuje na bolesti hlavy, žalúdka alebo nevoľnosť (36,8 %). Približne polovica rodičov čiastočne súhlasila s výrokom, že ich dieťa býva často nešťastné, sklесlé alebo smutné (52,6 %). V škále problémového správania tretina rodičov uviedla, že ich dieťa rozhodne máva často záchvaty zlosti alebo výbušnú náladu (33,3 %). Približne polovica však súhlasila s tvrdením, že ich dieťa je poslušné a zvyčajne urobí, čo dospelí vyžadujú (48,7 %). Takmer 42 % rodičov rozhodne nesúhlasilo s tvrdením, že ich dieťa klame alebo podvádza. S tvrdením „Často sa bije s inými deťmi alebo ich šikanauje“ rozhodne nesúhlasilo 76 % rodičov a až 88,2 % poprelo, že by ich dieťa kradlo. Najfrekvencovanejšou položkou s kladnou odpoveďou v škále hyperaktivity a nesústredenosti bolo tvrdenie „Ľahko sa dá vyrušiť a ťažko sa sústredí“, s ktorým rozhodne súhlasilo až 50 % rodičov a takmer tretina s istotou uviedla, že ich dieťa býva nepokojné a nevydrží dlho bez pohybu (31,6 %). Naopak, viac ako tretina rodičov rozhodne poprelo, že by ich dieťa bolo neposedné (36,8 %). 30 % uviedlo, že ich dieťa nie je schopné pri plnení úloh vytrvať až do konca. Z odpovedí rodičov v škále problémov vo vzťahoch s rovesníkmi vyplýva, že väčšina detí bola pomerne obľúbená medzi inými deťmi (60,5 %) a mala aspoň jedného dobrého kamaráta alebo kamarátku (73,7 %). Viac ako polovica rodičov rozhodne nesúhlasila s tvrdením, že by sa ich deťom rovesníci posmievali alebo ich šikanovali (55,3 %) a 44,7 % uviedlo, že ich dieťa rozhodne nie je samotár. Najvýraznejším indikátorom prosociálneho správania bola ochota pomáhať, ak si niekto ublíži (72,4 %) a milé správanie k mladším deťom (74,7 %). Ďalej nasledovala ochota podeliť sa o svoje veci (61,8%), snaha správať sa k druhým ohľaduplne (52,6 %) a dobrovoľná pomoc druhým (42,1 %).

Tabuľka 2: Deskriptívna štatistika jednotlivých škál dotazníka SDQ

	Emočné problémy	Problémové správanie	Hyperaktivita a nesústredenosť	Problémy vo vzťahoch s rovesníkmi	Prosociálne správanie	Celkové problémy
Min	0	0	0	0	0	1
Max	10	10	10	8	10	32
Priemer	5,13	3,21	5,22	2,93	7,61	16,50
Sk. Mdn	5,05	2,85	5,15	2,67	8,00	17,00
Modus	3	2	4	2	10	19
SD	2,69	2,34	2,86	1,99	2,30	6,39
Špicatost'	-0,76	0,04	-0,63	-0,24	1,26	-0,27
Šikmost'	0,01	0,71	-0,09	0,56	-1,13	-0,04

Štatistickou analýzou sme zistili, že viac ako dve tretiny pacientov dosahovali vyššie skóre indikujúce väčšie ťažkosti v škále emočných problémov než v škále problémového správania (68 %) so stredne veľkou korelačnou mierou veľkosti rozdielu ($r_m=,43$; $p<,001$). Podobne, až 75 % pacientov malo vyššie skóre emočných problémov než skóre problémov vo vzťahoch s rovesníkmi, rozdiel medzi oboma škálami bol veľký ($r_m=,55$; $p<,001$). Veľký rozdiel bol aj medzi škálou hyperaktivity a nesústredenosti a škálou problémového správania ($r_m=,51$; $p<,001$). V tomto prípade približne 74 % pacientov v škále hyperaktivity a nesústredenosti skórovalo vyššie. Rovnaký výsledok sme získali aj v prípade prevahy škály hyperaktivity a nesústredenosti nad škálou problémov vo vzťahoch s rovesníkmi. Všeobecne pacienti dosahovali pomerne vysoké skóre v škále prosociálneho správania. Toto skóre bolo u 68 % pacientov vyššie než skóre hyperaktivity a nesústredenosti ($r_m=,44$; $p<,001$), u 74 % pacientov vyššie než skóre emočných problémov ($r_m=,51$; $p<,001$), u 84 % pacientov vyššie než skóre problémového správania ($r_m=,57$; $p<,001$) a až u 91 % pacientov vyššie než skóre problémov vo vzťahoch s rovesníkmi ($r_m=,63$; $p<,001$). Z toho vyplýva, že medzi úrovňou akou participanti skórovali v jednotlivých škálach dotazníka SDQ, sú významné rozdiely.

Vzťah medzi vekom a škálami rodičovskej verzie dotazníka SDQ

Štatisticky významná negatívna korelácia sa ukázala medzi vekom a problémovým správaním ($r_s = -,229$; $p = ,046$) a vekom, hyperaktivitou a nesústredenosťou ($r_s = -,268$; $p = ,019$). Ostatné korelácie neboli štatisticky významné. Medzi internalizujúcim skóre a vekom taktiež nebol štatisticky významný vzťah ($r_s = ,065$; $p = ,578$). Externalizujúce skóre bolo s vekom v slabom zápornom vzťahu ($r_s = -,264$; $p = ,021$).

Zisťovanie rozdielov na základe pohlavia v škálach rodičovskej verzie SDQ

Zaujímalo nás, či existujú rozdiely v jednotlivých dimenziách SDQ na základe pohlavia detí. Zistili sme, že chlapci dosiahli vyššie mediánové skóre v problémovom správaní ($Mdn_1 = 3,53$) než dievčatá ($Mdn_2 = 2,25$). Podobne to bolo aj v dimenzii hyperaktivity a nesústredenosti ($Mdn_1 = 6,29$, $Mdn_2 = 4,62$) a v dimenzii problémov vo vzťahoch s rovesníkmi (u chlapcov $Mdn_1 = 3,10$; u dievčat $Mdn_2 = 2,27$). V dimenzii emočných problémov výsledky vyšli v neprospech dievčat ($Mdn_2 = 5,42$; chlapci $Mdn_1 = 4,56$). Naopak, v škále prosociálneho správania vyššie skórovali dievčatá ($Mdn_2 = 8,93$; chlapci $Mdn_1 = 6,85$); skóre dievčat začínalo až od 5 bodov, chlapci skórovali v celom spektre o až 10 bodov, čo naznačuje veľmi závažné problémy v oblasti prosociálneho správania. V dimenzii celkových problémov chlapci skórovali vyššie ako dievčatá s rozdielom 4 bodov ($Mdn_1 = 19$; $Mdn_2 = 15$). Tu sme však u dievčat zistili širšiu a pestrejšiu škálu problémov – skóre dievčat nadobúdalo hodnoty od 1 do 32 na rozdiel od chlapcov, kde to bolo od 5 do 29. Interpohlavné rozdiely v dosiahnutom externalizujúcom a internalizujúcom skóre úvážame v tabuľke 3.

Tabuľka 3: Interpohlavné rozdiely v dosiahnutom externalizujúcom a internalizujúcom skóre (N=76)

Pohlavie		Internalizujúce skóre	Externalizujúce skóre
Chlapci	minimum	1,00	0,00
	maximum	15,00	19,00
	priemer	8,15	10,09
	SD	3,92	4,90
	skupinový medián	8,50	10,00
Dievčatá	minimum	1,00	,00
	maximum	18,00	16,00
	priemer	8,00	7,10
	SD	3,98	4,26
	skupinový medián	7,00	7,00

Veľkosť a štatistickú významnosť zisťovaných rozdielov vo všetkých škálach dotazníka ako aj v externalizujúcom a internalizujúcom skóre je uvedená v tabuľke 4.

Tabuľka 4: Veľkosť a štatistická významnosť rozdielu medzi chlapcami a dievčatami v škálach dotazníka SDQ a v externalizujúcom a internalizujúcom skóre (N=76)

	r_m	Štatistická významnosť	
		t-test	P
CP	,246	$t(74) = 2,183$,032
EP	,104	$t(74) = -0,897$,373
		Mann – Whitney U	P
PS	,235	U = 521	,042
HN	,299	U = 467,5	,010
PVR	,211	U = 541	,067
PSS	,419	U = 372	,000
EX	,300	U = 465,500	,009
INT	,021	U = 697,000	,858

Pozn.: CP – celkové problémy, EP – emočné problémy, PS – problémové správanie, HN – hyperaktivita a nesústredenosť, PVR – problémy vo vzťahoch s rovesníkmi, PSS – prosociálne správanie; EX – externalizujúce skóre; INT – internalizujúce skóre.

Výsledky nepreukázali štatisticky, ani vecne signifikantné rozdiely v škále emočných problémov a v subškále internalizujúceho skóre; v škále problémov vo vzťahoch s rovesníkmi boli na hranici štatistickej signifikancie. V ostatných doménach boli rozdiely štatisticky významné s nízkou až strednou úrovňou vecnej signifikancie.

5 Diskusia

Cieľom štúdie bolo preskúmať použitie dotazníka SDQ u hospitalizovaných detských psychiatrických pacientov. Výskum sme zamerali na zmapovanie charakteru emočných, behaviorálnych a vzťahových problémov, ako ich hlásia rodičia detí a vzťah sociodemografických ukazovateľov (vek a pohlavie) k uvádzaným ťažkostiam v jednotlivých dimenziách dotazníka.

Výsledky mnohých štúdií poukazujú na vysokú reliabilitu dotazníka SDQ. Vnútoraná konzistencia škál slovenskej verzie dosahovala veľmi uspokojivé hodnoty $\alpha = 0,72$ až $0,78$, ktoré sú porovnateľné a v niektorých prípadoch dokonca vyššie ako uvádzajú iní autori (Becker et al., 2004; Björnsdotter et al., 2013; Foltová et al., 2013; Goodman, 2001; Koskelainen, 2008; Lacková Rebičová et al., 2019; Muris et al., 2003; Niclassen et al., 2012; Stone et al., 2010). Výnimku predstavovala škála problémov vo vzťahoch s rovesníkmi ($\alpha = 0,53$). Rovnaký výsledok však zaznamenali aj L. Stone et al. (2010).

Z našich výsledkov vyplýva, že najväčšiu mieru ťažkostí mali pacienti v oblasti emočného prežívania, kde viac ako polovica (57,9 %) skórovala v pásme abnormy a 11,8 % v hraničnom pásme (tabuľka 5). Rodičia ako najvýznamnejšie indikátory týchto ťažkostí uvádzali nervozitu v nových situáciách, nesamostatnosť a ľahkú stratu sebadôvery a poukazovali aj na výskyt somatických prejavov ako sú bolesti hlavy, žalúdka alebo nevoľnosť. Na závažnosť emočných problémov pacientov v našom výskumnom súbore poukazuje aj fakt, že v tejto škále skórovali v priemere o viac ako 1 bod vyššie než pacienti nemeckej klinickej vzorky (N=380; M=4,0; Becker et al., 2004). Pomerne vysoká miera emočných problémov je tiež známa u detí v ústavnej starostlivosti (Novotný, 2011; Richards et al., 2006). J. Novotný (2011) napríklad uvádza, že v pásme abnormy skórovalo 20 % a v hraničnom pásme 6,6 % detí. Istú mieru väčších emočných problémov je možné predpokladať aj u detí s inými psychiatrickými diagnózami, ktoré môžu mať vplyv na ich emočné prežívanie. L. Foltová et al. (2013) napríklad zistili u detí s dyslexiou zvýšené hodnoty skóre emočných problémov. Podobne tomu bolo aj u detí s mentálnym postihnutím (Obetková & Dubayová, 2015). Podľa nášho názoru všetky tieto faktory spolu s faktom, že až 24 % detí z nášho výskumného súboru trpelo poruchami ako adaptačná porucha (6 participantov), akútna stresová porucha (4 participantov), zmiešané a depresívne poruchy (3 participantov) a afektívne poruchy (5 participantov) prispievajú k vysokému výskytu emočných problémov v našom výskumnom súbore.

Tabuľka 5: Frekvencia výskytu závažnosti problémov v škálach SDQ (N=76) v hrubom skóre a v percentách

	Norma	Hraničné pásmo	Abnorma
Celkové problémy	28 (36,9)	8 (10,5)	40 (52,6)
Emočné problémy	23 (30,3)	9 (11,8)	44 (57,9)
Problémové správanie	34 (44,7)	12 (15,8)	30 (39,5)
Hyperaktivita a nesústredenosť	42 (55,3)	16 (21)	18 (23,7)
Problémy vo vzťahoch s rovesníkmi	36 (47,4)	14 (18,4)	26 (34,2)
Prosociálne správanie	44 (57,9)	10 (13,2)	22 (28,9)

Skóre blížiacie sa k dvojnásobku hodnoty normy dosahovali pacienti aj v škálach problémového správania, hyperaktivity, nesústredenosti a problémov vo vzťahoch s rovesníkmi. Hoci viac ako polovica pacientov (55,3 %) vykazovala abnormálne hodnoty v škále problémového správania a v škále problémov vo vzťahoch s rovesníkmi (52,6 %) a len 44,8 % v škále hyperaktivity a nesústredenosti, na základe výsledkov môžeme konštatovať, že ťažkosti detí s hyperaktivitou a nesústredenosťou boli závažnejšie a výrazne dominovali nad problémovým správaním ($r_m = ,57$) a problémami vo vzťahoch s rovesníkmi ($r_m = ,51$). Domnievame sa, že výsledok je možné pripísať postaveniu hyperkinetických porúch ako samostatnej diagnózy a počtu participantov, ktorým bola stanovená (N=8; 10,5 %), na rozdiel od problémov vo vzťahoch s rovesníkmi a problémového správania, ktoré môžu byť len sekundárnymi dôsledkami iných porúch. V porovnaní s nemeckou klinickou vzorkou však pacienti boli v miere ťažkostí v týchto troch škálach na tom lepšie v priemere o jeden bod (Becker et al., 2004). V prípade celkových problémov sa v pásme abnormy nachádzalo až 52,7 % a v hraničnom pásme 10,5 % pacientov. Priemerné skóre celkových problémov dosiahlo hodnotu $M = 16,50$ ($SD = 6,391$), čo je takmer o 5 bodov viac ako to bolo v prípade

kohortovej štúdie Care4Youth, ktorá monitorovala deti vo veku 10 – 16 rokov v slovenských základných školách (M=11,71; SD=5,74; N=341; Lacková Rebičová et al., 2019). V škále prosociálneho správania bolo 57,8 % pacientov v norme, ale treba podotknúť, že skupinový medián bol Mdn=8, čo predstavuje spodnú hranicu pásma normy z hľadiska klinickej kategorizácie. Pre porovnanie uvádzame, že v pásme normy sa v prípade detí v ústavnej starostlivosti nachádzalo 97,8 % participantov (Novotný, 2011). Relatívne nízke hodnoty skóre v škále prosociálneho správania (priemerne 6,6 bodu) boli zaznamenané u pacientov nemeckej psychiatrickej kliniky (N=380; Becker et al., 2004).

Z našich výskumných zistení vyplýva, že vek významne nekoreloval so závažnosťou ťažkostí hlásených rodičmi. Zistili sme, že vzťahy medzi vekom a skóre v škálach emočných problémov, problémov vo vzťahoch s rovesníkmi a prosociálnym správaním sú len zanedbateľné. Inak to bolo v škálach problémového správania, hyperaktivity a nesústreďenosti, kde s narastajúcim vekom dochádza k miernemu zlepšeniu ťažkostí ($r_s=-,229$; $r_s=-,268$ v uvedenom poradí). Aby sme však vedeli s istotou zodpovedať otázku vzťahu veku a miery hlásených problémov, bolo by potrebné získať opätovné hodnotenie rodičov s dlhším časovým odstupom. Aj tu však L. Foltová et al. (2013) uvádzajú nejednoznačné výsledky. Vo svojej longitudinálnej štúdiu zistili najväčšie psychosociálne problémy u detí s dyslexiou vo veku 7 rokov, neskôr vo veku 11 rokov došlo k ich zlepšeniu, no vo veku 15 rokov sa problémy detí opäť, i keď v menšej miere, prehĺbili. Podobnú vývinovú trajektóriu však sledovali aj psychosociálne ťažkosti zdravých detí (ibid.). Naopak, M. Clair et al. (2011) zistili s narastajúcim vekom u zdravej populácie detí vo všetkých škálach dotazníka SDQ zlepšenie, výnimku tvorila len škála problémov vo vzťahoch s rovesníkmi, kde mala trajektória stúpajúcu tendenciu.

Na rozdiel od veku, vzťah medzi pohlavím a skóre v škálach SDQ bol zreteľný. S výnimkou emočných problémov dosahovali chlapci vyššie skóre poukazujúce na väčšie ťažkosti vo všetkých škálach, pričom podobné výsledky sú známe aj z holandskej štúdie zdravých detí (Muris et al., 2003), španielskej (Barriuso-Lapresa et al., 2014), gréckej (Giannakopoulou et al., 2009) a talianskej zdravej populácie (Tobia et al., 2013). Opačnú tendenciu zaznamenali M. Lacková Rebičová et al. (2019) u populácie slovenských žiakov základných škôl, kde dievčatá skórovali o takmer 1,5 bodu vyššie v škále celkových problémov a aj v hodnotách internalizujúceho skóre. Podobne ako v našom výskumnom súbore však boli hodnoty externalizujúceho skóre u chlapcov mierne vyššie než u dievčat. Na tomto mieste treba poznamenať, že napriek týmto rozdielom vo výsledkoch boli všetky hodnoty skóre pre jednotlivé škály v našom výskumnom súbore o niekoľko bodov vyššie, čo poukazuje na závažnosť problémov hospitalizovaných pacientov (tabuľka 6). Navyše, určitú úlohu môže zohrávať aj fakt, že pri našom výskume bola použitá rodičovská verzia dotazníka na rozdiel od vyššie uvedenej štúdie, v ktorej autori pracovali so sebahodnotením žiakov.

Tabuľka 6: Porovnanie výsledkov deskriptívnej štatistiky pre celkové problémy a hodnoty internalizujúceho a externalizujúceho skóre tak, ako ich uvádzajú M. Lacková Rebičová et al. (2019; N=341) s výsledkami nášho výskumného súboru (N=76)

	Lacková Rebičová et al. (2019; N=341)			Pacienti lôžkového oddelenia Kliniky detskej psychiatrie (N=76)		
	celý VS	chlapci	dievčatá	celý VS	chlapci	dievčatá
CP (M, SD)	11,71; 5,74	10,89; 5,62	12,36; 5,77	16,50; 6,39	18,24; 5,80	15,10; 6,57
INT (M, SD)	5,07; 3,51	4,10; 3,09	5,83; 3,63	8,07; 3,92	8,15; 3,92	8,00; 3,98
EX (M, SD)	6,65; 3,43	6,88; 3,64	6,47; 3,25	8,43; 4,77	10,09; 4,90	7,10; 4,26

Pozn.: CP – celkové problémy; EX – externalizujúce skóre; INT – internalizujúce skóre; VS – výskumný súbor.

Najväčší rozdiel medzi chlapcami a dievčatami sa prejavil v škále prosociálneho správania. Je zaujímavé, že rozpätie celkových problémov u dievčat je o 7 bodov väčšie ako u chlapcov, z čoho možno usudzovať, že hoci problémy dievčat majú nižší stupeň závažnosti, sú vo svojich prejavoch oveľa pestrejšie ako problémy chlapcov. Vyššie skóre v škále emočných problémov u dievčat a vyššie externalizujúce skóre u chlapcov podporujú predpoklad, že u dievčat je pravdepodobnosť vyvinutia internalizujúcich symptómov vyššia ako u chlapcov (Jandasek et al., 2008).

V Austrálii J. Mathai et al. (2004) prišli k záveru, že SDQ predstavuje významnú pomoc pre klinických psychológov a psychiatrov, keďže miera zhody medzi diagnózami, na prítomnosť ktorých je dotazník schopný upozorniť a diagnózami stanovenými samotnými klinikmi bola stredná až vysoká ($r=0,39$ – $r=0,56$). K obľúbenosti dotazníka jednoznačne prispieva, že je na internete voľne prístupný s informáciami o administrácii.

6 Záver

Na základe nášho výskumu a dostupných informácií konštatujeme, že naše výsledky sú porovnateľné s mnohými zahraničnými štúdiami. Dotazník SDQ by mohol byť vhodnou voľbou pri hodnotení mentálneho zdravia klinickej, ale aj bežnej populácie detí a adolescentov. SDQ veľmi rýchlo a pomerne s vysokou presnosťou upozorní na problémy v jednotlivých oblastiach detského správania a prežívania. Za prínosné v budúcnosti považujeme rozšíriť výskum na zdravú populáciu slovenských detí a zapojiť do ich hodnotenia aj učiteľov a deti. Perspektívne využitie dotazníka tiež vidíme v procese sledovania efektívnosti intervencií, a teda by bolo potrebné otestovať aj použitie jeho *follow-up* verzie. Za hlavný limit práce považujeme absenciu slovenských noriem. Naše výsledky sme porovnávali s pôvodnými britskými normami, a tak neboli do úvahy brané možné interkulturálne rozdiely.

Literatúra

- ▣ ALGORTA, G. P., DODD, A. L., STRINGARIS, A. & YOUNGSTROM, E. A. (2016). Diagnostic efficiency of the SDQ for Parents to Identify ADHD in the UK: A ROC Analysis. *European Child and Adolescent Psychiatry*, 25, 949-957.
- ▣ BARRIUSO-LAPRESA, L. M., HERNANDO-ARIZALETA, L. & RAJMI, L. (2014). Reference Values of the Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ) Version for Parents in the Spanish Population, 2006. *Actas Espanolas De Psiquiatria*, 42(2), 43-48.
- ▣ BECKER, A. (2007). *Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ) – Evaluations and applications* [online]. Göttingen: Mathematisch-Naturwissenschaftlichen Fakultäten der Georg-August-Universität zu Göttingen. [20. 8. 2019.] Dostupné na: <https://d-nb.info/988952114/34>
- ▣ BECKER, A., WOERNER, W., HASSELHORN, M., BANASCHEWSKI, T. & ROTHENBERGER, A. (2004). Validation of the Parent and Teacher SDQ in a Clinical Sample. *European Journal of Child and Adolescent Psychiatry*, 13(2), 11-16.
- ▣ BJÖRNSDOTTER, A., ENEBRINK, P. & GHADERI, A. (2013). Psychometric Properties of Online Administered Parental Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ), and Normative Data Based on Combined Online and Paper-and-pencil Administration. *Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health*, 7(40), 9.
- ▣ CLAIR, M. C. ST., PICKLES, A., DURKIN, K. & CONTI-RAMSDEN, G. (2011). A Longitudinal Study of Behavioral, Emotional and Social Difficulties in Individuals With a History of Specific Language Impairment (SLI). *Journal of Communication Disorders*, 44, 186-199.
- ▣ FOLTOVÁ, L., PORTEŠOVÁ, Š. & KUKLA, L. (2013). Behaviorální, emoční a sociální potíže dyslektických dětí během školní docházky (7 – 15 let) – longitudinální výzkum. *Československá psychologie*, 57(6), 505-520.
- ▣ GIANNAKOPOULOS, G., TZAVARA, C., DIMITRAKAKI, C., KOLAITIS, G., ROTSIKA, V. & TOUNTAS, Y. (2009). The Factor Structure of the Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ) in Greek Adolescents. *Annals of General Psychiatry*, 8(20), 7 pp.
- ▣ GOODMAN, R. (1997). The strengths and difficulties questionnaire: A research note. *Journal of Child Psychology, Psychiatry and Allied Disciplines*, 38(5), 581-586.
- ▣ GOODMAN, R. (2001). Psychometric Properties of the Strengths and Difficulties Questionnaire. *Child and Adolescent Psychiatry*, 40(11), 1337-1345.
- ▣ GOODMAN, A. & GOODMAN, R. (2009). Strengths and Difficulties Questionnaire as a Dimensional Measure of Child Mental Health. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 48(4), 400-403.

-
- ☐ GOODMAN, R., FORD, T., SIMMONS, H., GATWARD, R. & MELTZER, H. (2000). Using the Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ) to screen for child psychiatric disorders in a community sample. *British Journal of Psychiatry*, 177, 534-539.
- ☐ HUNSLEY, J. & MASH, E. J. (2010). The Role of Assessment in Evidence-Based Practice. In: Antony, M. M. & Barlow, D. H. (Eds.): *Handbook of Assessment and Treatment Planning for Psychological Disorders*. New York: The Guilford Press. 3-22.
- ☐ JANDASEK, B., HOLMBECK, G. N. & ROSE, B. M. (2008). Statistical Considerations: Moderators and Mediators. In: Hersen, M. & Gross, A. M. (Eds.): *Handbook of Clinical Psychology (Vol. 2): Children and Adolescent*. New Jersey: John Wiley & Sons. 291-321.
- ☐ JENSEN, P. S., MARTIN, D. & CANTWELL, D. P. (1997). Comorbidity in ADHD: Implications for Research, Practice, and DSM-V. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 36(8), 1065-1079.
- ☐ KESSLER, R. C., AMMINGER, G. P., AGUILAR-GAXIOLA, S., ALONSO, J., LEE, S. & USTUN, T. B. (2007). Age of onset of mental disorders: A review of recent literature. *Current Opinion in Psychiatry*, 20(4), 359-364.
- ☐ KOSKELAINEN, M. (2008). *The Strengths and Difficulties Questionnaire Among Finnish School-Aged Children and Adolescents*. Turku: Turun Yliopiston Julkaisuja, Annales Universitatis Turkuensis, 82.
- ☐ LACHAR, D. (2003). Psychological Assessment in Child Mental Health Settings. In: Graham, J. R. & Naglieri, J. A. (Eds.): *Handbook of Psychology (Vol. 10): Assessment Psychology*. New Jersey: John Wiley & Sons, 235-260.
- ☐ LACKOVÁ REBIČOVÁ, M., DANKULINCOVÁ VESELSKÁ, Z., HUSÁROVÁ D., MADARÁSOVÁ GECKOVÁ, A., VAN DIJK, J. P. & REIJNEVELD, S. A. (2019). The Number of Adverse Childhood Experiences Is Associated with Emotional and Behavioral Problems among Adolescents. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 16(13), 8.
- ☐ MATHAI, J., ANDERSON, P. & BOURNE, A. (2004). Comparing Psychiatric Diagnoses Generated by the Strength and Difficulties Questionnaire with Diagnoses Made by Clinicians. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 38(8), 639-643.
- ☐ MERIKANGAS, K. R., NAKAMURA, E. F. & KESSLER, R. C. (2009). Epidemiology of mental disorders in children and adolescents. *Dialogues in Clinical Neuroscience*, 11(1), 7-20.
- ☐ MURIS, P., MEESTERS, C. & VAN DEN BERG, F. (2003). The Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ): Further Evidence for its Reliability and Validity in a Community Sample of Dutch Children and Adolescents. *European Child and Adolescent Psychiatry*, 12, 1-8.
- ☐ NICLASSEN, J., TEASDALE, T. W., NYBO ANDERSEN, A. M., SKOVGAARD, A. M., EBERLING, H. & OBEL, C. (2012). Psychometric Properties of the Danish Strengths and Difficulties Questionnaire: The SDQ Assessed for More than 70 000 Raters in Four Different Cohorts. *PLoS ONE*, 7(2), 8.
- ☐ NOVÁKOVÁ, J. (2015). *Percepce dostatků a nedostatků u dětí s rizikem vzniku gramotnostních obtíží (Bakalárska práca)[online]*. Praha: Pedagogická fakulta Univerzity Karlovy v Praze, Katedra psychologie. [20. 8. 2019]. Dostupné na: <https://is.cuni.cz/webapps/zzp/detail/121649/?lang=en>
- ☐ NOVOTNÝ, J. S. (2011). Prevalence vybraných typu osobnostních problem u adolescentů, umístěných trvale v ústavní péči. *Psychologie a její kontexty*, 2(2), 99-108.
- ☐ OBETKOVÁ, M. & DUBAYOVÁ, T. (2015). Analýza faktorov školskej úspešnosti žiakov s mentálnym postihnutím. In: Žolnová, J. & Dubayová, T. (Eds.): *Študent na ceste k praxi IV. Zborník príspevkov zo Študentskej vedeckej konferencie v odboroch špeciálna a liečebná pedagogika*. Prešov: Prešovská univerzita v Prešove, Pedagogická fakulta, 98-109.
- ☐ RICHARDS, L., WOOD, N. & RUIZ-CALYADA, L. (2006). The Mental Health Needs of Looked After Children in a Local Authority Permanent Placement Team and the Value of The Goodman SDQ. *Adoption and Fostering*, 30(2), 43-52.
- ☐ STONE, L. L., OTTEN, R., ENGELS, R. C. M. E., VERMULTS, A. A. & JANSSENS, J. M. A. M. (2010). Psychometric Properties of the Parent and Teacher Versions of the Strengths and Difficulties Questionnaire for 4- to 12-Year Olds: A Review. *Clinical Child and Family Psychology Review*, 13, 254-274.
- ☐ TOBIA, V., GABRIELE, M. A. & MARZOCCHI, G. M. (2013). The Italian Version of the Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ) – Teacher: Psychometric Properties. *Journal of Psychoeducational Assessment*, 31(5), 493-505.

▣ TRAXLEROVÁ, M. (2007). *Emocionální a behaviorální potíže dětí a dospívajících a faktorová struktura českých verzí dotazníku Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ)* (Bakalárska práca) [online]. Brno: Fakulta sociálních studií Masarykovy univerzity v Brně. [20. 8. 2019]. Dostupné na: https://is.muni.cz/th/79051/fss_b/3673218/Strengths_and_Difficulties_Questionnaire.pdf

Prevenčia obchodovania s ľuďmi – aktuálna téma prevencie v škole

Ingrid EMMEROVÁ

Pedagogická fakulta KU v Ružomberku
Katedra pedagogiky a špeciálnej pedagogiky

Anotácia: príspevok sa zaoberá problematikou prevencie obchodovania s ľuďmi. Približuje tiež takto zamerané trestné činy páchané na deťoch a mládeži v Slovenskej republike. Osobitná pozornosť je venovaná možnostiam prevencie v škole.

Kľúčové slová: obchodovanie s ľuďmi, prevencia, prevencia v školskom prostredí.

Reálne sa detí a mládeže v súčasnosti dotýkajú závažné sociálne ohrozenia. Na jednej strane sa žiaci základných a stredných škôl dopúšťajú rizikového či problémového správania, na druhej strane sa môžu stať ich obeť. Deti a mládež sa môžu stať aj obeťou tak závažného javu ako je **obchodovanie s ľuďmi**.

Zámery obchodovania s ľuďmi sú podľa K. Vankovej (2020) sexuálne vykorisťovanie (zahŕňa prostitúciu, pornografiu, nútené manželstvá), ekonomické vykorisťovanie (nútená práca vo fabrikách a dielňach, ale aj v domácnostiach ako služobníctvo), nelegálna adopcia (sprostredkovanie dieťaťa párom, ktoré si nemôžu vo svojej krajine dieťa legálne adoptovať) a obchodovanie s ľudskými orgánmi (sprostredkovatelia žiadajú od príjemcov vysoké sumy, darcom orgánu sa vyplatí len minimum). Autorky J. Hrivnáková, B. Hurtišová a K. Babincová (2019) uvádzajú aj nútené žobranie a zneužitie sociálneho systému (obchodníci zneužijú doklady obchodovanej osoby, aby na ňu nezákonne poberali sociálne dávky v cieľovej krajine alebo sa prostredníctvom údajov a dokumentácie o klientovi dopustia úverových a poisťných podvodov).

Obchodovanie s deťmi predstavuje mimoriadne závažnú formu obchodovania s ľuďmi. Ako upozorňuje K. Kubovičová (2009), keďže sú jeho obeťami deti, tento trestný čin sa odlišne trestne postihuje a aj ochranné systémy, ktoré sa vzťahujú na maloletých, sú iné než tie, ktoré sa vzťahujú na dospelých. Detské obeť obchodovania často pochádzajú z prostredia, v ktorom ich zanedbávali alebo rôznym spôsobom zneužívali. Tieto faktory ovplyvňujú ich duševný vývoj a majú dlhodobý vplyv na ich sebadôveru, sebaúctu a schopnosť budovať naplňajúce a bezpečné vzťahy. Empirické skúsenosti organizácií,

ktoré poskytujú pomoc obetiam obchodovania, ukazujú, že významný počet detských obetí pochádza z nestabilného domáceho prostredia, z rodín s jedným rodičom, detských domovov, utečeneckých centier alebo z ulice, kde sa ocitli po úteku z domu. V niektorých prípadoch s deťmi obchodujú dokonca najbližší členovia rodiny. Počas obchodovania sú deti neustále vystavené zničujúcemu fyzickému a psychickému prostrediu, ktoré je rizikové pre ich budúci vývoj. Neustále ich zastrašujú, žijú v nebezpečenstve, čelia chronickému zneužívaniu, stresu a častému sexuálnemu násiliu.

V tejto súvislosti je vhodné spomenúť fenomén komerčného sexuálneho zneužívania detí (*angl. Commercial sexual exploitation of children – CSEC*). Rozlišujú sa tri formy: detská prostitúcia, detská pornografia a obchod s deťmi pre sexuálny priemysel. R. Milfait (2008) CSEC definuje ako formu sexuálneho zneužívania detí a všeobecne sa vymedzuje ako každé zneužitie dieťaťa k sexuálnemu účelu za finančnú či inú odmenu.

■ Deti a mládež ako obeť obchodovania s ľuďmi

Z viktimologického hľadiska považujeme deti a mládež za obzvlášť zraniteľnú skupinu osôb. Ako uvádza J. Chromý (2010, s. 21) často sa v dôsledku fyzických či emocionálnych charakteristík nemôžu slobodne vyjadriť, nie sú schopní celú situáciu pochopiť a voči páchatelom sa autoritatívne postaviť.

Súčasnú situáciu výskytu obchodovania s ľuďmi, kedy sú obeťou deti a mládež, ich zneužívanie na komerčné účely možno prezentovať na základe oficiálnych štatistík. V *tabuľke 1* uvádzame počet osôb do veku 18 rokov, ktoré boli zneužívané na komerčné účely na základe štatistických výkazov V12 Ministerstva práce, sociálnych vecí a rodiny SR o vykonávaní opatrení sociálnoprávnej ochrany detí a sociálnej kurately. Uvádzame údaje spolu za roky 2012 až 2020, samostatne sme vyznačili vek do 6 rokov a do 15 rokov.

Tabuľka 1: Pomoc deťom zneužívaným na komerčné účely

Rok	Zneužívanie na komerčné účely		
	spolu do 18 rokov	– do 6 rokov	– do 15 rokov
2012	2	0	2
2013	12	2	6
2014	6	0	3
2015	3	0	0
2016	4	0	3
2017	2	0	1
2018	9	0	5
2019	6	1	3
2020	9	0	4

Spracované podľa: Ročné výkazy V12 MPSVR SR o vykonávaní opatrení sociálnoprávnej ochrany detí a sociálnej kurately za roky 2012 až 2020.

V *tabuľke 1* je uvedený počet detí, u ktorých bolo dôvodné podozrenie zo zneužívania na komerčné účely (najmä prostitúciu a pornografiu). Pracovníci každoročne riešia prípady zneužívania na komerčné účely, v rokoch 2013 a 2019 boli obeťou dokonca deti do veku 6 rokov.

Štatistika kriminality tiež dokresľuje súčasný stav. Na základe štatistických údajov môžeme konštatovať, že deti a mládež sa každoročne stávajú obeťou trestných činov v rôznych druhoch kriminality. V *tabuľke 2* uvádzame trestný čin obchodovanie s ľuďmi (§ 179), kedy obeťou boli deti a mládež. Okrem počtu spolu (čiže do 18 rokov), samostatne uvádzame obeť do veku 6 rokov a od 7 do 13 rokov, údaje sú za roky 2012 až 2020 (podľa Štatistiky kriminality MV SR – údaje o skutkoch spáchaných na mládeži).

Tabuľka 2: Deti a mládež ako obeť trestného činu obchodovania s ľuďmi

Rok	Trestný čin obchodovanie s ľuďmi		
	spolu do 18 rokov	– do 6 rokov	– do 13 rokov
2012	7	0	0
2013	2	0	0
2014	5	1	1
2015	6	0	1
2016	8	0	2
2017	5	0	2
2018	9	0	2
2019	8	2	2
2020	8	0	4

Spracované podľa: Štatistika kriminality – údaje o skutkoch spáchaných na mládeži. Ministerstvo vnútra SR.

V rokoch 2012 až 2020 došlo k trestnému činu obchodovania s ľuďmi aj vo vekovej kategórii do 18 rokov. Aj keď sú obeť väčšinou staršie ako 13 rokov, v rokoch 2014 a 2019 sme zaznamenali aj obeť do veku 6 rokov a v rokoch 2014 až 2019 jednu až dve obeť do 13 rokov, v roku 2020 to boli až 4 obeť vo veku do 13 rokov.

Podľa údajov Ministerstva vnútra SR je Slovenská republika prevažne krajinou pôvodu obeť, teda zdrojom (najmä pre Veľkú Britániu, Nemecko, Rakúsko, Taliansko, Holandsko, Španielsko, Švajčiarsko, Českú republiku a Rumunsko). Slovenskí občania boli v roku 2019 náborení na území Slovenska páchatelmi, ktorí sú tiež zvyčajne slovenskí občania. Druhým najčastejším účelom bolo sexuálne vykorisťovanie, vyskytuje sa výlučne u ženských obeť, z toho takmer polovicu tvoria detské obeť. Väčšina sexuálneho vykorisťovania prebiehala na území Slovenska.

Páchatelom je neraz osoba z blízkeho okolia obeť. Zarážajúce je, že rodičia, ktorí by sa mali starať o bezpečie svojho dieťa, sa tiež stávajú páchatelmi takto zameraných trestných činov (sexuálne zneužívanie, obchodovanie s ľuďmi a pod.).

Určité riziko v tomto smere predstavuje aj **internet**. Internet je významnou súčasťou života mladých ľudí, o čom svedčia výsledky rôznych výskumov. Ako zistila M. Janková (2020) na vzorke žiakov základných a stredných škôl, 95 % žiakov používa internet denne alebo takmer denne. Počas bežného školského dňa najviac žiakov strávi na internete 3 až 4 hodiny (29,6 %) alebo 1 až 2 hodiny (24,9 %), nižšiu intenzitu uviedlo iba 14,6 %. Rizikové používanie internetu (viac ako 5 hodín) zistila až u 30,2 % žiakov. Výskum u stredoškôlkov realizovala K. Kohútová (2020). Zistila, že takmer všetci respondenti (98,8%) používajú internet každý deň.

Internet je prostriedkom získavania informácií, zábavy, pomáha pri vzdelávaní. Virtuálne prostredie, ktoré internet ponúka, v sebe ukrýva aj rôzne riziká a hrozby. Vo vzťahu k virtuálnemu priestoru je potrebné upozorniť na kybergrooming, čo je také správanie užívateľa internetu, ktoré vyvolá v obeť falošnú dôveru a presvedčí ju, aby sa osobne stretli. Motívom takého správania je sexuálne zneužitie alebo zneužitie obeť na pornografiu, či prostitúciu. Internet prispieva aj k rozširovaniu prostitúcie, slúži ako ponukový katalóg spôsobu, formy a rozsahu prostitúcie.

Podľa E. Gajdošovej (2020) veľkým rizikom zoznamovania cez internet je nadviazanie kontaktu so sexuálnym agresorom. Páchatel svoju stratégiu stavia na tom, že sa pre obeť stane starším kamarátom, ochrancom, ponúka bezpečie a prijatie, ktoré môže dieťaťu, či mladému človeku doma alebo medzi rovesníkmi chýbať. Takto môžu manipulovať s dôverčivosťou aj obchodníci s ľuďmi.

■ ■ ■ Prevenčia v základných a stredných školách

Pri realizovaní efektívnej prevencie zohráva najdôležitejšiu úlohu škola. Prevenčná činnosť musí byť systematická práca počas celého školského roka. Cieľom primárnej prevencie je vytvárať v školách podmienky pre zdravý telesný, psychický a sociálny vývin. Je dôležité, aby sa v škole uskutočnili preventívne aktivity zamerané na oblasť vedomia a konania žiakov, čím by sa u nich predchádzalo výskytu problémového správania. Ako uvádza A. Škoviera (2020), prevencia by nemala byť

manipuláciou, nátlakom, ale ponukou, ktorá si žiakov získa a tí následne urobia pozitívne korekcie vo svojom hodnotovom systéme i v správaní. Súčasná situácia akcentuje pri prevencii v školskom prostredí na dva aspekty, aby sa žiaci základných a stredných škôl:

1. nedopúšťali problémového správania, ktoré môže prerásť až do páchania trestnej činnosti,
2. nestali obeťou (napr. šikanovania, sexuálneho zneužívania, obchodovania s ľuďmi a ďalších trestných činov).

V škole sa uskutočňuje špecifická i nešpecifická prevencia. Pri nešpecifickej je potrebné u žiakov rozvíjať sociálne spôsobilosti, podporovať efektívne riešenie problémov a konfliktov, rozvíjať sociálnu komunikáciu, empatiu i asertívne správanie, realizovať výchovu k prosociálnosti. Špecifická prevencia sa zameriava na jednotlivé druhy problémového, či rizikového správania. Práve prevencia obchodovania s ľuďmi je aktuálnou a potrebnou témou prevencie v škole.

Dokument Ministerstva školstva, vedy, výskumu a športu Slovenskej republiky *Spravidlo školským rokom 2020/2021* (bývalé pedagogicko-organizačné pokyny) venuje pozornosť prevencii obchodovania s ľuďmi a v časti Bezpečnosť a práva detí okrem iného uvádza:

- « zvýšiť informovanosť a osvetu v školách v oblasti najčastejších prejavov obchodovania s ľuďmi: sexuálne vykorisťovanie, pracovné vykorisťovanie, nútené žobranie, nútené sobáše,
- « v súlade s úlohami Národného programu boja proti obchodovaniu s ľuďmi na roky 2019 – 2021 realizovať besedy s vyškolenými odbornými zamestnancami z CPPPaP o rizikách práce v zahraničí a prevencii pred neľudským zaobchádzaním, obchodovaním s ľuďmi a otrockou prácou, ako aj preventívne kampane.

V základných a stredných školách sa prevencia konkretizuje rôznymi formami, často sú to jednorazové aktivity – besedy či prednášky spojené s diskusiou, ale sú to aj dlhodobé preventívne programy a projekty. Osobitne prínosné pri prevencii kriminality je, ak školy intenzívne spolupracujú s Policajným zborom SR. Táto spolupráca sa uskutočňuje predovšetkým prostredníctvom činnosti policajtov, ktorí sú zaradení na úseku prevencie. Policajti – preventisti ponúkajú školám rôzne prevenčné aktivity jednorazové i dlhodobejšie preventívne programy, či projekty. V spolupráci so školami realizujú prevenciu viktimácie, zameriavajú sa aj na zvyšovanie právneho vedomia, ale aj prevenciu ďalších sociálno-patologických javov.

Pri **prevencii viktimácie** môžeme ako príklad uviesť besedy v školách, ktoré sú zamerané na zvyšovanie obozretnosti pri ponukách práce v zahraničí v súvislosti s obchodovaním s ľuďmi, napr. upozorňovať na techniky získavania ľudí na prácu v zahraničí a nutnosti dodržiavať niektoré zásady: vycestovať až po získaní pracovného povolenia, zapamätať si číslo slovenskej ambasády, nikomu neodovzdať svoj pas a pod. Ďalej je potrebné informovať žiakov o rizikách zneužívania na trhu práce najmä pri letných brigádach, naučiť ich ako rozlíšiť ponuky práce, ktoré môžu skrývať nebezpečenstvo, na čo je potrebné sa opýtať pri sprostredkovaní práce a i. Na internetovej stránke Ministerstva vnútra SR sú uverejnené zásady, ako sa dobre pripraviť na odchod do zahraničia a čo mať v zahraničí vždy na pamäti.

Príprava na odchod do zahraničia:

- ▶ V prvom rade si dobre preveriť agentúru alebo človeka, ktorý ponúka prácu zahraničí.
- ▶ Overiť si adresu svojho budúceho zamestnávateľa a to, či vôbec existuje. Seriózna pracovná agentúra poskytne aj telefonický kontakt, aby si záujemca mohol zavolať.
- ▶ Podpísať pracovnú zmluvu len v jazyku, ktorému dobre rozumieme a v ktorej je uvedené meno a adresa zamestnávateľa, adresa budúceho pracoviska, náplň práce, výška odmeny, ubytovacie podmienky a trvanie pracovného pomeru.
- ▶ Neprijať prácu načierno. Vycestovať až keď dostaneme pracovné víza.
- ▶ V štáte, kam odchádzame pracovať, si nájsť čo najviac kontaktov (napr. od známych, ktorí tam už boli).
- ▶ Zistiť si adresu a telefónne číslo slovenského veľvyslanectva a naučiť sa ho naspamäť.
- ▶ O svojom odchode informovať rodičov alebo dobrých známych.
- ▶ Doma nechať presnú adresu a telefónne číslo plánovaného pobytu a čo najviac informácií o svojom budúcom zamestnávateľovi, fotokópiu pasu a najnovšiu fotografiu.

- ▶ S blízkymi si dohodnúť záchranný signál (môže to byť veta alebo slovné spojenie), ktorý budeme môcť použiť aj počas odpočívania telefonovania.
- ▶ Dohovoriť sa, ako často a kedy sa budeme ozývať rodičom alebo dobrým známym.
- ▶ Na cestu si zobrať nevyhnutný finančný obnos na prípadný návrat domov a predplatenú telefónnu kartu.
- ▶ Zabezpečiť si cestovné poistenie.

K batožine pribalit' slovník jazyka, ktorý sa používa v štáte kam cestujeme a naučiť sa základné frázy.

V zahraničí mať na pamäti:

- ▶ Aj napriek práci načierno, v núdzi sa obrátiť na políciu. Vo väčšine európskych štátov pri najmenšom náznaku, že žena je obeťou obchodovania, s ňou úrady zaobchádzajú ako s obeťou násillia.
- ▶ Nikomu za žiadnych okolností nedávať svoj pas, samozrejme okrem pohraničnej stráže a polície. Všetky potrebné náležitosti si vybavovať osobne. Ani pri práci načierno zamestnávateľ pas nepotrebuje.
- ▶ Ak vám niekto odoberie doklady alebo ich stratíte, okamžite to nahlásiť na políciu a kontaktovať slovenské veľvyslanectvo v danej krajine.
- ▶ Ak sú pracovné podmienky iné, než je uvedené v zmluve, obrátiť sa na agentúru alebo osobu, ktorá prácu sprostredkovala a informovať o tom svojich blízkych doma.
- ▶ Počas pobytu neprijímať žiadne dary ani pôžičky, nebyť nikomu zaviazaný.
- ▶ Ozývať sa rodičom alebo známym tak, ako ste sa pred odchodom dohodli a oznámiť im každú zmenu pobytu.
- ▶ V prípade potreby neváhať kontaktovať slovenské veľvyslanectvo alebo konzulát.

Týmito odporúčaniami môžeme aspoň čiastočne znížiť riziko nepríjemných zážitkov, aj keď je veľmi ťažké predvídať všetky rizikové situácie, v ktorých sa môžeme v cudzine ocitnúť. Cudzinec je v zahraničí vždy zraniteľnejší než doma, čo obchodníci s ľuďmi veľmi dobre vedia a využívajú.

V škole je vhodné pripomenúť si **Európsky deň boja proti obchodovaniu s ľuďmi** – 18. október. Pri tejto príležitosti je možné naplánovať preventívne aktivity na túto tému. Svetový deň boja proti obchodovaniu s ľuďmi schválilo Valné zhromaždenie OSN na 30. júl, kedy sú ale prázdniny.

Intenzívnu pozornosť je potrebné venovať v škole rizikám, ktoré prinášajú moderné technológie a ohrozujú žiakov základných a stredných škôl. Preventívnymi aktivitami zvyšovať vzdelanosť a povedomie mladých ľudí, aby sa vedeli brániť pred rôznymi technikami manipulácie.

Autori A. Kopányiová, Š. Matula, E. Smiková a Z. Vojtová v súvislosti s prevenciou sexuálneho zneužívania zdôrazňujú efektívnosť dostatočnej a vekuprímeranej informovanosti a prevenčné aktivity formou interaktívnych a sociálnych hier. Odporúčajú pravidelne uskutočňovať nácvik metód úniku, napr. krik, útek, rozhovory o dobre a zle mienených dotykoch, naučiť žiakov hovoriť nie.

Podobne K. Kubovičová (2009) pri prevencii obchodovania s ľuďmi upozorňuje na interaktivitu, partnerstvo (rešpekt k názoru členov skupiny, porozumenia), dôveru, posilnenie (nácvik sociálno-psychologických spôsobilostí, zvyšovanie sebavedomia), flexibilitu v súvislosti s meniacimi sa trendmi (monitorovanie trendov a zmien v problematike a následná úprava a prispôsobenie aktivít). Cieľom preventívneho stretnutia k téme obchodovanie s ľuďmi je naučiť sa, ako rozpoznať nebezpečenstvo obchodovania s ľuďmi a osvojiť si preventívne informácie a ako sa správať v rizikových situáciách, ktoré môžu viesť k obchodovaniu s ľuďmi.

Učiteľia by mali tiež žiakov ubezpečiť, že pri akýchkoľvek problémoch sa môžu na nich obrátiť. Školy môžu poskytnúť žiakom kontakty na odborníkov z oblasti pomáhajúcich profesií. Na nástenkách zverejniť číslo Národnej linky pomoci obchodovania s ľuďmi 0800 800 818. Vysvetliť žiakom, že kontaktovať políciu alebo uvedenú linku môžu v prípade, keď sa stali obeťou alebo ak poznajú niekoho, kto by sa obeťou mohol stať.

Záver

Odborníci venujú veľkú pozornosť problémovému a rizikovému správaniu žiakov, ktorého sa žiaci základných i stredných škôl dopúšťajú. Závažným problémom súčasnosti však je skutočnosť, že deti a mládež sú aj obeťami deviantného správania, ako je obchodovanie s ľuďmi.

Preto musí byť systematická prevenčná činnosť realizovaná počas celého školského roka adekvátnymi a vekuprimeranými formami a metódami. Môže to byť formou preventívnych projektov či programov, uskutočňovaním prevencie počas vyučovacích hodín, besied a rôznych iných jednorazových aktivít. Možno preto súhlasiť s V. Bělíkom a S. Hoferkovou (2016, s. 29), podľa ktorých je efektívna prevencia systematická, koordinovaná a dlhodobá, zameriava sa na všetky prejavy rizikového správania. Je potrebné zaradiť problematiku prevencie obchodovania s ľuďmi do školských plánov preventívnych aktivít a následne v priebehu školského roka takto zamerané preventívne aktivity aj realizovať.

Literatúra

- ▣ BĚLÍK, V. – HOFERKOVÁ, S.: *Prevence rizikového chování ve školním prostředí*. Hradec Králové: UHK, 2016, 141 s. ISBN 978-80-263-1015-0
- ▣ GAJDOŠOVÁ, E.: Postrehy a skúsenosti školských psychologov s poradenským riešením sexuálneho násillia páchaného na deťoch v online priestore. In: *Prevencia*. 2020, č. 1, s. 35 – 37. ISSN 1336-3689
- ▣ HRIVNÁKOVÁ, J. – HURTIŠOVÁ, B. – BABINCOVÁ, K.: *Prevencia obchodovania s ľuďmi. Tréningový manuál*. Bratislava: Medzinárodná organizácia pre migráciu (IOM), 2019, 112 s. ISBN 978-80-89506-84-2
- ▣ CHROMÝ, J.: *Kriminalita páchaná na mládeži*. Praha: Linde, 2010, 240 s. ISBN 978-80-7201-825-3
- ▣ JANKOVÁ, M.: Význam internetu a sociálnych médií u žiakov základných a stredných škôl. In: *Mládež a spoločnosť*. 2020, č. 3, s. 63 – 84. ISSN 1335-1109
- ▣ KOHÚTOVÁ, K.: Excesívne používanie internetu dospievajúcimi. In: *Prevencia*. 2020, č. 1, s. 26 – 34. ISSN 1336-3689
- ▣ KOPÁNYIOVÁ, A. – MATULA, Š. – SMIKOVÁ, E. – VOJTOVÁ, Z.: *Metodická príručka pre prácu s deťmi ako obeťami násillia s dôrazom na prevenciu ich komerčného sexuálneho zneužívania*. Bratislava, 120 s. Dostupné na: www.vudpap.sk
- ▣ KUBOVIČOVÁ, K.: *Základné informácie o problematike obchodovania s ľuďmi*. Bratislava: IOM Medzinárodná organizácia pre migráciu, 2009, 104 s. Dostupné na: www.iom.sk
- ▣ MILFAIT, R.: *Komerční sexualizované násillie na deťoch*. Praha: Portál, 2008, 216s. ISBN 978-80-7367-320-8
- ▣ *Ročné výkazy V12 MPSVR SR o vykonávaní opatrení sociálnoprávnej ochrany detí a sociálnej kurately za roky 2012 až 2020*. Dostupné na: www.upsvar.sk
- ▣ *Situácia v oblasti obchodovania s ľuďmi na Slovensku*. Dostupné na: www.minv.sk
- ▣ *Spríevodca školským rokom 2020/2021*. Bratislava: Ministerstvo školstva, vedy, výskumu a športu SR, 2020. Dostupné na: www.minedu.sk
- ▣ ŠKOVIERA, A.: O prevencii, slobode a ich kontextoch. In: *Sociálna prevencia*. 2020, č. 1, s. 5 – 6. ISSN 1336-9679
- ▣ *Štatistika kriminality v Slovenskej republike – údaje o skutkoch spáchaných na mládeži za roky 2012 až 2020*. Dostupné na: www.minv.sk
- ▣ VANKOVÁ, K.: Sociálnoprávne intervencie vo vzťahu k obeťam obchodovania s ľuďmi. In: *Vychovávateľ*. 2020, č. 5-6, s. 33 – 41. ISSN 0139-6919

Podpora rodiny dieťaťa s rizikovým vývinom a zdravotným znevýhodnením v ranom veku

Veronika ROHÁČKOVÁ
Erika TICHÁ

Centrum včasnej intervencie, Bratislava

Anotácia: základné potreby a prežívanie rodín po narodení dieťaťa s rizikovým vývinom alebo zdravotným znevýhodnením poukazujú na smerovanie podpory a očakávania rodín od systému služieb. Napriek rozmanitosti rôznych foriem služieb a širokého spektra odborníkov, sa ponuka často nestretáva so skutočnými očakávaniami rodín. Vytvorenie nadrezortného systému podpory predpokladá porozumieť potrebám rodín a hľadať prieniky medzi jednotlivými službami. Centrum včasnej intervencie Bratislava, n. o., má snahu tieto prieniky nachádzať.

Kľúčové slová: rodina, dieťa s rizikovým vývinom, raný vek, včasná intervencia, vývinová diagnostika.

Hnev, bolesť, smútok, strach, neistota, sklamanie, mnoho otázok... Zaplavujúca zmes pocitov a myšlienok, uprostred ktorých sa ocitnú rodičia dieťaťa s ťažkosťami vo vývine. Ak táto situácia nastane nečakane, bez varovania a prípravy, môže byť neznesiteľná. Žiadny z rodičov dopredu nepočíta s tým, že sa mu narodí dieťa s rizikovým vývinom alebo zdravotným znevýhodnením. Mnohé už nebude také ako predtým, kedy myšlienky voľne plynuli v predstavách a očakávaniach o živote s ich vytúženým dieťaťom. Namiesto toho sa vynárajú otázky: Čo bude? Ako to bude? Zvládneme to? Prečo my? Bude to raz lepšie? Kto nám pomôže? ...máme pred touto situáciou rešpekt a zároveň si uvedomujeme jej krehkosť a to, že neexistuje univerzálna „dobrá rada“, len naša pripravenosť byť tu, počúvať, rešpektovať, vnímať, byť tu ako ľudia a ak bude čas, aj ako odborníci (Matejová, R. a tím CVI Bratislava, n. o., 2020).

Narodenie dieťaťa s komplikáciami prináša náhlu zmenu do života rodiny, kde obvyklú radosť vystriedajú obavy, otázky, očakávania a predstavy o rodičovstve sa nenapĺňajú. Koncept rodiča dieťaťa, u ktorého „je vo vývine niečo inak“ nie je súčasťou príprav rodiny na rodičovstvo a nový koncept výrazne ohrozuje stabilitu rodiny ako celku. Nestabilný rodinný systém nedovoľuje rodine porozumieť situácii, v ktorej sa ocitla, akceptovať ju, čo následne ohrozuje samotné prijatie dieťaťa. Takáto rodina hľadá pomoc a informácie, kladie otázky, snaží sa zorientovať, skúša riešenia, prežíva sklamanie, čaká na úspechy a hľadá podporu...

Pre rodiny detí s rizikovým vývinom alebo zdravotným znevýhodnením je charakteristických niekoľko podobností v prežívaní:

- « predstavy rodiny o narodení dieťaťa sa nenaplnili, dieťa prišlo na svet náhle a neočakávane, rodina nedokáže naplno prežívať radosť z narodenia dieťaťa a ani svoju rolu rodiča,
- « rodičia majú obavy o život, zdravie a vývin dieťaťa, potrebujú byť blízko a načúvať svojej rodičovskej intuícii,
- « udalosti sa dejú rýchlo a rodina sa v nich usiluje zorientovať, rodičia majú množstvo nezodpovedaných otázok, hľadajú informácie, ale tie, ktoré dostávajú často nie sú pre rodinu zrozumiteľné a pretaviteľné do každodenného života a ťažko prijímajú rozhodnutia,
- « rodičia sa cítia bezradní, cítia neistotu či ako rodičia robia všetko čo môžu,
- « rodičom chýbajú informácie o tom ako podporovať vývin dieťaťa, vyhľadávajú pre dieťa finančne nákladné terapie, často kontraindikované, neefektívne a neadresné, pretože nemajú správne informácie,

-
- « rodičia môžu mať ťažkosti a obavy pomenovať to, že niečo vo vývine dieťaťa je „inak“ pred svojou rodinou, blízkymi a priateľmi,
 - « rodičia často zameriavajú svoju pozornosť len na dieťa s rizikovým vývinom a zabúdajú na seba, partnerov, rodinu, priateľov a na svoj život,
 - « rodina sa cíti osamelo a hľadá rovnováhu, avšak záujem okolia a jeho snaha pomáhať rodine im často nie je oporou,
 - « rodina hľadá oporu niekoho, kto ju bude sprevádzať otázkami a neistotami, niekoho, kto si vypočuje ich otázky, obavy a niekoho, kto v tejto novej a neznámej situácii bude stáť pri nich.

Medzi bazálne potreby rodiny dieťaťa s rizikovým vývinom alebo zdravotným znevýhodnením raného veku patria:

- « byť naďalej súčasťou komunity a spoločnosti, ktorá rodinu obklopuje,
- « žiť „normálny a bežný život“, môcť ísť na ihrisko, do obchodu, na dovolenku alebo sprevádzať svoje dieťa do materskej školy,
- « porozumieť potrebám dieťaťa a pozadiu jeho ťažkostí,
- « poznať vlastné vnútorné zdroje rodiny a posilniť vlastnú kompetenciu porozumieť a podporiť vlastné dieťa,
- « poznať spôsoby ako zapájať dieťa do každodenných situácií, činností a aktivít v rodine,
- « prijímať dlhodobu podporu pre rodičov a dieťa od obdobia zistenia rizika v jeho vývine,
- « prijímať podporu pre všetkých členov rodiny (matka, otec, súrodenci, širšia rodina),
- « byť partnerom tímu odborníkov, ktorí rodinu obklopujú, mať možnosť vyjadrovať svoje názory, počúvať názory iných a spoločne nachádzať pre rodinu dobré a akceptovateľné riešenia, ktorým rodina rozumie,
- « spoznať rodiny v rovnakej životnej situácii a vzájomne zdieľať svoje príbehy a rady,
- « porozumieť, akceptovať, prijať a prežívať vlastnú rolu rodiča,
- « prijímať podporu včas a komplexne.

▼ Potreby rodiny v kontexte systému služieb

Už viac ako tri desaťročia sa Carl Dunst a jeho spolupracovníci venujú rozsiahlemu výskumu včasnej intervencie u detí a rodín. Na základe ich empirickej činnosti, ako aj množstva ďalších odborníkov, bol vypracovaný model včasnej intervencie založený na uplatňovaní prístupu zameraného na rodinu. Ide o integrovaný model založený na dôkazoch, ktorý kladie dôraz na pôsobenie sociálnych systémov a premenných prostredia súvisiacich s podporou a posilňovaním rodiny. Podľa Dunstovho tzv. modelu včasnej intervencie 3. generácie sa včasná intervencia zameriava na ovplyvnenie učenia sa detí a ich vývinu v širšom kontexte a zahŕňa základné princípy práce s rodinou. Ich cieľom je zabezpečiť, aby skúsenosti dieťaťa a možnosti jeho prirodzeného prostredia (rodina, jasle, materská škola a pod.) smerovali k podpore a posilneniu kompetencií dieťaťa, jeho opatrovníkov a rodiny (Caravalgo et al., 2019).

Včasná intervencia vo svojom širšom ponímaní je na Slovensku ukotvená v troch rezortoch: zdravotníctva, školstva, sociálnych vecí a rodiny. V jednotlivých rezortoch pozorujeme niekoľko špecifik, ktorými sa koncepty včasnej intervencie v jej širšom ponímaní od seba odlišujú:

- « terminologická nejednotnosť,
- « nejednotne vymedzená cieľová skupina,
- « rôzne inštitucionálne ukotvenie včasnej intervencie,
- « rôzna miera spolupráce odborníkov v tíme,
- « rôzne formulovaná rola prijímateľa tejto služby,
- « rôzna predstava toho, čo včasná intervencia je a má byť.

Napriek nejednotnosti v uchopení konceptu včasnej intervencie v širšom ponímaní na Slovensku jednotlivými rezortmi, možno identifikovať sieť inštitúcií, ktoré poskytujú podpornú sieť pre rodinu dieťaťa so zdravotným postihnutím alebo rizikovým vývinom v ranom a predškolskom veku. Snahy o medzirezortnú spoluprácu pri včasnej intervencii mali doposiaľ charakter individuálnej spolupráce jednotlivých odborníkov založenej na osobných vzťahoch, prípadne lokálnych komunitách. Integrovaný systém včasnej intervencie predpokladá koordináciu a spoluprácu jednotlivých rezortov zdravotníctva, školstva a sociálnych vecí a rodiny tak, aby sa integrovali politiky, systémy a služby od najvyšších úrovní plánovania a prijímania rozhodnutí na celonárodnej úrovni až po tímy, ktoré realizujú samotnú včasnú intervenciu v rodinách a komunitách.

Reflektovanie uvedených princípov predstavuje zmenu paradigmy v kontexte aktuálnych empirických výskumov, národných a medzinárodných dokumentov ako aj potrieb rodín detí s rizikovým vývinom a zdravotným znevýhodnením. Zmena paradigmy v pohľade na včasnú intervenciu v súčasnosti preniká všetkými oblasťami jej rozsahu nasledovne:

Tabuľka 1: Zmena paradigmy včasnej intervencie (upravené podľa Caravalgo et al., 2019)

	Tradičné a prekonané pohľady	Súčasný a očakávaný pohľad
Cieľová skupina	Dieťa vo veku od 0 – 3 rokov so zdravotným postihnutím	Dieťa vo veku od 0 – 7 rokov s rizikom vo vývoji, vývinovou poruchou a jeho rodina
Prostredie	Inštitúcie: ČŠPP/SCŠPP, CPPaP/SCPPaP, špecializované ambulancie a podobne	Prirodzené prostredie (domov, jasle, materská škola a podobne)
Postupy	„Pripravené na použitie“	„Individualizované a šité na mieru“
Úloha odborníkov	Experti/ludia v rozhodujúcich pozíciách	Facilitátori
Úloha rodín	Pasívni prijímatelia služieb	Aktívni účastníci a prijímatelia rozhodnutí
Ciele/ výstupy	Vývoj dieťaťa	Prevenčia Vývin dieťaťa Posilnenie a budovanie kapacít rodiny
Tímová práca	Multiinterdisciplinárna tímová spolupráca	Transdisciplinárna tímová spolupráca so zapojením rodiny ako člena tímu
Organizačná štruktúra	Rezortná s občasným prepojením medzi jednotlivými sektormi/fragmentované služby	Medzirezortná Komunitná Integrované služby
Filozofia včasnej intervencie	Orientovaná na dieťa na základe jeho „deficitov“	Orientovaná na rodinu na základe jej „silných stránok“

Jedna z hlavných zmien vo filozofii včasnej intervencie súvisí s rastúcim povedomím o potrebe odklonu od hierarchického vzťahu k viac spolupracujúcemu modelu medzi rodičmi a odborníkmi (Campbell & Halbert, 2002 citované podľa Caravalgo et al., 2019). V ostatných rokoch sme boli svedkami dôležitej rekonceptualizácie tradičnej úlohy odborníkov na úlohu facilitátorov, od priamych poskytovateľov služieb deťom na poskytovateľov poradenstva a konzultácií pre deti a rodiny na Slovensku primárne v kontexte služby včasnej intervencie v rezorte práce, sociálnych vecí a rodiny. Transdisciplinárny model tímovej spolupráce svojím charakterom vytvára funkčnú štruktúru, ktorá sprostredkúva zapojenie rodín ako aktívnych členov a optimalizuje účasť odborníkov z rôznych rezortov, oblastí a služieb. Rodina, ako primárny „opatrovateľ“ dieťaťa, má v otázke jeho zdravia a pohody nezastupiteľnú a hlavnú úlohu, preto by včasná intervencia mala zväziť zásadný vplyv rodiny, ako aj stresových faktorov, ktorým je rodina vystavená (napr. sociálne, finančné alebo psychické), vrátane schopnosti rodiny sa trvalo prispôbovať novým výzvam.

Komplexná podpora rodiny dieťaťa s rizikovým vývinom v Centre včasnej intervencie Bratislava, n. o.

Centrum včasnej intervencie Bratislava, n. o. je nezisková organizácia, ktorá od roku 2014 podporuje rodiny detí s rizikovým vývinom a zdravotným znevýhodnením od narodenia do veku 7 rokov žiť plnohodnotný život v rodine, ktorá dieťa obklopuje, v komunite, ktorej je rodina súčasťou, ale aj v spoločnosti, ktorej hodnoty a postoje vytvárajú podmienky pre prijímanie našich podobností a rozdielností. Poskytovanie na rodinu zameraných služieb v CVI Bratislava, n. o. je založené na rešpektovaní týchto kľúčových východísk:

- ▶ Neexistuje dieťa, existuje len rodič a dieťa. Dieťa s rizikovým vývinom alebo zdravotným znevýhodnením je dlhší čas súčasťou rodičov. Rodiča za dieťa komunikujú, formulujú jeho potreby, a preto nie je možné oddeliť rodiča od dieťaťa.
- ▶ Dieťa sa najlepšie učí prostredníctvom každodenných skúseností a interakcií s ľuďmi, ktorí sú mu známi a v známych súvislostiach.
- ▶ Všetky rodiny s potrebnou podporou a zdrojmi môžu podporiť vývin a napredovanie dieťaťa.
- ▶ Primárnou rolou odborníka je spolupracovať a podporovať členov rodiny a opatrovateľov dieťaťa.
- ▶ Proces podpory rodiny je od prvého kontaktu až po tranzíciu dynamický, individuálny, zodpovedá preferenciám, učebným štýlom a kultúrnym zvyklostiam členov rodiny dieťaťa.
- ▶ Podpora rodiny a vývinu dieťaťa musí byť funkčná a založená na potrebách dieťaťa, rodiny a rodinou určených prioritách.
- ▶ Priority, potreby a záujmy rodiny sú najlepšie saturované osobou, ktorá rodinu sprevádza dlhodobo (v sociálnej službe včasnej intervencie je to spravidla kľúčový pracovník rodiny) s dostatočnou podporou tímu centra a komunity.
- ▶ Intervencia musí byť založená na explicitných princípoch, overených postupoch, najlepších dostupných výskumoch a príslušných zákonoch a nariadeniach.

Včasná intervencia predstavuje každodenné skúsenosti a príležitosti dojčiat, batoliat a malých detí poskytované ich rodičmi a ostatnými primárnymi opatrovateľmi v kontexte prirodzene sa vyskytujúcich každodenných príležitostí pre učenie sa. Sú zamerané na získavanie a využívanie kompetencií a foriem správania sa, formujú a ovplyvňujú prosociálne interakcie s ľuďmi a predmetmi (Dunst, 2010).

Centrum včasnej intervencie tvoria odborníci s rozsiahlymi skúsenosťami z rôznych oblastí podpory rodiny a vývinu dieťaťa, špeciálnej a liečebnej pedagogiky, psychológie, zrakovej terapie, fyzioterapie, logopédie alebo vývinového pohybu. Spolupráca odborníkov rôznych odborností a špecializácií v tíme dáva podpore rodín novú kvalitu a jednotné smerovanie. Tím odborníkov centra poskytuje podporu a sprevádzanie rodinám detí s rizikovým vývinom, zahŕňajúc rodiny detí predčasne narodených, s autizmom, Downovým syndrómom, detskou mozgovou obrnou, poruchou zraku, sluchu a komunikácie, vrátane rodín detí, ktorých pozadie ťažkostí ešte nie je známe. Centrum poskytuje aj sociálnu službu včasnej intervencie a súčasne služby Súkromného centra špeciálno-pedagogického poradenstva.

Služba včasnej intervencie v sociálnych službách je predovšetkým terénna služba, ktorá môže byť poprípade doplnená ambulatnou formou služby, je poskytovaná rodine a dieťaťu vo veku od narodenia do veku 7 rokov, ktoré má zdravotné postihnutie, alebo je jeho vývin rizikový v dôsledku nepriaznivého zdravotného stavu. Aby včasná intervencia mohla skutočne podporiť rodinu a rodinný systém dieťaťa a zároveň, aby mala preventívny charakter, poskytujeme ju so zreteľom na tieto princípy:

- « zameriavame sa na rodinu s jej komplexnými potrebami;
- « poskytujeme ju rodine a dieťaťu včas, čo možno najskôr od obdobia identifikovania rizika vo vývine dieťaťa (ideálnym obdobím je tesne po narodení) maximálne do veku 7 rokov dieťaťa;
- « poskytujeme ju dobrovoľne (rodina ju prijíma z vlastného rozhodnutia) primárne v prirodzenom prostredí rodiny;
- « poskytujeme ju transdisciplinárnym tímom odborníkov z rôznych pomáhajúcich profesií (psychológ, špeciálny a liečebný pedagóg, zrakový terapeut, sluchový pedagóg, fyzioterapeut, logopéd, sociálny pracovník);
- « je zameraná na posilnenie vlastných zdrojov rodiny a dieťaťa tak, aby boli schopní zvládnuť situáciu, v ktorej sa nachádzajú (cieľom včasnej intervencie je posilnenie kompetencií samotnej rodiny);
- « je postavená na princípe, že dieťa sa najlepšie učí prostredníctvom každodenných skúseností a interakcií s ľuďmi, ktorí sú mu známi a v známych súvislostiach;
- « poskytujeme ju v prirodzenom prostredí dieťaťa a jeho rodiny, teda primárne terénnou formou, kedy poradcovia prichádzajú za rodinou do jej domáceho prostredia a väčšina intervencie prebieha práve v domácom prostredí.

Súkromné centrum špeciálno-pedagogického poradenstva centra včasnej intervencie bolo zaradené do siete škôl a školských zariadení SR 1. novembra 2016 so zameraním na poskytovanie služieb deťom raného a predškolského veku a ich rodinám.

Porozumieť vývinu dieťaťa a jeho špecifikám je pre mnohých rodičov detí s rizikovým a neštandardným vývinom veľmi dôležitý krok na ceste ich neobyčajného rodičovstva. Naše centrum špeciálno-pedagogického poradenstva je z pohľadu potrieb rodín malých detí s rizikovým vývinom výnimočné z viacerých dôvodov:

- ▶ Sme centrom špeciálno-pedagogického poradenstva na Slovensku, ktoré sa špecializuje výlučne na deti s rizikovým vývinom raného a predškolského veku a podporu ich rodičov.
- ▶ Napriek existencii množstva centier špeciálno-pedagogického poradenstva sme jediné centrum, ktoré sa špecializuje na vývinovú diagnostiku a podporu vývinu detí od narodenia do veku 7 rokov. Funkčné vyšetrenie zraku, zraková terapia, podpora funkčných kompetencií dieťaťa prostredníctvom vývinového pohybu alebo fyzioterapia v koncepte Bobathovej alebo Vojtovej terapie,... nám umožňujú porozumieť tomu „prečo je vo vývine dieťaťa niečo inak“ a spolu s rodičmi hľadať spôsoby ako podporiť funkčnosť a participáciu dieťaťa.

Naše služby pre rodinu a dieťa raného a predškolského veku sú špecifické z niekoľkých dôvodov:

- « zameriavame sa na dieťa s jeho komplexnými potrebami od narodenia do veku 7 rokov;
- « poskytujeme dieťaťu a jeho rodine poradenské, diagnostické, stimulačné a terapeutické služby, a tak sa naše služby nezačínajú a nekončia zrealizovaním diagnostiky dieťaťa;
- « rodine poskytujeme nadrezortnú podporu integrovaným tímom sociálnej služby včasnej intervencie a služieb Súkromného centra špeciálno-pedagogického poradenstva, napríklad spoločnými konzultáciami, pravidelnými konzultáciami;
- « podporujeme dieťa a jeho rodinu v procese tranzície z domáceho prostredia do prostredia materskej, resp. neskôr základnej školy, prípadne iného druhu zariadenia starostlivosti o dieťa v ranom a predškolskom veku. Zameriavame sa na prípravu rodiny na túto zmenu, podporu rodiny v procese a jeho úspešné prevedenie celým systémom;
- « úzko spolupracujeme s inými odborníkmi, v ktorých starostlivosti je dieťa a jeho rodina;
- « pri vývinovej stimulácii je našim cieľom posilňovanie kompetencií a role rodiča v podpore vývinu dieťaťa pri prenose informácií do domáceho prostredia;
- « realizujeme komplexnú vývinovú diagnostiku dieťaťa. Vývinová diagnostika je jedným zo spôsobov akým môžu rodičia lepšie porozumieť tomu ako sa ich dieťa vyvíja, čo je pre jeho vývin typické, aké špecifiká ho sprevádzajú a čo môžu preň urobiť. Porozumenie špecifikám dieťaťa s rizikovým vývinom raného veku predpokladá viac ako len aplikovanie vývinovej škále alebo testu, predpokladá:
 - hlboký vhľad do témy odborníkom a porozumenie súvislostiam;
 - intenzívnu transdisciplinárnu spoluprácu tímu odborníkov rôznych profesií, diagnostiku preto realizujeme a vyhodnocujeme v tíme;
 - diagnostické stretnutia zaznamenávame na videozáznam pre skvalitnenie vyhodnocovania a konzultovanie s odborníkmi v tíme;
 - súčasťou je aj štúdium lekárskeho záznamu z vyšetrení, ktoré rodina s dieťaťom absolvovala;
 - zapojenie rodiča do procesu vývinovej diagnostiky (pozná dieťa najlepšie z jeho prirodzeného prostredia, dopĺňa obraz...);
 - kľúčový pracovník sociálnej služby včasnej intervencie je dôležitým zdrojom informácií, ktorého pohľady na dieťa v jeho prirodzenom prostredí pomáhajú lepšie porozumieť špecifikám dieťaťa;
 - diagnostika sa realizuje dlhší čas (minimálne 2 diagnostické stretnutia) a používané metódy sú náročné na čas a hlboký vhľad odborníka a vyhodnotenie popisnou správou;
 - diagnostiku začíname rozhovorom s rodičom (úvodné anamnestické stretnutie) a končíme rozhovorom s ním (odovzdanie správy);
 - neexistujú diagnostické nástroje, ktoré úplne obsiahnu deti s viacnásobným postihnutím alebo s nejasnou diagnózou, často nám zostávajú primárne pozorovania a rozhovory s rodičom ako základné diagnostické nástroje;

- pracujeme so situáciou kedy rodičia vzhľadom na raný vek dieťaťa prirodzene kompenzujú a naplňujú potreby dieťaťa, poskytujú mu podporu presne šitú na jeho mieru, vďaka čomu rodičia často nevnímajú realitu (obrana voči realite). Vývinová diagnostika so štandardizovanými úlohami môže odhaliť ťažkú realitu vývinových rizík alebo nepriaznivých vývinových trajektórií;
- závery a odporúčania sú primárne formulované pre rodičov, ktorí podporujú svoje dieťa doma v prirodzenom prostredí, a preto musia byť pre rodičov zrozumiteľné;
- odovzdanie správy prebieha osobne s rodičom (alebo oboma), je to priestor jednak na objasnenie priebehu vyšetrenia, záverov a odporúčaní, ale aj priestor na otázky a spracovanie počutého;
- « rodina zostáva dlhodobo v našej starostlivosti, už či v rámci sociálnej služby včasnej intervencie, prichádza na vývinové stimulácie, rediagnostiku alebo nás priebežne kontaktuje s otázkami, ktoré sa vynárajú s vývinom dieťaťa;
- « rediagnostika, monitorovanie vývinu a jeho vývinovej trajektórie v čase je nevyhnutné, pretože s vývinom sa objavujú nové témy.

Na Slovensku v súčasnosti v rámci existujúceho systému poradenstva v rezorte školstva identifikujeme snahy odborníkov o komplexné posúdenie vývinu dieťaťa od narodenia, avšak tieto snahy sú skôr ojedinelé a založené na hlbokom presvedčení odborníkov o dôležitosti kontinuálneho monitorovania vývinu dieťaťa od najranejšieho obdobia. Súčasné posúdenie vývinu dieťaťa do veľkej miery reflektuje predovšetkým nastavenie klasického prístupu orientovaného na dieťa, mieru deficitov a vývinových odchýlok od normy, menej však reflektuje aktuálne trendy v zmysle posúdenia funkčnosti dieťaťa a miery jeho participácie na samostatnom živote, čo možno považovať na kľúčové determinanty ďalšieho vývinu dieťaťa, miery poskytnutej podpory a jeho zapojenia do bežného života v spoločnosti. V nadväznosti na diagnostiku je kľúčovou poskytnutie primeranej formy podpory rodine a dieťaťu vo forme stimulácií, prípadne terapií, ktoré vzhľadom na súčasný systém financovania systému špeciálno-pedagogického poradenstva, je možné realizovať v limitovaných možnostiach.

Je dôležité poznamenať, že včasnú intervenciu nemožno vnímať len ako samotnú podpornú prax alebo poskytovanie služieb. Včasná intervencia predstavuje spojenie medzi filozofiou, politikami a praxou – tromi základnými dimenziami, ktoré by mali byť navzájom artikulované koherentným a konzistentným spôsobom. Našou víziou preto zostáva aby:

- ▶ každé dieťa, ktorého vývin je rizikový, v citovom bezpečí prostredia rodiny s primeraným množstvom podnetov dosiahlo svoj potenciál;
- ▶ rodina dieťaťa bola včas podporovaná a sprevádzaná aktuálnymi potrebami a vnímala svoju otvorenú budúcnosť.
- ▶ rodina s dieťaťom mala svoje miesto v prijímajúcej a podpornej spoločnosti.

Literatúra

☐ CARVALHO, LEONOR – DE ALMEIDA, ISABEL CHAVES – FELGUEIRAS, ISABEL – LEITAO, SARA – BOAVIDA, JOSE SANTOS, PAULA COELHO, SERRANO, ANA – BRITO, TERESA ANA – LANCA, CARLA – PIMENTEL, JULIA SERPA – PINTO, ANA ISABEL – GRANDE, CATARINA – BRANDAO, TERESA – FRANCO, VITOR. (2019). *Recommended Practices in Early Childhood Intervention. a Guidebook for professionals*. Luxembourg, Eurlyaide – The European Association on Early Childhood Intervention (EAECI), 2019. ISBN 978-2-9199584-0-5

☐ GURALNICK, M. J. (2005). *The developmental systems approach to early intervention*. Baltimore: MD: Paul H. Brookes Publishing Co., 2005. In: Carvalho, Leonor – De Almeida, Isabel Chaves – Felgueiras, Isabel – Leitao, Sara – Boavida, Jose Santos, Paula Coelho, Serrano, Ana – Brito, Teresa Ana – Lanca, Carla – Pimentel, Julia Serpa – Pinto, Ana Isabel – Grande, Catarina – Brandao, Teresa – Franco, Vitor. (2019). *Recommended Practices in Early Childhood Intervention. A Guidebook for professionals*. Luxembourg, Eurlyaide – The European Association on Early Childhood Intervention (EAECI), 2019. ISBN 978-2-9199584-0-5

▣ MARQUES (Coord.). 2014. Problemas complexos e governacao integrada? (Working paper v 1.0). Retrieved from <http://www.gaiurb-pt/2015/docs/portupgal.govint.versao.final.pdf>. In: Carvalho, Leonor - De Almeida, Isabel Chaves - Felgueiras, Isabel - Leitao, Sara - Boavida, Jose Santos, Paula Coelho, Serrano, Ana - Brito, Teresa Ana - Lanca, Carla - Pimentel, Julia Serpa - Pinto, Ana Isabel - Grande, Catarina - Brandao, Teresa - Franco, Vitor. (2019). Recommended Practices in Early Childhood Intervention. a Guidebook for professionals. Luxembourg, Eurlayid - The European Association on Early Childhood Intervention (EAECI), 2019. ISBN 978-2-9199584-0-5

Subjektívne prežívanie dištančného vzdelávania a lockdownu žiakmi II. stupňa ZŠ

Silvia MAJERČÁKOVÁ ALBERTOVÁ

Eva GAJDOŠOVÁ

Fakulta psychológie, Paneurópska vysoká škola v Bratislave

Anotácia: príspevok prináša výsledky výskumu subjektívneho prežívania lockdownu a dištančného vzdelávania žiakmi základnej školy, ich hodnotenie sociálnej opory, sociálnych kontaktov a on-line vyučovania. Polovica žiakov vo výskume vyjadrila vážnejšie problémy s koncentráciou a štvrtina dokonca uviedla aj výrazné úzkostné a depresívne prežívanie tohto obdobia. Väčšina žiakov však našla oporu vo svojej rodine a v kamarátoch. Lockdown zvládali aj využívaním internetu, mobilu a počítačových hier.

Kľúčové slová: lockdown, dištančné vzdelávanie, sociálne kontakty, sociálna opora, on-line vyučovanie.

◀ Úvod

Pandémia koronavírusu zmenila celý svet. Od marca 2020 priniesla nečakané, až drastické zmeny do životov obyvateľov aj na Slovensku. Za ostatných 13 mesiacov školského roka boli žiaci II. stupňa základných škôl a stredných škôl prezenčne v škole len približne dva mesiace. Pritom pre väčšinu adolescentov je práve škola jedným z najdôležitejších sociálnych prostredí, ktoré prostredníctvom interakcií s rovesníkmi ovplyvňuje ich správanie, sebaobraz a sociálno-emocionálne zdravie (Figueiredo et al., 2021).

Hoci u detí a adolescentov sú zdravotné riziká spojené s ochorením COVID-19 spôsobovaným koronavírusom nižšie ako pri starších skupinách obyvateľstva, vedľajšie účinky môžu byť pre nich o to závažnejšie. Prechod na dištančné vzdelávanie, sociálna izolácia, absencia voľnočasových aktivít – to všetko sú udalosti, ktoré je možné považovať za bio-psycho-sociálne stresory, ktoré sa negatívne podpisujú na psychickom zdraví detí a adolescentov. Situácia pre túto vekovú skupinu je o to závažnejšia, že adolescencia je významným obdobím psychosociálnych zmien, v ktorom je pre zdravý psychický, sociálny a emocionálny vývin potrebná práve v dnešnej dobe dlhodobo absentujúca sociálna interakcia (Figueiredo et al., 2021). Navyše,

práve v adolescencii, ktorá je kritickým obdobím pre vývin mozgu, môže dlhodobý stres, negatívne pocity a sociálna izolácia prispievať k rozvoju psychických porúch v dospelosti (Danese, 2009). Saurabh & Ranjan (2020) zistili, že deti a adolescenti v pandemickom období, bez možnosti navštevovať školu, prežívali významne vyššiu úroveň beznádeje, starostí a stresu v porovnaní v ich rovesníkmi, ktorí školu navštevovať mohli. Deti a adolescenti v Číne vo veku 3 – 18 rokov disponovali v tomto období zvýšenou nepozornosťou, citlivosťou, iritabilitou a starosťami (Jiao et al., 2020).

◀ Cieľ výskumu, výskumný súbor a výskumné metódy

Vzhľadom na dlhodobé obdobie dištančného vzdelávania a lockdownu na Slovensku nás zaujímalo ako toto obdobie prežívali žiaci ZŠ. Výskum sa uskutočnil vo februári 2021. Do výskumu sa zapojilo 425 žiakov 5. – 9. ročníkov (237 dievčat, 188 chlapcov) vybranej základnej školy v Bratislave. Žiaci v anonymnom dotazníku odpovedali na zatvorené otázky 4-bodovou škálou, resp. prostredníctvom výberu jednej alebo viacerých možností o emocionálnom prežívaní lockdownu a dištančnom vzdelávaní, sociálnej opore, sociálnych kontaktoch, on-line vyučovaní.

◀ Výsledky

Emocionálne prežívanie žiakov lockdownu a dištančného vzdelávania

Viac ako polovica žiakov (57 %) sa síce vyjadrila, že lockdown a dištančné vzdelávanie prežívala dobre, avšak až 43 % žiakov uviedlo, že sa v tomto období dobre necítili. Dokonca tretina žiakov pociťovala strach, úzkosť, a to najmä pri správach o koronavíruse. Takmer štvrtina žiakov (24 %) potvrdila **zvýšené úzkostné a depresívne prežívanie**. Práve túto skupinu žiakov môžeme považovať za rizikovú. Úzkostné prežívanie dokonca uviedlo až 19 % dievčat, teda 80 žiačok. Najčastejšie sa táto **negatívna forma prežívania vyskytla u žiakov 9. ročníka**, najmenej často v 5. a 6. ročníku. Ako najčastejšie negatívne prejavy emocionálneho prežívania žiaci uvádzali **nervozitu, úzkosť, stres, vnútorný nepokoj**. Tieto prejavy sa vyskytli vo vyššej miere u žiakov, ktorí sa aj verbálne vyjadrili, že počas on-line vyučovania a lockdownu:

- ◀ sa cítili osamelo, chýbali im ľudia a kontakty s nimi,
- ◀ sa necítili dobre, toto obdobie neprežívali tak ako dni a týždne predtým,
- ◀ správy a informácie o koronavíruse v nich vyvolávali nepríjemné pocity (strach, úzkosť a pod.),
- ◀ on-line vyučovanie v nich vyvoláva nepríjemné pocity (strach, úzkosť a pod.).

Vyššie polovica žiakov (54 %) zdôraznila, že mala **problémy s pozornosťou**. Najčastejšie takto odpovedali žiaci 9. ročníka, najmenej často žiaci 5. a 6. ročníka. Hoci rozdiely v úrovni týchto prejavov boli medzi ročníkmi malé, všetky ročníky, ako potvrdili výskumné zistenia, vykazovali pomerne vysokú úroveň problémov s koncentráciou a nepozornosťou. Žiaci sa vyjadrili, že pozorovali u seba **nadmerný motorický nepokoj, nesústredenosť a ľahkú vyrušiteľnosť**. Ako sme zistili, problémy s pozornosťou sa vo vyššej miere vyskytli u žiakov, ktorí napísali, že:

- ◀ online vyučovanie v nich vyvolávalo nepríjemné pocity (strach, úzkosť a pod.),
- ◀ pri dištančnom vzdelávaní nedodržiavali denný režim (napr. vstanem načas, vyučovanie, voľný čas, úlohy...).

Z uvedených výsledkov vyplýva, že kým polovica žiakov zvládla toto záťažové obdobie lockdownu a dištančného vzdelávania primerane a bezproblémovo, ohrozená bola pomerne početná skupina žiakov, ktorí prežívali strach, úzkosť, prípadne mali iné negatívne pocity. Výsledok nemožno považovať za priaznivý, keďže je známe, že adolescencia predstavuje obdobie, v ktorom sa mozog intenzívne vyvíja, je veľmi citlivý na stresory z prostredia a extrémne náchylný na rozvoj psychických problémov a porúch ako úzkosť, depresia, schizofrénia, poruchy príjmu potravy, suicidálne správanie (Figueiredo et al., 2021).

Naše zistenia sú v súlade s inými výskumami (Jao et al., 2020), v ktorých sa tiež potvrdilo, že sociálna izolácia má negatívne dopady na psychické zdravie adolescentov, napríklad u dievčat sa častejšie vyskytuje internalizujúce problémové správanie charakterizované pocitmi beznádeje a bezcennosti, ktoré môžu prerásť do depresí alebo porúch príjmu potravy (Sigelman & Rider, 2012). Otázne však ostáva, či a ako sa tieto negatívne dopady prejavujú v budúcnosti na psychickom zdraví adolescentov.

Subjektívne hodnotenie on-line vzdelávania žiakmi

Až 67 % žiakov uviedlo, že sa počas dištančného vyučovania nenaučili toľko ako počas prezenčného vyučovania. Pre takmer polovicu žiakov (45 %) je **on-line vyučovanie náročnejšie ako vyučovanie v škole**. U tretiny žiakov (28 %) vyvolávalo on-line vyučovanie nepríjemné pocity (strach, úzkosť a pod.) a 61 % žiakov **túžilo ísť do školy a mať normálne vyučovanie**. 32 % žiakov sa priznalo, že nedodržiavalo bežný denný režim (budíček načas, vyučovanie, voľný čas, domáce úlohy a pod.).

Vyjadrenia žiakov a výskumné zistenia **nepotvrdili rovnocennosť dištančného vzdelávania s prezenčným vzdelávaním**. Žiaci sa celkovo počas dištančného vzdelávania **cítili menej motivovaní a angažovaní, vyučovanie sa pre nich postupne stávalo monotónne a bolo pre nich ťažšie ho pozorne a sústredene sledovať**. Náročnosť on-line vzdelávania sa ukázala neprimerane zvýšená najmä pre žiakov so špeciálnymi výchovno-vzdelávacími potrebami. Žiakom chýbal bežný školský denný režim, ktorý je považovaný za významnú copingovú stratégiu pre adolescentov, najmä pre dospievajúcich s psychickými problémami (Lee et al., 2020).

Hodnotenie sociálnych kontaktov žiakmi

Vyššie polovica žiakov (54 %) sa v dotazníku vyjadrila, že sa počas lockdownu **cítili osamelo, chýbali im ľudia a kontakty s nimi**. Dokonca 39 % žiakov nebolo mimo on-line vyučovania vôbec v kontakte s kamarátmi. A pritom je potvrdené, že sociálne kontakty a komunikácia je zvlášť potrebná pre zdravý kognitívny a emocionálny vývin. Z evolučného hľadiska je pre nás prirodzené byť blízko druhých, naopak, neprirodená je sociálna izolácia. Nedávny výskum dokonca potvrdil, že ľudia túžia po sociálnych kontaktoch tak, ako túžia po jedle (Tomova et al., 2020).

Adolescencia predstavuje obdobie sociálneho učenia sa v mnohých sociálnych prostrediach, počas ktorého sa vyvíja a cibrí schopnosť porozumenia emóciám a zámerom druhých. Je to obdobie psychologickéj zmeny z dieťaťa na dospelého a zároveň obdobie zvýšenej potreby patriť do rovesníckej skupiny. Vzhľadom na nariadenia v súvislosti s koronavírusom mnohí adolescenti prišli o možnosť stretávať sa s rovesníkmi, čo mohlo viesť k narušeniu ich sociálnych vzťahov (Spinelli et al., 2020).

Sociálna opora

Žiaci vo výskume uviedli, že **najväčšou sociálnou oporou im v čase lockdownu bola:**

- ▶ rodina (mama 79 %, otec 55 %, súrodenec 27 %, starí rodičia 17 %, iný člen domácnosti 13 %),
- ▶ tiež kamaráti (65 %),
- ▶ učiteľ/ka (15 %),
- ▶ psychológ (2 %).

Ako ukázali výsledky, väčšina adolescentov našla a aj nachádza sociálnu oporu vo svojej rodine, najmä matke a otcovi a pravdaže aj v priateľoch. Nie všetci adolescenti ostali doma sami, keďže bol dlhodobo nariadený lockdown a práca z domu. Rodičia mnohých z nich boli väčšinou fyzicky prítomní v domácnosti, hoci v mnohých rodinách boli preťaženi zvládaním každodenných povinností. Za zmienku stojí fakt, že v rodinách, v ktorých rodičia trpia psychickými problémami, sú aj ich deti oveľa náchylnejšie na rozvoj psychických problémov. V náročnej dobe, akou bolo obdobie zimného lockdownu je možné, že nárast emocionálnych problémov adolescentov mohol súvisieť aj s touto situáciou (Crescentini et al. 2020).

Ďalšie zdroje podpory a zvládania lockdownu

Pre takmer polovicu žiakov (43 %) bol **ďalším zdrojom lepšieho zvládania lockdownu aj internet, hry, mobil**. Nasledoval šport (21 %), čítanie (13 %) a relaxácia (12 %). Internet a mobil predstavovali často jediný spôsob sociálnych kontaktov a komunikácie s rovesníkmi. Vzťahy sa teda dlhodobo presunuli zo školských tried do virtuálneho sveta. Nadmerný čas strávený pred obrazovkami pritom súvisí s nezdravým stravovaním, nedostatkom pohybu, nepravidelným spánkom, celkovou chorobnosťou, nepozornosťou a fyzickými problémami adolescentov (Wang et al., 2014). Navyše, virtuálne vzťahy nedokážu zaručiť fyzický kontakt a fyzickú blízkosť, ktoré sú potrebné pre zdravý vývin adolescenta.

◀ Odporúčania pre lepšie zvládnutie lockdownu a dištančného vzdelávania

Z našich zistení vyplývajú tieto odporúčania pre pedagogických a odborných pracovníkov škôl v období lockdownu a dištančného vzdelávania:

- ▶ identifikovať žiakov s negatívnym emocionálnym prežívaním a ponúknuť individuálnu, prípadne skupinovú podporu školským psychológom formou on-line stretnutí, pri prechode na prezenčné vyučovanie, prezenčne (stretnutia organizovať po ročníkoch, zamerať sa na dievčatá),
- ▶ keďže nie je možné identifikovať a podporiť všetkých žiakov, poskytnúť žiakom stručné návody s odporúčaniami čo robiť, prípadne koho kontaktovať (psychológ, on-line poradňa, krízová linka, atď.) v situáciách, keď sa cítia úzkostne, nervózne, atď.,
- ▶ ponúknuť žiakom možnosť kontaktovať školského psychológa číťom v určených hodinách,
- ▶ zamerať sa na žiakov 9. ročníka, kde je najvyšší výskyt emocionálnych problémov; v tomto ročníku sa venovať identifikácii zdrojov zvládania záťažových situácií žiakmi,
- ▶ venovať sa psychohygiene žiakov, napr. formou triednických hodín o témach ako zdravo žiť a starať sa o svoje fyzické a psychické zdravie počas obdobia dištančného vyučovania, ale aj po nástupe na prezenčné vyučovanie,
- ▶ keďže bola zistená pomerne vysoká úroveň problémov s pozornosťou, počas on-line vyučovania ponúkať žiakom krátke prestávky na pohyb, stimulujúce učebné materiály (videá, interaktívne cvičenia...) na zlepšenie koncentrácie pozornosti,
- ▶ pre účely overenia závažnosti výsledkov zopakovať prieskum zameraný na emocionálne prežívanie a psychické zdravie žiakov po návrate na prezenčnú formu vyučovania.

◀ Záver

Hoci lockdown a sociálna izolácia sú účinnými prostriedkami na zníženie šírenia vírusu, dopad sociálnej izolácie na deti a adolescentov je záležitosťou, ktorej dlhodobé dôsledky sú stále otáznе a odpovede prinesie až budúcnosť. Radikálne zmeny v bežnom živote mimoriadne negatívne pôsobia na túto populáciu, pretože sociálne kontakty sú v období adolescencie nevyhnutným predpokladom zdravého sociálno-emocionálneho vývinu.

Náš výskum priniesol výsledky, ktoré potvrdili obavy z negatívnych dopadov dlhohodovej sociálnej izolácie na prežívanie adolescentov. Takmer polovica žiakov sa počas dištančného vyučovania necíťila dobre, štvrtina žiakov pociťovala zvýšenú úzkosť, strach a iné negatívne pocity. Najohrozenejšie sa ukázali byť dievčatá vo vyšších ročníkoch. Vyše polovica žiakov pociťovala problémy s pozornosťou a 67 % žiakov uviedlo, že sa dištančným vzdelávaním nenaučilo toľko ako počas prezenčného vyučovania. Vyše polovica žiakov sa cíťila osamelá a viac než 40 % žiakov využilo ako hlavný zdroj podpory v tomto období internet, mobily a počítačové hry. Virtuálne vzťahy sa stali náhradou sociálnych vzťahov. Čo to znamená pre sociálny a emocionálny vývin adolescentov, ukáže budúcnosť. Adolescenti sa navyše okrem „bežných problémov“ tejto doby, akými boli sociálna izolácia, dištančné vyučovanie, emocionálne problémy, nepravidelný denný režim, nadmerný čas strávený pred obrazovkami, stretávali aj so závažnými stresormi, medzi ktoré možno zaradiť domáce násilie, psychické problémy rodičov, stratu rodinného príjmu, alebo zamestnania a následné finančné problémy, prehlbujúce sa sociálne rozdiely, úmrtie rodinného príslušníka na COVID-19 a iné.

Ďalší výskum v tejto oblasti u žiakov základných, ale aj stredných škôl v rôznych regiónoch Slovenska, sa ukazuje byť veľmi potrebný. Môže priniesť ďalšie dôležité zistenia o tom, ako zmierniť dlhodobé dopady pandémie na duševné zdravie mladej generácie.

Literatúra

- ▣ CRESCENTINI, C., FERUGLIO, S., MATIZ, A., PASCHETTO, A., VIDAL, E., COGO, P., FABBRO, F. (2020). Stuck outside and inside: an exploratory study on the effects of the COVID-19 outbreak on Italian parents and Children's internalizing symptoms. *Front. Psychol.* 11, 586074. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2020.586074>.
- ▣ DANESE, A., MOFFITT, T. E., HARRINGTON, H., MILNE, B. J., POLANCZYK, G., PARIANTE, C. M., et al. (2009). Adverse childhood experiences and adult risk factors for age-related disease: depression, inflammation, and clustering of metabolic risk markers. *Arch Pediatr Adolesc Med* 163 (12), 1135-1143. <https://doi.org/10.1001/archpediatrics.2009.214>.
- ▣ DE FIGUEIREDO, C. S., SANDRE, P. C., PORTUGAL, L., MÁZALA-DE-OLIVEIRA, T., DA SILVA CHAGAS, L., RAONY, Í., FERREIRA, E. S., GIESTAL-DE-ARAUJO, E., DOS SANTOS, A. A., & BOMFIM, P. O. (2021). COVID-19 pandemic impact on children and adolescents' mental health: Biological, environmental, and social factors. *Progress in neuro-psychopharmacology & biological psychiatry*, 106, 110171. <https://doi.org/10.1016/j.pnpbp.2020.110171>
- ▣ JIAO, W. Y., WANG, L. N., LIU, J., FANG, S. F., JIAO, F. Y., PETTOELLO-MANTOVANI, M., SOMEKH, E. (2020). Behavioral and Emotional Disorders in Children during the COVID-19 Epidemic, 264-266. <https://doi.org/10.1016/j.jpeds.2020.03.013>.
- ▣ LEE, J. (2020). Mental health effects of school closures during COVID-19. *The Lancet. Child & Adolescent Health* 4 (6), 421. [https://doi.org/10.1016/S2352-4642\(20\)30109-7](https://doi.org/10.1016/S2352-4642(20)30109-7).
- ▣ SAURABH, K., RANJAN, S. (2020). Compliance and psychological impact of quarantine in children and adolescents due to Covid-19 pandemic. *Indian J. Pediatr.* 87 (7), 532-536. <https://doi.org/10.1007/s12098-020-03347-3>.
- ▣ SIGELMAN, C. K. & RIDER, E. A. (2012). *Human development across the life span*. Belmont, CA: Wadsworth.
- ▣ SPINELLI, M., LIONETTI, F., PASTORE, M., FASOLO, M. (2020). Parents' stress and Children's psychological problems in families facing the COVID-19 outbreak in Italy. [original research]. *Frontiers in Psychology* 11 (1713). <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2020.01713>.
- ▣ TOMOVA, L., WANG, K., THOMPSON, T., MATTHEWS, G., TAKAHASHI, A., TYE, K., SAXE, R. (2020). The need to connect: acute social isolation causes neural craving responses. Preprint from bioRxiv, 25 Mar 2020. <https://doi.org/10.1101/2020.03.25.006643>. PPR: PPR127005.
- ▣ WANG, G., ZHANG, Y., ZHAO, J., ZHANG, J., JIANG, F. (2020). Mitigate the effects of home confinement on children during the COVID-19 outbreak. *Lancet* 395 (10228), 945-947. S0140-6736(20)30547-X.

Šramová, Blandína:

Základy psychologie (nejen) pro marketingové komunikace

Zlín: VeRBuM, 2020. 170 s.

ISBN 978-80-88356-03-5

Predkladaná vysokoškolská učebnica je prednostne určená študentom marketingovej komunikácie, ale myslíme si, že by bola užitočnou pomôckou aj pre iné „nepsychologické“ študijné odbory a študijné programy. Podáva základné poznatky o psychických stavoch, procesoch a ich aplikácii v praxi marketingovej komunikácie.

Autorka text rozčlenila do desiatich kapitol. Každá kapitola začína obsahom, kľúčovými slovami a mentálnou mapou, tá je vizualizáciou pojmov a konštruktov, ktoré sú v danej kapitole popisované. V závere každej kapitoly sú otázky, cvičenia a inšpirácie na zamyslenie sa i literatúra. Veľmi pozitívne hodnotíme doplnenie textu výsledkami výskumov, ktoré korešpondujú so skúmaným javom a ich aplikáciu do oblasti marketingovej komunikácie, ale aj konkrétne príklady z marketingovej praxe vo forme obrázkov a príkladov, kde už je daný psychologický fenomén aplikovaný.

Psychológia ako vedná disciplína je aplikovateľná všade tam, kde sa predpokladá práca s ľuďmi, či už ide o samotného jednotlivca alebo prácu so skupinami. Pre odborníkov z rôznych oblastí je užitočným nástrojom na pochopenie správania ľudí. Jednotlivcov učí sebapoznávaniu, sebareflexii, kritickému mysleniu, vzájomnej komunikácii, ale aj efektívnemu riešeniu konfliktov. Psychologické poznatky sú obohacujúce pre všetkých a zefektívňujú každodennú prácu, podporujú psychohygienu, zvyšujú rezilienciu, aj wellbeing v bežnom, aj profesionálnom živote ľudí.

V prvej kapitole autorka vymedzuje predmet skúmania psychológie, základné dimenzie a formy psychiky a popisuje vznik psychológie ako vedy, jej začiatky, základné smery (geštalt, ruská reflexológia, behaviorizmus, neobehaviorizmus, hlbinná psychológia, psychoanalýza, individuálna psychológia, analytická psychológia a neopsychoanalytická psychológia, kognitívna, fenomenologická, transpersonálna a pozitívna psychológia) a ich predstaviteľov.

V druhej kapitole sa venuje pociťovaniu (zrakové, sluchové, hmatové, chuťové, čuchové) a vnímaniu, ich vlastnostiam, tvarovým zákonom, vnímaniu pozadia a figúry, zmyslovým klamom, podrobnejšie popisuje vznik a druhy vnemov.

V tretej kapitole vymedzuje pojem pozornosť, jej druhy, vlastnosti, činitele, ale aj osobnostné typy vnímania a pozornosti.

Predstavám a fantázii sa autorka venuje vo štvrtej kapitole. Objasňuje rozdiely medzi predstavami a fantáziou, zákony, ktorým podliehajú a delí predstavy z rôznych hľadísk.

Piata kapitola obsahuje poznatky o myslení ako procese, ktorý má svoje vlastnosti, formy, druhy. Autorka popisuje tiež myšlienkové operácie, riešenie problémov a proces rozhodovania.

V šiestej kapitole definuje a popisuje inteligenciu z viacerých uhlov pohľadu. Globálnu úroveň inteligencie, štruktúrovaný prístup, aj multidimenzionálny pohľad.

Pamäť ako psychický proces je spracovaná v siedmej kapitole. Popisuje pamäť, modely chápania (tradičný, procesný, integratívny, model viacsystémovej pamäti), ale aj jej fázy (zapamätávanie, uchovávanie a zabúdanie a vybavovanie) a vzťah pamäti a osobnosti.

V ôsmej kapitole priblihuje zložitý proces učenia, jeho teórie (behaviorálne, klasické podmieňovanie, sociálne kognitívne teórie, observačné učenie) a druhy učenia (percepčno-motorické, verbálne, pojmové, učenie založené na riešení problémov, sociálne učenie, učenie hrou, vpečatenie).

Poznatky z emocionality sa nachádzajú v deviatej kapitole. Opäť autorka popisuje vlastnosti a základné teórie, v ktorých ponúka delenie na základe časového trvania, kvality emócií a venuje sa aj emocionálnej inteligencii.

V poslednej desiatej kapitole definuje motiváciu ako psychický proces. Hovorí o jej činiteľoch, aktivizujúcich, smerových a cieľových, o funkcii motivácie, ale aj o frustrácii, strese a konflikte vo vzťahu k motivácii.

Autorka v práci vychádza z pôvodných zdrojov, využíva aj poznatky súčasných autorov, spracováva výstupy výskumov domácich, aj zahraničných autorov. Predložená vysokoškolská učebnica je kompaktnou pomôckou pri vysvetľovaní základných psychologických javov a procesov pre študentov nepsychologických odborov, pretože ponúka základné vedomosti z oblasti všeobecnej psychológie. Jej obsah je štruktúrovaný s logickou následnosťou. Pre študenta sú užitočné príklady z bežného života, výsledky experimentov a výskumov, ktoré dokumentujú využitie týchto poznatkov a ich prepojenie so životom.

Henrieta Rol'ková

Gajdošová, Eva – Lisá, Elena – Radnóti, Erik – Rol'ková, Henrieta – Szobiová, Eva:

Psychológia a inkluzívna škola. Vybrané psychologické poznatky

České Budějovice: Vysoká škola evropských a regionálnych štúdií, 2019. 260 s.

ISBN 978-80-7556-057-5

Autori publikácie *Psychológia a inkluzívna škola* ponúkajú čitateľovi vo svojej monografii pohľad na problematiku inkluzívneho vzdelávania v pomerne širokom zábere. V desiatich kapitolách „skladajú“ mozaiku tém, ktoré sú s prostredím inkluzívnej školy neoddeliteľne späté. V úvodných dvoch krátkych kapitolách sú jasne vymedzené základné pojmy, princípy a ciele inkluzívnej edukácie. Autori tiež jasne deklarujú príklon k pozitívno-psychologickému prístupu, ktorý sa v ostatných dvadsiatich rokoch vo svete intenzívne rozvíja. V tretej kapitole sa na tému nahliada najmä cez prizmu pracovnej psychológie. Úvod tejto časti je skôr všeobecný, následne sú však jednotlivé informácie aplikované do školskej praxe, konkrétne do obrazu a pozície lídra v škole. V úsilí o komplexnosť sú prezentované pozitívne, aj negatívne vlastnosti lídra. Kapitola je postavená nielen na teoretických základoch, ale tiež na bohatom empirickom poznaní – uvedené sú závery autorských výskumov, ako aj mnohých zahraničných štúdií. Text je spracovaný prehľadne a je reflexiou bohatých skúseností autorky so psychologickým výskumom, psychologickou diagnostikou a psychometrikou. Kapitola o sociálnej a pedagogickej komunikácii je z veľkej časti teoretická, možnosti aplikácie v školskej praxi a prepojenie na inkluzívnu školu musí čitateľ hľadať sám. Napriek tomu za jej prínos možno považovať zosumarizovanie základných poznatkov z predmetnej oblasti, ktoré ocenia napríklad študenti psychológie a pedagogiky. Poskytuje prehľad o viacerých oblastiach, vrátane vymedzenia základných charakteristík a druhov sociálnej komunikácie či funkcií pedagogickej komunikácie. V úvode piatej kapitoly o osobnosti žiaka autori formulujú viacero otázok, ktorými

provokujú k zamysleniu. Pozornosť je sústredená najmä na rezervy v psychohygiene a pohybovej gramotnosti dnešných žiakov a na rozvoj ich životných zručností a kľúčových kompetencií. Uvedené sú príklady „dobrej praxe“ doma i v zahraničí, svoje poznanie problematiky si čitateľ môže prehĺbiť aj vďaka uvedeným záverom výskumov realizovaných v danej oblasti. Priame prepojenie na prax poskytuje kapitola o sociálnych vzťahoch, v ktorej je opis metód a techník priamo využiteľných v prostredí inkluzívnej školy. Formulované interpretácie výsledkov metód, či opísané profily žiakov poskytujú základnú orientáciu v psychologicko-diagnostike sociálnych vzťahov. Plná zaujímavých informácií je tiež kapitola o podporovaní a rozvíjaní tvorivosti v inkluzívnej škole, ktorá zdôrazňuje výnimočnosť žiakov a upozorňuje na individuálne odlišnosti medzi jednotlivcami. Text obsahuje viacero odporúčaní a podnetov pre prácu so žiakmi. Tie určite ocenia najmä učitelia, ktorí s pedagogickou praxou nemajú dlhoročné skúsenosti a hľadajú cesty skvalitnenia svojej práce. Autorka charakterizuje tvorivú klímu a tvorivé vyučovanie, ponúka systematický prehľad konkrétnych metód rozvíjania tvorivosti a naznačuje bohaté možnosti práce so žiakmi. V kapitole sa odzrkadľuje prehľad, ale nepochybne tiež záľuba autorky v psychológii tvorivosti. Obsahuje množstvo odkazov na ďalšie zdroje, od starších priekopníckych prác po aktuálnu domácu i zahraničnú literatúru. V samostatnej časti je pozornosť venovaná kariérnemu poradenstvu žiakom a študentom. Predmet kapitoly je veľmi názorne ilustrovaný na vybranom programe kariérneho poradenstva PROFTEENS. Podrobne sú opísané jeho moduly, aj jednotlivé aktivity zamerané napríklad na sebaopoznávanie a silné stránky realizované v rámci tohto programu. Tie môžu byť opäť podnetom pre obohatenie výučby viacerých predmetov, pretože mnohé z nich je možné využiť aj mimo kontextu kariérneho poradenstva. Prínosom je tiež informácia o výsledkoch overovania prezentovaného programu. Aj napriek tomu, že z celej monografie je zrejme dominantné zameranie na pozitívnu psychológiu, autori neobchádzajú ani dôležitú tému sociálno-patologických javov a rizikových faktorov. Zároveň poukazujú na možnosti ich prevencie. Záverečná kapitola o spolupráci rodiny a školy voľne nadväzuje na časť monografie zdôrazňujúcu úlohu rodiny a školy ako dôležitých protektívnych faktorov a otvára tému vedenia rozhovoru s rodičmi. Kompetencie pre vedenie rozhovoru nám nie sú vrodené a úspech pri sprostredkovaní našich komunikačných zámerov závisí od mnohých faktorov, vrátane verbálnej zdatnosti, empatie, asertivity, či nadobudnutých skúseností. Zvlášť náročné je nájsť tie vhodné slová počas rozhovoru s rodičom žiaka, ktorý neprospieva alebo sa aktuálne ocitol v náročnej životnej situácii. Kapitola je preto obohatená o viacero praktických návodov či konkrétnych odporúčaní pre vedenie rozhovoru s rodičom žiaka a môže byť výborným pomocníkom, ktorý uľahčí pedagógovi či školskému psychológovi prípravu na rozhovor a komunikáciu s rodičmi.

Recenzovaná monografia nazerá na problematiku inkluzívnej školy cez prizmu viacerých tém. Text je rozmanitý a každý čitateľ má možnosť nájsť v nej poznatky z oblasti, ku ktorej inklinuje (pracovná psychológia, školská psychológia, klinická psychológia, psychológia tvorivosti a pod.) a zároveň získava príležitosť obohatiť svoje vedomosti aj o informácie z iného uhla pohľadu. Monografia je vhodná pre psychológov, pedagógov, študentov týchto smerov, ako aj rodičov, ktorí sa o princípy a možnosti inkluzívneho vzdelávania zaujímajú.

Veronika Boleková
Fakulta psychológie, Paneurópska vysoká škola