

DEPISTÁŽ ZÁVAD A PORUCH CHOVÁNÍ U ŽÁKŮ ZÁKLADNÍCH ŠKOL

Rudolf KOHOUTEK, Eva FILÍPKOVÁ

Souhrn:

Výzkum se zabývá zjištěním frekvence závad a poruch chování u žáků základních škol. Zkoumá u nich přítomnost symptomů typických pro jednotlivé dificity, tedy závady chování, nikoli ještě patologického charakteru, zakořeněné v osobnosti, nýbrž způsobené především výchovou a možné reverzibility. Zaměřili jsme se na žáky ZŠ Hudcova a Antonínská v Brně, jejichž třídní učitelé prostřednictvím dotazníku, vytvořeného pro vlastní výzkum, posuzovali přítomnost jednotlivých příznaků u žáků. V rámci dotazníku lze na základě frekvence a intenzity toho kterého symptomu rozlišit, zda se projevuje pouze dificilně nebo je vážnějšího charakteru (porucha chování). Dalším důležitým bodem bylo porovnat chlapce a dívky ohledně výskytu dificitů a zjistit korelaci nepříznivého rodinného prostředí s přítomností dificitů u žáka. Na základě výsledků výzkumu jsme došli k jistým závěrům, týkajících se konkrétních preventivních opatření proti dificitům a jejich možné reedukaci.

Klíčová slova: *dificity, poruchy chování, dotazníková metoda, základní škola, učitel a žák, rozdíl ve výskytu mezi chlapci a dívkami, korelace dificitů s nevhodným rodinným prostředím*

Úvod

Kvalita života je dána úrovní tělesné a duševní činnosti a pracovní výkonnosti a subjektivně pocíťovanou úrovní tělesné, duševní, duchovní a sociální pohody, resp. spokojenosti.

Předpokládáme, že i jedinci se závadami a poruchami chování hodnotí a prožívají specifickým způsobem úroveň svých mentálních, emocionálních, volních, fyzických (zdravotních) a ekonomicko-sociálních procesů a možností, své vlastní životní situace, což má vliv na subjektivní pocit jejich dobrého či špatného bytí (existování), tedy na kvalitu jejich života a zdraví.

Pojem *závada v chování a prožívání* považujeme za synonymum pojmu dificilita.

Dificilita se přitom odráží na postoji vůči sobě samému, na postoji k ostatním, ke spolužákům, učitelům, rodičům. Dificity považujeme za lehčí a hraniční závady kvality života a zdraví, a to nejenom u dětí a mládeže, ale i u dospělých osob. Poruchy jsou vážnější, trvalejší a někdy i ireverzibilní.

Problematika závad a poruch chování a prožívání dětí a mládeže patří mezi velmi závažné společenské problémy, které determinují další psychosociální rozvoj mladé generace.

Průzkumy a výzkumy tohoto jevu prokazují, že nejvíce závad a poruch chování je na praktických školách a učilištích (30-40 %) a nejméně na gymnáziích, středních odborných školách a základních školách (5 až 15 %). Obdobná situace je i s užíváním omamných a psychotropních látek, kde nejvíce žáků (kolem 25 %) zneužívá drogy na učilištích a praktických školách a nejméně žáků a studentů

zneužívá drogy (kolem 6-10 %) na gymnáziích, základních školách a středních odborných školách. Podrobnější informace uvádí např. Němec a Bodláková (2001). Zkoumali dotazníkovou metodou 2992 dětí a mládeže ve věkovém rozmezí 12-20 let. Došli k alarmujícím závěrům. Předpokládají na základě svého průzkumu, že na praktických školách je 47 % výchovně problémových žáků, na učilištích 46 %, na odborných učilištích 42 %, na zvláštních školách 26%, na základních školách 11 %, na středních odborných učilištích 11% a na gymnáziích a středních odborných školách 6 %.

Pokud jde o užívání omamných a psychotropních látek (OPL) uvádí Němec a kol., že na učilištích podle jeho průzkumu zneužívá drogy 26 % žáků, na praktických školách 24 %, na odborných učilištích 18 %, na zvláštních školách 11 %, na středních odborných učilištích 9 %, na základních školách 8 % a na gymnáziích a středních odborných školách 6 % žáků.

V jiné své práci Bodláková. a Němec (1996) se pokusili určit faktory, které významně korelují se školní neúspěšností a s problémovým chováním žáků, jichž bylo zkoumáno 2253 na základních a zvláštních školách. Vyspecifikovali dva faktory, které vysvětlují 56 % rozptylu. První faktor s faktorovou zátěží 45,9 zahrnuje tyto položky: negativní vliv rodinného prostředí na dítě, nedostatky v psychické regulaci chování, problémové interpersonální vztahy, sociální nevyzrálost. Druhý faktor s faktorovou zátěží 10,1 zahrnuje tyto položky: neschopnost soustředěné pozornosti, specifické vývojové poruchy učení, nedostatek návyku soustavně pracovat, nízká motivace k učení, nízké všeobecné rozumové schopnosti, nedostatečná znalost vyučovacího jazyka (u dětí, jejichž mateřskou řečí není čeština).

Předpokladem adekvátního přístupu, respektive reedukace, resocializace, nápravy těchto závad a poruch je jejich kompetentní depistáž, klasifikace a identifikace.

Dificility ve srovnání s poruchami chování a poruchami osobnosti:

- nespĺňují závazná kritéria, uvedená pro poruchy chování a poruchy psychiky v Mezinárodní decenální klasifikaci nemocí (MKN 10);
- jsou krátkodobější;
- jejich projevy jsou méně intenzivní (mírnější, lehčí);
- jsou společensky méně závažné;
- podmíněné spíše situačně a sociálně než osobnostně;
- prognosticky jsou častěji reverzibilní (tedy optimističtější);
- reagují již na adekvátní pedagogickou nápravnou péči.

Klasifikace dětí a mládeže se závadami chování a prožívání

Podle symptomatologie (tj. projevovaných příznaků), která nám může pomoci jako metodika vyhledávání, identifikace jednotlivých typů dětí, si můžeme hlavní okruhy závad chování a prožívání (občasných, kratších, situačních a ještě nedosahujících kvantitativní ani kvalitativní úrovně a závažnosti poruch osobnosti a poruch chování uváděných např. v

Mezinárodní klasifikaci nemocí vydávané Ženevou) rozdělit do jedenácti skupin:

zvýšená psychická tenze

psychomotorická instabilita

infantilismus

disociální vývoj osobnosti

intropunitivní zaměření osobnosti
disharmonický vývoj
parciální nedostatky řeči, jazyka a poznávacích procesů
poruchy motoriky, lokomoce a praxe
sociální a edukativní zanedbanost
subnorma intelektových schopností
maladaptivní profesní a studijní orientace

Je třeba zdůraznit, že závady v chování (resp. dificity) se mohou také kombinovat nebo přecházet v jinou, a to zejména u dětí. Jedno dítě přitom může být postiženo i více než jednou dificitou. Uvádíme-li symptomatologické členění, musíme rovněž na úvod konstatovat, že k diagnóze dificity nemusí být zjištěn výskyt všech uváděných symptomů, v některých případech stačí dokonce jediný. Některé symptomy mají nespecifickou povahu – mohou se vyskytovat u několika typů dificit.

Cíle a hypotézy výzkumu

Cílem výzkumu bylo posouzení frekvence a intenzity výskytu jednotlivých dificit, případně poruch chování na základních školách. Dalším úkolem bylo zjistit, jaké jsou rozdíly ve výskytu dificit u dívek a chlapců, a konečně pomocí korelační metody prozkoumat závislost projevů dificit a poruch chování na nepříznivém rodinném prostředí žáka.

K zajímavým výsledkům bychom také bezesporu došli srovnáním výskytu dificit a poruch chování na různých typech škol (gymnázia, učiliště, základní, zvláštní školy), což by souviselo s odlišnou úrovní inteligenční, věkovou, sociální, emocionální a volní. Bylo by však samozřejmě zapotřebí několikánásobně většího počtu vzorků pro zachování objektivitu výzkumu.

Metodika a průběh výzkumu

Z celkového počtu 400 byl vybrán vzorek o 50 žácích druhého stupně Základní školy Hudcova 35 a Antonínská 3 v Brně ve věku 11 až 15 let. Z toho 26 bylo ženského a 24 mužského pohlaví, přičemž většina žáků pocházela ze Základní školy Hudcova (všeobecné zaměření), která má moderní, nově zrekonstruovanou budovu s nejmodernějším vybavením pro nejrůznější disciplíny, také má přebudovanou tělocvičnu a hřiště. Pro děti je zde na výběr celá řada zájmových kroužků a aktivit, škola pořádá nejrůznější sportovní, společenské akce a soutěže. Součástí budovy je školní družina a jídelna. Škola se nachází v příjemném prostředí části Brno-Medlánky a zdá se, že skýtá ideální podmínky pro vzdělávání žáků.

Na základě Kohoutkova (2005) přehledu symptomů jednotlivých dificit byl vypracován dotazník, který v úvodní části zjišťuje základní údaje o žákovi (věk, pohlaví, třída), dále nese informace důležité pro kvalitní posouzení projevů některých dificit (na základě údajů, jako je inteligence, leváctví, neúplnost rodiny, matematické schopnosti žáka), ve stěžejní části pak obsahuje 98 položek – příznaků jednotlivých dificit, pomyslně seskupených do jedenácti okruhů, přičemž každý z nich odpovídá jednomu typu dificity. V závěru dotazníku jsme nabídli respondentům možnost, vyjádřit se písemně k případným dalším symptomům žáka, ve výčtu příznaků neuvedených (nicméně žádný z nich tak neučinil).

Jako zpravodajská jednotka sloužili učitelé Základní školy Hudcova 35 a Antonínská 3 v Brně, kteří se v rámci jednoho dotazníku zaměřili na konkrétního žáka a hodnotili u něj přítomnost dificilních projevů. Schválně jsme se obrátili na třídní učitele, kteří hodnotili žáky ze svých tříd. Výhodou bylo, že své žáky bezpochyby dobře znají, a to nejen ve školním prostředí, ale také z různých školních akcí. Nevýhodou při hodnocení žáka, které se nevyhneme, může být ať už vědomé či nevědomé nadřozování (favorizace) nebo naopak podhodnocování žáka (deprecionizace) učitelem nebo tendence ukázat svou třídu v nejlepším světle a s ní spojené nadhodnocování.

Jako formu odpovídání jsme zvolili škálové položky, které zachycují intenzitu a četnost projevů jednotlivých příznaků dificilit či poruch chování (od *vůbec*, *výjimečně*, *občas*, *často* po *velmi často*). Nutno podotknout, že příznaky vyskytující se často či velmi často spadají spíše do projevů poruch chování, pokud se objevují jako kombinace klíčových projevů.

Výsledky výzkumu

Nejdříve bylo třeba určit indexy četnosti a intenzity u všech příznaků jednotlivých dificilit, potažmo průměrné hodnoty indexů četnosti a intenzity u každé dificility zvlášť. Bylo tak učiněno klasickým kódováním, stejně tak jako u vyhodnocení indexů četnosti a intenzity u chlapců a dívek zvlášť.

Vyhodnotit konkrétní počet dětí, u kterých se vyskytuje ta která dificilita, nebylo vůbec jednoduché. Vzhledem k tomu, že u každé dificility jsme sledovali více příznaků, museli jsme zanalyzovat každý dotazník zvlášť, abychom mohli určit, zda se dané symptomy u žáka vyskytují jednak v patřičné intenzitě a jednak v kombinaci s dalšími příznaky. Bylo nutné posoudit, zda je tahle souhra příznaků natolik závažná, aby se žák mohl považovat za dificilního. Je totiž třeba brát v úvahu, že dítě nemusí vykazovat všechny příznaky dificility, někdy stačí pouze jeden, pokud je dostatečně intenzivní a závažný. Navíc byli žáci posuzováni jen prostřednictvím dotazníků, k přesné diagnóze je zajisté třeba navíc osobní pohovor a delší pozorování.

Další kritérium, které jsme posuzovali, bylo to, jestli se u žáka nejedná o závažnější problém, tedy o poruchu chování, tzn. jestli vykazuje dané příznaky na stupnici škály s intenzitou *často* a *velmi často*. Jak známo, vedou se obšírné diskuse o tom, kde se nachází hranice mezi závadami a poruchami chování, nicméně jsme se drželi kritérií, že pro dificility jsou typické mírnější, reverzibilní projevy, zatímco u poruch chování jde o projevy centrální (*často* v naší stupnici škály) či kardinální (*velmi často*) (Kohoutek, 2005).

Vyhodnocení příznaků jednotlivých dificilit

Zvýšená psychická tenze se projevila celkem u 21 dětí (42 %), z toho u 12 (24 %) to lze klasifikovat jako poruchu chování. Výzkumy uvádějí, že 35 až 40 % populace trpí potížemi neurotického charakteru, mnohem častěji nemocné jsou ženy. Téměř jisté je, že některé projevy jsou spíše důsledkem labilní emocionality dospívajících, ne důsledkem neurózy. Ovšem fakt, že se potíže neurotického charakteru častěji vyskytují u populace ženského pohlaví, potvrzuje i náš výzkum, jak zjistíme v kapitole, kde srovnáváme výskyt dificilit u chlapců a dívek. Z výzkumu vyplynulo, že nejintenzivněji se u dětí projevují vlastnosti náladovost a nepřizpůsobivost, což nás vzhledem k jejich kritickému věku nepřekvapí. Emocionalita jedinců v prepubertě a pubertě je typická oboustrannými

výkyvy nálad a nejistotou, ze které pramení problémy v přizpůsobování se novým a o poznání náročnějším podmínkám.

Psychomotorickou instabilitou trpí 22 žáků (44 %), z nichž 9 (18 %) vykazuje intenzivnější projevy – poruchu chování. Tato čísla se poněkud odlišují od průzkumů udávajících hodnoty 8 až 12 %. Možnost vysvětlení vidíme v tom, že v některých případech jsou projevy žáků spíše důsledkem živějšího temperamentu, ne hyperaktivity. Přesnější údaje bychom mohli získat z podrobnějšího výzkumu, zaměřeného čistě na problematiku psychomotorického neklidu.

Projevy školské nezralosti a **infantilismu** jsme zjistili u 13 žáků (26 %), z toho 5 případů (10 %) bylo intenzivnějšího charakteru. Vzhledem k tomu, že projevy infantilismu a školské nezpůsobilosti jsou typické především pro nejmladší školáky a my jsme se zabývali pouze druhým stupněm ZŠ, výsledky jsou mírně překvapující. Nutno podotknout, že u oněch pěti vážnějších případů se jedná o děti z neúplných či problémových rodin. Zajímavé také je, že u chlapců se projevy nezralosti projevují s téměř dvojnásobnou četností a intenzitou, což se dá jednoznačně zdůvodnit všeobecně známým faktem, že ve většině případů chlapci dospívají podstatně později než dívky.

Přestože příznaky **disociálního vývoje osobnosti** mělo 11 dětí (22 %), z toho 5 dětí (10 %) ve větší míře, první dvě nejčastější vlastnosti vyšly konfliktost a urážlivost, které samy o sobě nejsou ukazatelem disociálního vývoje, nicméně ovlivnily ve značné míře celkový výsledek. Ty nejzávažnější symptomy jsou minimálně frekventované (experimenty s drogami, záškoláctví, šikanování, konzumace alkoholu), což je nepochybně pozitivní zjištění.

Vodák a Šulc (1964) prováděli výzkum dětí z dětských domovů, zaměřený na osm druhů závad (nekázeň, agresivita, krádeže, loupeže, útěky, sexuální závady, akolektivnost a dětská delikvence). Některé z nich se vesměs shodují s projevy disociálního (nekázeň, agresivita, krádeže, útěky) a disharmonického vývoje (sexuální závady, akolektivnost) osobnosti. Přičemž útěky, nekázeň, krádeže a agrese se vyskytovaly přibližně u 20 % dětí.

Projevy nízkého sebevědomí, snížené psychické odolnosti a potřeby častějšího povzbuzení vyšly jako nejčastější u dificulty **intropunitivní zaměření osobnosti**. Konkrétně u 19 žáků (38 %) se vyskytly podobné projevy, z toho u 9 (18 %) ve značné míře. Opět zde vidíme jako silně ovlivňující faktor vývojové stádium žáků, které s sebou nese pocity nejistoty a méněcennosti téměř ve většině případů.

Náznaky **disharmonického vývoje** se podle našeho hodnocení projevíly ve 12 případech (24 %), z nichž pouze 2 (4 %) vykazovaly větší výraznost.

Co se týče dificulty **parciální nedostatky řeči, jazyka a poznávacích procesů**,

7 dětí (14 %) má lehčí problémy (především při čtení) a u 2 žáků můžeme diagnostikovat projevy specifické poruchy učení, konkrétně dyslexie. Výzkumy udávají 2 až 3 % dětí trpících SPU, což se víceméně shoduje s našimi 4 % těžších projevů, a to především dyslexie a dysgrafie. Poruchy řeči a jazyka se vyskytují pouze zřídka.

Dificulta **poruchy motoriky, lokomoce a praxie** je vůbec nejméně frekventovaná, potíže převážně s drobnou motorikou se objevily u 6 žáků (12 %), z nichž jeden má vážnější problémy.

Z výzkumu J. Dunovského (1986) vyplývá, že 10 % dětí bylo z důvodu nevyhovující péče, prostředí a patologických rysů rodičů předáno do péče sociálně pediatrické poradny. Vyhodnocením jednotlivých dotazníků jsme došli k závěru, že 13 dětí (26 %) nese znaky **zanedbané sociální a edukativní péče**. Zajímavý je fakt, že šest dětí ze sedmi s nejmarkantnějšími projevy je z neúplných či problémových rodin. Spíše než rysy týkající se vzhledu a chování, mají děti nedostatky ve znalostech.

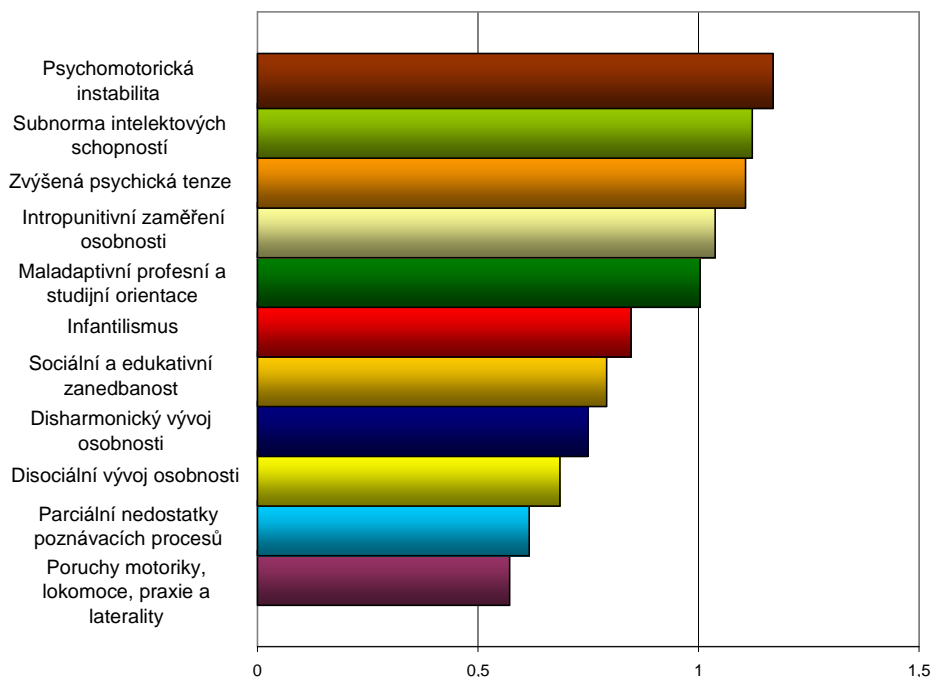
V rámci symptomů **subnormy intelektových schopností** učitelé ohodnotili své svěřence ze 42 % jako méně nadané, z nichž 30 % jako hluboce podprůměrné. Kromě dvou symptomů (malá slovní zásoba a podprůměrný prospěch přes vysoké úsilí) jsou ostatní kategorie vcelku vyrovnané, avšak intenzivní.

Maladaptivní profesní a studijní orientace patří do poloviny těch frekventovanějších dificiilit, což se dalo očekávat, neboť předpokládáme, že v tomto věku děti ještě nedosahují patřičného stupně sebepoznání, aby se více zaměřily na svou budoucí profesní a studijní kariéru.

Srovnání výsledků dificiilit

Jako dificilita s nejintenzivnějšími projevy u dětí druhého stupně základní školy byla vyhodnocena **psychomotorická instabilita** s indexem 1,169 a směrodatnou odchylkou 0,261 (viz graf č.1). V těsném závěsu za první dificilitou se umístila **subnorma intelektových schopností** (index 1,122, směrodatná odchylka 0,304). Následuje **zvýšená psychická tenze** (index 1,107, směrodatná odchylka 0,317) a s ní úzce spjaté **intropunitivní zaměření osobnosti** (index 1,038, směrodatná odchylka 0,250). Jako nejméně časté závady chování a prožívání průzkum vyhodnotil **parciální nedostatky poznávacích procesů** (index 0,616, směrodatná odchylka 0,224) a **poruchy motoriky, lokomoce a praxe** s indexem 0,572 a směrodatnou odchylkou 0,317. Výzkumem bylo zjištěno, že průměrná hodnota výskytu dificiilit u žáků základních škol je **29 %**, 22,7 % pokrývají dívky a 35,2 % chlapci.

Graf č.1 Srovnání frekvence a intenzity projevů jednotlivých dificiilit

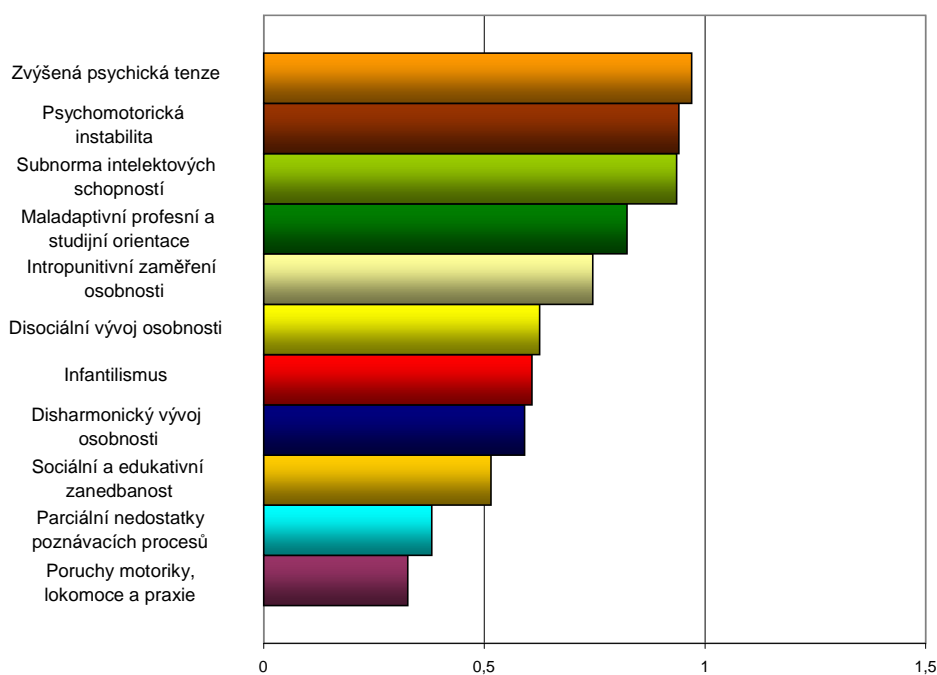


Srovnání frekvence výskytu jednotlivých dificilit u dívek a chlapců

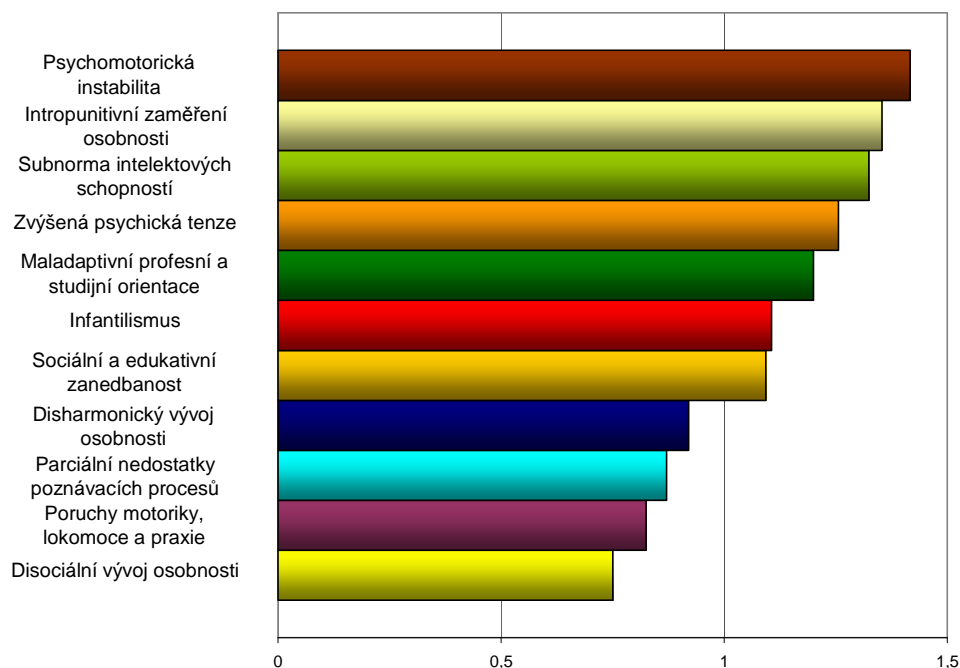
Velice zajímavý je pohled na grafy č. 2 a 3, srovnávající dívky a chlapce v záležitosti četnosti a intenzity výskytu závadného chování a prožívání. Je evidentní, že účast chlapců na dificilitách a poruchách chování je daleko větší, než je tomu u dívek. Ve sto procentech případů mají chlapci naměřeny vyšší hodnoty výskytu dificilit než dívky, v drtivé většině dokonce s podstatným rozdílem. Celkové procento výskytu dificilit **u dívek** je **22,7 %**, zatímco **u chlapců 35,2 %**. Hodnoty vzájemně nejméně odlišné byly pomocí Fischerova testu významnosti rozdílů rozptylů (F-testu) naměřeny u dificility **poruchy motoriky, lokomoce a praxie** (0,98), naopak nejvyrovnanější hodnoty byly zjištěny u **disociálního vývoje osobnosti** (0,06).

Výzkum Vodáka a Šulce (1964) taktéž zřetelně prokazuje větší podíl chlapců na závadném chování. Stejně tak jak v jejich výzkumu, i v našem případě se děvčata podílejí na všech závadách, avšak v menším měřítku. Například přestože je u chlapců výskyt zvýšené psychické tenze až na čtvrtém místě a u dívek na prvním, pořadí je absolutní hodnota výskytu této dificility u chlapců vyšší. Z toho vyvozujeme, že u chlapců jsou sice všechny projevy celkově mnohem bouřlivější než u dívek, ale v poměru k ostatním dificilitám jsou problémy neurotického charakteru (zvýšená psychická tenze) převážně výsadou ženského pohlaví.

Graf č.2 Frekvence a intenzita projevu jednotlivých dificilit u dívek



Graf č.3 Frekvence a intenzita projevu jednotlivých difícilit u chlapců



V čem se dívky a chlapci shodují ohledně pořadí difícilit (i když v menším poměru než u chlapců), je případ subnormy intelektových schopností a disharmonického vývoje osobnosti. Co se týče nižšího sebevědomí, zakomplexovanosti a nejistoty při jednání s lidmi, jsou na tom hůř opět chlapci, tato difícilita se u nich objevuje dokonce na druhém místě (u dívek až na pátém). Maladaptace profesní a studijní orientace se u obou pohlaví nachází v horní části grafu, jak už jsme dříve usoudili, vysoké číslo je dáno nízkým věkem žáků. U starších žáků je již mnohem lépe rozvinut sebechápající proces. Infantilismus je vzhledem k pozdějšímu fyzickému i psychickému dospívání chlapců opět u nich v převaze (téměř dvojnásobně). Sociální a edukativní zanedbanost je též u chlapců téměř dvakrát vyšší. Parciální nedostatky poznávacích procesů a poruchy motoriky a lokomoce jsou u dívek i chlapců těsně pod sebou na nejnižších příčkách grafu, i když chlapci opět vykazují větší problémy při čtení, grafickém projevu a jemných motorických pohybech. Celkem překvapující je výsledek týkající se výskytu projevů disociálního vývoje. Zde jsou absolutní hodnoty nejvíc vyrovnány, avšak u dívek je tento typ závady na šestém místě, zatímco u chlapců až na posledním. Řekli bychom naopak, že právě u této difícility bude rozdíl vidět nejmarkantněji, a to tím způsobem, že se na ní budou mnohem více podílet chlapci, ale výzkum ukázal něco jiného.

Posouzení závislosti vlivu nepříznivého výchovného prostředí na vznik difícilit

Dalším bodem výzkumu bylo zhodnotit, jak žáci vykazující projevy difícilit či poruch chování korelují s počtem žáků, kteří zároveň pocházejí z neúplných rodin nebo žijí v jiných nepříznivých rodinných podmínkách. Korelačním testem jsme získali **korelační koeficient 0,47**. Z toho vyplývá, že vznik a přítomnost difícilit koreluje s nepříznivou rodinnou situací s téměř padesátiprocentní pravděpodobností.

Vodák, Šulc (1964) ve svém výzkumu dále analyzují, jaký vliv má nevhodné výchovné prostředí na závy chování. Shodli se na tom, že v raném období školní docházky působí nepříznivé rodinné

podmínky negativně téměř ve všech případech, zatímco po desátém roce přibývají různé typy závad, které na rodinné prostředí vázané nejsou, což má souviset s větším vlivem školy a vnějšího prostředí na dítě.

Tabulka č.1 Vliv nepříznivého rodinného prostředí na vznik difícilit

Difícilita	Děti trpící difícilitou		Děti s difícilitou a zároveň s problémy v rodině	
	počet	%	počet	%
Psychomotorická instabilita	22	44	8	16
Zvýšená psychická tenze	21	42	12	24
Intropunitivní zaměření osobnosti	19	38	12	24
Maladaptivní profesní a studijní orientace	14	28	10	20
Infantilismus	13	26	9	18
Sociální a edukativní zanedbanost	13	26	11	22
Disharmonický vývoj osobnosti	12	24	7	14
Disociální vývoj osobnosti	11	22	7	14

Diskuse

V rámci výzkumu jsme se zaměřili na zkoumání problematiky difícilit (závad chování a prožívání), konkrétně frekvence jednotlivých difícilit u žáků základních škol. Jako vzorek sloužili žáci druhého stupně Základní školy Hudcova 35 a Základní školy Antonínská 3. Zpravodajskou jednotkou byli jejich třídní učitelé, schválně zvoleni kvůli větší pravděpodobnosti jejich kvalitního poznání a zhodnocení žáka. Statistický soubor, vybraný z celkového množství 400, obsahuje 50 vzorků, žáků ve věku 11 až 15 let, z nichž je 24 chlapců a 26 dívek.

Jako výzkumnou metodu jsme si zvolili dotazník, speciálně vytvořený pro vlastní výzkum. Kromě základních údajů, jako je věk, pohlaví, třída a škola, dotazník obsahuje 97 položek, které se shodují s 97 příznaky difícilit. Tyto příznaky jsou v dotazníku pomyslně rozděleny do jedenácti okruhů na základě jedenácti typů difícilit. Učitelé měli na výběr z pěti stupňů škály, které vyjadřovaly adekvátní intenzitu projevu (vůbec, výjimečně, občas, často, velmi často).

Jako tři celkově nejfrekventovanější difícility vyšly: **psychomotorická instabilita**, **subnorma intelektových schopností** a **zvýšená psychická tenze**. Naopak nejméně časté byly parciální nedostatky v poznávacích procesech a poruchy motoriky, lokomoce a praxe. **Celková průměrná procentuální hodnota výskytu difícilit byla zjištěna 29 %, z toho 22,7 % u dívek a 35,2 % u chlapců.**

Prvními třemi dificitami s nejintenzivnějšími projevy u dívek byly zvýšená psychická tenze, psychomotorická instabilita a subnorma intelektových schopností.

U chlapců to pak byla psychomotorická instabilita, intropunitivní zaměření osobnosti a subnorma intelektových schopností. Největší rozdíl v intenzitě projevů dificitů mezi chlapci a dívkami byl F-testem významnosti rozdílů dvou rozptylů naměřen u dificity poruchy motoriky, lokomoce a praxe (0,98) a nejvyrovnanější skóre bylo u disociálního vývoje osobnosti (0,06).

Poslední bod, který jsme zkoumali, byla závislost nevhodného rodinného prostředí na výskytu dificitů u žáků základních škol. **Korelační koeficient 0,47** odpovídá asi padesátiprocentní závislosti subjektů.

Výzkum se v některých bodech jasně shoduje s již provedenými výzkumy, je však možné částečné zkreslení z důvodu deprecionizace či favorizace subjektů učitelů.

Závěry pro pedagogickou teorii a praxi

Rozvoj osobnosti není u všech dětí stejný a často ani optimální. Pedagogové i psychologové musí hledat cesty, jak účinněji než dosud pracovat s psychickými možnostmi a potenciální osobností všech žáků, aby dosahovali úspěšnosti ve škole, v pracovním procesu i v životě. Zvláštní pozornost je třeba věnovat závadám chování dětí a mládeže, jejich zjišťování, klasifikaci, prevenci a nápravě.

Navrhli jsme jedenáct kategorií závad chování, které je třeba přesně diferencovat od poruch chování a poruch osobnosti. Provedli jsme také pilotáž depistáž dětí se závadami a poruchami chování.

Má-li škola s problémovými dětmi úspěšně pracovat, musí být pracovníci školy informováni nejenom o podstatě výukových potíží a poruch chování, ale i formách depistáže dětí se závadami a poruchami chování, o nápravné činnosti a o možnostech průběžné a systematické spolupráce s PPP, s orgány péče o děti a rodinu, se soudy, policií atd.

Současná preventivní strategie rozlišuje prevenci primární, sekundární a terciární. *Primární* prevence zahrnuje vytváření optimálních podmínek pro zdravý psychosociální vývoj osobnosti člověka bez patologických jevů sociálních a zdravotních, podmínek, které pomáhají zamezovat vzniku závad a poruch. Jde například o vytváření příznivého sociálního klimatu rodin a školních tříd, podporu zdravého vývoje osobnosti dětí a mládeže, individuální přístup k dětem a mládeži ve školách, aktivní zapojování žáků a studentů do života škol a mimoškolních volnočasových aktivit, adekvátní týmovou spolupráci pedagogů a rodičů, systematicky a adekvátně orientované informační aktivity, spočívající v poučení o zdravém životním stylu, o tom, jak předcházet nemocem, jak pozitivně pečovat o své duševní i tělesné zdraví.

Sekundární prevence má zachytit závalu psychosociálního či zdravotního vývoje v počátečním stadiu a zajistit potřebná specifická a odborná preventivní opatření pro ohroženého jedince a zabránit také rozšiřování negativního sociálního či zdravotního jevu mezi jiné osoby. Jedná se o odbornou péči školních výchovných a psychologických poradců, pracovníků pedagogicko-psychologických a speciálně pedagogických poraden a psychiatrických ambulancí. Využít lze i vlivu vrstevníků pomocí peer programů, a to jak přímo na školách a školských zařízeních, tak v zařízeních zabývajících se mimoškolní celoroční i prázdninovou (klubovou a táborovou) činností, které napomáhají k pozitivní seberealizaci dětí a mládeže.

Terciární prevence znamená předcházet zhoršování, recidivám a snižovat negativní důsledky např. sociálně a zdravotně negativních jevů. Jde o využívání specializovaných odborných poradenských

a léčebných institucí pro děti, mládež a rodinu, zajištění programů odborného aktivního skupinového psychosociálního učení, které učí diferencovanému vnímání druhých osob a jejich osobnostních vlastností jako možných vzorů, příkladů a modelů reagování v reálných mimořádných životních situacích .

Pozoruhodný diagnostický přístup k difilní a zejména predeliktivní mládeži rozpracovala D. Heřmanská (1994). Nazvala příslušný postup *Metoda posuzovacího diagramu asociálního činu žáka (DAČ)*. Z jejího výzkumu mj. vyplynula mimořádná důležitost schopnosti a dovednosti žáků předpovídat a adekvátně hodnotit následky svých závad a poruch chování a s tím související autokognice a autoregulace.

Problematiku poruch chování zapříčiněných organickými příčinami, psychotickými, psychopatickými, neurotickými a oligofrenickými stavy je přitom třeba řešit ve spolupráci s psychiatrickými zařízeními pro děti a mládež.

Difility jsou řešitelné pedagogickými a psychologickými prostředky. Jsou většinou determinovány celým komplexem podmínek a příčin, což je důležité jak pro jejich diagnostiku, tak pro nápravu. Podmínky a příčiny jejich vzniku mohou být:

biogenní – vliv vrozených faktorů včetně dědičnosti. Genetické dispozice jsou např. naprogramovány tak, že dítě má sníženou sebekontrolu a snížené sebeřízení. Je diskutován také vliv geneticky podmíněné tendence aktivně vyhledávat napětí, „adrenalinové“ stimulační, excitace, dobrodružné a rizikové situace (jedinci s vrozeně hyporeaktivním nervovým systémem) (Quay, 1965). Genetická vložka může zvyšovat pravděpodobnost, že na chování a prožívání člověka budou mít výraznější vliv někteří vnější činitelé.

Sociogenní – např. parentogenie (příčiny tkví v rodině), pedagogie (příčiny tkví ve výchově ve škole nebo v rodině – srov. Helus, 1991).

Psychogenní – tkvící například v intelektuální pasivitě, ve vystupňovaných pubertálních povahových změnách apod..

Edukativním úkolem pedagogických pracovníků je záměrně, cílevědomě a soustavně působit na vychovávané a vzdělávané jedince tak, aby byl zajištěn pozitivní rozvoj jejich osobnosti.

Nestačí, aby byl pedagog zaměřen pouze na diagnostiku a rozvoj žákovy učení, jeho postoj či přístup ke školní práci a rozvoj kognitivních aspektů jeho osobnosti na úkor *celostního*, holistického pohledu na jeho osobu a jejího celkového osobnostního, tedy i emocionálního konativního rozvíjení. Důležitá je i týmová spolupráce s ostatními pedagogy a komunikace se specializovanými odborníky v systému poradenství apod.

Jde o *systematickou kultivaci* komunikace a sociálního chování a sociální kompetence dětí a mládeže provázenou nácvikem (tréninkem) sociálních dovedností pomocí aktivního sociálního učení, které je intencionálně zaměřeno na vytváření a zdokonalování individuálních sociálních a komunikačních způsobilostí a schopností respektovat a zvládat sociální role i náročné sociální situace a učit dobře chápat možné následky svého chování, svých činů. Mezi hlavní výchovné metody pedagogů patří výchova vlastním vzorem, *příkladem*, modelem vlastního chování, které mohou žáci napodobovat a identifikovat se s učiteli. Systematicky je třeba předávat, zprostředkovávat žákům vhodnou formou významné a prioritní *odborné informace* ze společenskovední (humanitní), sociálně právní a zdravotní oblasti a vytvářet kvalitní sociální klima a řád, pořádek se srozumitelnými pravidly ve školách a školských zařízeních. Tyto aktivity bývají někdy označovány za poměrně málo účinné, ale přesto by se neměly zanedbávat. Za účinnější (i když někdy v jednotlivých konkrétních případech sporné) se považuje promyšlené a dobře zorganizované využití vrstevníků (*preventivní peer programy*) a

kvalitních *volnočasových aktivit* (sportovních, zájmových), které napomáhají k sociálně adekvátní seberealizaci dětí a mládeže. Proto je tak důležité, aby se pro dobře vedené volnočasové aktivity získávaly právě zdravotně a sociálně patologickými jevy ohrožené děti a mládež. Nezřídka jsou preventivně velmi účinné programy „*Zdravá škola*“, které se využívají zejména na základních školách a směřují k žádoucímu ovlivňování tělesného a duševního zdraví žáků a k vytváření kvalitní psychosociální atmosféry a klimatu škol a školských zařízení.

Ve vybraných případech má škola adekvátně využívat i sítě *odborných poradenských zařízení*, a to jak školských (pedagogicko-psychologických poraden, speciálně pedagogických center), tak i jiných (psychiatrických ambulancí pro děti mládež). Je známo, že např. pedagogicko-psychologické poradny nezřídka pořádají celoroční klubovou činnost pro ohroženou mládež a také prázdninové psychokorektivní a psychorehabilitační tábory. Také *programy aktivního sociálního učení* pořádané pedagogicko-psychologickými poradnami jsou účinné. Většina difícilit a poruch je totiž interpersonální povahy a souvisí s kvalitou vztahů mezi lidmi. Při práci ve skupině se děti a mládež učí diferencovanému vnímání druhých osob a ty, které uznají za vhodné pro nápodobu a identifikaci, se stávají modely chování v různých životních náročných i běžných situacích.

Aby bylo výchovné působení účinné, je nutno nejprve děti ve výchovném a vzdělávacím procesu důkladně poznat – klasifikovat a identifikovat. Toto poznání je základem. Proto provádíme během své výchovné práce pedagogicko-psychologickou diagnostiku. Rozpoznaný stav je pak východiskem pro individuální reedukační přístup k dětem a pro případné zajištění další adekvátní specializované odborné péče a prevence. Cílem je zvýšit úroveň fyzické, duševní, duchovní i sociální složky kvality života a zdraví dětí, mládeže i dospělých.

Již pregraduální, nejen postgraduální výuka učitelů, by měla budoucí pedagogy vhodně aplikačně a prioritně připravovat na efektivní komunikaci s problémovými žáky všech typů, vést pedagogy k průběžnému vymezování pravidel a „mantinelů“ komunikace mezi žáky a učiteli i žáky se žáky, k formování a vytváření příznivého sociálního klimatu a psychosociální atmosféry třídy, k pozitivně orientovanému individuálnímu přístupu k žákům, k účinnému způsobu řešení různých typů konfliktních situací, k týmové a systémové spolupráci všech pracovníků školy či školského zařízení, k adekvátním způsobům budování přirozené autority a zdokonalování takových svých pedagogických a komunikačních i motivačních kvalit, které budou podporovat zodpovědný osobnostní a komunikační rozvoj žáků.

Použitá a doporučená literatura

- AVISON, W. R. *Stress and Mental Health: Contemporary Issues and Prospects for the Future*. New York: Plenum Publishing Corporation, 1994. ISBN 0306446871
- BARON, R.A.; RICHARDSON, D.B. *Human Aggression*. New York: Plenum Press, 1994.
- BARTOŇOVÁ, M. *Kapitoly ze specifických poruch učení I: vymezení současné problematiky*. 1. vyd. Brno: Masarykova univerzita, 2004. 128 s. ISBN 80-210-3613-3
- BENDL, S. *Ukážněná třída, aneb, Kázeňské minimum pro učitele*. Praha: TRITON, 2005. 298 s. ISBN 80-7254-624-4.
- BODLÁKOVÁ, I.; NĚMEC, J. *Průběžná zpráva o řešení projektu Model výchovně vzdělávacího působení na děti a mládež romské národnosti v přirozených podmínkách základních škol*. Praha: MŠMT, č.j. 96074, 1996.
- BODLÁKOVÁ, I.; NĚMEC, J. *Koncepce a program prevence kriminality*. Praha, 1994.
- BOUCHARLAT, CH.; AUGER, M. *Učitel a problémový žák*. Portál, 2005. 128 s. 80-7178-907-0.
- ČERMÁK, I. *Dětská agrese*. Brno: Akad. nakladatelství CERM, 1998.
- DAN, J. *Psycho diagnostické činnosti v systémech institucionalizované psychologické pomoci člověku*. Brno: Sborník prací FF BU, 1987.
- DUNOVSKÝ, J. *Dítě a poruchy rodiny*. 1. vyd. Praha: Avicenum, 1986. 140 s.
- ERB, H. *Násilí ve škole a jak mu čelit*. Praha: Amulet 2000.
- EYSENCK, H. J. *The Structure of Human Personality*. London, 1960.
- FILÍPKOVÁ, E. *Problematika difícilit na základních školách: diplomová práce*. Brno: Masarykova univerzita, Fakulta pedagogická, 2006, 80 l., 3 l. příl. Vedoucí diplomové práce Rudolf Kohoutek.
- HELUS, Z. K problematice pedagogického narušení dítěte. *Pedagogika* XLI, 1991, č. 4, s. 369–377.
- HEŘMANSKÁ, D. *Psychologická analýza dětské predelikvence – s interdisciplinárními aspekty a metodou posuzování činů*. Hradec Králové: Gaudamus, 1994.
- JAKABČIC, I.; POŽÁR, L. *Všeobecná patopsychologie*. Bratislava: Iris, 1995.
- JEDLIČKA, R.; KOŤA, J. *Analýza a prevence sociálně patologických jevů u dětí a mládeže*. 1. vyd. Praha: Karolinum, 1998. 169 s. ISBN 80-7184-5558.
- KAFKA, J. *Psychopatia: specifické a miešané poruchy osobnosti (príspevok k novej syntéze)*. Bratislava: Veda, 1995
- KOHOUTEK, R. *Úvod do psychologie: normalita a abnormalita psychiky a osobnosti*. 1. vyd. Brno: MU, 2005. ISBN 80-210-3795-4
- KOLÁŘ, M. *Bolest šikanování*. Praha: Portál, 2003.
- KOLUCHOVÁ, J.; MORÁVEK, S. *Psychologická diagnostika dětí a mládeže*. Olomouc: PdF UP, 1990.
- KOŘÍNEK, M. *Metody a techniky pedagogického výzkumu. Učební text pro studenty pedagogických fakult a pro postgraduální studium učitelů a školských pracovníků*. Praha: SPN, 1970. s. 139.
- KOŠC, L.; MARKO, J.; POŽÁR, L. *Psychopatologie*. Bratislava: SPN, 1975.
- KOŠČO, J. a kol. *Poradenská psychologie*. Bratislava: SPN 1987.
- KŘESADLO, J. *Průvodce inteligentního laika džunglí současné psychologie a psychiatrie*. 1. vyd. Olomouc: Periplum, 2001. 194 s. ISBN 80-902836-1-6
- KŘIVOHLAVÝ, J. *Psychologie zdraví*. 2. vyd. Praha: Portál, 2003.
- LAZAROVÁ, B. *První pomoc při řešení výchovných problémů: poradenské minimum pro učitele*. 1. vyd. Praha: Agentura Strom, 1998. 62 s. ISBN 80-86106-00-4.

- MAREŠ, J.; KŘIVOHLAVÝ, J. *Sociální a pedagogická komunikace ve škole*. 1. vyd. Praha: SPN, 1990. 164 s. ISBN 80-04-21854-7
- MATĚJČEK, Z. *Praxe dětského psychologického poradenství*. Praha: SPN, 1991
- MATĚJČEK, Z. Teoretické úvaha nad pozdními následky psychické deprivace a subdeprivace. *Československá psychologie*, 40, 1996, č.5, s.365 – 375.
- MATOUŠEK, O.; KROFTOVÁ, A. *Mládež a delikvence*. Praha: Portál, 1998.
- MERTIN, V. *Individuální vzdělávací program*. Praha: Portál, 1995
- Mezinárodní klasifikace nemocí - 10. revize. (Duševní poruchy a poruchy chování)*. Praha: Psychiatrické centrum, 1996
- NĚMEC, J. *Psychopatie a kriminalita*. Praha: Centurion, 1993..
- NĚMEC, J.; BODLÁKOVÁ, I. *Prevence zneužívání návykových látek*. Praha, 1996.
- NĚMEC, J.; BODLÁKOVÁ, I. *Aktivní sociální učení*. Praha: Eteria, 1998.
- NĚMEC, J.; BODLÁKOVÁ, I. *Praktická diagnostika sociálně patologického chování u dětí a mládeže: určeno pro pedagogickou a rodičovskou veřejnost*. Praha: Eteria, 2001.
- NĚMEC, J. a kol. *Minimální standardy prevence drogových závislostí zaměřené na děti a mládež se speciálními vzdělávacími potřebami*. Praha, 2001.
- ONDREJKOVIČ, P. *Socializácia mládeže jako východisková kategória sociológie výchovy a sociológie mládeže*. Bratislava: Veda, 1997.
- ŘEHULKA, E. *Teachers and Health VI*. Brno: MU, 2004. 702 s. ISBN 80-210-3634-6
- SMÉKAL, V. *Přehled psychologie osobnosti*. Praha: SPN, 1985
- SMUTNÝ, R.; ŠAFROVÁ, A. *Využití výpočetní techniky při reedukaci specifických poruch učení*. Brno: PAIDO, 1997
- STŘELEČEK, S. *Studie z teorie a metodiky výchovy I*. 1. vyd. Brno: Masarykova univerzita, 2004. 155 s. ISBN 80-86633-21-7
- SÝKORA, P. Funkce školy v prevenci sociálně patologických jevů. In *Vybrané problémy sociální patologie* (Sborník příspěvků ze semináře sekce sociální patologie MČSS, Slovice 20.-22.dubna 2005 s. 155-158). Praha, 2005.
- ŠKALOUDOVÁ, A. *Statistika v pedagogickém a psychologickém výzkumu*. Praha: Pedagogická fakulta UK, 1998. 112 s. ISBN 80-86039-560
- ŠPALEK, J. *Aplikovaná statistika I*. 1. vyd. Brno: MU, 2004. 126 s. ISBN 80-210-3412-2
- ŠVANCARA, J. *Poruchy psychického vývoje*. Brno: učební texty FF UJEP, 1979
- TRAIN, A.: *Nejčastější poruchy chování dětí*. Praha, Portál, 2001.
- VÁGNEROVÁ, M. *Psychopatologie pro pomáhající profese*. Praha: Portál, 1999.
- VODÁK, P.; ŠULC, A. *Závady a poruchy chování v dětském věku*. 1. vyd. Praha: Státní pedagogické nakladatelství, 1964. s. 8, 196.
- VOJTÍK, V.; MACHOVÁ, J.; BŘICHÁČEK, V. *Poruchy vývoje dětí a mladistvých a jejich projevy v rodině a ve škole*. Praha: SPN, 1990.
- VOJTOVÁ, V. Edukace žáků s poruchami chování. In *Integrativní školní (speciální) pedagogika*. Brno: PFMU, 2004, s.191-200.
- QUAY, H.C. *Psychopathic Personality as Pathological Stimulation Seeking*. *American Journal of Psychiatry*, 122, 1965.
- ZELINKOVÁ, O. *Poruchy učení*. Praha: Portál, 1994, 186 s.
- ZVOLSKÝ, P. a kol. *Speciální psychiatrie*. Praha: UK, 1996.

Příspěvek byl připraven v návaznosti na řešení výzkumného záměru MSM 002 1622451: Škola a zdraví pro 21. století.

Kontakt na autory:

Prof. PhDr. Rudolf KOHOUTEK, CSc.

Haškova 10

638 00 Brno-Lesná

Mgr. Eva FILÍPKOVÁ

Meruňková 10

621 00 Brno

e-mail: evofil@seznam.cz

telefon: 608 050449