

**UNIVERZITA JANA AMOSA KOMENSKÉHO
PRAHA**

DIPLOMOVÁ PRÁCA

2012

Bc. Mária Šebestová

**UNIVERZITA JANA AMOSA KOMENSKÉHO
PRAHA**

Magisterské - kombinované štúdium
2010 – 2012

**DIPLOMOVÁ
PRÁCA**

Bc. Mária Šebestová

Socializácia a možnosti uplatnenia mentálne
postihnutých

Praha 2012

Vedúca práce: Mgr. Helena Langerová

COMENIUS UNIVERSITY PRAGUE

Master Combined Studies
2010 - 2012

DIPLOMA THESIS

Bc. Mária Šebestová

Socialization and opportunities for mentally handicapped

Prague 2012

Thesis Work Supervisor : Mgr. Helena Langerová

ČESTNÉ PREHLÁSENIE

Vyhlasujem, že som predloženú prácu vypracovala samostatne na základe uvedených literárnych prameňov a s využitím poznatkov získaných počas štúdia. Text diplomovej práce je identický s textom v elektronickej forme na CD, ktorý tvorí prílohu tejto diplomovej práce. Súhlasím so sprístupnením plného textu práce v univerzitnej knižnici.

V Prahe 15.3.2012

.....

Vlastnoručný podpis

POĎAKOVANIE

Ďakujem konzultantke pani Mgr. Helene Langerovej . Za cenné rady , pomoc, a odborné vedenie, ktorú mi poskytla pri jej vypracovaní.

ABSTRAKT

ŠEBESTOVÁ, Mária: Socializácia a možnosti uplatnenia mentálne postihnutých

Univerzita J. A .Komenského v Prahe, vedúci práce: Mgr. Helena Langerová,
Študijný odbor: špeciálna pedagogika - učiteľstvo

Témou diplomovej práce je socializácia a možnosti uplatnenia mentálne postihnutých. Práca je rozdelená do dvoch častí - teoretickej a praktickej.

V teoretickej časti sa zaoberáme teoretickými poznatkami , ktorými sú terminológia , charakteristika mentálnej retardácie (MR) a prevencia MR, kde sme pozornosť zamerali na psychické osobitosti osôb s mentálnym postihnutím (MP).Pozornosť je venovaná socializácii a komplexnej starostlivosti o MP. Tiež sa zaoberáme ľudskými právami a možnosťami sociálneho poradenstva na Slovensku. Zisťujeme možnosti vzdelávania MP ľudí. V praktickej časti sa snažíme ,čo najhlbšie vcítiť do života MP mládeže. Zaujímali nás otázky životných potrieb ,zdravia, budúcnosti. Prieskum bol realizovaný metódou dotazníka. Prieskumnú vzorku tvorí 123 žiakov , z ktorých bolo 58 dievčat a 65 chlapcov. Takmer polovica žiakov žije v detskom domove (DD)Sp. Štiavnik , druhá polovica je žijúca v rodinách. Prieskum sme uskutočnili na Odbornom učilišti internátnom detašované pracovisko Poprad.

Táto práca poukazuje na fakty známe. Nepoznáme rozdiely ľudí intaktných od ľudí s mentálnym postihnutím ,pokiaľ sa jedná o lásku , pochopenie, empatiu. Podpora rodiny a ľudí ktorí nás majú radi sú akýmsi prvým pilierom začlenenia sa do spoločnosti.

Kľúčové pojmy:

Empatia ,integrácia, mentálne postihnutie, socializácia, spoločnosť

ABSTRACT

ŠEBESTOVÁ, Mária: Socialization and opportunities for mentally handicapped

Jan Amos Komensky University Prague, Head: Mgr. Helena Langerová

Field of Study: Special Education – Teaching

The theme of this thesis is socialization and opportunities for the mentally handicapped. The work is divided into two parts - theoretical and practical.

The theoretical part deals with theoretical knowledge, which is the terminology, characteristics of mental retardation (MR) and MR prevention, where attention was focused on the psychological particularities of persons with mental disabilities (MP). Attention is devoted to comprehensive care and socialization of the MP. It also deals with human rights and social counseling opportunities in Slovakia. We identify opportunities for education of youth MP. In the practical part, we try to empathize with the deepest life of youth MP. Interesting for us to question life's health future. The survey was conducted a questionnaire method. Survey sample consists of 123 pupils, of whom there were 58 girls and 65 boys. Nearly half of the students live in children's home (DD) Sp. Štiavnik the other half is living in families. The survey was conducted at vocational school branch of residential Poprad

This work points to the facts known. We do not know the differences of people from intact people with intellectual disabilities when it comes to love, understanding, empathy. Family support and people like us who are sort of the first pillar of integration into society.

Key terms:

Empathy, integration, mental disability, socialization, company

Obsah

1	ÚVOD.....	9
2	OSOBNOSŤ MENTÁLNE POSTIHNUTÝCH.....	11
2.1	VYMEDZENIE POJMOV – MENTÁLNE POSTIHNUTIE.....	11
2.2	KLASIFIKÁCIA - STUPNE MENTÁLNEHO POSTIHNUTIA....	15
2.3	OSOBITOSTI PSYCHICKÝCH PROCESOV MENTÁLNE POSTIHNUTÝCH.....	18
2.4	DIAGNOSTIKA MENTÁLNEJ RETARDÁCIE.....	24
2.4.1	VČASNÉ VYŠETRENIE ZÁKLADNÝCH FUNKCIÍ DIEŤAŤA. RANÝ FYZIOLOGICKÝ VÝVIN.....	24
2.4.2.	DIAGNOSTIKA ONESKOROVANIA PSYCHOMOTORICKÉHO VÝVINU DIEŤAŤA - VČASNÁ DIAGNOSTIKA.....	26
2.4.3	KOGNITÍVNE FUNKCIE, INTELIGENCIA A JEJ HODNOTENIE.....	29
3	SITUÁCIA V ZAMESTNÁVANÍ LUDÍ S MENTÁLNYM POSTIHNUTÍM.....	35
3.1	VÝVOJ PODPOROVANÉHO ZAMESTNÁVANIA NA SLOVENSKU.....	36
3.2	ZÁKLADNÉ VYMEDZENIA POJMOV ZAKOTVENÝCH V ZÁKONE Č. 5/2004 O SLUŽBÁCH ZAMESTNANOSTI.....	38
3.3	VYBRANÉ NÁSTROJE AKTÍVNEJ POLITIKY TRHU PRÁCE Z OBLASTI ZAMESTNANOSTI OBČANOV SO ZDRAVOTNÝM POSTIHNUTÍM V ZÁKONE 5/2004 O SLUŽBÁCH ZAMESTNANOSTI.....	40
4	VZDELÁVANIE MENTÁLNE POSTIHNUTÝCH.....	46
4.1	ŠKOLSKÁ INTEGRÁCIA A JEJ FORMY.....	46
5	PRIESKUMNÁ ČASŤ.....	54
5.1	CIEĽ, ÚLOHA A PRIESKUMNÁ VZORKA.....	54
5.2	METÓDY PRIESKUMU.....	55
5.2.1	ETAPY PRIESKUMU.....	55
5.2.2	ANALÝZA A INTERPRETÁCIA VÝSLEDKOV PRIESKUMU.....	56
6	DISKUSIA.....	83
7	ODPORÚČANIE PRE PRAX.....	86
8	ZÁVER.....	87
9	LITERATÚRA.....	88
	ZOZNAM TABULIEK A GRAFOV.....	91
	ZOZNAM TABULIEK.....	91
	ZOZNAM GRAFOV.....	91
	PRÍLOHY.....	93

1 ÚVOD

Každý z nás je jedinečný svojou osobnosťou, ktorá sa od druhých ľudí líši v jednotlivých charakteristikách, stránkach, zložkách aj štruktúrach svojej osobnosti. Každý je vo svojej podstate iný. Či už z hľadiska biologického, psychického alebo sociálneho. Rozdiely medzi nami sú rôzne, niekedy môže ísť iba o celkom relatívne malú odlišnosť, ktorá sa prejaví napr. v sociálnej zložke, v zložitých životných situáciách. Všetci túto odvekú pravdu veľmi dobre poznáme, počítame s ňou ako s daným faktom a príliš sa nad ňou nepozastavujeme. V tomto smere sme tolerantní a ochotne priznávame každému právo „byť iný“. Naša tolerancia má však určité hranice, u každého sú tieto hranice inde. Sme ovplyvniteľní sociálnou skupinou, v ktorej žijeme, jej spoločenskými normami a zvyklosťami. Ak sa rodičom narodí dieťa s mentálnym postihnutím (MP), chcú, aby ho spoločnosť prijala aj s jeho chybou. Ak ho okolie bude vnímať ako normálne, bude znamenať, že sa dieťa integrovalo. Človek v období dospievania sa začína zaoberať myšlienkou, aké povolanie chce vykonávať vo svojom živote. Voľba povolania je u MP oveľa zložitejšia ako u zdravých ľudí. Možnosti majú obmedzené zo zdravotných dôvodov, ale najmä zo sociálnych. Ľudia s MP prekonávajú v priebehu svojho života veľa prekážok, ktoré pramenia z ich handicapu a s ktorými sa musia nejakým spôsobom vyrovnáť. K trom základným ľudským právam handicapovaných ľudí patrí právo na vzdelanie, právo na prácu a právo na život v spoločnosti. Celoživotné vzdelávanie je jednou z ciest k sebarealizácii, k zdravému sebedovetiu, k dobrému pracovnému uplatneniu, k plnohodnotnému životu. Človek s MP má právo dospieť sociálne aj spoločensky, vzdelávať sa, odísť od rodičov a žiť ako dospelý. Má právo na pomoc, ktorá závisí od jeho postihnutia. Má právo nadväzovať priateľské, alebo partnerské vzťahy, má právo, aby mu niekto pomohol zvládať všetko, čo s tým súvisí. Cieľom tejto práce je zistiť, a vcítiť sa do života MP mládeže žijúcej v detských domovoch (DD) a porovnať so životom MP mládeže žijúcej v rodinách. Či dokáže žiť samostatný život mimo zariadenia, aké formy starostlivosti jej poskytuje naša spoločnosť a či má možnosť mať zamestnanie

a sama sa živiť. Prvá kapitola je zameraná na teoretické poznatky, ktorými sú terminológia , charakteristika mentálnej retardácie (MR) a prevencia MR, kde sme pozornosť zamerali na psychické osobitosti osôb s MP. V druhej kapitole sa venujeme socializácii a komplexnej starostlivosti o MP. Zaoberáme sa ľudskými právami a možnosťami sociálneho poradenstva na Slovensku. V tretej kapitole je pozornosť zameraná na školský systém a možnosti vzdelávania MP mládeže. K vypracovaniu diplomovej práce sme použili dostupnú literatúru, ktorá je uvedená v závere práce.

Stretli ste sa už niekedy s mentálne postihnutým človekom ?Ak áno určite Ste si všimli , že ako keby láska, cit, spolupatričnosť, a iné pozitívne črty kompenzovali ich intelektovú nedostatočnosť. Svoju lásku a náklonnosť vedia nielen prežívať, ale aj prejavovať. Nie je nič krajšie, ako ich večné “Ťúbim ťa, chýbaš mi“. Áno, stretla som človečika s neuveriteľnou schopnosťou prejavovania lásky a citu....

2 OSOBNOSŤ MENTÁLNE POSTIHNUTÝCH

2.1 VYMEDZENIE POJMOV – MENTÁLNE POSTIHNUTIE

Definícií mentálnej retardácie je veľké množstvo, my vám, ponúkame prehľad aspoň niektorých z nich.

„Mentálne postihnutie je najširší, najvšeobecnejší, strešný pojem, ktorý sa orientačne používa pre všetky osoby s IQ pod 85 (na distribučnej krivke mentálnej úrovne – IQ v populácii), teda osoby v pásme mentálnej retardácie a osoby v pásme hlbokého podpriemeru – hraničné pásmo mentálnej retardácie.“ (Bajo, Vašek, 1994, s.46)

Citovaní autori pojem mentálna retardácia (MR) predstavujú ako súborné označenie pre kategóriu ľudí s poruchami intelektu, orientačne pod IQ 70. V záujme o pojmové a terminologické zjednotenie sa z množstva synonymických označení (oligofrénia, slabomyseľnosť, rozumová zaostalosť, atď.) všeobecne prijal termín mentálna retardácia, pričom slovo retardácia tu vystupuje vo význame zdržiavania, omeškania, spomalenia. V tomto zmysle je možné chápať retardáciu ako vývinový proces, v ktorom je zvýraznená skutočnosť, že postihnutie nie je definitívne, ukončené, nemenné. Tento pojem je predmetom záujmu špeciálnych pedagógov, psychológov, pediatrov, psychiatrov, a preto sa stretávame s množstvom definícií, v ktorých autori zohľadňujú len niektoré z teoretických hľadísk.

Vojtík (In Vašek, Bajo, 1994 s.38) uvádza *„MR ako stav označujúci neúplnosť alebo nedostatočnosť psychických funkcií najmä v intelektovej oblasti, ktorý vznikol vo vývoji a je združený s poruchou sociálnej prispôsobivosti.“*

Podľa Matulaya (In Jakabčic, Požár, 1995 s.131) *„mentálna retardácia je stav so subnormálnou inteligenciou takého stupňa a charakteru, že jedinec vyžaduje lekárske liečenie, starostlivosť a rehabilitáciu.“*

Jakabčic (1995) vymedzuje pojem „mentálne postihnutie“ z dvoch základných hľadísk : teoretického a praktického. Teoretické hľadisko umožňuje hlbšie

pochopenie podstaty psychologických problémov mentálneho postihnutia. Nemenej dôležitý je aj praktický aspekt mentálne postihnuté dieťa potrebuje z hľadiska svojho psychického vývinu nevyhnutnú špeciálnu starostlivosť. Je veľmi dôležité, aby sa pre dieťa zabezpečila čo najskôr.

Do definície MR viacerí autori zahrňujú etiologické hľadisko. Podľa Rubinštejnovej (1986) (In Gregušová, 2004) ide o mentálnu zaostalosť spôsobenú porušením poznávacej činnosti, v dôsledku organického poškodenia mozgu. Za mentálne postihnuté dieťa autorka nepovažuje dieťa, u ktorého nejde o organické poškodenie mozgu, ktorého nervové procesy prebiehajú normálne. Pri MR však môžu byť určujúce príčiny biologické, ale aj vplyvy sociálneho prostredia.

Z hľadiska etiológie definoval mentálne postihnutie aj Dolejší (1983). Podľa neho je MR vývinovou poruchou integrácie psychických funkcií rôznej hierarchie s variabilnou inteligenciou. Je závislá od niektorého z nasledovných činiteľov:

- *nedostatok genetických vlôh,*
- *porušený stav anatomicko-fyziologickej štruktúry a funkcie mozgu, jeho zrenia,*
- *nedostatočné nasycovanie základných potrieb dieťaťa, vplyvom emočnej, sensorickej a kultúrnej deprivácie,*
- *deficitné učenie,*
- *osobitosti vývinu motivácie, najmä negatívnych skúseností individua a po opakovaných stavoch frustrácie a stresu,*
- *typologické osobitosti vývinu osobnosti.*

Termín „mentálna subnormalita“ navrhla v roku 1959 Svetová zdravotnícka organizácia (WHO). Podľa Vojtíka (In Jakabčic, Požár, 1995) sa delí na mentálnu defektnosť, ktorá vychádza z poškodenia CNS a mentálnu retardáciu, ktorá je charakterizovaná neprítomnosťou patológie CNS, príčiny sú v spoločenskom prostredí.

Za najvšeobecnejšiu možno považovať Heberovu (In Vašek, Bajo,1994) definíciu MR, ktorá kladie hlavný dôraz na vyjadrenie podpriemerného vývinu všeobecnej inteligencie. Tento vzniká počas vývinového obdobia a je sprevádzaný poškodením v niektorej oblasti alebo vo všetkých sférach: a) maturácie, b) učenia, c) sociálnej adjustácie.

Podobne ako Heber definuje MR aj Grossman (In Jakabčic, Požár, 1995, s. 114): „*MR sa vzťahuje na významne podpriemerné intelektové schopnosti. Existujú spolu s deficitom adaptívneho správania a manifestujú sa v určitej perióde vývinu*“.

Mnohí autori sa zhodujú v tom, že spoločným elementom u všetkých jedincov, u ktorých je klasifikovaná MR, je intelektová úroveň, resp. jej funkcionovanie, významne podpriemerná intelektuálna činnosť. Podľa Vaška a Baja (1994) treba chápať stanovenie IQ len ako prostriedok na určenie orientačnej diagnózy, ktorá ani zďaleka nevyčerpáva podstatu MR, nepostihuje ostatné psychické funkcie a zložky osobnosti.

Dolejší (In Gregušová, 2004) okrem určenia IQ zohľadňuje aj ďalšie hľadiská, a to:

- *hľadisko sociálnej začlenenosti a spoločenskej užitočnosti jednotlivca,*
- *etiologické a klinické hľadisko,*
- *terapeutické a prognostické hľadisko,*
- *hľadisko osobnosti a povahových črt.*

Jakabčic a Požár (1995) uvádzajú všeobecné znaky MR nasledovne:

- je to stav oneskorenia duševného vývinu. Môže ísť o celkové oneskorenie duševného vývinu s rovnomerným zaostávaním vývinu vo všetkých oblastiach, alebo o nerovnomerný vývin s relatívne zachovalou úrovňou vývinu jednotlivých oblastí a niektorých psychických funkcií. Vývin v iných oblastiach, či psychických funkciách pritom značne zaostáva.

- je to stav, ktorý je relatívne trvalý. Dočasné oneskorenie psychického vývinu nepovažujú za retardáciu.
- je to stav, ktorý nie je nemenný. Vplyvom intenzívnej výchovnej starostlivosti sa môže stav podstatne zlepšiť, ale i zhoršiť. Táto menlivosť stavu však neznamená, že sa dá časom odstrániť.
- a nakoniec je to stav, z ktorého sa „nevyrastá“. Vývinový proces zrenia nemôže sám o sebe priniesť zlepšenie stavu. Pozitívne zmeny môžu byť navodené len intenzívnou vonkajšou stimuláciou, a to primeranou výchovnou starostlivosťou.

Čo sa týka výskytu, tak výskyt MR kolíše od 3% do 5% v populácii podľa krajiny. Trend výskytu je mierny nárast.

Na SR je približne 200 000, na svete celkovo asi 160 miliónov MR.

2.2 KLASIFIKÁCIA - STUPNE MENTÁLNEHO POSTIHNUTIA

Určujúcimi kritériami, ako uvádzajú Bajo, Vašek (1994) pri klasifikácii MP sú hľadiská: etiologické, symptomatologické, závažnosť – stupeň MP, podľa schopnosti, učenia, vzdelávania. Zo psychopedického hľadiska je v podstate najdôležitejšia klasifikácia MR z hľadiska závažnosti, t. j. stupeň mentálneho postihnutia. K najbežnejším škálam úrovne rozumových schopností patrí táto:

Tabuľka č. 1 Škála úrovne rozumových schopností

IQ	Úroveň inteligencie
120 a vyššie	vysoký nadpriemer
110 – 120	mierny nadpriemer
100 – 110	vysoký priemer
90 – 100	nízky priemer
80 – 90	mierny podpriemer
70 – 80	hlboký podpriemer (hraničné pásmo)
50 – 70	debilita
25 – 50	imbecilita
25 a nižšie	idiocia

Bajo, Vašek (1994) uvádzajú, že pojmy debilita, imbecilita a idiocia postupne nadobudli pejoratívny charakter, a tak boli oficiálne nahradené pojmami ľahká (stupeň ľahká alternuje s termínom mierna, stredná, ťažká a hlboká MR.

Vlastná MR obsahuje tieto stupne:

Tabuľka č.2 Stupne mentálnej retardácie

Mentálna retardácia	Zaužívaný termín	Bližšie určenie
hlboká (IQ pod 20)	hlboká idiocia	-
ťažká (20 – 34)	jednoduchá idiocia	-
stredná (35 – 49)	Imbecilita	ťažká (35 -39) stredná (45 – 49) ľahká (45 – 49)
ľahká (50 – 70)	Debilita	ťažká (50 – 56) stredná (57 – 63) ľahká (64 – 70)
hraničné pásmo mentálnej retardácie (71 – 85)	výrazná zaostalosť (obmedzenosť) ľahká zaostalosť (tuposť)	(71 – 77) (78 – 85)

Našu výskumnú vzorku respondentov s MP tvorili len osoby, ktoré sa nachádzali v pásme ľahkého stupňa MR a v hraničnom pásme, bližšie charakterizujeme len tieto dva druhy MP.

Ľahká MR (debilita)

Ide o najľahší stupeň MR vymedzený pásmom IQ od 50-70. Motorický, neuropsychický vývin, psychické procesy a reč sú kvantitatívne a kvalitatívne odlišné od normy. Je tu čiastočné obmedzenie a oneskorenie. Najzreteľnejší deficit je v myslení, najmä v abstrakcii, dedukcii a úsudku. Typická je vynaliezavosť, malá zvedavosť, neschopnosť hry, neadekvátne prejavy. Duševné prejavy sú už riadené vyššou nervovou činnosťou, a je možné

dosiahnuť schopnosť abstraktného myslenia. Reč postupuje až k schopnosti zovšeobecňovania, abstrahovania. Slová majú význam rečových obsahových zvukov. Reč je u väčšiny jedincov narušená tak po stránke formálnej ako i obsahovej. Retardácia vývinu psychických funkcií nemusí byť sama o sebe nápadná, ale v konfrontácii s intaktnými jedincami sa zreteľne manifestuje. Jedinci sú vychovávateľní a vzdelávateľní v podmienkach špeciálneho prístupu a špeciálnej výchovy v špeciálnom školstve, pričom sociálna prognóza je priaznivá. Väčšina MP je schopná zaradiť sa do pracovného pomeru, sú schopní dosiahnuť úroveň sociálnej adaptácie a čiastočne aj integrácie.

Hraničné pásmo MR

Medzi MR a priemernou inteligenciou sa nachádza početná vrstva ľudí, ktorí nepatria do kategórie MR, ale nedosahujú ani priemernú mentálnu úroveň. Hraničné pásmo MR je vymedzené pásmom IQ od 71 do 85. Výskyt ľudí v hraničnom pásme MR sa odhadom udáva od 5% - 16% v populácii. Môže ísť o deti výchovne a sociálne zanedbané, duševne infantilné, fyzicky oslabené a choré, s ľahkou mozgovou dysfunkciou (LMD), s poruchami, so špecifickými poruchami učenia a deti menej chápané. Tieto poruchy a ich kombinácie môžu vytvoriť možnosť negatívneho ovplyvnenia mentálneho vývinu.

Pedagogická prognóza týchto detí je priaznivá. Pri poskytnutí primeranej starostlivosti, výchovy, môžu v ZŠ alebo ŠZŠ prospievať a po období školopovinnosti sa môžu pracovne a spoločensky primerane uplatniť.

Problém detí z hraničného pásma MR je v súčasnosti vážnym problémom ich selekcie, zaraďovania, poskytovania náležitej výchovy a vzdelávania, pretože toto najpočetnejšie zastúpené pásmo bolo doposiaľ z psychopedického hľadiska najnedostatočnejšie podchytené.

Klasifikáciu MR tak, ako je uvedená v 10. revízii Medzinárodnej klasifikácii chorôb (MKCH), spracovaná Svetovou zdravotníckou organizáciou v Ženeve. Táto sa od vyššie uvedenej líši tým, že popri ľahkej MR (F70), stredne ťažkej MR (F71), ťažkej MR (F72) a hľbokej MR (F73) rozdeľuje MR ešte na Inú MR (F78) a Nešpecifikovanú MR (F79). Uvedená klasifikácia neobsahuje

kategóriu „mierna MR“, podľa ktorej ide o také zníženie rozumových schopností, ktoré nesúvisí s organickým poškodením mozgu, v ktorého dôsledku by sa psychika MP jedincov nemohla normálne vyvíjať, ale býva zapríčinená inými faktormi (genetickými, sociálnymi a ďalšími). Takýchto jedincov nepovažuje za mentálne postihnutých. Švarcová (2000)

2.3 OSOBITOSTI PSYCHICKÝCH PROCESOV MENTÁLNE POSTIHNUTÝCH

Mentálne postihnuté deti sa vyvíjajú podľa rovnakých psychických zákonitostí ako ostatné deti, ale ich vývinový proces má aj svoje osobitosti. Tieto osobitosti nemožno chápať len ako časové oneskorenie. Nejde len o rozdiely kvantitatívne, ale kvalitatívne.

Z hľadiska psychickej štruktúry osobnosti mentálne retardovaní jedinci netvorí homogénnu skupinu, ktorú by bolo možné globálne vyčerpávajúcim spôsobom charakterizovať. Každý MP je samostatný subjekt s charakteristickými osobnostnými rysmi, ale aj napriek tomu sa u značnej väčšiny prejavujú (vo väčšej alebo menšej miere) určité spoločné znaky.

MR sa klinicky prejavuje hlavne:

- *spomalenou chápacosťou, jednoduchosťou a konkrétnosťou úsudkov;*
- *zníženou schopnosťou až neschopnosťou komparácie a vyvodzovania logických vzťahov;*
- *zníženou mechanickou a hlavne logickou pamäťou;*
- *rozptýlenou pozornosťou;*
- *nedostatočnou slovnou zásobou a neobratnosťou vo vyjadrovaní;*
- *poruchami vizuomotoriky a pohybovej koordinácie;*
- *impulzívnosťou, hyperaktivitou alebo celkovou spomalenosťou správania;*
- *citovou vzrušivosťou;*

- *sugestibilitou a rigiditou správania;*
- *nedostatkami v osobnej identifikácii a vo vývoji „ja“;*
- *oneskoreným psychosexuálnym vývojom;*
- *nerovnováhou aspirácií a výkonov;*
- *zvýšenou potrebou uspokojenia a bezpečia;*
- *poruchami v interpersonálnych skupinových vzťahoch a v komunikácii;*
- *zníženou prispôsobivosťou k sociálnym požiadavkám a niektorými ďalšími charakteristickými znakmi. Švarcová (2000)*

Vygotskij (In Gregušová, 2004) považuje za nevyhnutné rozlišovať pri vývine psychických funkcií u MP dominantné nepriaznivé činitele, ako slabá vnímavosť pre nové, nerozvinuté potreby poznávať, nedostatočná aktivita dieťaťa. Uvedené spôsobuje zaostávanie týchto detí, čo ďalej ovplyvňuje ich pozíciu v kolektíve detí a rozvíjajú sa sekundárne znaky.

Ako ďalej autor uvádza, sekundárne komplikácie sú najviac ovplyvniteľné špeciálno – pedagogickým pôsobením.

Otázkami osobitosti psychických procesov sa zaoberali viacerí autori.

Vnímanie

Proces vnímania (bezprostredný odraz súhrnu vlastností predmetov a javov v našom vedomí) Jakabčic a Požár (1995) vykazuje u MP jedincov oproti normálu niektoré osobitosti. Ich príčiny môžeme zhrnúť do dvoch kategórií:

- a) fyziologické – špecifiká činnosti CNS, najmä zníženie pohyblivosti kôrových procesov,
- b) psychologické – malá miera skúsenosti alebo ich nedostatočné využitie v procese vnímania. Ako príčina sa výrazne prejavuje „inaktivita“, ktorú mnohí autori považujú za najvýraznejšiu charakteristiku procesu vnímania u MP.

O inaktivite (Švarcová ,2000, s. 38) píše: „*Ked' sa MP dieťa díva na nejaký obraz alebo predmet, neprejavuje snahu prehliadnuť si ho do všetkých detailov, vyznať sa vo všetkých jeho vlastnostiach.*“

Podľa uvedenej autorky má značnú úlohu v psychickom rozvoji sluchové vnímanie, ktoré veľmi tesne a bezprostredne súvisí s rozvojom reči. V prípade, že sa diferenciačné podmienené spoje v oblasti sluchového analyzátora vytvárajú pomaly, vedie to k oneskorenému utváraniu reči, čo opäť spôsobuje oneskorenie psychického vývoja.

Medzi vnímaním MP detí a normálnych detí rovnakého veku uvádzajú Bajo Vašek(1994) tieto rozdiely:

a) rozdiely v rýchlosti vnímania

MP vnímajú pomalšie ako intaktná populácia a charakteristické je pomalšie vytváranie podmienených spojení.

b) rozdiely vo výberovosti vnímania

MP deti si obtiažnejšie než normálne deti vyberajú z viacerých predmetov ten náležitý. Súvisí to s evidentným narušením vyčleňovania predmetu – figúry z pozadia, najmä ak sa predmet od pozadia málo odlišuje. V dôsledku toho sa tieto deti spontánne zameriavajú na výraznejšie alebo neobvyklé predmety, ktoré sa svojou výnimočnosťou, tvarom, veľkosťou, farbou značne odlišujú od svojho okolia alebo také, ktoré súvisia s uspokojovaním ich biologických potrieb.

c) rozdiely v zameranosti vnímania

MP deti nevydržia dlhší čas vnímať jeden predmet alebo jav, ich pozornosť prebieha, prenáša sa iné objekty. Pri zameraní sa na určitý jav alebo vec im unikajú ostatné.

d) rozdiely v rozsahu a celistvosti vnímania

MP deti vnímajú zjednodušene, dokážu vnímaním naraz obsiahnuť menší počet predmetov a javov ako normálne deti. Narušená je schopnosť vnímať v dost integratívnej forme, spájať časti do celku.

e) rozdiely v diferenciacii vnemov MP deti majú narušenú schopnosť dostatočne diferencovať pocity a vnemy, nedokážu si dostatočne uvedomiť jednotlivé časti a vlastnosti predmetov a rozdiely medzi podobnými predmetmi.

f) rozdiely vo vnímaní priestoru, času a pohybu

Narušené je napr. vnímanie hĺbky na plošných obrázkoch, konštantnosť vnímania, vzdialenosť, perspektíva, rozľahlosť, smer, poloha, umiestnenie predmetov, pretože sú náročné na myslenie a logické usudzovanie.

g) rozdiely v koordinácii vnímania

Obmedzené schopnosti v jednotlivých vlastnostiach vnímania a integračný handicap spôsobujú nedostatky v koordinácii vnímania.

„Nedokonalé“ vnemy sú práve tými základnými symptómami, ktoré u týchto detí brzdia a spomaľujú rozvíjanie vyšších psychických procesov, predovšetkým myslenia. Tieto nedostatky vo vnímaní sa však môžu vyrovnávať a kompenzovať systematickou výchovou a vzdelávaním MP detí. Obohacovaním životných skúseností týchto detí, rozširovaním okruhu ich schopností a predstáv, to sú základné prostriedky pre zlepšovanie kvality ich vnemov. Naopak – nedostatok podnetov brzdí rozvoj vnímania dieťaťa, spomaľuje rozvíjanie jeho myslenia, a tým prehĺbuje mentálnu retardáciu dieťaťa. Švarcová (2000).

Predstavivosť

Osobitosti procesu vnímania, spôsoby spracovania a uchovania obrazu skutočnosti, sa odrážajú aj v procese predstavivosti (obraz predmetu a javu vo vedomí, ktorý momentálne nevnímame, ale ktorý bol niekedy v minulosti predmetom nášho vnímania). Medzi výrazné osobitosti zaradíme nasledovné:

- znížená schopnosť produkcie predstáv, znížené množstvo predstáv,
- strata originality, spodobovanie predstáv. MR jedinec si vytvára predstavy tak, že združuje znaky rôznych predmetov, a predmety tak strácajú originálnosť a stávajú sa podobnými,

- fragmentárnosť predstáv,
- predstavy MP môžeme charakterizovať ako „bezfarebné“,
- v dôsledku zníženej kvality procesu predstavivosti, obmedzenej zásoby predstáv je podstatne narušený aj proces fantázie. Jakabčic, Požár(1995).

Podobne charakterizujú osobitosti v predstavách aj Bajo a Vašek (1994). Pre MP sú charakteristické fragmentárne, neúplné, nejasné a nepresné predstavy. Často sa ich predstavy spodobujú podľa náhodných vonkajších, nepodstatných znakov, splývajú, sú málo diferencované alebo sa náležite kombinujú. Častá je persevácia predstáv, ktoré potláčajú tvorbu iných predstáv. Premieta sa to do úrovne fantazijných predstáv, obrazotvornosti. Tieto sú zvyčajne chudobné. U MP je obmedzená schopnosť odpútať sa od konkrétneho, bezprostredného, od vlastnej skúsenosti.

Myslenie

Bajo a Vašek (1994) vyjadrili tvrdenie, že myslenie je zo všetkých poznávacích procesov u MP najväčšmi postihnuté, nakoľko je jeho úroveň mimo iného závislá od úrovne ostatných poznávacích procesov. Evidentné sú nedostatky v analýze a syntéze, indukcii a dedukcii, generalizácii, analógii, porovnávaní, klasifikácii a štrukturalizácii. Myslenie zväčša zostáva konkrétne, abstraktné myslenie je značne problémové, často neprítomné a o logickom myslení u MP nemožno hovoriť vôbec. Myslenie je jednoduché, neorganizované, veľké nedostatky sú v stratégii, v situačnom a produktívnom myslení a v procese konceptualizácie.

Jakabčic a Požár (1995) uvádzajú aj ďalšie osobitosti a to:

- *porucha organizácie myšlienkovvej činnosti,*
- *tendencia k stereotypnému mysleniu,*
- *nedôslednosť myslenia,*
- *myšlienky s požiadavkami objektívnej reality),*
- *nekritickosť myslenia (t. j. neschopnosť porovnávať vlastné činy,*
- *proces utvárania pojmov prebieha pomalšie ako u intaktných.*

- *A ďalším závažným nedostatkom, ktorý je typický pre myslenie MP je slabá riadiaca úloha myslenia - t. j. že nedokážu v prípade potreby použiť už osvojené rozumové operácie.*

Rečový prejav mentálne postihnutých

Rôzne výskumy rečového rozvoja MP detí poukazujú na osobitosti ich rečového prejavu, ktoré uvádzajú i Jakabčic a Požár (1995):

- nižšia slovná zásoba a neprimeraný spôsob jej používania, pričom oproti intaktným deťom je mimoriadny rozdiel medzi pasívnym a aktívnym slovníkom,
- používanie veľkého počtu nevýznamových slov,
- pretrvávajúce foriem reči, ktoré sú dominantné pre deti predškolského veku ešte aj v rokoch školskej dochádzky. Ide najmä o tzv. „situačnú“ reč.
- oneskorovanie v používaní väčšieho počtu gramaticky zložitejších výpovedí,
- porušenie gramatickej zhody vo vetách,
- u MP sa vo zvýšenej miere vyskytujú rečové poruchy.

Reč u MP je zvyčajne narušená z obsahovej, ale i formálnej stránky. Vývin reči je spomalený, obmedzený. Reč je zvyčajne od začiatku oneskorená, rozvíja sa len pomaly a len málokedy dosiahne úroveň normálu .Bajo, Vašek (1994)

Pozornosť

U MP je značným problémom vzbudiť a zamerať pozornosť, vytvoriť a udržať dominantu. Rýchlejšie než u normálnych detí prichádza únava. Väčšina MP nie je spočiatku schopná cielenej, úmyselnej pozornosti, jej udržania na nevyhnutný čas učenia, jej cieleného prenosu na iný obsah i akceptácie vonkajšieho regulovania pozornosti a schopnosti vnútornej regulácie

Pamäť

Taktiež títo autori uvádzajú, že pamäť je narušená vo všetkých fázach – pri zapamätávaní, podržaní v pamäti i pri vybavovaní. MP potrebujú dlhšiu dobu. Potrebujú vynaloženie väčšieho úsilia na úmyselné zapamätávanie, podstatne kratší čas sú schopní udržať si poznatok v pamäti – rýchlo zabúdajú. Pokiaľ si poznatok udržali, majú ťažkosti s jeho pohotovým vybavením, reprodukciou, uplatnením. Deficit v mentálnej sfére znamená tiež, že si skôr zapamätajú nepodstatné detaily, zbytočnosti a uniká im podstata.

2.4 DIAGNOSTIKA MENTÁLNEJ RETARDÁCIE

2.4.1 VČASNÉ VYŠETRENIE ZÁKLADNÝCH FUNKCIÍ DIEŤAŤA. RANÝ FYZIOLOGICKÝ VÝVIN

Pri zaostávaní vo vývine môžeme potvrdiť oneskorovanie v psychomotorickom vývine. Aby sme vedeli posúdiť zmeny, zoznámme sa najprv s pediatrickým vyšetrením a fyziologickým vývinom.

Hneď po narodení vyšetruje dieťa pediater a už pri prvom vyšetrení starostlivo hľadá všetky možné odchýlky. Zväčša viditeľné somatické anomálie, ako je rázštep pier, vrodené chyby zažívacieho traktu a srdca sa diagnostikujú okamžite. Ostatné kongenitálne anomálie prítomné pri narodení však nemusia byť hneď viditeľné. Môžu sa odкрыť až neskôr, v novorodeneckom období alebo v prvých mesiacoch života.

Samotný proces pôrodu môže byť príčinou viacerých neskorších vývinových problémov. U všetkých novorodencov sa hneď po narodení sledujú základné funkcie ako srdcová činnosť, dýchanie, farba kože, reflexy a svalový tonus. Vyhodnotenie sa má uskutočniť do 5 minút po narodení a hodnotí sa škálou od 0 do 10 ako Apgarovej skóre (AS). Predčasne narodené deti a deti so špecifickými problémami a poruchami bývajú okamžite premiestnené na oddelenie intenzívnej starostlivosti. Najčastejšie problémy sa týkajú vitálnych orgánov, ako sú pľúca, srdce, mozog a zažívací trakt, ktoré nie sú vždy

dostatočne vyvinuté na to, aby adekvátne fungovali. U detí s chromozómovými abnormalitami (deti s Downovým, Wiliamsovým syndrómom a iné) ide najčastejšie o vrodené chyby srdca a anomálie zažívacieho traktu. Problémy s kŕmením môžu viesť k nutričnej nedostatočnosti. Pri predčasne narodených deťoch je tiež zvýšený sklon k infekciám v dôsledku nedostatočne vyvinutého imunitného systému. Zvýšenú pozornosť a liečbu potrebujú deti matiek alkoholičiek a drogovovo závislých matiek. Šašinka a kol.(2007)

Akékoľvek stavy a zmeny v perinatálnom období si vyžadujú mimoriadnu starostlivosť zo strany lekárov. V prvom týždni sa robia skriningové testy na vrodenú hypotyreózu a fenylketonúriu. Vyšetrenie zraku môže odhaliť vrodené poruchy, u detí s DS častú vrodenú kataraktu, ktorá si vyžaduje okamžitý chirurgický zákrok. Skriningové vyšetrenie sluchu sa dá uskutočniť už v druhom dni života, v neskoršom období pri podozrení na poruchu sluchu sa používa vyšetrenie pomocou evokovaných potenciálov. Sonografické vyšetrenie obličiek a mozgu patrí tiež medzi rutinné vyšetrenia v prvých dňoch života. U novorodencov s Downovým syndrómom je veľmi dôležité vyšetrenie činnosti srdca vzhľadom na vysoký výskyt vrodených chýb srdca.

Raný fyziologický vývin všeobecne

Vývin v ranom období a v útlom detstve je životne dôležitý pre ďalšiu rast a rozvoj každého jedinca. V tomto čase možno nielen rozvíjať jednotlivé psychické funkcie, ale aj predchádzať negatívnym vplyvom na optimálny potenciál vývinu. Intelektové funkcie by sa mali podnecovať do takej miery, aby dieťa mohlo čo najlepšie využívať svoje schopnosti. Z výskumov vyplýva, že oneskorené podnecovanie psychických funkcií môže viesť k zníženiu intelektových schopností. Pre optimálny vývin je dôležité podnecovať:

- *motoriku,*
- *reč,*
- *zmyslové vnímanie a psychosociálnu oblasť.*

Všetky uvedené oblasti sú pre vývin jedinca dôležité, pretože schopnosť dieťaťa učiť sa je v tomto období významná a vo veľkej miere závisí od okolia, od stimulujúceho prostredia, v ktorom žije.

Fyziologický rast počas dojčeneckého a predškolského veku hrá centrálnu úlohu vo všeobecnom vývine jedinca a závisí od množstva podnetov a úloh z prostredia. V tomto období dochádza k vývinu dôležitých systémov, ako sú gastrointestinálny, renálny, endokrinný, imunitný, podporný, reprodukčný, nervový a muskulárny. Na rozvíjanie procesov učenia je dôležitý nervový systém, ktorý spolu s muskuloskeletárnym je integrálnou súčasťou neuromotorického systému. Ich funkcie sú späté s funkciou endokrinného a imunitného systému. Kollárová (1991)

Na posudzovanie psychomotorického vývinu dieťaťa jestvuje viacero vývinových škál (Gesell, Kiphard). Uvádzame najpoužívanejšiu, podľa Gesella, ktorá zahŕňa všetky schopnosti vyvíjajúceho sa dieťaťa do 6 rokov: pohyblivosť, zmyslové vnímanie, reč a sociálne vzťahy. Počas prvých dvoch rokov života musí pediater alebo vývinový pediater určiť, či sa dieťa vyvíja v norme, alebo v niektorej z uvedených oblastí zaostáva. Vtedy je potrebné stanoviť správnu diagnózu a zaradiť ho do programu včasnej starostlivosti.

2.4.2. DIAGNOSTIKA ONESKOROVANIA PSYCHOMOTORICKÉHO VÝVINU DIEŤAŤA - VČASNÁ DIAGNOSTIKA

Súčasťou komplexného vyšetrenia dieťaťa s MR je pri podozrení na zaostávanie v psychomotorickom vývine dlhodobé sledovanie všetkých funkcií. Prvým krokom je oboznámenie sa s jeho doterajším životom (podrobná anamnéza) od počatia cez priebeh tehotenstva, pôrod, včasné novorodenecké obdobie až do momentu komplexného vyšetrenia a hodnotenia. Zaujímajú nás všetky podrobnosti o jeho živote, správaní, o rodine, rodičoch, súrodencoch a ďalšie informácie.

Je veľmi dôležité, aby odborník zaznamenal všetky poznatky čo najdôkladnejšie, opísal komplexnú charakteristiku dieťaťa s MP. Práve

jednotlivé detaily umožňujú vidieť a chápať dieťa s MP ako osobnosť a jedinca s jemu vlastným spôsobom vyjadrovania, individuálnymi schopnosťami a potrebami. Dôkladná a podrobná charakteristika predstaví dieťa, ktoré vidí a počuje, má vyvinuté ostatné zmysly ako chuť, čuch a hmat, vie prejavíť bolesť, osobitným spôsobom – či už slovom, gestom, výrazom alebo mimikou – vie dať najavo, že je hladné alebo čo cíti, napríklad radosť alebo hnev. Takéto poznanie a chápanie bude základom a východiskom mnohých užitočných činností a podnetom pre prípravu programov, návrhov a opatrení v prospech dieťaťa.

Včasná starostlivosť (intervencia) o dieťa sa začína hneď po jeho narodení a je úzko spojená s rodinou dieťaťa. Rodičia majú právo dobrovoľne sa rozhodnúť, či chcú využívať služby strediska pre včasnú starostlivosť. Predpokladom je, aby o týchto strediskách vedeli. To je úlohou lekárov prvého kontaktu, neurológov, rehabilitačných pracovníkov, rodičovských svojpomocných organizácií (napríklad pre rodičov novorodených detí s DS je to organizácia Down-pestún) a perspektívne aj siete kvalifikovaných sociálnych pracovníkov.

Na diagnostike oneskorenia sa v psychomotorickom vývine a príprave stimulačných programov detí s mentálnym postihnutím sa zúčastňujú odborní lekári spolu s ďalšími odborníkmi. Najvýhodnejšie je urobiť všetky vyšetrenia na jednom mieste a v tom istom čase, aby rodičia neboli viac dní zaťažovaní postupnými návštevami u všetkých odborníkov. Rady rodičom by mali vychádzať z vyšetrení a ich záverov, mali by im poskytovať jednoznačný obraz a zrozumiteľný návod na liečebný postup.

Terapeuti sú súčasťou tímu, ktorý sa stará o dieťa a poskytuje mu priestor na samostatné konanie a možnosť na získanie sebadôvery. Matka a otec musia mať priestor prejavovať sa podľa svojich individuálnych možností a získavať skúsenosti. Aj keď niektorí autori tvrdia, že rodičia nemôžu byť rovnocennými partnermi alebo spoluterapeutmi vzhľadom na príliš subjektívne prežívanie, poznáme mnohých rodičov, ktorí sa svojimi vedomosťami, výchovnými zásadami a schopnosťami zvládnuť aj najnáročnejšie terapeutické postupy.

Stávajú sa vynikajúcimi pozorovateľmi, diagnostikmi a nakoniec aj terapeutmi.

Ponuky terapií spolupôsobia s ostatnými možnosťami včasnej starostlivosti - pedagogickou, psychologickou a sociálnou prácou. Preto musia byť interdisciplinárne zosúladené, musia prihliadať na celkovú starostlivosť o dieťa a na optimalizáciu jeho vývinu. Cieľom terapeutických opatrení je prekonať telesné obmedzenia a poruchy vo vývine a pomôcť dieťaťu, aby sa dokázalo integrovať a čo najlepšie využívať svoje schopnosti. Pritom sa nevychádza iba z porúch, ale aj z možností, ktoré naznačuje samotné dieťa. Podnecovaním a rozširovaním jestvujúcich funkcií a citlivým vedením možno rozšíriť jeho vlastnú kompetentnosť.

Postup terapie určujú vo veľkej miere pocity dieťaťa a jeho prežívanie. Preto terapeut musí:

- byť v kontakte s dieťaťom a rozpoznať jeho pocity,
- vycítiť signály a vedieť ich prijať,
- vycítiť odpor k novým skúsenostiam a ich odmietanie prijímať s porozumením,
- situácie modelovať tak, aby sa odpor zmierňoval.

Pri sledovaní dieťaťa zaradeného do včasnej starostlivosti sa zameriavame najmä na zisťovanie možností jeho ďalšieho vývinu. Program starostlivosti závisí od jeho špecifických problémov a prispôsobuje sa dieťaťu individuálne podľa jeho potrieb. Pri bežnej diagnostike sa postupuje buď podľa klasifikácie porúch alebo podľa toho, čo dieťa dokáže a čo nie. Jestvujú rôzne testy na posúdenie psychických funkcií dieťaťa, mnohé z nich sú prispôbené deťom s mentálnym postihnutím. Pre diagnostiku včasnej starostlivosti je dôležité vychádzať z individuality dieťaťa.

2.4.3 KOGNITÍVNE FUNKCIE, INTELIGENCIA A JEJ HODNOTENIE

Ak vychádzame z definície mentálnej retardácie, tak prvou podmienkou bude diagnostikovať úroveň mentálneho fungovania, alebo intelektovej kapacity. Existuje množstvo definícií inteligencie.(Boroš a kol.s.120) cituje (In Binet 1903): „*Inteligencia je základná vlastnosť, ktorá má význam pre praktický život a vyznačuje sa všeobecnou chápacosťou, vynaliezavosťou, usudzovaním a usmerňovaním myslenia.*“

Základy pre posudzovanie kognitívnych funkcií u ľudí so špeciálnymi potrebami položil v Rusku Vygotskij. Aj dnešná moderná psychopédia čerpá z jeho poznatkov.

Guilford a Piaget predstavujú dva rôzne prístupy k otázkam pochopenia podstaty intelektu a jeho interpretácie u ľudí s mentálnym postihnutím. Guilford vo svojom názore na pôvod inteligencie používa štruktúru intelektového modelu s tromi parametrami: obsah, produkt a operácie. Každá z uvedených troch dimenzií obsahuje ďalšie podjednotky. Tento model sa väčšmi uplatnil v experimentálnych podmienkach. Piagetov model postavený na pochopení problémov intelektuálnych funkcií je vybudovaný na úplne odlišných základoch. Namiesto stanovenia rôznych úloh, vyhodnotenia ich správnosti a schopnosti odpovedať. Piaget sa zameril len na schopnosť odpovedať, resp. schopnosť interpretácie a vyhodnotenia správania. Vychádza zo schopností adaptovať sa, ktoré sú odrazom biologických funkcií. Ak je organizmus schopný prispôbiť sa, nastáva určitá rovnováha medzi akomodáciou a asimiláciou. Asimiláciu dieťa používa, keď sa hrá s kúskom drevka, ktoré považuje za niečo iné, napr. za rybu, prút, auto, čln. Ak je u dieťaťa pri hernej aktivite dominantná akomodácia, potom napríklad predstiera, že je slávny herec, známa rozprávková postava alebo športovec. Asimilácia s akomodáciou môžu pôsobiť buď komplementárne (spolu) alebo antagonisticky (protichodne).

Na základe svojich postulátov Piaget formuloval nasledovné štyri vývinové obdobia:

1. Obdobie senzorio-motorické (od narodenia do 2 rokov života). Rôzne aktivity správania už vytvárajú celistvý obraz dieťaťa (asimilácia). Napr. dieťa už v 3. mesiaci rozpoznáva určitý predmet.
2. Obdobie predoperačné (deti od dvoch do siedmich rokov). V jeho prvom stupni, tzv. predpojmovom (deti od 2 do 4 rokov) nastáva vývoj symbolického myslenia, manifestný rozvoj reči, uvedomenie si seba samého a porovnávanie s inými. V druhom období, tzv. intuitívnom, ktoré sa viaže k deťom do 7 rokov, sú deti schopné rozpoznávať a určovať niektoré pojmy, nie však zovšeobecňovať.
3. Obdobie konkrétnych operácií (od 7 do 11 rokov). Deti konkretizujú, vedú správne odhadnúť množstvo, dĺžku, sú schopné generalizovať situácie a pochopiť následnosť, vedú klasifikovať.
4. Obdobie formálnych operácií (od 11 do 16 rokov): nastupujú komplexné psychické funkcie, schopnosť analýzy, hypotézy, verbálnej symbolizácie a s vekom sa postupne zvyšuje abstrahovanie. Jednou zo seniotickej funkcie je reč.

Inteligencia ľudí je teda ovplyvnená geneticky – genotypom – a vonkajším prostredím. Veľa autorov upozorňuje na nebezpečný jav determinácie vrodenej inteligencie. Táto môže viesť k rasovému ponímaniu a diskriminácii niektorých ľudí s mentálnym postihnutím. Správanie, ktoré v značnej miere ovplyvňuje inteligenciu, nie je možné technicky merať. Často majú deti v škole problémy nie pre nedostatok inteligencie, ale pre nevhodné správanie (school behaviour) či problémy s vyjadrovaním. Preto sa pokúsila nájsť spôsob na hodnotenie správania a formulovala ho do troch pojmov, ktoré ovplyvňujú osobnostný a sociálny úspech človeka:

- očakávanie (terapeut rozhoduje, čo môže alebo nemôže od jedinca s MP očakávať),
- motivácia (závisí nielen od očakávania, ale aj od kompetencie a strachu z očakávania, pozitívna motivácia môže vo veľkej miere ovplyvniť výsledné testy a napomôcť maximalizovanie úsilia o správnu odpoveď),

- sociálna inteligencia (odráža schopnosť jedinca porozumieť a efektívne sa angažovať v sociálnych situáciách. Adaptívne správanie je paralelou sociálnej kompetencie).

Pri rozbere hlavných charakteristických znakov osobnosti MP sa často stretávame s problematikou sebahodnotenia ako určitého aspektu sebachápania. Na utváranie sebahodnotenia MP dieťaťa pôsobia neustále protikladné vplyvy. Najprv – v raných fázach vývinu – sú to vplyvy rodinného prostredia. Častokrát hodnotenie výkonov dieťaťa rodinnými príslušníkmi nie je v zhode s realitou (neprimerané vysoké hodnotenie sebemenších úspechov a pokrokov dieťaťa alebo na strane druhej ignorácia a podceňovanie dieťaťa). Vstupom do školy prístupujú nové faktory – úspech a neúspech, hodnotenie jeho výkonov zo strany rovesníkov. Na formulovaní sebaopímania sa podieľa aj to, ako je jednotliviec hodnotený inými ľuďmi, ako on sám vníma toto hodnotenie a akceptáciu seba inými. Mnohí autori sa zhodujú v tom, že sebahodnotenie sa mení s vekom, a to nielen vzhľadom na príčinu, ale aj v zmysle jeho zrealňovania, čo pripisujú najmä špecificky usmerňovanej praktickej činnosti. Jakabčic, Požár(1995)

Motivácia

Rozbor motivácie podávajú Jakabčic a Požár (1995) pomocou techniky ašpiračnej úrovne. Základom pre stavanie ašpiračnej úrovne je úspech alebo neúspech. Pre skupinu MP detí sú charakteristické prudké extrémny od podceňovania k vysokému preceňovaniu. To znamená, že chápanie úspechu a neúspechu nie je na úrovni reality.

Citové prežívanie

Celková nezrelosť osobnosti MP sa prejavuje aj vo sfére citového prežívania. Citové prežívanie MP charakterizujú Jakabčic a Požár (1995) nasledovne:

- oneskorené a obtiažne vytváranie citov,
- dominancia citov viažucich sa na uspokojovanie biologických potrieb,

- nedostatočný rozvoj vyšších citov (estetických, intelektuálnych, etických, sociálnych),
- slabá diferencovanosť citových prejavov. Rozsah citového prežívania je malý.
- neadekvátnosť citových reakcií vo vzťahu k podnetu, ktorý ich vyvoláva,
- nedostatočná racionálna kontrola citov,
- značná impulzívnosť citových reakcií a znížená schopnosť neprejsť navonok aktuálny citový stav.

Vôľové konanie

Charakteristiku vôľového konania sa pokúsili podať Jakabčic a Požár (1995) z hľadiska jednotlivých fáz.

- prvou, veľmi dôležitou fázou vôľového konania je vytýčenie cieľa. MP si často volia cieľ, ktorý je nereálny. Je pre nich typické zameranie sa na niečo, čo je pre nich bezprostredne žiaduce a blízke, niečo, čo im môže priniesť okamžité uspokojenie.
- druhá fáza je uskutočňovanie prijatého rozhodnutia. Pre MP je charakteristické časté vzdanie sa cieľa. Príčinou je aj jeho nereálnosť. Prerušenie, či zanechanie konania často pripisujeme tomu, že chyba, či je nedostatočne rozvinutá rozhodujúca vôľová vlastnosť, a to vytrvalosť. Niekedy môže dôjsť k stotožneniu si čiastkového cieľa s cieľom konečným.

Záujmy

Na základe výsledkov výskumov je možné poukázať na diferenciačné znaky záujmov MP, a to:

- vznik záujmov nemá spontánny charakter,
- existuje oneskorenie vývinu záujmov, ktoré sú pre daný vek typické,
- väčšia viazanosť záujmov na biologické potreby,
- nenastáva dostatočná diferenciácia záujmov,

- nerovnomerne je vyvinutá záujmová štruktúra,
- menšia stálosť záujmov,
- ľahká ovplyvniteľnosť záujmov,
- záujmy sú viazané na bližšie ciele,
- záujem nie je postačujúcim motívom udržiavania dennej činnosti,
- MP sú ľahšie prístupní vytváraniu a realizácii tzv. nevhodných záujmov
Jakabčic, Požár(1995).

Ľudia s mentálnym postihnutím potrebujú najmä:

a) rozvíjanie:

- komunikačných zručností: hovoriť k veci, obsahovo zrozumiteľne, pragmaticky, vytvoriť primeraný očný kontakt, ovládnuť nevhodné prejavy verbálnej i neverbálnej komunikácie,
- základných sociálnych zručností: počúvať iných, poradiť, nadviazať rozhovor, vyjadriť názor a pod.,
rozvinutých sociálnych zručností: požiadať o pomoc, ospravedlniť sa, prijať chybu, uvedomiť si chybu, byť k sebe kritický,
- zručností rozhodovania sa: vybrať si z viacerých alternatív tú najvhodnejšiu, zvažovať riziká spojené s rozhodnutím a pod.,
- zručností spojených s riešením problému: nájsť príčinu problému, hľadanie riešení, aplikácia riešenia do praxe,
- zručností spojených s plánovaním: vytýčiť si cieľ, plánovať kroky k jeho dosiahnutiu, postupná realizácia krokov, hľadanie príčin neúspechu.

vzdelávanie v oblasti:

- Denné správy
- Informácie pre spotrebiteľov
- Práva, zákony a povinnosti

- Informácie o sociálnych službách, dávkach štátnej sociálnej podpory, dôchodkovom zabezpečení a pod.
- Informácie o možnostiach využitia voľného času
- Informácie o verejnej doprave
- Informácie o situáciách, ktoré ostatní riešia bez cudzej pomoci,
- Informácie o rozmanitých formách správania, ktoré si nevedia spontánne, nápodobou osvojiť
- Informácie o intímnych sférach života
- Informácie o dôležitých predpisoch a opatreniach, dotýkajúcich sa ich každodenného života

3 SITUÁCIA V ZAMESTNÁVANÍ ĽUDÍ S MENTÁLNYM POSTIHNUTÍM.

„Platená práca má rozhodujúci dopad na individuálny blahobyť a príjem. Zamestnanie ovplyvňuje určitý sociálny status a uznanie jedinca, a taktiež zohráva významnú úlohu vo formovaní jeho vnímania identity a sebahodnotenia.“(M. Walsh, 2000, s.231)Uplatnenie občanov so zdravotným postihnutím na trhu práce je obtiažne. Ako jednu z príčin tohto stavu vidíme predovšetkým v určitých psychických bariérach potencionálnych zamestnávateľov. V podstate táto bariéra existuje u väčšiny občanov zdravej populácie. Je to spôsobené tým, že v minulosti ľudia so zdravotným postihnutím stáli na okraji spoločnosti ako pasívni diváci. V súčasnosti sa však situácia zmenila, títo ľudia sa chcú plnohodnotne podieľať na tvorbe hodnôt spoločnosti, prispievať svojimi zručnosťami a skúsenosťami. Väčšina zamestnávateľov si však myslí, že takýto záujemcovia o prácu nie sú schopní pracovať a treba ich neustále kontrolovať. Je síce pravdou, že pri niektorých postihnutiach človek nevládze pracovať v rovnakom tempe 8 hodín a často krát dochádza k práceneschopnosti. Ďalšou zábranou, ktorá odrádza zamestnávateľov prijať do pracovného pomeru občana so zdravotným postihnutím je byrokratická prekážka. Myslíme tým veľkú administratívu, ktorou musí prejsť zamestnávateľ pri zriaďovaní a prevádzke chránenej dielne alebo pracoviska. Inou prekážkou možno považovať architektonické bariéry, ktoré sa však dajú odstrániť prestavbou alebo rôznymi zariadeniami (špeciálne výťahy, plošiny). Jednoznačne neopomenuteľnou prekážkou je komunikačná bariéra, s ktorou sa v najväčšej miere stretávajú uchádzači o zamestnanie so sluchovým postihnutím. Problém môže spôsobovať aj dochádzanie za prácou. Zo strany osôb so zdravotným postihnutím môže byť problém v zamestnaní práve v nízkej kvalifikácií, poprípade nechúťou pracovať. Samozrejme, keď ide o zjavné telesné, či zmyslové postihnutie, je potrebné firme priblížiť charakter tohto svojho zdravotného postihnutia. Upresniť, v čom je obmedzujúce a súčasne zdôrazniť, aký výkon vie a môže podávať napriek svojmu postihnutiu.

(Bednárík ,2006, s.5) hovorí: „zdravotný handicap vystupuje ako faktor znevýhodnenia pracovnej sily na trhu práce, ktorý sa vo väčšine prípadov kumuluje s inými formami znevýhodnenia, napríklad s nízkym stupňom vzdelania a kvalifikačnej úrovne. Táto symbióza znevýhodnení je limitujúcim činiteľom v prístupe a zotrvaní na trhu práce, čo predurčuje osoby so zdravotným postihnutím k prolongovaným formám nezamestnanosti a prepadu do tzv „tvrdého jadra“ nezamestnaných“.

3.1 VÝVOJ PODPOROVANÉHO ZAMESTNÁVANIA NA SLOVENSKU

„Osoby so zdravotným postihnutím sú členovia spoločnosti a majú právo zostať v miestnej komunite. V rámci normálnych štruktúr vzdelávania, zdravotnej starostlivosti, zamestnania a sociálnych služieb by mali dostať takú pomoc, akú potrebujú.“ (Štandardné pravidlá..., OSN, 1993) Pojmom normálnych štruktúr rozumieme štruktúry bežné, v ktorých sú zapojení ľudia intaktní. Dalo by sa povedať, že toto vyjadrenie v sebe nesie prvok integrácie a rovnoprávnosti. Myšlienka podporovaného zamestnávania sa opiera o základný predpoklad, že všetci ľudia dokážu úspešne pracovať, ak majú primerané podmienky a primeranú motiváciu. V prípade občanov s ťažkým zdravotným postihnutím patria k primeraným podmienkam - vďaka ktorým sú schopní úspešne pracovať na bežných pracovných miestach - podporné služby.

Systém podpory zamestnávania ľudí so zdravotným postihnutím prešiel viacerými fázami vývoja, ktorým sa podrobne venuje D. Reichová a K. Repková. Z uvedeného zdroja budeme uvádzať najrelevantnejšie údaje a informácie o tomto vývoji. V období od 2. polovice 50. rokov do začiatku 90. rokov 20. storočia boli opatrenia na podporu zamestnávania osôb so zdravotným postihnutím súčasťou systému sociálnej starostlivosti. Zmenu priniesla právna úprava zákona č. 50/1956 Zb. o sociálnom zabezpečení, kde podpora zamestnávania znevýhodnených občanov so zmenenou pracovnou schopnosťou (ďalej už len ZPS) prechádza do pôsobnosti národných výborov.

Okresné národné výbory schvaľovali žiadosti o rozviazanie pracovného pomeru so zdravotne postihnutým zamestnancom a tiež každoročne vytvárali plány pracovných miest pre osoby so ZPS. Nedodržanie stanoveného plánu sa vnímalo ako nesplnenie štátneho hospodárskeho plánu. Bolo povinnosťou závodov vytvárať pracovné miesta špeciálne pre osoby so ZPS, poskytovať im výcviky a kurzy – všetko na vlastné náklady závodu. Prechodom k zamestnávaniu na voľnom trhu práce došlo k rozpadu zamestnávania v rámci výrobných družstiev invalidov. (Repková ,2005, s.6) uvádza : „*kým v roku 1989 bolo v rámci výrobných družstiev invalidov zamestnaných takmer 7 400 so ZPS (vrátane s ŤZP), v roku 1999 to bolo už iba 755 takýchto zamestnancov, t.j. približne jedna desatina.*“ V rámci Zákona o zamestnanosti č. 387/1996 Z.z. Bolo veľmi podrobne rozpracované celé inštrumentárium aktívnej politiky zamestnávania občanov so ZPS a so ZPS s ŤZP (napr. príprava na pracovné uplatnenie, príspevok na zriadenie chránenej dielne a chráneného pracoviska, príspevok na začatie prevádzkovania samostatnej zárobkovej činnosti).“ Posledným krokom, ktorý môžeme vnímať v oblasti legislatívnych zmien je, za účelom skvalitnenia a modernizácie služieb zamestnanosti, prijatie Zákona o službách zamestnanosti č.5/2004, ktorý upravuje systémové otázky, práva a povinnosti účastníkov, ako aj postup pri poskytovaní a využívaní služieb zamestnanosti poskytovaných orgánmi štátnej správy a samosprávy, ako aj neštátnymi subjektmi.

V slovenskej legislatíve poznáme nasledovné zákony, ktoré sa dotýkajú občanov so zdravotným postihnutím a zasahujú do oblasti zamestnanosti:

- zákon č. 311/2001 Z.z. Zákonník práce
- zákon č. 5/2004 Z.z. o službách zamestnanosti
- zákon č. 195/1998 Z.z. o sociálnej pomoci
- zákon č. 513/2006 Z.z. o sociálnom poistení

3.2 ZÁKLADNÉ VYMEDZENIA POJMOV ZAKOTVENÝCH V ZÁKONE Č. 5/2004 O SLUŽBÁCH ZAMESTNANOSTI

Zamestnávateľ je fyzická alebo právnická osoba, ktorá zamestnáva inú fyzickú alebo právnickú osobu v pracovnom pomere alebo v obdobnom pracovnom vzťahu. Zamestnávateľovi, ktorý zamestnáva občanov so zdravotným postihnutím vyplývajú zo Zákona č. 5/2004 o službách zamestnanosti nasledovné povinnosti:

- zabezpečovať pre občanov so ZP, ktorých zamestnáva, vhodné podmienky na výkon práce,
- vykonávať zaškolenie a prípravu na prácu občanov so ZP a venovať osobitnú starostlivosť zvyšovaniu kvalifikácie počas ich zamestnávania,
- viesť evidenciu občanov so ZP
- zamestnávať občanov so ZP ak zamestnáva najmenej 20 zamestnancov a ak úrad v evidencii uchádzačov o zamestnanie vedie občanov so ZP v počte, ktorý predstavuje 3,2 % z celkového počtu jeho zamestnancov.

Ak zamestnávateľ zamestnáva občana so ZP, ktorý má pre dlhodobu nepriaznivý zdravotný stav pokles schopnosti vykonávať zárobkovú činnosť vyšší ako 70 %, si na účely plnenia povinného podielu zamestnávania zamestnancov so ZP započítava, ako keby zamestnával troch takých občanov.

Zamestnávateľ preukazuje plnenie povinného podielu počtu občanov so ZP za predchádzajúci kalendárny rok do 31. marca nasledujúceho kalendárneho roka na tlačive predpísanom ústredím. V prípade, že zamestnávateľ nezamestnáva určený povinný podiel počtu občanov so zdravotným postihnutím je povinný najneskôr do 31. marca nasledujúceho kalendárneho roka odvieť na účet úradu za každého občana, ktorý mu chýba do splnenia povinného podielu odvod vo výške trojnásobku mesačnej minimálnej mzdy platnej ku koncu kalendárneho mesiaca, v ktorom sa odvod za nesplnenie povinného podielu počtu občanov so ZP odvádza.

Uchádzač o zamestnanie je občan, ktorý môže pracovať, chce pracovať, hľadá si zamestnanie a je evidovaný ako uchádzač o zamestnanie. Ide o občana, ktorý nie je zamestnanec, nevykonáva samostatnú zárobkovú

činnosť, nevykonáva zárobkovú činnosť v štátoch Európskej únie alebo v cudzine, poprípade vykonáva zárobkovú činnosť, ktorá je však v rozsahu 64 hodín mesačne a mzda nepresahuje 3 200 Sk mesačne. Zákon č. 5/2004 o službách zamestnanosti ďalej vymedzuje kategóriu znevýhodnených uchádzačov o zamestnanie, kde sa za takéhoto uchádzača pokladá:

- občan mladší ako 25 rokov veku, ktorý skončil sústavnú prípravu na povolanie v dennej forme štúdia pred menej ako dvomi rokmi a nezískal svoje prvé pravidelne platené zamestnanie (absolvent školy),
- občan starší ako 50 rokov veku,
- občan vedený v evidencii uchádzačov o zamestnanie najmenej 12 mesiacov z predchádzajúcich 16 mesiacov (dlhodobo nezamestnaný),
- občan, ktorý nevykonával zárobkovú činnosť ani sa nepripravoval na povolanie v rámci sústavnej prípravy na povolanie alebo v systéme ďalšieho vzdelávania z dôvodu, že nemohol zosúladiť pracovné povinnosti s plnením rodičovských povinností,
- občan, ktorý je rodič alebo osoba podľa osobitného predpisu starajúca sa o tri a viac detí, alebo osamelý občan starajúci sa o dieťa,
- občan, ktorý stratil schopnosť vykonávať svoje doterajšie zamestnanie zo zdravotných dôvodov a nie je občan so zdravotným postihnutím,
- občan, ktorý sa sťahuje alebo sa sťahoval v rámci územia členských štátov Európskej únie, alebo občan, ktorý má pobyt na území členského štátu Európskej únie na účel výkonu zamestnania,
- občan so zdravotným postihnutím,
- cudzinec, ktorému bol udelený azyl.

Občanom so zdravotným postihnutím sa na účely Zákona č. 5/2004 o službách zamestnanosti rozumie občan uznaný za invalidného občana alebo občan, ktorý má pokles schopnosti vykonávať zárobkovú činnosť o 20 %, ale najviac o 40 %. V pracovnej oblasti rozoznávame:

- Občana so zmenenou pracovnou schopnosťou - je občan, ktorý je uznaný za čiastočne invalidného, a občan, ktorý má pre dlhodobo nepriaznivý zdravotný stav podstatne obmedzenú možnosť sústavnej prípravy na povolanie.

- Občana so zmenenou pracovnou schopnosťou s ťažším zdravotným postihnutím - sa rozumie invalidný občan, ktorý je schopný vykonávať sústavné zamestnanie a pre svoj dlhodobý nepriaznivý zdravotný stav sa môže sústavne pripravovať na povolanie iba za celkom mimoriadnych podmienok. Zmenenú pracovnú schopnosť občan preukazuje rozhodnutím alebo posudkom Sociálnej poisťovne o invalidite alebo o čiastočnej invalidite. (Repková, 1998, s.10) tvrdí: *„účelom týchto vymedzení je vytvoriť osobitný systém ochrany a podpory uvedenej skupiny občanov v procese ich zamestnávania tak, aby mali reálnu možnosť byť informovaní o existencii daného pracovného miesta, uchádzať sa oň, získať ho, zotrvať v ňom a taktiež sa v ňom rozvíjať.“*

Súčasťou politiky zamestnanosti je politika trhu práce, ktorá predstavuje systém podpory a pomoci občanom pri ich začleňovaní sa na pracovné miesta. Jej hlavnou úlohou je zabezpečovať právo občanov na vhodné zamestnanie aj zvýšenou starostlivosťou o pracovné uplatnenie občanov so zmenenou pracovnou schopnosťou.

3.3 VYBRANÉ NÁSTROJE AKTÍVNEJ POLITIKY TRHU PRÁCE Z OBLASTI ZAMESTNANOSTI OBČANOV SO ZDRAVOTNÝM POSTIHNUTÍM V ZÁKONE 5/2004 O SLUŽBÁCH ZAMESTNANOSTI

Chránené zamestnávanie – ako jedno z opatrení zamedzujúcich diskrimináciu pri získaní alebo udržaní zamestnania – by malo byť otvorené pre všetkých ľudí a malo by spĺňať tento cieľ: umožniť ľuďom so zdravotným postihnutím vykonávať užitočnú aktivitu a pripraviť ich do takej miery, ako je možné, pre prácu v bežných pracovných podmienkach. (Koherentná politika rehabilitácie pre ľudí so zdravotným postihnutím, 2003)

§ 55 Chránená dielňa a chránené pracovisko

§ 55 definuje chránenú dielňu a chránené pracovisko (ďalej len pracovisko) ako pracoviská „zriadené právnickou alebo fyzickou osobou,

v ktorých pracuje najmenej 50% občanov so zdravotným postihnutím, ktorí nie sú schopní nájsť si zamestnanie na otvorenom trhu práce alebo pracoviská, na ktorých sa občania so zdravotným postihnutím zaškoľujú a v ktorých sú pracovné podmienky vrátane nárokov na pracovný výkon prispôbené zdravotnému stavu občanov. Za zriadenie chráneného pracoviska sa považuje aj zriadenie jednotlivého pracovného miesta, ktoré právnická osoba alebo fyzická osoba vytvorila alebo prispôbila zdravotnému stavu občana so zdravotným postihnutím. Chránené pracovisko môže byť zriadené aj v domácnosti občana so zdravotným postihnutím.“ (Zákon o službách zamestnanosti, č. 5/2004) Podľa toho zákona sa považuje za chránenú dielňu alebo pracovisko aj výrobné družstvo invalidov, pokiaľ spĺňa uvedené podmienky. Chránená dielňa a pracovisko sú teda určené pre pracovné uplatnenie osôb so zdravotným postihnutím, avšak môžu slúžiť aj pre občanov, ktorým sa poskytuje získanie určitých odborných zručností. Zamestnávateľ sem môže preradiť aj svojho zamestnanca, ktorý pre ohrozenie zdravia nie je spôsobilý vykonávať doterajší druh práce a zamestnávateľ nemá preňho iné vhodné miesto.

Zamestnávateľovi, ktorí zriadi chránenú dielňu alebo pracovisko poskytuje príslušný Úrad práce sociálnych vecí a rodiny príspevok na zriadenie dielne a pracoviska (mzdy a odvody) a na preukázané dodatočné náklady, ktoré nemôžu mať investičný charakter. §56 ods.4 definuje nasledovné dodatočne preukázané náklady spojené s:

- rozšírením chránenej dielne alebo chráneného pracoviska alebo s úpravou ich priestorov,
- vybavením chránenej dielne alebo chráneného pracoviska strojmi, zariadeniami a pracovnými pomôckami potrebnými na vykonávanie činnosti občanom so zdravotným postihnutím v chránenej dielni alebo na chránenom pracovisku,
- inštaláciou strojov, zariadení a pracovných pomôcok
- platbami za prenájom motorového vozidla formou lízingu najviac počas troch rokov.“ (Zákon o službách zamestnanosti, č. 5/2004)

Tento príspevok sa poskytuje aj v prípade nákladov spojených s prispôbením pracoviska zdravotnému stavu občanovi so zdravotným postihnutím, ktoré sa nachádza mimo chránenej dielne alebo pracoviska.

Príspevok na jedno zriadené pracovné miesto v chránenej dielni alebo na chránenom pracovisku sa poskytuje vo výške najviac 100 % z 24-násobku minimálnej celkovej ceny práce (minimálna celková cena práce je pritom, podľa § 49 Zákon o službách zamestnanosti č. 5/2004, súčet minimálnej mzdy a úhrady poistného na zdravotné poistenie, poistného na sociálne poistenie a príspevku na starobné dôchodkové sporenie platených zamestnávateľom) platnej ku koncu kalendárneho mesiaca, ktorý predchádza kalendárnemu mesiacu, v ktorom sa príspevok poskytuje. *„Výška poskytovaného príspevku je závislá od typu regiónu a priemernej miery evidovanej nezamestnanosti v okrese. Objavili sa však aj také názory, že je potrebné diferencovať výšku poskytovaných príspevkov podľa miery zdravotného postihnutia zamestnanca“.* (Bednárík, 2006, s. 31) Príspevok sa poskytuje sa na základe písomnej dohody medzi zamestnávateľom a úradom. Dohoda musí obsahovať :

- počet, profesijnú a kvalifikačnú štruktúru zamestnancov, ktorí sú občanmi so zdravotným postihnutím, prijatých na pracovné miesta zriadené v chránenej dielni alebo na chránenom pracovisku,
- počet mesiacov zamestnávania občanov so zdravotným postihnutím
- výšku príspevku a spôsob jeho poskytovania,
- dátum zriadenia pracovného miesta,
- obdobie prevádzkovania pracovného miesta,
- spôsob a lehotu preukazovania použitia poskytnutého príspevku,
- spôsob vrátenia príspevku alebo jeho časti v prípade nesplnenia dohodnutých podmienok,
- záväzok právnickej osoby alebo fyzickej osoby, že oznámi úradu každú zmenu dohodnutých podmienok najneskôr do 30 kalendárnych dní.“ (Zákon o službách zamestnanosti, č. 5/2004)

Chránená dielňa a pracovisko sa zriaďujú na dobu minimálne troch rokov. V prípade, že osoba zriaďujúca pracovné miesta nesplní túto podmienku

je povinná vrátiť určitú časť príspevku, ktorá zodpovedá obdobiu kedy nebola v dielni a pracovisku vykonávaná žiadna pracovná činnosť.

§ 59 Pracovný asistent

„Pracovný asistent je zamestnanec, ktorý poskytuje pomoc zamestnancovi alebo zamestnancom, ktorí sú občanmi so zdravotným postihnutím, pri vykonávaní zamestnania a osobných potrieb počas pracovného času alebo osoba, ktorá poskytuje pomoc samostatne zárobkovo činnnej osobe, ktorá je občanom so zdravotným postihnutím, pri prevádzkovaní alebo vykonávaní samostatnej zárobkovej činnosti.“(Zákon o službách zamestnanosti, č. 5/2004) Hlavnou požiadavkou na pracovného asistenta je vek 18 rokov a spôsobilosť na právne úkony. Príspevok na činnosť pracovného asistenta poskytuje príslušný úrad práce, sociálnych vecí a rodiny na základe písomnej dohody so zamestnávateľom alebo samostatne zárobkovo činnou osobou, ktorá je občanom so zdravotným postihnutím. Táto dohoda musí podľa §59 obsahovať:

- „a) počet zamestnancov, ktorí sú občanmi so zdravotným postihnutím a ktorí sú v priamej starostlivosti jedného pracovného asistenta,
- b) počet pracovných asistentov,
- c) výšku príspevku a dĺžku poskytovania príspevku,
- d) spôsob poskytovania príspevku,
- e) spôsob vrátenia príspevku alebo jeho časti pri nesplnení dohodnutých podmienok.“ (Zákon o službách zamestnanosti, č. 5/2004)

Príspevok sa poskytuje mesačne najviac vo výške 90% celkovej ceny práce (súčet mzdy a úhrady poistného na zdravotné poistenie, poistného na sociálne poistenie a príspevku na starobné dôchodkové sporenie platených zamestnávateľom). O. Lambauer (In: Repková, 1998,s. 61) predstavuje pracovnú asistenciu ako „*podporu obyvateľov určitých zariadení pri hľadaní pracovného miesta, počas vstupnej fázy a fázy zaiúčania sa na pracovisku a pomoc pri integrácii pracovného prostredia. Pod starostlivosťou o pracovné miesto chápe stály kontakt so zamestnávateľom a poradenstvo pri riešení prípadných problémov, ktoré sa vyskytnú na pracovisku.*“

§ 58 Agentúra podporovaného zamestnávania

Základnou činnosťou agentúr podporovaného zamestnávania (ďalej len agentúra) je poskytovanie služieb občanom so zdravotným postihnutím, dlhodobo nezamestnaným a zamestnávateľom pri hľadaní si práci, udržaní si už získaného zamestnania a pri hľadaní zamestnanca z pomedzi občanov zdravotne postihnutých či dlhodobo nezamestnaných. Ako je ustanovené v §58 agentúra vykonáva hlavne tieto činnosti:

- „a) poskytovanie odborného poradenstva zameraného na podporu a pomoc pri získaní a držaní si pracovného miesta, poskytovanie pracovnoprávneho a finančného poradenstva pri riešení nárokov občanov so zdravotným postihnutím vyplývajúcich z ich zdravotného postihnutia a poskytovanie odborného poradenstva pri získaní a udržaní si pracovného miesta dlhodobo nezamestnaným občanom,
- b) zisťovanie schopností a odborných zručností občanov so zdravotným postihnutím a dlhodobo nezamestnaných občanov vzhľadom na požiadavky trhu práce,
- c) vyhľadávanie vhodného zamestnania pre občana so zdravotným postihnutím a pre dlhodobo nezamestnaného občana a jeho sprostredkovanie,
- d) poskytovanie odborného poradenstva zamestnávateľovi pri získavaní zamestnancov, ktorí sú občanmi so zdravotným postihnutím alebo dlhodobo nezamestnanými občanmi, a pri riešení problémov počas ich zamestnávania,
- e) vykonávanie výberu vhodného občana so zdravotným postihnutím alebo vhodného dlhodobo nezamestnaného občana na pracovné miesto na základe požiadaviek a nárokov zamestnávateľa,
- f) poskytovanie odborného poradenstva zamestnávateľovi pri úprave pracovného miesta a pracovných podmienok pri zamestnávaní konkrétneho občana so zdravotným postihnutím“ (Zákonč. 5/2004 o službách zamestnanosti)

Na Slovensku v súčasnosti existuje 31 agentúr podporovaného zamestnávania. Z toho 9 na západnom, 13 na strednom a 9 na východnom Slovensku. Popri nich existuje približne 470 Agentúr dočasného zamestnávania, ktoré sú skôr databázou pre APZ pri hľadaní práce na kratší úväzok. (Bednárík ,2006, s. 38) uvádza: „, *prax odhalila niektoré problémové*

oblasti v existencii a poskytovaní služieb APZ. Jednou z nich je problém financovania činnosti agentúr. APZ sú nútené hľadať si doplnkové zdroje prostredníctvom iných činností, napr. projekty, vlastná podnikateľská činnosť, sponzorské zdroje a pod. Prax upozorňuje aj na rezervy v komunikácii s partnermi, ktorými sú: UPSVaR, miestne samosprávy, vzdelávatelia a školy, zamestnávateľia, medzi iným aj zamestnávateľia prevádzkujúci CHD, iné APZ“.

4 VZDELÁVANIE MENTÁLNE POSTIHNUTÝCH

4.1 ŠKOLSKÁ INTEGRÁCIA A JEJ FORMY

Podľa Vančovej (2005 ,s. 171) „ *školská integrácia je výchova vzdelávanie žiakov so špeciálnymi výchovno-vzdelávacími potrebami v triedach škôl podľa školského zákona okrem tried v špeciálnych školách*“.

Formy školskej integrácie sú:

- a) integrácia v špeciálnych integrovaných triedach, pri ktorej sa žiaci so špeciálnymi výchovno-vzdelávacími potrebami vzdelávajú v základnej škole alebo strednej škole v samostatných triedach
- b) individuálna integrácia, pri ktorej sú žiaci so špeciálnymi výchovno-vzdelávacími potrebami zaraďovaní do tried a výchovných skupín s ostatnými žiakmi školy a sú vzdelávaní podľa individuálneho výchovno-vzdelávacieho programu, pričom učebné osnovy a výchovné postupy sú prispôbené ich potrebám.

Špeciálne triedy v základných školách a špeciálne triedy v stredných školách sa zriaďujú spravidla pre žiakov so špeciálnymi výchovno-vzdelávacími potrebami, s rovnakým druhom postihnutia.

Vančová (2005) ďalej uvádza, že integrovaný žiak je žiak so špeciálnymi výchovno-vzdelávacími potrebami, ktorý bol prijatý do základnej alebo strednej školy na základe písomného vyjadrenia zariadenia špeciálnopedagogického poradenstva, po poradenským zariadením vykonaných diagnostických vyšetreniach.

Rozhodnutie o prijatí takéhoto žiaka do základnej alebo strednej školy vydáva riaditeľ školy na základe písomnej žiadosti zákonných zástupcov žiaka, písomného vyjadrenia zariadenia špeciálnopedagogického poradenstva, po dôkladnom oboznámení sa s diagnózou a prognózou žiaka, po prerokovaní s pedagógmi, ktorí budú žiaka vzdelávať, po prerokovaní v pedagogickej rade

školy a po zabezpečení nevyhnutných materiálno-technických a odbornopersonálnych podmienok.

Riaditeľ školy zodpovedá a v spolupráci so školským špeciálnym pedagógom alebo zariadením špeciálnopedagogického poradenstva zabezpečuje, aby u integrovaných žiakov neprichádzalo k bezdôvodnému znižovaniu požiadaviek a aby nároky kladené na žiaka boli v súlade s jeho možnosťami.

Práva a povinnosti účastníkov školskej integrácie

Žiak so špeciálnymi výchovno-vzdelávacími potrebami má právo na individuálny prístup vo výchove a vzdelávaní rešpektujúci jeho schopnosti a zdravotný stav, na vyučovanie pedagógom s odbornou a pedagogickou spôsobilosťou, na výchovu a vzdelávanie v bezpečnom a zdravom prostredí, na úctu k svojej osobe a na zabezpečenie ochrany proti fyzickému a duševnému násiliu. Výkonom práv integrovaného žiaka nemôžu byť obmedzené práva ostatných účastníkov výchovno-vzdelávacieho procesu. Zákonný zástupca integrovaného žiaka pravidelne konzultuje problematiku vzdelávania integrovaného žiaka s triednym učiteľom, so školským špeciálnym pedagógom, prípadne so zariadením špeciálnopedagogického poradenstva.

Riaditeľ základnej školy alebo strednej školy v spolupráci so školským pedagógom alebo zariadením špeciálnopedagogického poradenstva oboznámi príslušných zamestnancov školy s dôsledkami a možným vplyvom diagnózy integrovaného žiaka na výchovno-vzdelávací proces, s individuálnym výchovno-vzdelávacím programom, upozorní na potrebu kompenzačných a iných pomôcok, ktoré bude žiak v škole používať, a zabezpečí ich dostupnosť a vhodné priestory na ich uskladnenie.

Systém inštitúcií pre postihnutých a narušených jednotlivcov

Komplexná rehabilitačná starostlivosť pre postihnutých a narušených sa uskutočňuje v sústave inštitúcií, ktoré v rozdielnej miere a forme zabezpečujú starostlivosť v jednotlivých zložkách rehabilitácie:

- vo výchovno-vzdelávacej

- v liečebno-preventívnej
- v sociálnej

Miera a forma starostlivosti je veľkou mierou determinovaná skutočnosťou, či ide o jedinca s rodinným zázemím, ktoré je ochotné a schopné časť potrieb zabezpečiť, alebo o jedinca odkázaného vo zvýšenej miere na pomoc spoločnosti.

Možno tu hovoriť o komplexnej rehabilitačnej starostlivosti alebo jej jednotlivých zložkách v integrovaných podmienkach alebo v segregovaných podmienkach, kde zabezpečovanie je v kompetencii inštitúcií v plnom rozsahu, alebo o kombinovanej forme, kde zabezpečovanie sa delí medzi rodinné zázemie a inštitúcie.

Podľa toho, o ktorú zložku komplexnej starostlivosti ide, možno hovoriť o sústave:

- výchovno-vzdelávacích inštitúcií
- inštitúcií liečebno-preventívnych
- inštitúcií sociálnej starostlivosti

Podľa charakteru a cieľov aktivít, ktoré sa v nich realizujú, možno sústavu inštitúcií členiť na:

- poradenstvo
- edukačné
- rehabilitačné
- liečebné
- sociálno-právnej ochrany
- reedukačné

Podľa zakladateľa a prevádzkovateľa inštitúcií sa členia na:

- štátne
- súkromné
- cirkevné

Podľa veku osôb, pre ktoré sú určené na inštitúcie:

- predškolského veku
- školského veku
- adolescentov

- dospelých

Podľa pohlavia:

- pre chlapcov
- pre dievčatá
- koedukačné

Podľa dĺžky prevádzky a rozsahu poskytnutej starostlivosti na:

- denné
- celodenné
- celotýždenné
- celoročné

Edukačná sústava sa člení na sústavu škôl a školských zariadení. Sústava škôl pozostáva zo:

- sústavy základných škôl
- sústavy stredných škôl (stredné odborné učilištia, gymnáziá, stredné odborné školy)
- sústavy špeciálnych škôl

Sústava špeciálnych škôl pozostáva zo:

- sústavy základných škôl pre mládež vyžadujúcu špeciálnu starostlivosť
- sústavy stredných škôl pre mládež vyžadujúcu špeciálnu starostlivosť
- sústavy osobitných škôl (špeciálnych základných škôl s redukovaným obsahom vzdelávania)
- sústavy pomocných škôl (špeciálnych základných škôl s výrazne redukovaným obsahom vzdelávania)
- sústavy odborných učilíšť

Špeciálne základné školy

Špeciálne základné školy poskytujú žiakom výchovu a vzdelávanie primeraným spôsobom a upraveným obsahom vo vzťahu k ich postihnutiu.

Zriaďujú sa:

- základné školy pre sluchovo postihnutých žiakov
- základné školy pre zrakovu postihnutých žiakov (ZŠ pre slabozrakých, pre žiakov so zvyškami zraku, pre nevidiacich)

- základné školy pre žiakov s narušenou komunikačnou schopnosťou (ZŠ pre žiakov s chybami reči, pre nehovoriacich)
- základné školy pre telesne postihnutých
- základné školy pri zdravotníckych zariadeniach (ZŠ pri detskej liečebni, pri detskej kúpeľnej liečebni, pri ozdravovni)
- základné školy pri ťažkovychováateľných žiakov (ZŠ pri diagnostickom centre, pri reedukačnom domove)

Špeciálne stredné školy

Špeciálne stredné školy poskytujú žiakom odborné vzdelanie, úplné stredné vzdelanie, úplné stredné odborné vzdelanie primeraným spôsobom a upraveným obsahom vo vzťahu k ich postihnutiu či narušeniu. Ukončujú sa úspešným vykonaním záverečnej skúšky alebo maturitnej skúšky. Obsah vzdelávania tvorí teoretické vyučovanie a praktické vyučovanie.

Zriaďujú sa ako:

- špeciálne stredné odborné učilištia (SOU pre sluchovo postihnutú mládež, pre zrakovo postihnutú mládež, pre telesne postihnutú mládež, pre mládež s narušeným psycho-sociálnym vývinom, pri reedukačnom domove pre mládež)
- špeciálne gymnáziá (G pre sluchovo postihnutú mládež, pre zrakovo postihnutú mládež, pre telesne postihnutú mládež)
- špeciálne stredné školy (SOŠ pre sluchovo postihnutú mládež, pre zrakovo postihnutú mládež, pre telesne postihnutú mládež)

Sústava osobitných škôl (špeciálnych základných škôl s redukovaným obsahom vzdelávania)

Pre žiakov s takými rozumovými nedostatkami, pre ktoré sa nemôže úspešne vzdelávať s úspechom na základnej škole ani na špeciálnej základnej škole, sa zriaďujú osobitné školy.

Pre žiakov s viacerými chybami sa zriaďujú:

- osobitná škola pre sluchovo postihnutých
- osobitná škola pre zrakovo postihnutých (osobitná škola pre žiakov so zvyškami zraku, osobitná škola pre nevidiacich)
- osobitná škola pre nehovoriacich

- osobitná škola pri zdravotníckych zariadeniach (OŠ pri detskej liečebni, pri detskej kúpeľnej liečebni, pri detskej ozdravovni)
- osobitná škola pre ťažkovychovatel'ných žiakov (OŠ pri diagnostickom centre, pri reedukačnom detskom domove)
- osobitná škola pre telesne postihnutých
- osobitná škola pre deti s narušeným psycho-sociálnym vývinom (OŠ pri diagnostickom centre, pri reedukačnom detskom domove). Vašek (2005)

Sústava pomocných škôl (špeciálnych základných škôl s výrazne redukovaným obsahom vzdelávania)

Pre žiakov s takými nedostatkami v rozumovom vývine, pre ktoré sa jedinci nemôžu vzdelávať ani v osobitnej škole, pritom sú však schopní osvojiť si aspoň základné prvky vzdelania, sa zriaďujú pomocné školy. Obsah výchovno-vzdelávacej činnosti sa zameriava na vypestovanie návyku sebaobsluhy, osobnej hygieny, rozvíjanie primeraných poznatkov a pracovných zručností. Škola má desať ročníkov, ktoré sa členia na štyri oddelenia (nižší, stredný, vyšší a pracovný)

Pre viacnásobne postihnutých žiakov sa zriaďuje:

- pomocná škola pre sluchovo postihnutých
- pomocná škola pre zrakovo postihnutých
- pomocná škola pre telesne postihnutých
- pomocná škola pri detskej psychiatrickej liečebni
- pomocná škola pre hlucho-slepých

Sústava odborných učilíšť

Pre mentálne postihnutých absolventov deviatich tried osobitných škôl sa zriaďujú odborné učilíšia, v ktorých sa žiaci pripravujú na povolanie v učebných odboroch s upraveným učebným plánom. Príprava trvá jeden až tri roky a ukončuje sa úspešným vykonaním záverečnej skúšky.

Pre žiakov s viacnásobným postihnutím sa zriaďujú:

- odborné učilíšia pre sluchovo postihnutých
- odborné učilíšia pre zrakovo postihnutých
- odborné učilíšia pre telesne postihnutú mládež

- odborné učilišťa pri reedukačnom domove pre mládež

Sústava špeciálnych školských zariadení

Súčasťou výchovno-vzdelávacej sústavy sú aj školské zariadenia, ktoré sa prioritne zameriavajú na oblasť výchovy a záujmového vzdelávania.

Školské zariadenia sa členia na:

- výchovno-vzdelávacie zariadenia
- špeciálne výchovné zariadenia
- poradenské zariadenia
- záujmovo-vzdelávacie zariadenia
- školské účelové zariadenia

Výchovno-vzdelávacie zariadenia

Sú to výchovno-vzdelávacie inštitúcie určené pre deti a mládež, aby v súlade s vekovými, individuálnymi osobitosťami, ako aj osobitosťami vyplývajúcimi z postihnutia, vytvárali podmienky pre hrovú, záujmovú a oddychovú činnosť, pre rozvíjanie nadania a špecifických schopností a tvorivosti, v neposlednom mieste aj pre prípravu na vyučovanie.

Patria sem:

- predškolské zariadenia (materská škola, špeciálna materská škola)
- školský klub, školské stredisko záujmovej činnosti a centrum voľného času
- domov mládeže
- škola v prírode

Špeciálne výchovné zariadenia

Majú úlohy v súvislosti s ochranou detí pred patosociálnymi javmi, pri výkone ústavnej a ochrannej výchovy.

Patria sem:

- zariadenia výchovnej prevencie
- zariadenia náhradnej výchovy

Poradenské zariadenia

- pedagogicko-psychologická poradňa
- zariadenia špeciálno-pedagogického poradenstva

Záujmovo-vzdelávacie zariadenia

- jazyková škola
- štátna jazyková škola
- štátny stenografický ústav

Školské účelové zariadenia

- zariadenia školského stravovania
- zariadenia praktického vyučovania
- zariadenia služieb škole

Sústava inštitúcií záujmových organizácií a nadácií

Na komplexnej starostlivosti o postihnutých a narušených jedincov významnou mierou participujú aj nadácie a záujmové zväzy pre postihnutých. Ich činnosť má charakter spravidla:

- právnej a morálnej ochrany postihnutých
- uspokojovania ich potrieb
- ďalšieho vzdelávania
- uspokojovania kultúrnych a rekreačných potrieb postihnutých
- poradenskej činnosti
- sociálnej rehabilitácie

5 PRIESKUMNÁ ČASŤ

5.1 CIEĽ, ÚLOHA A PRIESKUMNÁ VZORKA

Cieľom prieskumu bolo zistiť, ako sú MP žiaci spokojní so svojim zdravím, ako vnímajú školské prostredie a či sa cítia dobre, v prostredí v ktorom žijú. Z nášho hlavného cieľa, čo najhlbšie a najobjektívnejšie vcítiť do ich života vyplynuli tieto úlohy:

- 1. Zistiť, u adolescentov obidvoch oslovených skupín, ako sú spokojní so svojim zdravím.**
- 2. Zistiť, ako vnímajú MP prostredie školy, a ako sa v nej cítia.**
- 3. Zistiť, u našich žiakov, či sa cítia dobre a bezpečne v prostredí, v ktorom žijú.**

Prieskumná vzorka

Prieskumnú vzorku tvorilo 123 žiakov variantu A. Žiakov z nášho prieskumu sme si rozdelili do dvoch skupín. 55 žiakov pochádzalo z detského domova (DD) Sp. Štiavnik a 68 žiakov dochádzalo do školy denne a žije vo svojich rodinách. Oslovení žiaci navštevujú Odborné učilište internátne Sp. Štiavnik detašované pracovisko Poprad. Žiaci navštevujú prvý, druhý a tretí ročník odborného učilišťa. Dievčatá z nášho prieskumu navštevujú učebný odbor cukrárska výroba a obchodná prevádzka - práca pri príprave jedál.

Chlapci z nášho prieskumu navštevujú učebný odbor spracovanie dreva - výroba úžitkových a umeleckých predmetov a poľnohospodárska výroba - oprava poľnohospodárskych strojov.

Prieskum sme uskutočnili v školskom roku 2011/2012. Vzorku tvorili žiaci vo veku 15 a 18 rokov. V prvej skupine žiakov bolo 21 dievčat a 34 chlapcov. Druhú skupinu tvorilo 37 dievčat a 31 chlapcov. Dotazník vyplnili všetci žiaci, čo tvorí 100 % časť na danom prieskume.

5.2 METÓDY PRIESKUMU

Základnou metódou získania informácií pre tento prieskum je dotazník. Dotazník je špeciálnou metódou kladenia otázok, ktoré sú predkladané opýtaným osobám. Môže byť anonymný a neanonymný. Otázky majú byť konkrétne, určité, aby opýtané osoby mohli ľahko odpovedať.

Prieskum sme uskutočnili prostredníctvom dotazníka vlastnej konštrukcie (anonymný dotazník), ktorým sme zisťovali mienku a názory žiakov. Náš prieskum viedol k zaujímavým a prekvapivým záverom a podľa nášho názoru poskytuje objektívny pohľad na danú problematiku. Petlák(2000) Získané informácie sme spracovali jednotlivo a vyhodnotili na základe ich vzájomnej konfrontácie. Náš výskum viedol k zaujímavým a neraz prekvapivým záverom a podľa nášho názoru poskytuje objektívny pohľad na danú problematiku. Dotazník obsahoval 15 otázok.

5.2.1 ETAPY PRIESKUMU

Prvá etapa sa začala stanovením témy práce. Na základe preštudovanej literatúry a zblížením sa s danou problematikou sme vytýčili problém, cieľ, predmet a úlohy prieskumu.

Ďalšou etapou je etapa zhromažďovania faktov. Tu sa začína samotná realizácia prieskumu. V tretej etape je tabuľkové spracovanie získaných údajov a analýza ich výsledkov. Štvrtá etapa je venovaná vyhodnoteniu výsledkov prieskumu, spracovaniu a odporúčaniam pre prax.

Tento prieskum sme uskutočnili v školskom roku 2011/2012. Vzorku tvorilo 123 žiakov, z ktorých bolo 58 dievčat a 65 chlapcov, z dvoch sledovaných skupín. Prieskumnú vzorku tvorilo 55 žiakov z detského domova a 68 žiakov žijúcich v rodinách.

5.2.2 ANALÝZA A INTERPRETÁCIA VÝSLEDKOV PRIESKUMU

Pre zlepšenie prehľadu sme pri analýze a interpretácii výsledkov prieskumu postupovali jednotlivo podľa otázok, ktoré sme položili žiakom. Uviedli sme aj znenia. Výsledky prieskumu sme uviedli v tabuľkách a grafoch, kde sme uviedli počet odpovedí respondentov a ich percentuálne vyjadrenie. Nad každou tabuľkou je kvantitatívne a kvalitatívne vyhodnotenie. Otázky sú uvedené aj v dotazníku, ktorý tvorí prílohu tejto práce.

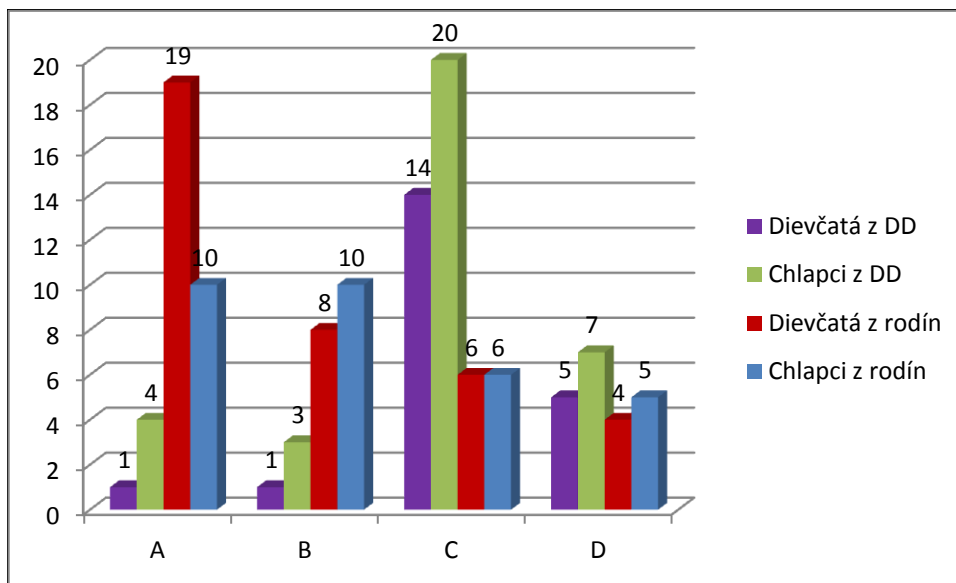
1. Ako si spokojný(á) so svojim zdravím?

- a) skôr áno
- b) áno
- c) skôr nie
- d) nie

Tabuľka č.3 – Vyjadrenie spokojnosti so svojim zdravím

Odpoveď	z detského domova						z rodín					
	Dievčatá		Chlapci		Spolu		Dievčatá		Chlapci		Spolu	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
A	1	4,76%	4	11,76%	5	9,09%	19	51,35%	10	32,26%	29	42,65%
B	1	4,76%	3	8,82%	4	7,27%	8	21,62%	10	32,26%	18	26,47%
C	14	66,67%	20	58,82%	34	61,82%	6	16,22%	6	19,35%	12	17,65%
D	5	23,81%	7	20,59%	12	21,82%	4	10,81%	5	16,13%	9	13,24%
Spolu	21	100%	34	100%	55	100%	37	100%	31	100%	68	100%

Graf č.1 – Grafické znázornenie spokojnosti so svojim zdravím



Až 66,67% opýtaných dievčat z detského domova je skôr nespokojná , ako spokojná so svojim zdravím. Päť opýtaných dievčat, čo činí 23,81% sú so svojim zdravím úplne nespokojné. Len 4,76 % dievčat z nášho prieskumu je so svojim zdravím skôr spokojná , alebo celkom spokojná. Ani u chlapcov to nie je inak. 58,82 % opýtaných chlapcov je so svojim zdravím skôr nespokojná. 20,59 % chlapcov je úplne nespokojná so svojim zdravím. Možnosť A využilo 11,76 % opýtaných chlapcov a teda so svojim zdravím sú skôr spokojní. 8,82 % opýtaných chlapcov je so svojim zdravím úplne spokojných. Celkovo môžeme konštatovať , že respondenti z nášho prieskumu z prvej skupiny teda z DD sú so svojim zdravím nespokojní až takmer v 80%. Ako z grafu č.1 názorne vidíme respondenti prvej skupiny sa prikláňali k odpovediam C a D ,o čom svedčí aj vysoké percento nespokojnosti. Ako ďalej z grafu vidíme len okolo 20% opýtaných žiakov z prvej skupiny je so svojim zdravím spokojná , a teda volili možnosť odpovede A a B.

Troška iné čísla vykazovali respondenti druhej skupiny. Teda MP žiaci žijúci v rodinách. 10,81 % opýtaných dievčat nie je so svojim zdravím spokojná. Možnosť C teda , že sú skôr nespokojné so svojim zdravím využilo 16,22 % opýtaných dievčat. Takmer 22% opýtaných dievčat je so svojim zdravím spokojná. 51,35 % opýtaných dievčat je so svojim zdravím

skôr spokojná ako nespokojná. Podobná situácia bola u chlapcov. Najmenej 16,13 % chlapcov je so svojim zdravím nespokojná. 19,35% opýtaných chlapcov je so svojim zdravím skôr nespokojná. Percentuálne rovnako 32,26 % vyjadrili chlapci zakrúžkovaním odpovede A a B a teda , že sú so svojim zdravím skôr alebo úplne spokojní. Celkovo môžem konštatovať , že MP žiaci žijúci v rodinách, sú so svojim zdravím skôr spokojní a to takmer 70%. Názorne to vidíme aj v grafe č.1, kde naši respondenti druhej skupiny volili odpovede A a B. 31% žiakov nie je spokojných so svojim zdravím, čo následne vyjadrili zakrúžkovaním odpovede C a D.

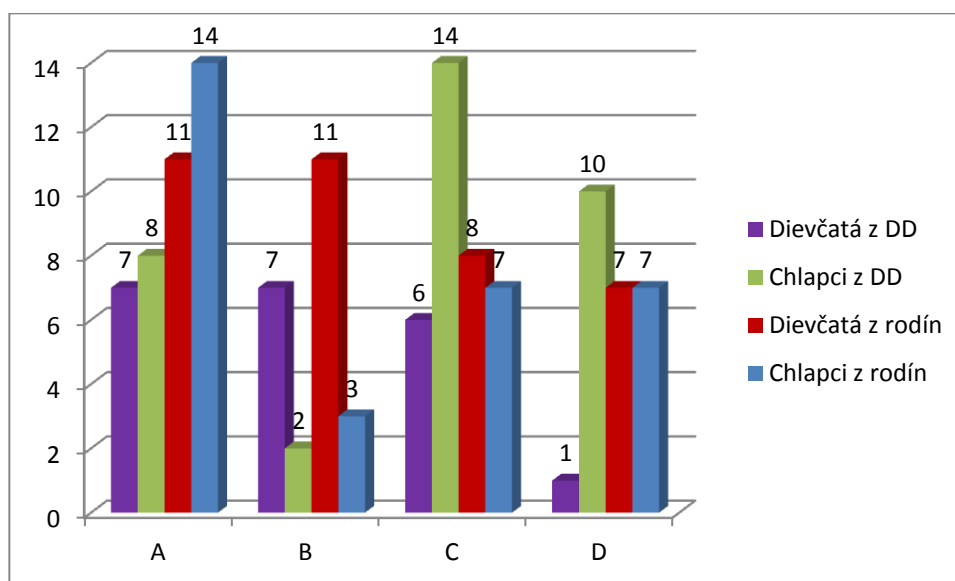
2.Cítiš sa často unavený(á)?

- a) skôr áno
- b) áno
- c) skôr nie
- d) nie

Tabuľka č.4 – Vyjadrenie pocitov unavenosti našich respondentov – MP žiakov

Odpoveď	z detského domova						z rodín					
	Dievčatá		Chlapci		Spolu		Dievčatá		Chlapci		Spolu	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
A	7	33,33%	8	23,53%	15	27,27%	11	29,73%	14	45,16%	25	36,76%
B	7	33,33%	2	5,88%	9	16,36%	11	29,73%	3	9,68%	14	20,59%
C	6	28,57%	14	41,18%	20	36,36%	8	21,62%	7	22,58%	15	22,06%
D	1	4,76%	10	29,41%	11	20,00%	7	18,92%	7	22,58%	14	20,59%
Spolu	21	100%	34	100%	55	100%	37	100%	31	100%	68	100%

Graf č.2 – Grafické znázornenie vyjadrenia pocitov unavenosti MP žiakov



Na moju druhú položenú otázku odpovedali dievčatá z prvej skupiny v 28,57 % , že sa skôr necítia často unavené ako cítia. Možnosť D , že sa necítia často unavené využilo len 4,76 % dievčat. 33,33% dievčat sa považuje za skôr často unavené. Rovnako sedem dievčat, čo činí (33,33%) z celkového počtu opýtaných dievčat sa považuje za často unavené. Desať chlapcov ,čo vykazuje 29,41 % . z prvej skupiny sa vyjadrilo, že sa necítia často unavení. Takmer 41,18 % opýtaných chlapcov sa skôr necítia unavení ako cítia, čo názorne vidíme na grafe č.2 pri odpovedi C. Osem chlapcov(23,53%) sa vyjadrilo ,že sú skôr často unavení.5,88% chlapcov sa považuje za často unavených. Z tabuľky môžem konštatovať, že 56 % opýtaných respondentov sa necíti často unavených.44 % opýtaných žiakov sa považujú za často unavených.

Dievčatá z druhej skupiny odpovedali na druhú položenú otázku percentuálne rovnako. A to 29,73% opýtaných dievčat využilo možnosť odpovede A a B a teda, že sa cítia často unavené. Sedem opýtaných dievčat (18,92%) odpovedalo , že sa necítia byť unavené. Takmer 22% opýtaných dievčat využilo možnosť odpovede C a to , že sa skôr cítia unavené. Sedem chlapcov sa vyjadrilo, že sa necítia často unavení , alebo nie sú unavení vôbec . Takmer polovica chlapcov(45,16%) sa považuje za skôr

unavených, čo výrazne vidíme aj na grafe č.2 pri odpovedi A.9,68 % chlapcov sa považuje za často unavených. Celkovo môžeme konštatovať, že 58 % opýtaných žiakov z druhej skupiny sa cíti často unavená a 42 % opýtaných žiakov práve naopak, nebýva často unavená.

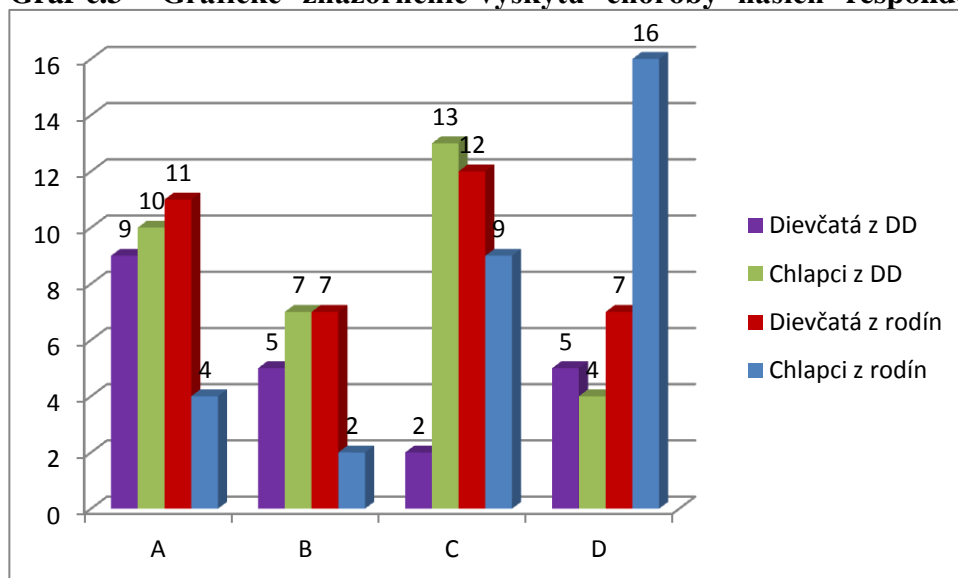
3 .Bývaš často chorý(á)?

- a) skôr áno
- b) áno
- c) skôr nie
- d) nie

Tabuľka č.5 – Hodnotenie výskytu choroby našich respondentov

Odpoveď	z detského domova						z rodín					
	Dievčatá		Chlapci		Spolu		Dievčatá		Chlapci		Spolu	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
A	9	42,86%	10	29,41%	19	34,55%	11	29,73%	4	12,90%	15	22,06%
B	5	23,81%	7	20,59%	12	21,82%	7	18,92%	2	6,45%	9	13,24%
C	2	9,52%	13	38,24%	15	27,27%	12	32,43%	9	29,03%	21	30,88%
D	5	23,81%	4	11,76%	9	16,36%	7	18,92%	16	51,61%	23	33,82%
Spolu	21	100%	34	100%	55	100%	37	100%	31	100%	68	100%

Graf č.3 – Grafické znázornenie výskytu choroby našich respondentov



Na moju otázku ako často bývaš chorý , dievčatá z prvej skupiny odpovedali v 9,52% , že skôr nebývajú často choré. A využili možnosť odpovede C .Päť dievčat označilo odpoveď D a to , že nebývajú vôbec choré. Možnosť A využilo 42,86 % opýtaných dievčat , teda tvrdia ,že bývajú skôr často choré.23,81% dievčat sa vyjadrilo ,že bývajú často choré. Chlapci z nášho prieskumu sa vyjadrili nasledovne. Najmenej 11,76% opýtaných chlapcov sa nepovažuje za často chorých ,čo vidíme aj názorne na grafe č.3 pri odpovedi D.38,24 % opýtaných žiakov z prvej skupiny sa nepovažuje za často chorých. Takmer 30% sa práve naopak považuje za často chorých. Sedem chlapcov , čo činí 20,59 % seba považuje za často chorých. Celkovo konštatujem , že MP žiaci z prvej skupiny bývajú skôr často chorí 56 % . 44% opýtaných sa práve naopak nepovažuje za často chorých.

S tretou otázkou sa moji respondenti druhej skupiny, teda MP žiaci bývajúci v rodinách popasovali takto. 18,92 % opýtaných dievčat sa nepovažuje za často choré. Rovnako 18,92 % opýtaných dievčat sa považuje za často choré. Možnosť C teda , že skôr nebývajú často choré využilo 32,43% opýtaných dievčat. Jedenásť dievčat ,čo je 29,73 % si o sebe tiež myslí, že bývajú skôr často choré. Chlapci z nášho prieskumu sa nepovažujú za často chorých .51,61 % opýtaných chlapcov sa nepovažuje za často chorých, čo názorne vidíme aj na grafe č.3 , kde sa naši MP žiaci druhej skupiny prikláňajú k odpovediam C a D. Necelých 20% opýtaných chlapcov sa naopak považuje za často chorých. V druhej skupine sa okolo 65 % opýtaných žiakov nepovažuje za často chorých, a 35% opýtaných žiakov sa práve naopak považuje za často chorých .

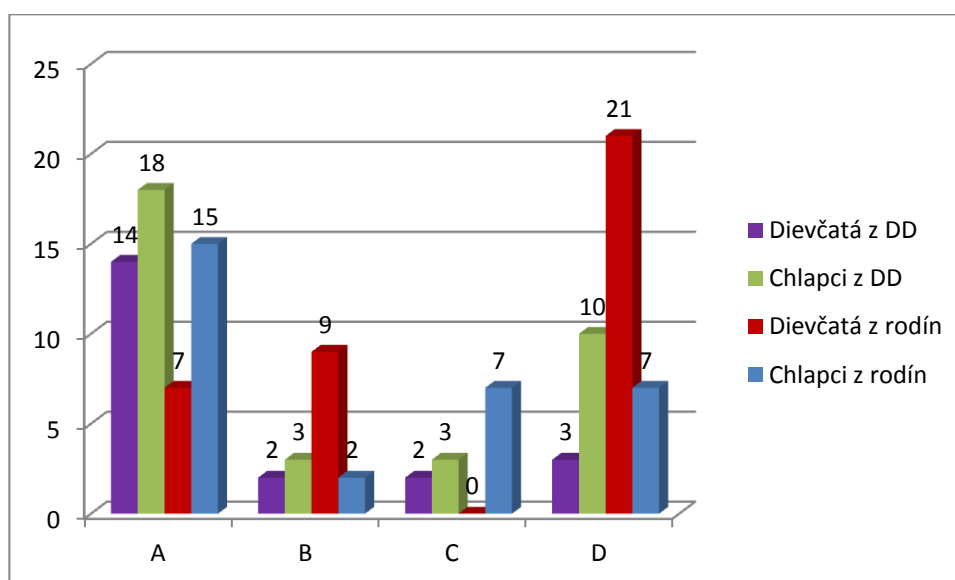
4.Najčastejšie čoho mávaš bolesti?

- a) Hlavy
- b) Ruky
- c) Nohy
- d) Bolí ma celé telo

Tabuľka č.6 – Aká je najčastejšia bolesť, ktorou trpia naši MP žiaci

Odpoveď	z detského domova						z rodín					
	Dievčatá		Chlapci		Spolu		Dievčatá		Chlapci		Spolu	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
A	14	66,67%	18	52,94%	32	58,18%	7	18,92%	15	48,39%	22	32,35%
B	2	9,52%	3	8,82%	5	9,09%	9	24,32%	2	6,45%	11	16,18%
C	2	9,52%	3	8,82%	5	9,09%	0	0,00%	7	22,58%	7	10,29%
D	3	14,29%	10	29,41%	13	23,64%	21	56,76%	7	22,58%	28	41,18%
Spolu	21	100%	34	100%	55	100%	37	100%	31	100%	68	100%

Graf č.4– Najčastejšie bolesti našich MP žiakov – grafické znázornenie



Tabuľka č.4 nám vykresľuje, akou najčastejšou bolesťou trpia MP žiaci v našom prieskume. Dievčatá z prvej skupiny uvádzajú, že najčastejšie trpia bolesťou hlavy (66,67%). Dve z opýtaných dievčat majú najčastejšie bolesti rúk a nôh. Tri opýtané dievčatá (14,29%) uvádzajú bolesti celého tela. Skoro rovnaká situácia je u chlapcov. 52,94 % opýtaných chlapcov trpia najčastejšie bolesťou hlavy. Traja udávajú častú bolesť rúk a nôh. Takmer 30% opýtaných chlapcov volilo odpoveď D a teda, že najčastejšie trpia bolesťou celého tela. MP žiaci z prvej skupiny trpia najčastejšie bolesťou hlavy, čo uvádza skoro 60 % respondentov. 24% žiakov z prvej

skupiny trpí najčastejšie bolesťou celého tela. Zvyšných 18% opýtaných žiakov najčastejšie trápí bolesť rúk a nôh.

Dievčatá z druhej skupiny udávajú najčastejšie bolesti celého tela (56,76%).Názorne to vidíme aj na grafe č.4.Sedem opýtaných dievčat máva najčastejšie bolesti hlavy. Deväť opýtaných dievčat (24,32%) suzuje najčastejšie bolesť rúk. Možnosť odpovede C nevolilo žiadne s opýtaných dievčat. Chlapcov z druhej sledovanej skupiny trápí najčastejšie bolesť hlavy, čo uvádza 48,39% opýtaných chlapcov.22,58% chlapcov trápí najčastejšie bolesť celého tela. A rovnako 22,58% trápí bolesť nôh.Za najčastejšiu bolesť rúk považujú dvaja opýtaní chlapci. Z výsledkov prieskumu u MP žiakov druhej skupiny môžem konštatovať , že 41 % opýtaných žiakov trpí najčastejšie bolesťou celého tela. 32 % opýtaných žiakov trpí najčastejšie bolesťou hlavy. Možnosť odpovede B využilo 16% opýtaných a teda ,že mávajú najčastejšie bolesti rúk. 10% MP žiakov z nášho prieskumu trpí najčastejšie bolesťou nôh.

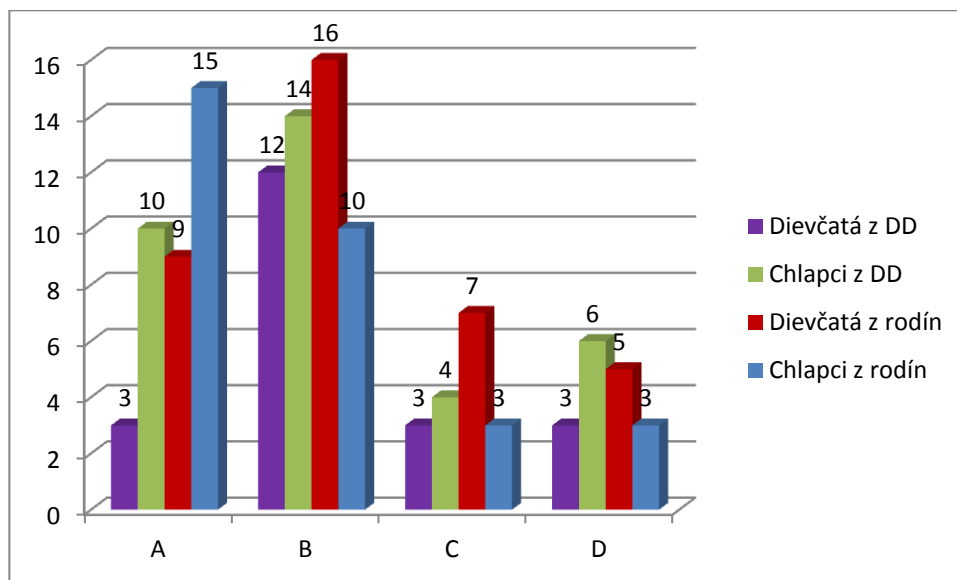
5. Máš dost' energie pre bežný život?

- a) skôr áno
- b) áno
- c) skôr nie
- d) nie

Tabuľka č.7 – Hodnotenie energie pre bežné činnosti MP žiakov

Odpoveď	z detského domova						z rodín					
	Dievčatá		Chlapci		Spolu		Dievčatá		Chlapci		Spolu	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
A	3	14,29%	10	29,41%	13	23,64%	9	24,32%	15	48,39%	24	35,29%
B	12	57,14%	14	41,18%	26	47,27%	16	43,24%	10	32,26%	26	38,24%
C	3	14,29%	4	11,76%	7	12,73%	7	18,92%	3	9,68%	10	14,71%
D	3	14,29%	6	17,65%	9	16,36%	5	13,51%	3	9,68%	8	11,76%
Spolu	21	100%	34	100%	55	100%	37	100%	31	100%	68	100%

Graf č.5 – Grafické znázornenie množstva energie pre bežne činnosti u MP žiakov



Päťicu otázok zameraných na zdravie opýtaných respondentov uzatvára otázka ,či majú naši opýtaní žiaci dostatok energie pre bežný život. Až 57,14 % dievčat prvej skupiny, teda žijúca v DD tvrdí, že má dostatok energie pre bežný život, čo názorne vidíme aj na grafe č.5, krúžkovaním odpovede B .14,29 % opýtaných dievčat si myslí , že skôr má dostatok energie pre bežný život. Tri z opýtaných dievčat si myslia, že nemajú dostatok energie pre bežný život. Aj chlapci sa vyjadrili , že majú dostatok energie pre bežný život .41,18 % opýtaných chlapcov volilo odpoveď B. 29,41 % opýtaných chlapcov sa tiež prikláňa k názoru, že skôr má dostatok energie pre bežný život.17,65 % opýtaných chlapcov, nemá dostatok energie pre život.11,76 % opýtaných žiakov resp. chlapcov sa tiež vyjadrilo, že necítia dostatok energie pre bežné činnosti. Celkovo môžeme povedať, že MP žiaci z prvej skupiny z nášho prieskumu v 71% majú dostatočné množstvo energie pre bežný život. 29% opýtaných žiakov z prvej skupiny tvrdí , že nemá dostatočné množstvo energie pre bežný život.

Na moju piatu otázku MP žiaci druhej skupiny odpovedali takto.43,24% dievčat má dostatočné množstvo energie pre bežný život. Možnosť A teda, že skôr ma dostatočné množstvo energie pre bežný

život využilo 24,32 % opýtaných dievčat. Sedem dievčat (18,92%) naopak tvrdí, že skôr nemá dostatok energie pre bežný život. 13,51% opýtaných dievčat druhej skupiny sa vyjadrilo, že nemá vôbec dostatok energie pre bežný život. Chlapci sa vyjadrili podobne na moju položenú otázku. Takmer polovica sa stotožňuje s názorom, že skôr má dostatok energie pre bežný život. 32,26% opýtaných chlapcov tvrdí, že má dostatočné množstvo energie pre bežný život. Traja z oslovených respondentov druhej skupiny sa prikláňajú k názoru, že trpia nedostatkom energie pre každodenné činnosti. Z vyhodnotených výsledkov na moju piatu položenú otázku konštatujem, že MP žiaci z druhej skupiny v 74% opýtaných tvrdia, že majú dostatok energie pre bežný život. 26% opýtaných respondentov druhej skupiny udáva nedostatok energie pre bežný život.

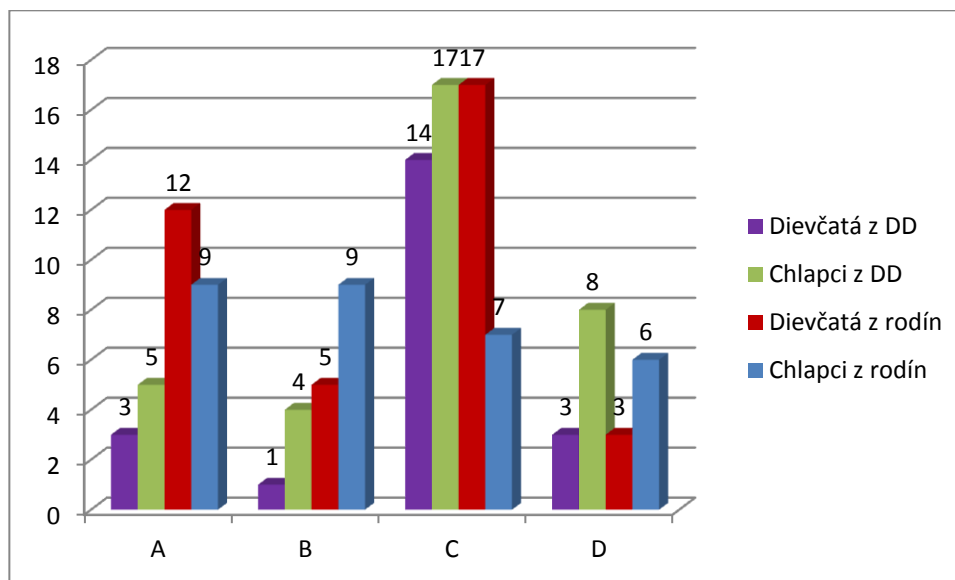
6. Rád(a) chodíš do školy ?

- a) skôr áno
- b) áno
- c) skôr nie
- d) nie

Tabuľka č.8 – Ako rád chodíš do školy ?

Odpoveď	z detského domova						z rodín					
	Dievčatá		Chlapci		Spolu		Dievčatá		Chlapci		Spolu	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
A	3	14,29%	5	14,71%	8	14,55%	12	32,43%	9	29,03%	21	30,88%
B	1	4,76%	4	11,76%	5	9,09%	5	13,51%	9	29,03%	14	20,59%
C	14	66,67%	17	50,00%	31	56,36%	17	45,95%	7	22,58%	24	35,29%
D	3	14,29%	8	23,53%	11	20,00%	3	8,11%	6	19,35%	9	13,24%
Spolu	21	100%	34	100%	55	100%	37	100%	31	100%	68	100%

Graf č.6 – Ako rád chodíš do školy ? - grafické znázornenie



Ďalšia skupina otázok kladená našim respondentom, teda MP žiakov z odborného učilišťa bola zameraná na školské prostredie. Z vyhodnoteného dotazníka môžeme konštatovať, že 81 % dievčat prvej skupiny, teda bývajúca v DD chodí do školy skôr nerado alebo úplne nerady chodia do školy. 19 % dievčat sa vyjadrilo kladne a teda, že školu majú skôr rady. Ani u chlapcov to nie je inak. 73 % chlapcov chodí do školy nerado. Čo vidíme názorne na grafe č.6, kde MP chlapci prvej skupiny zväčša volia odpovede C a D. Pozitívne sa vyjadrilo 27 % opýtaných chlapcov a teda, že do školy chodia skôr radi. Celkovo môžem konštatovať, že 76% našich MP žiakov z prvej skupiny, chodí do školy nerado. Naopak okolo 24 % žiakov priznáva, že do školy chodí rado.

U dievčat druhej skupiny môžem z dotazníka konštatovať, že 46% dievčat druhej skupiny chodí do školy rado. 54 % dievčat udáva, že skôr chodí do školy nerado alebo celkom nerado chodí do školy. U chlapcov nás výsledky prekvapili. Takmer 60 % chlapcov chodí do školy skôr rado. Naopak 40% chlapcov sa prikláňa skôr k odpovedi C a D. A tvrdí, že do školy chodia skôr neradi. Celkovo konštatujem, že polovica žiakov druhej

skupiny chodí do školy rada. Rovnako polovica žiakov sa práve naopak prikláňa k názoru, že školu navštevuje nerada.

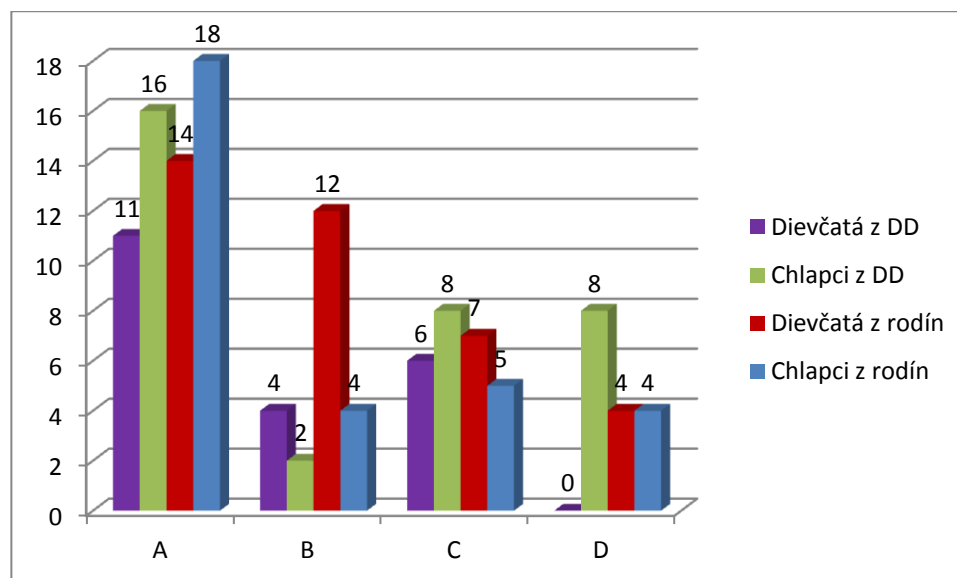
7. Ako dobre si schopný(á) sústrediť sa ?

- a) ak ma niečo zaujíma, viem sa sústrediť
- b) viem sa sústrediť, ale nie dlho
- c) pri dlhšom sústredení ma bolí hlava
- d) nedokážem sa sústrediť

Tabuľka č.9 – Hodnotenie schopnosti sústredenia sa

Odpoveď	z detského domova						z rodín					
	Dievčatá		Chlapci		Spolu		Dievčatá		Chlapci		Spolu	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
A	11	52,38%	16	47,06%	27	49,09%	14	37,84%	18	58,06%	32	47,06%
B	4	19,05%	2	5,88%	6	10,91%	12	32,43%	4	12,90%	16	23,53%
C	6	28,57%	8	23,53%	14	25,45%	7	18,92%	5	16,13%	12	17,65%
D	0	0,00%	8	23,53%	8	14,55%	4	10,81%	4	12,90%	8	11,76%
Spolu	21	100%	34	100%	55	100%	37	100%	31	100%	68	100%

Graf č.7 - Grafické znázornenie hodnotenia schopnosti sústredenia sa



Siedma kladená otázka bola o čosi konkrétnejšia. Naši oslovení žiaci odpovedali na otázku sústredenia na hodinu. A výsledky sú takéto.

Dievčatá z prvej skupiny (52,38 %) tvrdia, že sa dokážu sústrediť, ak ich niečo veľmi zaujíma. Šesť dievčat (28,57%) udáva po dlhšom sústredení bolesti hlavy. Štyri dievčatá sa vyjadrili, že sa vedia sústrediť, ale nie dlho. Ani jedno z opýtaných dievčat prvej skupiny sa nevyjadrilo, že sa nedokáže sústrediť. Aj chlapci z prvej skupiny nášho prieskumu sa vyjadrili (47,06%), že sa vedia sústrediť ak ich niečo zaujíma. 5,88 % chlapcov o sebe tvrdí, že sa vie sústrediť, ale nie na dlho. Možnosť odpovede C a teda, že pri dlhšom sústredení pociťujú bolesti hlavy volilo 23,53% opýtaných chlapcov. A rovnaké percento chlapcov priznalo, že sa nedokáže vôbec sústrediť. Celkovo môžem konštatovať, že takmer polovica opýtaných žiakov prvej skupiny sa vie sústrediť, ak ju niečo zaujíma. 25 % opýtaných žiakov prvej skupiny tvrdí, že pri dlhšom sústredení pociťuje bolesti hlavy. 11% MP žiakov sa vie sústrediť, ale nie dlho. 14 % opýtaných žiakov sa nedokáže vôbec sústrediť.

Na siedmu otázku MP žiaci druhej skupiny odpovedali nasledovne. 37,84% opýtaných dievčat tvrdí, že sa vie sústrediť, ak ich niečo zaujíma. 32,43 % sa priklonilo k odpovedi B a teda, že sa vedia sústrediť, ale nie na dlho. 18,92 % dievčat máva bolesti hlavy pri dlhšom sústredení. Štyri dievčatá priznali, že sa nedokážu vôbec sústrediť. Chlapci z druhej skupiny odpovedali takto. 58,06 % opýtaných MP chlapcov druhej skupiny sa dokáže sústrediť, ak ich niečo zaujíma. Čo výrazne vidíme aj na grafe č.7. 12,90 % chlapcov priznáva, že sa vie sústrediť, ale nie na dlho. Piatich chlapcov (16,13 %) pri dlhšom sústredení bolí hlava. Štyria chlapci priznali, že sa nedokážu vôbec sústrediť. Z tabuľky môžem konštatovať, že MP žiaci z druhej skupiny sa v 47 % vedia sústrediť, ak ich niečo zaujíma. 24 % žiakov sa prikláňa k odpovedi B a teda, že sa vedia sústrediť, ale nie na dlho. Takmer 18% opýtaných respondentov pociťuje pri dlhšom sústredení bolesti hlavy. 12 % MP žiakov priznáva, že sa nevie vôbec sústrediť.

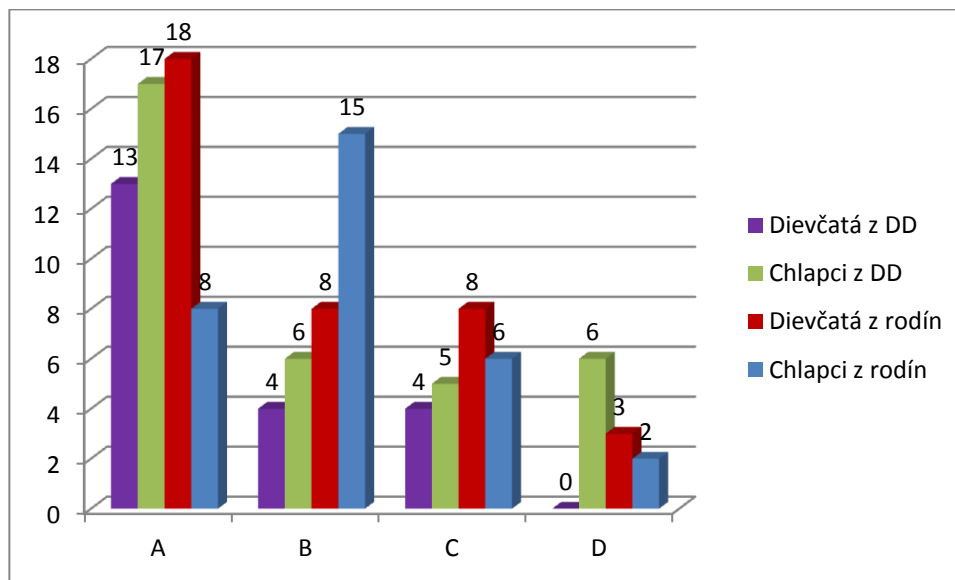
8. Páči sa Vám v škole resp. v triede , cítite sa v prostredí triedy dobre ?

- a) v škole sa mi páči a cítim sa tu dobre
- b) škola ma veľmi nezaujíma , ale cítim sa tu dobre
- c) učivo ma zaujíma, ale necítim sa tu dobre
- d) v škole sa mi nepáči a necítim sa tu dobre.

Tabuľka č.10 – Hodnotenie prostredia triedy

Odpoveď	z detského domova						z rodín					
	Dievčatá		Chlapci		Spolu		Dievčatá		Chlapci		Spolu	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
A	13	61,90%	17	50,00%	30	54,55%	18	48,65%	8	25,81%	26	38,24%
B	4	19,05%	6	17,65%	10	18,18%	8	21,62%	15	48,39%	23	33,82%
C	4	19,05%	5	14,71%	9	16,36%	8	21,62%	6	19,35%	14	20,59%
D	0	0,00%	6	17,65%	6	10,91%	3	8,11%	2	6,45%	5	7,35%
Spolu	21	100%	34	100%	55	100%	37	100%	31	100%	68	100%

Graf č. 8 - Grafické znázornenie hodnotenia prostredia triedy



Na moju ôsmu položenú otázku respondenti prvej skupiny odpovedali takto. 62% opýtaných dievčat odpovedalo , že sa im v škole páči a cítia sa tu dobre. Čo názorne vidíme aj na grafe č.8 zakrúžkovaním odpovede A. 19,05% dievčat sa vyjadrilo , že ich škola veľmi nezaujíma, no napriek tomu sa v nej cítia dobre. Rovnaké percento dievčat (19,05%) udáva , že

ich naopak učivo viac zaujíma, no v škole sa dobre necítia. Nijaké z opýtaných dievčat neodpovedalo, že sa by sa jej v škole nepáči alebo sa tu necítia dobre. Chlapci sa vyjadrili takto. 50 % chlapcov sa v škole páči a cítia sa tu dobre. Šiestich chlapcov (17,65%) škola veľmi nezaujíma ,ale cítia a tu dobre. 14,71 % opýtaných chlapcov sa zaujíma o učivo a výklad, avšak sa v škole necítia dobre. 17,65 % chlapcov prvej skupiny sa vyjadrilo ,že sa im v škole nepáči a necítia sa v nej dobre. Celkovo môžem konštatovať , čo nakoniec vidíme aj na grafe č.8, že MP žiakom prvej skupiny sa v škole páči(55%), 18 % žiakov sa vyjadrilo , že ich škola veľmi nezaujíma , ale cítia sa v nej dobre. 16 % opýtaných žiakov prvej skupiny sa vyjadrilo zakrúžkovaním odpovede C, a teda , že sa zaujímajú o učivo, ale v škole sa dobre necítia. 11 % opýtaných respondentov sa vyjadrilo, že sa im v škole nepáči a necítia sa v nej dobre.

MP žiaci druhej skupiny sa vyjadrili k mojej ôsmej otázke nasledovne. 48,65 % dievčat sa v škole resp. v triede páči a cítia sa tu dobre. Možnosť B , teda že ich škola veľmi nezaujíma, napriek tomu sa v nej cítia dobre volilo 21,62 % opýtaných dievčat druhej skupiny. Percentuálne rovnako teda 21,62% dievčat sa vyjadrilo , že ich síce zaujíma učivo ,no v škole sa necítia dobre .Tri dievčatá zdieľajú názor , že sa im v škole nepáči a necítia sa tu dobre. Takmer polovica chlapcov (48,39 %)sa prikláňa k odpovedi B, čo názorne vidíme aj na grafe č.8 a zastáva názor, že ich škola nezaujíma, ale cítia sa v nej dobre. 25,81 % chlapcov z druhej skupiny sa v škole páči a cítia sa tu dobre. Šiesti z chlapcov sa vyjadrili, že ich učivo zaujíma , ale v škole sa dobre necítia. Dvomi opýtaným chlapcom druhej skupiny sa v škole nepáči a necítia sa v nej dobre. Celkovo môžem konštatovať , že MP žiaci z druhej skupiny v 38 % škola zaujíma a cítia sa v nej dobre. 34 % opýtaných žiakov z druhej skupiny tvrdí , že ich škola nezaujíma , ale cítia sa v nej dobre. 21 % opýtaných žiakov konštatovalo , ich síce zaujíma učivo , ale v škole sa dobre necítia. O tom , že ich škola vôbec nezaujíma, a že sa v nej necítia dobre sa vyjadrilo 7% opýtaných žiakov.

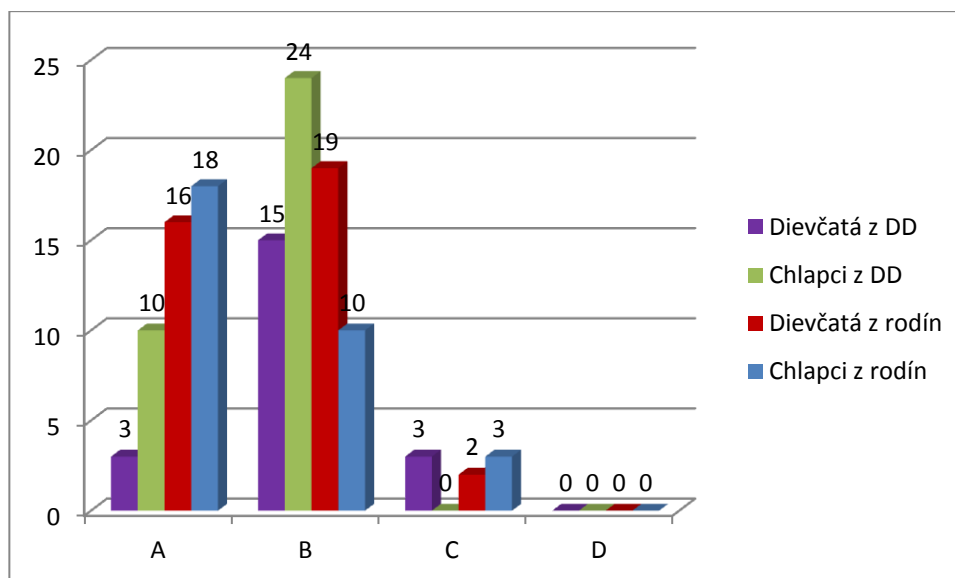
9. Máte radi svojich spolužiakov, sú vaši priatelia?

- a) skôr áno
- b) áno
- c) skôr nie
- d) nie

Tabuľka č.11 – Hodnotenie vzťahov medzi spolužiakmi

Odpoveď	z detského domova						z rodín					
	Dievčatá		Chlapci		Spolu		Dievčatá		Chlapci		Spolu	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
A	3	14,29%	10	29,41%	13	23,64%	16	43,24%	18	58,06%	34	50,00%
B	15	71,43%	24	70,59%	39	70,91%	19	51,35%	10	32,26%	29	42,65%
C	3	14,29%	0	0,00%	3	5,45%	2	5,41%	3	9,68%	5	7,35%
D	0	0,00%	0	0,00%	0	0,00%	0	0,00%	0	0,00%	0	0,00%
Spolu	21	100%	34	100%	55	100%	37	100%	31	100%	68	100%

Graf č.9 - Grafické znázornenie hodnotenia vzťahov medzi spolužiakmi



Na moju deviatu otázku o priateľstve mi respondenti prvej skupiny odpovedali nasledovne. 85 % dievčat považuje svojich spolužiakov za priateľov. Tri z opýtaných dievčat si myslia, že spolužiaci nie sú aj ich priatelia. Aj chlapci považujú svojich spolužiakov skôr za priateľov (29,41%). 70,59 % opýtaných chlapcov prvej skupiny cíti zo strany spolužiakov priateľstvo, čo názorne vidíme aj na grafe č.9.

Z výsledkov na moju deviatu položenú otázku vyplýva , že 95 % MP žiakov prvej skupiny považuje svojich spolužiakov za priateľov. Len 5 % opýtaných respondentov prvej skupiny nepovažujú svojich spolužiakov za priateľov.

Aj dievčatá druhej skupiny v 43,24 % opýtaných považujú svojich spolužiakov za priateľov. 51,35 % dievčat prvej skupiny cíti priateľstvo zo strany spolužiakov. Len dve dievčatá sa vyjadrili, že svojich spolužiakov nepovažujú za priateľov. Desiati chlapci(32,26%) považujú svojich spolužiakov skôr za priateľov. 58,06 % opýtaných chlapcov si o svojich spolužiakov myslí, že sú ich priatelia. O tom , že svojich spolužiakov nepovažujú za priateľov sa vyjadrili traja chlapci. Z dotazníka a tiež názorne z grafu č.9 vidíme ,že naši respondenti druhej skupiny v 93 % považujú spolužiakov za priateľov. 7 % MP žiakov si naopak o svojich spolužiakov nemyslí, že sú aj ich priatelia .

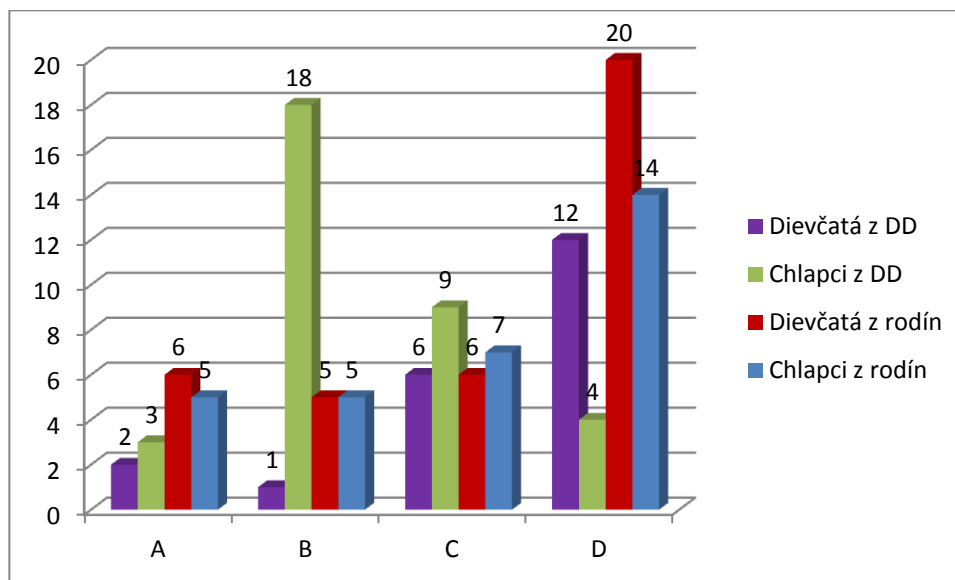
10. O čom sa najčastejšie so spolužiakmi rozprávate?

- a) o škole
- b) o hudbe
- c) o priateľoch, spoločenské dianie, kino....
- d) o práci (o ručných prácach , o prácach s drevom , o pomoci ľuďom, o varení,)

Tabuľka č.12 – Hodnotenie najčastejších tém so spolužiakmi

Odpoveď	z detského domova						z rodín					
	Dievčatá		Chlapci		Spolu		Dievčatá		Chlapci		Spolu	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
A	2	9,52%	3	8,82%	5	9,09%	6	16,22%	5	16,13%	11	16,18%
B	1	4,76%	18	52,94%	19	34,55%	5	13,51%	5	16,13%	10	14,71%
C	6	28,57%	9	26,47%	15	27,27%	6	16,22%	7	22,58%	13	19,12%
D	12	57,14%	4	11,76%	16	29,09%	20	54,05%	14	45,16%	34	50,00%
Spolu	21	100%	34	100%	55	100%	37	100%	31	100%	68	100%

Graf č.10 - Grafické znázornenie hodnotenia najčastejších tém medzi spolužiakmi



S mojou desiatou položenou otázkou sa respondenti prvej skupiny popasovali takto. 57,14% opýtaných dievčat z DD považuje za najčastejšiu tému rozhovoru so spolužiakmi, témy týkajúce sa ručných prác, varenia. Šesť dievčat, čo je 28,57 % najviac zaujímajú témy priateľstva, medziľudských vzťahov. Jedno z opýtaných dievčat využilo možnosť odpovede B, a teda že témy rozhovoru so spolužiakmi smerujú do oblasti hudby. Len 9,52% opýtaných dievčat sa najčastejšie so spolužiakmi rozpráva o škole. Chlapci z prvej skupiny odpovedali na moju desiatu položenú otázku takto. Viac ako polovica opýtaných chlapcov sa so svojimi spolužiakmi zhovára o hudbe, čo vidíme aj na grafe č.10 kde odpoveď B vykazuje viditeľný nárast. 26,47 % opýtaných chlapcov sa najčastejšie zhovára so spolužiakmi o témach týkajúcich sa priateľstva. 11,76 % opýtaných chlapcov využilo možnosť odpovede D a teda, častou témou medzi spolužiakmi sú témy týkajúce sa práce, hlavne práce s drevom. Traja z opýtaných chlapcov si myslia, že najčastejšou témou medzi spolužiakmi je téma školy. Vo všeobecnosti môžem konštatovať, že žiaci prvej skupiny sa rozprávajú o všetkom. Zaujímajú sa o všetko o hudbu, spoločenské dianie, o prácu. Najmenej (9%) žiakov prvej skupiny sa zaujíma o témy súvisiace so školou.

Respondenti druhej skupiny odpovedali na desiatu otázku nasledovne. 54,05 % dievčat považuje za najčastejšie témy rozhovoru témy o ručných prácach a o varení. Rovnako 16,22% opýtaných dievčat sa zaujíma o školu, spoločenské dianie, priateľov. 13,51 % dievčat považuje za časté témy rozhovoru, rozhovory o hudbe. Chlapci na moju desiatu položenú otázku odpovedali takto. 45,16% chlapcov sa najčastejšie so spolužiakmi rozpráva o prácach s drevom. Možnosť C využilo 22,58 % opýtaných chlapcov a teda spoločenské dianie považujú za najčastejšie témy rozhovoru medzi sebou. 16,13% opýtaných chlapcov sa najčastejšie rozpráva medzi sebou o škole. Rozhovory o hudbe zaujímajú rovnako 16,13% opýtaných MP žiakov resp. chlapcov. Celkovo môžem konštatovať, že MP žiakov druhej skupiny najviac zaujímajú témy týkajúce sa práce (50%). Okolo 19% žiakov sa zaujímajú o témy týkajúce priateľov a spoločenského diania. Témy rozhovoru 16 % MP žiakov druhej skupiny smerujú do oblasti školy, školského prostredia. Najmenej tém rozhovoru MP žiaci druhej skupiny (15%) venujú hudbe.

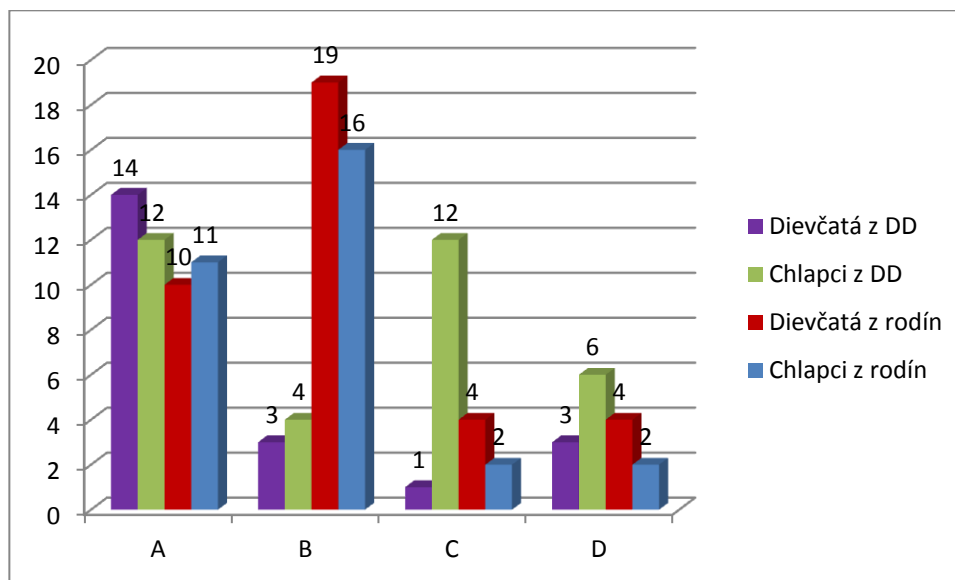
11. Cítiš sa bezpečne v prostredí, v ktorom žiješ?

- a) skôr áno
- b) áno
- c) skôr nie
- d) nie

Tabuľka č.13 – Hodnotenie prostredia, v ktorom MP žiaci žijú

Odpoveď	z detského domova						z rodín					
	Dievčatá		Chlapci		Spolu		Dievčatá		Chlapci		Spolu	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
A	14	66,67%	12	35,29%	26	47,27%	10	27,03%	11	35,48%	21	30,88%
B	3	14,29%	4	11,76%	7	12,73%	19	51,35%	16	51,61%	35	51,47%
C	1	4,76%	12	35,29%	13	23,64%	4	10,81%	2	6,45%	6	8,82%
D	3	14,29%	6	17,65%	9	16,36%	4	10,81%	2	6,45%	6	8,82%
Spolu	21	100%	34	100%	55	100%	37	100%	31	100%	68	100%

Graf č. 11 - Grafické znázornenie hodnotenia prostredia, v ktorom MP žiaci žijú



S moju jedenástou otázkou si respondenti jednotlivých skupín poradili takto. Viac než polovica dievčat prvej skupiny sa cíti bezpečne v prostredí, ktorom žije. Jedno dievča využilo možnosť odpovede C a teda, že sa skôr necíti dobre v prostredí, v ktorom žije. Tri dievčatá(14,29%) sa necítia dobre v prostredí, v ktorom žijú. Chlapci v našom prieskume odpovedali na moju otázku takto. Takmer polovica chlapcov sa skôr áno alebo úplne dobre cíti v prostredí, v ktorom žije. Skoro 53% chlapcov vyjadrilo práve opačný názor, a teda prostredie v ktorom žijú nepovažujú za bezpečné. Celkovo môžem konštatovať, že takmer 60% opýtaných MP žiakov sa cíti dobre v prostredí, v ktorom žije a 40 % respondentov práve naopak nepovažuje prostredie, v ktorom žijú za bezpečné.

U druhej skupiny opýtaných MP žiakov žijúcich v rodinách sme dospeli k týmto záverom. Polovica opýtaných dievčat sa cíti dobre v prostredí, v ktorom žije, čo je zrejme aj z grafu č.11. 27% opýtaných dievčat sa prikláňa k názoru, že prostredie, v ktorom žije je skôr bezpečné. Štyri dievčatá považujú prostredie, v ktorom žijú, za prostredie v ktorom sa necítia bezpečne. U chlapcov je situácia podobná. Väčšina opýtaných chlapcov (87%) považuje prostredie, v ktorom žijú za bezpečné. Dvaja chlapci sa prikláňajú k názoru, že prostredie v ktorom žijú nie je bezpečné. Vo

všeobecnosti môžem konštatovať, že 82 % MP žiakov druhej skupiny teda skupiny žijúcej v rodinách považuje prostredie ,v ktorom žijú za bezpečné.18% opýtaných žiakov sa v prostredí, v ktorom žije necíti bezpečne.

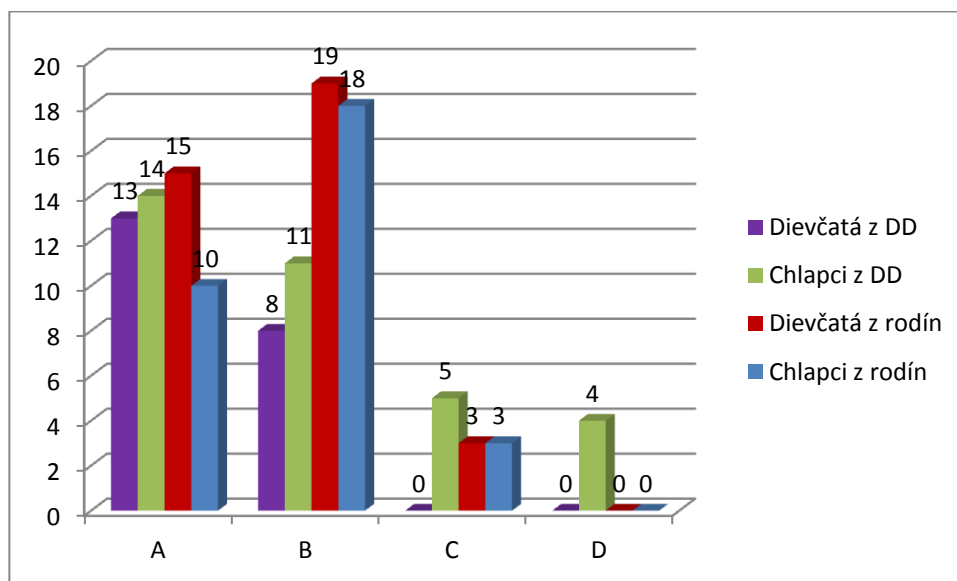
12. Hodnotíš vzťahy v prostredí, v ktorom žiješ za dobré?

- a) skôr áno
- b) áno
- c) skôr nie
- d) nie

Tabuľka č.14 – Hodnotenie vzťahov v prostredí , v ktorom žiaci žijú

Odpoveď	z detského domova						z rodín					
	Dievčatá		Chlapci		Spolu		Dievčatá		Chlapci		Spolu	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
A	13	61,90%	14	41,18%	27	49,09%	15	40,54%	10	32,26%	25	36,76%
B	8	38,10%	11	32,35%	19	34,55%	19	51,35%	18	58,06%	37	54,41%
C	0	0,00%	5	14,71%	5	9,09%	3	8,11%	3	9,68%	6	8,82%
D	0	0,00%	4	11,76%	4	7,27%	0	0,00%	0	0,00%	0	0,00%
Spolu	21	100%	34	100%	55	100%	37	100%	31	100%	68	100%

Graf č.12 - Grafické znázornenie hodnotenia vzťahov v prostredí , kde žijú naši žiaci



Aj mojou dvanástou otázkou chceme nahliadnuť do života , v prostredí v ktorom naši MP žiaci žijú. Teda je zameraná na vzťahy v prostredí , v ktorom žijú. Dievčatá z prvej skupiny ,teda z DD hodnotia vzťahy v detskom domove za dobré. U chlapcov sme k takej jednoznačnej odpovedi nedospeli. Aj keď väčšie percento (73 %) opýtaných chlapcov považuje vzťahy v detskom domove za dobré.27 % opýtaných chlapcov si myslí pravý opak a tvrdí, že vzťahy v prostredí, v ktorom žijú nie sú veľmi dobré. Avšak celkovo konštatujem , že 84% opýtaných žiakov prvej skupiny považuje vzťahy v prostredí , v ktorom žijú za dobré. 16% opýtaných MP žiakov hodnotí vzťahy v prostredí , v ktorom žijú za nie veľmi dobré.

MP žiaci druhej skupiny a teda žiaci žijúci v rodinách považujú vzťahy v rodinách za nasledovne. Takmer 92% dievčat považuje vzťahy v rodinách za dobré . 8% opýtaných dievčat hodnotí vzťahy v rodinách za nie veľmi dobré. Chlapci hodnotia vzťahy v rodinách takto .Väčšina (91%) opýtaných chlapcov hodnotí vzťahy v prostredí v ktorom žijú za dobré.9% opýtaných chlapcov považuje vzťahy v rodinách za skôr zlé ako dobré. Z dotazníka môžem konštatovať, že MP žiaci druhej skupiny považujú vzťahy v rodinách za dobré. To si myslí takmer 91 % opýtaných MP žiakov druhej skupiny, čo výrazne vidíme aj na grafe č.12 .9 % MP žiakov druhej skupiny nehodnotí vzťahy v rodine pozitívne .

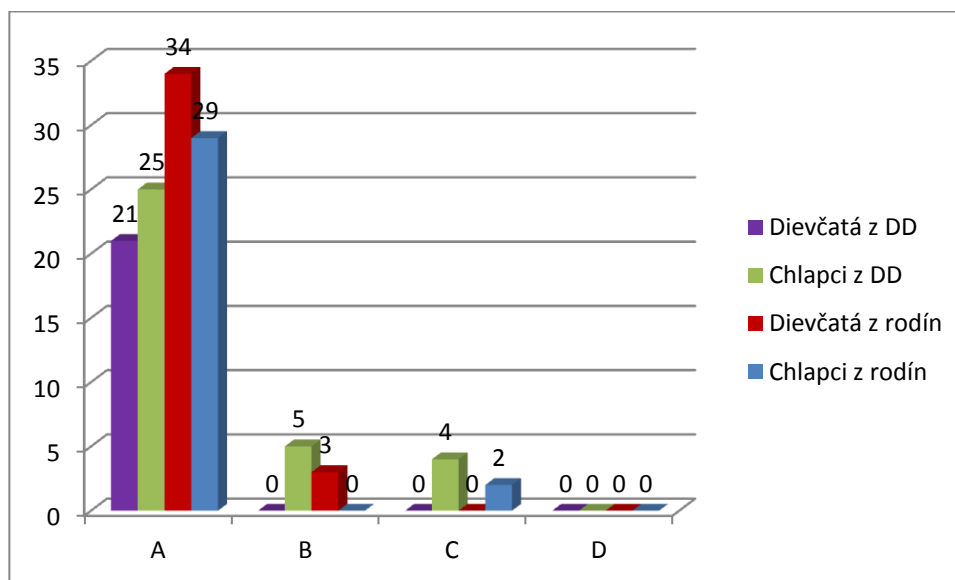
13. Máš dostatok príležitosti pre rozvíjanie svojich aktivít?

- a) áno - venujem sa svojim záľubám
- b) mám dost' času , ale nič sa mi nechce
- c) nemám dost' príležitosti na svoje záujmy
- d) mňa nič nezaujíma

Tabuľka č.15 – Hodnotenie dostatku príležitosti na rozvíjanie vlastných aktivít

Odpoveď	z detského domova						z rodín					
	Dievčatá		Chlapci		Spolu		Dievčatá		Chlapci		Spolu	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
A	21	100,0%	25	73,53%	46	83,64%	34	91,89%	29	93,55%	63	92,65%
B	0	0,00%	5	14,71%	5	9,09%	3	8,11%	0	0,00%	3	4,41%
C	0	0,00%	4	11,76%	4	7,27%	0	0,00%	2	6,45%	2	2,94%
D	0	0,00%	0	0,00%	0	0,00%	0	0,00%	0	0,00%	0	0,00%
Spolu	21	100%	34	100%	55	100%	37	100%	31	100%	68	100%

Graf č.13 - Grafické znázornenie dostatku príležitosti na rozvíjanie vlastných aktivít



Trinásta otázka bola zameraná, na to či naši MP žiaci majú dostatok času na rozvíjanie svojich aktivít. Dievčatá z prvej skupiny odpovedali jednoznačnejšie, čo názorne vidíme aj na grafe č.13. A to, že majú dostatok času na rozvíjanie aktivít. Chlapci z nášho prieskumu sa tiež prikláňajú k názoru, že majú dostatok času na svoje aktivity. To uvádza takmer 74% respondentov. Avšak 14,71% opýtaných chlapcov zastáva názor, že síce majú dostatok času na vlastné aktivity, ale veľmi sa im nechce. Štyria chlapci z prvej skupiny sa vyjadrili, že nemajú dostatok času na svoje aktivity. Celkovo MP žiaci z prvej skupiny (84%) skonštatovali, že majú dostatok času a venujú sa svojim záujmom. 9% opýtaných MP žiakov

prvej skupiny sa vyjadrilo, že má síce dostatok času na rozvíjanie vlastných záujmov, ale sa im nič nechce. Štyria z opýtaných žiakov prvej skupiny sa vyjadrili, že nemajú dostatok času na vlastné záujmy.

U druhej skupiny opýtaných chlapcov a dievčat sme dospeli k týmto skutočnostiam. 91,89 % dievčat sa vyjadrilo, že má dostatok času na rozvíjanie vlastných záujmov. Možnosť odpovede B využilo 8,11 % opýtaných dievčat a konštatuje, že má dosť času na rozvíjanie svojich záujmov, ale nič sa im nechce. Chlapci z druhej skupiny odpovedali nasledovne. 93,55 % opýtaných chlapcov tvrdí, že sa venuje svojim záujmom a má na ne dostatok času. Naopak 6,45 % opýtaných chlapcov tvrdí, že nemá dostatok času na rozvíjanie svojich záujmov. Celkovo naši MP žiaci druhej skupiny majú v 93% dostatok času na svoje záujmy a aj sa im venujú. 4% respondentov sa vyjadrili, že majú dostatok času, ale nechce sa im rozvíjať svoje záujmy. 3% opýtaných MP žiakov druhej skupiny nemá dostatok času, na rozvíjanie vlastných záujmov.

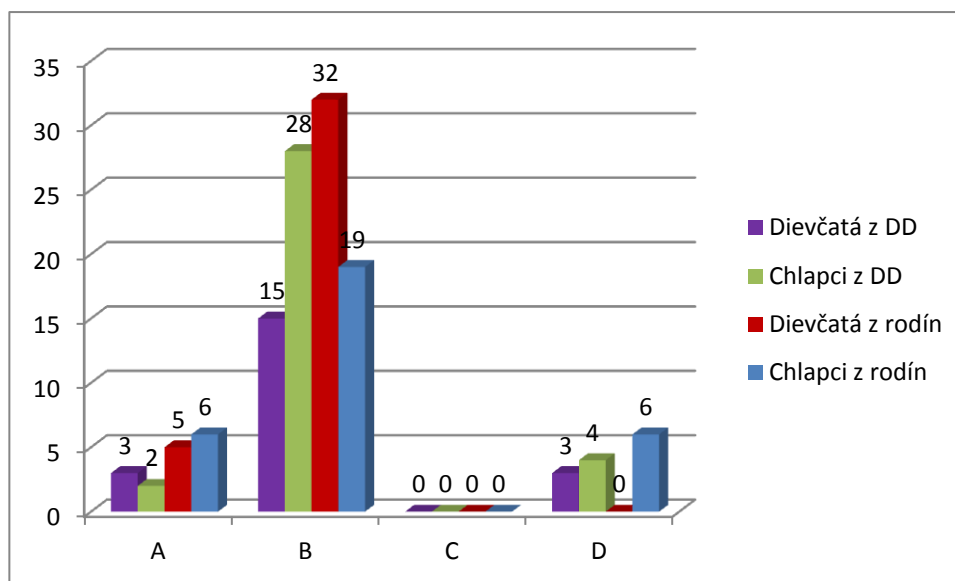
14. Chcel(a) by si v budúcnosti pracovať?

- a) skôr áno
- b) áno
- c) skôr nie
- d) neviem

Tabuľka č.16 – Chceš v budúcnosti pracovať ?

Odpoveď	z detského domova						z rodín					
	Dievčatá		Chlapci		Spolu		Dievčatá		Chlapci		Spolu	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
A	3	14,29%	2	5,88%	5	9,09%	5	13,51%	6	19,35%	11	16,18%
B	15	71,43%	28	82,35%	43	78,18%	32	86,49%	19	61,29%	51	75,00%
C	0	0,00%	0	0,00%	0	0,00%	0	0,00%	0	0,00%	0	0,00%
D	3	14,29%	4	11,76%	7	12,73%	0	0,00%	6	19,35%	6	8,82%
Spolu	21	100%	34	100%	55	100%	37	100%	31	100%	68	100%

Graf č.14 - Grafické znázornenie - chcel by si v budúcnosti pracovať ?



Štrnásť otázka nám vykresľuje pohľad našich respondentov do budúcnosti. Žiaci prvej skupiny resp. dievčatá prvej skupiny sa vyjadrili, že v budúcnosti by chceli pracovať (85%), čo vidíme z grafu č.14. Možnosť D, teda, že nevedia či by chceli pracovať využilo 14,29% opýtaných dievčat. Chlapci v našom dotazníku uviedli podobne ako dievčatá, že majú záujem o prácu, čo vyjadrilo 88% opýtaných MP žiakov. Štyria chlapci v našom dotazníku uviedli, že nevedia či by chceli v budúcnosti pracovať. Z výsledkov dotazníka konštatujem, že 87 % žiakov prvej skupiny by chcelo v budúcnosti pracovať. 13 % žiakov sa ohľadne práce v budúcnosti nevedelo vyjadriť.

V druhej skupine sa všetky dievčatá vyjadrili, že by chceli v budúcnosti pracovať. Aj chlapci sa prikláňajú k názoru, že by chceli v budúcnosti pracovať. Tak sa vyjadrilo 81% opýtaných chlapcov. Šesť chlapcov sa vyjadrilo, že nevie, či by chceli v budúcnosti pracovať. Celkovo môžem konštatovať, že 91% MP žiakov druhej skupiny, teda bývajúcí v rodinách by chcelo v budúcnosti pracovať. Avšak 9 % respondentov sa v otázke a práci v budúcnosti nevedel vyjadriť.

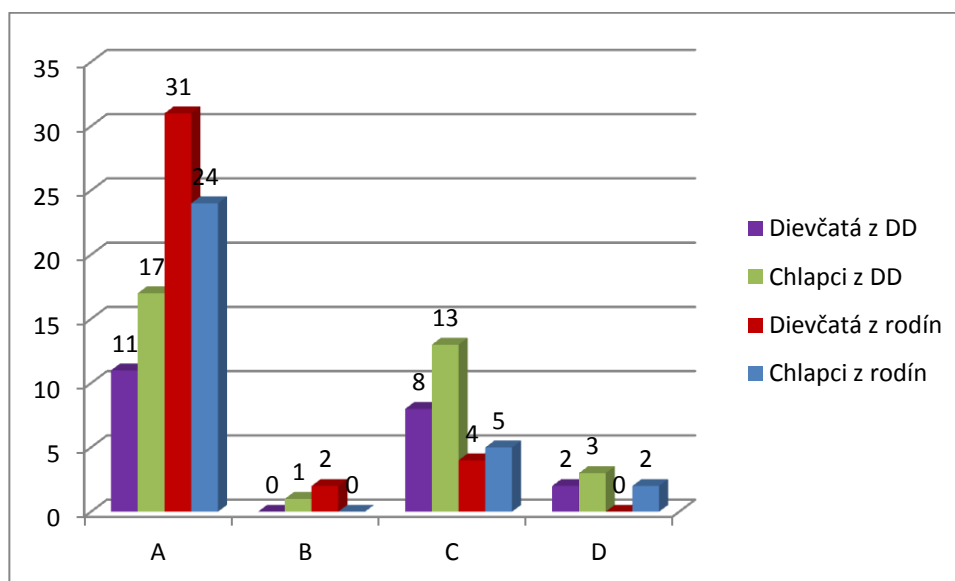
15. Si so sebou spokojný (á)?

- a) áno
- b) ani nie
- c) neviem posúdiť
- d) nie

Tabuľka č.17 – Spokojnosť so sebou samým

Odpoveď	z detského domova			z rodín			Spolu		Spolu	
	Dievčatá	Chlapci	Spolu	Dievčatá	Chlapci	Spolu	n	%	n	%
A	11 52,38%	17 50,00%	28 50,91%	31 83,78%	24 77,42%	55 80,88%				
B	0 0,00%	1 2,94%	1 1,82%	2 5,41%	0 0,00%	2 2,94%				
C	8 38,10%	13 38,24%	21 38,18%	4 10,81%	5 16,13%	9 13,24%				
D	2 9,52%	3 8,82%	5 9,09%	0 0,00%	2 6,45%	2 2,94%				
Spolu	21 100%	34 100%	55 100%	37 100%	31 100%	68 100%				

Graf č.15 - Grafické znázornenie stavu spokojnosti so sebou samým



Piatu z päťice otázok zameraných na osobnosť MP žiakov uzatvára otázka spokojnosti so sebou samým. 52,38 % dievčat prvej skupiny je so sebou spokojná. 38,10% opýtaných dievčat nevie posúdiť svoju spokojnosť. Dve dievčatá sa vyjadrili, že nie sú so sebou spokojné. Chlapci sa vyjadrili takto. Polovica chlapcov je so sebou spokojná.38,24 %

opýtaných chlapcov nevie objektívne posúdiť svoju spokojnosť. Jeden chlapec sa vyjadril, že skôr nie je so sebou spokojný. Traja chlapci vyjadrili nespokojnosť so sebou. Celkovo konštatujem, že 51 % MP žiaci prvej skupiny je so sebou spokojná. 38 % opýtaných respondentov svoju spokojnosť nevie posúdiť, čo následne vidíme aj z grafu č.15. 2% opýtaných nie sú so sebou celkom spokojní. Možnosť D, a teda že sú so sebou nespokojní vyjadrilo 9,09 % opýtaných MP žiakov.

Dievčatá druhej skupiny sa vyjadrili nasledovne. 83,78 % opýtaných žiakov resp. dievčat je so sebou spokojná. 10,81 % opýtaných dievčat nevie posúdiť, či sú so sebou spokojné. 5,41 % dievčat sa vyjadrilo, že skôr nie sú so sebou spokojné. 77,42 % chlapcov vyjadrilo svoju spokojnosť so sebou. 16,13% MP chlapcov svoju spokojnosť so sebou nevie posúdiť. Dvaja chlapci vyjadrili nespokojnosť so sebou. Z výsledkov dotazníka vyplynulo, že 81 % MP žiakov druhej skupiny je so sebou spokojná. 13 % žiakov sa vyjadrilo, že nevie posúdiť svoju spokojnosť so sebou. Dvaja MP žiaci vyjadrili svoju skôr nespokojnosť so sebou a rovnako dvaja MP žiaci boli so sebou úplne nespokojní.

6 DISKUSIA

Na celom svete žijú ľudia s mentálnym postihnutím. Žijú vo všetkých spoločnostiach, všetkých krajinách. Sú to naše deti, vnúčatá, naši susedia, priatelia. Zasluhujú si našu úctu ako naši spoluobčania. Potrebujú naše porozumenie a našu podporu, aby mohli byť súčasťou našej pospolitosti. Uznať ich za rovnoprávných občanov je pre každého z nás len nepatrný krok – pre vývoj ľudstva je to veľký krok vpred.

Ľudia s mentálnym postihnutím musia byť uznaní za rovnocenných spoluobčanov ako všetci ostatní. Ich individuálne potreby môžu byť odlišné. Cieľom našej práce bolo snažiť sa vcítiť sa do života MP mládeže dvoch skupín. Žijúcej v DD a v rodinách. Stanovili sme si tri hlavné okruhy hodnotového dotazníka .A to, otázky týkajúce zdravia, školy a prostredia, v ktorom žijú .Naším cieľom je zistiť , či sa ich odpovede nejako líšia. Prvá skupina otázok zameraných na zdravie nám vykazuje tieto výsledky. Žiaci žijúci v DD vyjadrujú nespokojnosť so svojim zdravím až v 80% , len 20% žiakov je so svojim zdravím spokojná. Opačné čísla sú u žiakov žijúcich v rodinách. Tí, sú vo väčšine so svojim zdravím spokojní. Prekvapivo žiaci z DD odpovedali , že napriek svojej nespokojnosti so zdravím , sa takmer v 60% necítia často unavení , 40% žiakov udáva častú únavu. Žiaci žijúci v rodinách sa takmer v 60 % cítia často unavení,42 % žiakov sa práve naopak nepovažuje za často unavených. Tretia otázka úzko kopíruje prvú položenú otázku , ohľadne častého výskytu choroby .Tu sa vyjadrili žiaci z DD podobne 56 % opýtaných býva často chorých, zvyšných 44 % sa naopak nepovažuje za často chorých. MP žiaci žijúci v rodinách sa v 65% nepovažujú za často chorých, 35 % žiakov naopak býva často chorých. Z dotazníka sme tiež zistili , že MP žiaci z DD trpia najčastejšie bolesťou hlavy (60%), 24% žiakov udáva za častú bolesť celého tela, 18 % trpí najčastejšie bolesťou rúk a nôh. Žiaci z rodín trpia najviac (41 %) bolesťou celého tela , 32 % žiakov udáva bolesť hlavy , 16% trpí najčastejšie bolesťou rúk , a najmenej 10 % žiakov trpí bolesťou nôh. Taktiež sme zistili , že žiaci obidvoch skupín majú , vo väčšine dostatok energie pre bežný život. Druhá skupina položených otázok týkajúcich sa školského života nám

priniesla tieto závery. 76% žiakov z DD nechodí do školy rado, zvyšných 24% žiakov práve naopak, rado navštevuje školu. Z dotazníka tiež vyplynulo, že žiaci z rodín chodia do školy radi (50%), rovnako polovica žiakov chodí do školy nerada. Na otázku sústredenia sa na vyučovanie odpovedali MP žiaci obidvoch skupín rovnako. Takmer polovica z opýtaných žiakov obidvoch skupín sa dokáže sústrediť na hodine, ak ich niečo zaujíma. Okolo 25% opýtaných žiakov prvej skupiny udáva pri dlhšom sústredení bolesti hlavy. 11% respondentov sa vie sústrediť, ale nie dlho. O tom, že sa nedokážu vôbec sústrediť, sa vyjadrilo 14% MP žiakov prvej skupiny. V druhej skupine žiakov 24% respondentov uvádza, že sa vedia sústrediť, ale nie na dlho, 18% žiakov udáva pri dlhšom sústredení bolesti hlavy. 12% opýtaných respondentov sa nevie sústrediť vôbec. Ďalej konštatujem, že MP žiakom prvej skupiny sa v škole páči, tak uvádza 55% opýtaných respondentov. 18% žiakov sa taktiež v škole páči, ale nezaujíma ich učivo. 16% respondentov prvej skupiny zaujíma učivo, no v škole sa im nepáči. O tom, že sa im v škole nepáči, ani sa v nej dobre necítia sa vyjadrilo 11% MP žiakov prvej skupiny. 72% žiakov druhej skupiny sa v škole cíti dobre. Avšak len polovica sa zaujíma aj školu. 21% respondentov sa zaujíma o učivo a školu, no necítia sa v nej dobre. Nezaujímam sa o školu, ani sa v nej dobre necítim, tak sa vyjadrilo 7% MP žiakov druhej skupiny. Z dotazníka sme tiež zistili, že väčšina opýtaných MP žiakov obidvoch skupín považuje svojich spolužiakov za priateľov. Za najčastejšie témy medzi spolužiakmi dominujú témy o hudbe, o spoločenskom dianí. Asi najmenej dominujú témy o škole. V druhej skupine MP žiakov z rodín dominujú azda viac témy prác, či už domácich, alebo ohľadne učebného odboru. Je to spôsobené zapájaním rodičov deti do chodu domácnosti, čo je správny krok. MP žiaci druhej skupiny sa najmenej rozprávajú o hudbe. Tretia skupina otázok bola zameraná na prostredie, v ktorom naši opýtaní MP žiaci žijú. Z dotazníka sme vyhodnotili tieto závery. 60% žiakov z DD sa cíti bezpečne, naopak 40% opýtaných žiakov sa necíti bezpečne, v prostredí kde žijú. Za viac bezpečne považujú prostredie, v ktorom žijú žiaci z rodín

(82%) . 18 % žiakov žijúci v rodinách nepovažuje za bezpečne prostredie , v ktorom žije .Možno to súvisí s tým, že niektorí žiaci pochádzajú z neúplných rodín. V ďalšej položenej otázke hodnotia žiaci obidvoch skupín vzťahy v prostredí, v ktorom žijú .Môžem konštatovať, že obidve skupiny hodnotia vzťahy v prostredí ktorom žijú vo väčšine za dobré. Tiež sme zistili, že naši oslovení MP žiaci oboch skupín majú dostatok času na rozvíjanie vlastných záujmov , to udáva takmer 90% MP žiakov .Okolo 10 % MP žiakov prvej skupiny si myslí, že má dostatok času na vlastné záujmy, ale sa jej nič nechce, 7% MP žiakov udáva nedostatok času na rozvíjanie svojich záujmov.4 % žiakov druhej skupiny uvádzajú , že síce majú dostatok času na rozvíjanie vlastných záujmov , ale nič sa im nechce. Nemáme dostatok času na rozvíjanie vlastných záujmov, tak uviedli 3% MP žiakov druhej skupiny. Ako vidia svoju budúcnosť, či by chceli v budúcnosti pracovať. V tom majú jasnejšiu predstavu žiaci z rodín, kde sa takmer všetci vyjadrili o tom , že by chceli v budúcnosti pracovať. Žiaci z DD sa vyjadrili v 87% o tom , že by chceli v budúcnosti pracovať, avšak 13 % sa v otázke budúcnosti nevedelo vyjadriť. Rovnako jasnejšie sa o svojej spokojnosti so sebou vyjadrili žiaci z rodín. Svoju spokojnosť vyjadrilo 81% opýtaných MP žiakov. 13% nevie adekvátne posúdiť svoju spokojnosť so sebou. Žiaci z DD sú so sebou spokojní v 51% ,38% MP žiakov svoju spokojnosť nevie posúdiť, 11 % MP žiakov nie je so sebou spokojná. Súčasťou môjho sledovania, bolo tiež vidieť ,ako to vyzerá s prácou a uplatnením MP v reálnom živote. Navštívila som chránené pracovisko v Poprade. Pracovali tam MP ľudia rôznych diagnóz. Po rozhovore s nimi som veľa pochopila. Máme sa od nich čo učiť .Sú našimi slniečkami, radosťami. Všetci títo ľudia žijú v rodinách. Zhodne tvrdia ,že práve rodina im vo všetkom pomáha. Od maličkosti ,až po veľké veci bežného života. Za čo sú jej nesmierne vďační....Pochopila som, čo znamená rodina pre MP človeka. Rodinné zázemie, lásku, pochopenie, spolupatričnosť si cenia možno azda viac ako my zdraví. Utvrdila som sa v odvekej pravde, že rodina ako prvá dopomáha k zaradeniu človeka do spoločnosti.

7 ODPORÚČANIE PRE PRAX

Každý z nás ma rozličné individuálne potreby. Niektoré základné potreby pre všetkých ľudí sú do značnej miery rovnaké, ako napr:

- uznanie v prvom rade ako človek a len v druhom rade ako „zdravotne postihnutý“,
- vykročenie po normálnej ceste životom,
- plnohodnotné členstvo vo svojich rodinách,
- milovať a byť milovaným,
- možnosti učiť sa, pracovať a žiť uprostred spoločnosti,
- účasť a možnosti využívania voľného času.

Na základe týchto princípov je možné vytvoriť životný rámec, ktorý dokáže tieto základné potreby splniť. Znamená to nájsť pre všetkých ľudí s mentálnym postihnutím také usporiadanie života a podmienky každodenného života, ktoré čo najviac zodpovedajú obvyklej úrovni spoločnosti, v ktorej človek žije Ľudia s mentálnym postihnutím môžu zamestnávateľov zaujať tým,

- že:• sú stabilnou a motivovanou pracovnou silou,
- nemenia svoje zamestnanie - menšia fluktuácia zamestnancov,
- sú nadšení každodennou dochádzkou do práce,
- sú dychtiví po práci, chcú sa učiť nové veci,
- zamestnávatelia majú možnosť získať štátne príspevky,
- niektorí si myslia, že ľudia s mentálnym postihnutím majú vyšší počet absencií v práci, no štúdie dokázali, že to tak nie je!
- zamestnávateľ dostáva uznanie, nakoľko poskytuje rovnaké príležitosti,
- atmosféra vo firme môže benefitovať z ich citlivosti, lásky, lojality,
- veľavážená spoločnosť pre zákazníkov s postihnutím a ich rodiny,
- prospieva im stabilné a nemeniace sa prostredie.

8 ZÁVER

Žiť, pracovať, alebo sa priateľiť s človekom s mentálnym postihnutím nie je len záťažou, ale často aj prínosom pre rodinu, priateľov, učiteľov. Sú to oni, ktorí nás upozornia na to, že slnko svieti, vtáci spievajú a kvety sladko voňajú. Sú to oni, ktorí nám ponúknu svoje čisté srdcia. Určite by každý rodič chcel mať zdravé dieťa, ale ak sa tak nestane, treba mu pomôcť hľadať tú správnu cestu.

Rodina ako najstaršia ľudská spoločenská inštitúcia vznikla z potreby svojich potomkov chrániť, učiť, pripravovať ich pre život a tieto potreby sú aktuálne dodnes. Matějček (1994) Rodina poskytuje priestor pre významné procesy vo vývoji jedinca. V rodinnom prostredí sa utvára dôvera v samého seba i v druhých ľudí, formujú sa modely správania, postoje k spoločnosti, osvojujú sa rôzne formy komunikácie. Umožňuje dieťaťu základnú orientáciu v okolitom svete a úspešné zaradenie sa do spoločnosti. Rodina znamená pre dieťa základnú životnú istotu, poskytuje mu zázemie, podporu a pomoc a je to práve ona, ktorá pôsobí ako regulátor nežiaducich činností, ako sú rôzne abúzy, či sociálna patológia. Aj z výsledkov našej práce vyplynulo, že deti ktoré žijú doma v rodinách majú väčšie sociálne istoty, sú so sebou spokojnejšie, majú jasnejšie predstavy o živote v porovnaní z deťmi z DD.

Myslím si, že každá rodina by sa mala snažiť spoznávať svojho postihnutého člena, komunikovať s ním a snažiť sa ho čo najviac začleniť do spoločnosti. Dnešná doba ponúka možno viac aj MP ľuďom, ako to bolo v minulosti. Či sa jedna o možnosti štúdia, rôzne mimoškolské aktivity. Musíme si uvedomiť, že všetky predsudky, a krivé pohľady budú pretrvávajúť a nikdy nezmiznú keď sa aj najbližší budú hanbiť za ľudí, ktorí sú iní, avšak výnimoční a od ktorých sa môžeme veľa naučiť.

9 LITERATÚRA

1. BAJO, I., VAŠEK, Š. 1994. PEDAGOGIKA MENTÁLNE POSTIHNUTÝCH
2. (PSYCHOPÉDIA). BRATISLAVA: SAPIENTIA, 1994. 251 s. ISBN 80-967180-1-0.
3. BOROŠ, J., ONDRIŠKOVÁ, E., ŽIVČICOVÁ, E. 1999. PSYCHOLÓGIA. BRATISLAVA: IRIS, 1999. s. 185 – 190. ISBN 80-88778-87-5.
4. BROŽÍK, V. 1985. HODNOTY A VÝZNAMY. BRATISLAVA: PRAVDA, 1985. 296 s.
5. MATULAY, K., A KOL. 1982. MENTÁLNA RETARDÁCIA. MARTIN: OSVETA, 1982. 160 s. ISBN 70-096-82.
6. MATULAY, K., A KOL. 1986. MENTÁLNA RETARDÁCIA. MARTIN: OSVETA, 1986. ISBN 77-077-86.
7. GRÁC, J. 1979. POHĽADY DO PSYCHOLÓGIE HODNOTOVEJ ORIENTÁCIE MLÁDEŽE. BRATISLAVA: SPN, 1979. s. 340
8. ŠKOLSKÁ INTEGRÁCIA ŽIAKOV SO ŠPECIÁLNYMI VÝCHOVNO-VZDELÁVACÍMI POTREBAMI (ŠVVP) A VZDELÁVANIE ŽIAKOV SO ŠVVP V ŠPECIÁLNYCH TRIEDACH ZŠ (Interný metodický materiál ŠŠI Bratislava 2009)
9. PETLÁK, E. 2000. Pedagogicko-didaktická práca učiteľa. Bratislava: Iris. ISBN 80-89040-04-7.
10. LANGMEIER, J., KREJČÍŘOVÁ, D. 1998. *Vývojová psychologie*. Praha: GRADA PUBLISHING, 1998. 344 s. ISBN 80-7169-195-X.
11. ŠAŠINKA M., ŠAGÁT T., KOVÁCS L. A KOLEKTÍV. *Pediatrics*, HERBA, 2007
12. KOLLÁROVÁ, E. *Somatopédia pre učiteľov*. BRATISLAVA, PEDAGOGICKÁ FAKULTA UNIVERZITY KOMENSKÉHO, 1991. ISBN 80-223-0451-4-X.
13. POŽÁR, L. a kol. 1990. *Morálny vývin postihnutých detí a mládeže*. Bratislava: UK, 1990. 160 s. ISBN 80-223-0214-7.
14. POŽÁR, L. 1996. *Psychológia osobnosti postihnutých*. Bratislava: UK, 1996. 112 s. ISBN 80-223-1021-2.
15. PRÚCHA, J., WALTEROVÁ, E., MAREŠ, J. 1998. *Pedagogický slovník*. Praha: Portál, 1998. s. 81, 82. ISBN 80-7178-252-1.
16. ĎURÍČ, L., HOTÁR, V. S., PASTIER, J. 1997. *Pedagogická psychológia*. Bratislava: SPN, 1997. s. 104 – 109. ISBN 80-08-024 98-4
17. RUBINŠTEJNOVÁ, S. J. 1976. *Psychologie mentálne zaostalého žiaka*. Praha: SPN, 1976, 224 s.
18. ŠEBEK, M. 1990. *Neklidné deti a jejich výchova*. Praha: SPN, 1990. 128 s. ISBN 80-04-23643-X.
19. DOLEJŠÍ, M. K otázkám psychologie mentální retardace. Praha: Avicenum, 1983, 222 s.
20. ŠVARCOVÁ, I. 2000. *Mentální retardace*. Portál Praha, 2000. s. 184. ISBN 80-7178-506-7.
21. ŠVEC, Š. a kol. 1998. *Metodológia vied o výchove - Kvantitatívno-scientické a kvalitatívno-humanitné prístupy*. Bratislava: Iris, 1998. 304 s. ISBN 80-88778-73-5.
22. VALÁŠEK, F. 1983. *Hodnotová orientácia mládeže retardovanej, delikventnej a mentálne retardovanej adolescentnej mládeže*. Pedagogická fakulta UK, Bratislava, 1983.

23. VANČOVÁ, A. 2005. *Základy pedagogiky mentálne postihnutých*. Bratislava: Sapiencia, 2005. s. 332. ISBN 80-968797-6-6.
24. VOJTÍK, V., MACVHOVÁ, J., BŘICHÁČEK, V. 1990. Poruchy vývoje dětí a mladistvých a jejich projevy v rodině a ve škole. Praha: SPN, 1990. 152 s. ISBN 80-04-24650-8.
25. KRATOCHVÍLOVÁ, E. 1994. Rodina v hodnotovom systéme detí a mládeže. In *Učiteľské noviny*, 1994, roč. 44, č. 43, s. 10
26. VAŠEK, Š. a kol. 1995. *Špeciálna pedagogika – terminologický a výkladový slovník*. Bratislava: SPN, 1995. 247 s. ISBN 80-08-00864-4.
27. VAGOVIČOVÁ, O., ČERNÁ, Z. 1999. Hodnotová orientácia súčasnej mládeže. In *Rodina a škola*, 1999, roč. 47, č. 1, s. 12. ISSN 0231-6463
28. ZELINOVÁ, M. 1998. Východiská pre metódy rozvíjania hodnotiaceho myslenia. In *Rodina a škola*, 1998, roč. 46, č. 4, s. 5
29. ZUBALOVÁ, M. 1994. Postoj k životu, hodnotová orientácia a životné ciele mládeže Slovenskej republiky. In *Mládež a spoločnosť*, 1994, č. 2, s. 3 – 12
30. Zákon NR SR č. 5/2004 Z. z. o službách zamestnanosti v znení neskorších predpisov
31. Zákon NR SR č. 98/1995 Z. z. o liečebnom poriadku v znení neskorších predpisov
32. Zákon NR SR č. 448/2008 Z. z. o sociálnych službách v znení neskorších predpisov
33. Zákon NR SR č. 245/2008 Z. z. o výchove a vzdelávaní (školský zákon)

ZOZNAM SKRATIEK A SYMBOLOV

AS	Apgarovej skóre
APZ	Agentúra podporovaného zamestnávania
HO	Hodnotová orientácia
CHD	chránená dielňa
CHP	chránené pracovisko
EMD	ľahká mozgová dysfunkcia
MP	mentálne postihnutie
MR	mentálna retardácia
MKCH	Medzinárodnej klasifikácii chorôb
WHO	Medzinárodná zdravotnícka organizácia (z angl. World Health Organisation)

ZOZNAM TABULIEK A GRAFOV

ZOZNAM TABULIEK

TABUEKA Č.1	ŠKÁLA ÚROVNE ROZUMOVÝCH SCHOPNOSTÍ
TABUEKA Č.2	STUPNE MENTÁLNEJ RETARDÁCIE
TABUEKA Č.3	VYJADRENIE SPOKOJNOSTI SO SVOJIM ZDRAVÍM
TABUEKA Č.4	VYJADRENIE POCITOV UNAVENOSTI NAŠICH RESPONDENTOV
TABUEKA Č.5	HODNOTENIE VÝSKYTU CHOROBY NAŠICH RESPONDENTOV
TABUEKA Č.6	NAJČASTEJŠIE BOLESTI , KTORÝMI TRPIA NAŠI MP ŽIACI
TABUEKA Č.7	HODNOTENIE ENERGIE PRE BEŽNÉ ČINNOSTI MP ŽIAKOV
TABUEKA Č.8	AKO RÁD CHODÍŠ DO ŠKOLY?
TABUEKA Č.9	HODNOTENIE SCHOPNOSTI SÚSTREDENIA SA
TABUEKA Č.10	HODNOTENIE PROSTREDIA TRIEDY
TABUEKA Č.11	HODNOTENIE VZŤAHOV MEDZI SPOLUŽIAKMI
TABUEKA Č.12	HODNOTENIE NAJČASTEJŠÍCH TÉM SO SPOLUŽIAKMI
TABUEKA Č.13	HODNOTENIE PROSTREDIA , V KTOROM MP ŽIACI ŽIJÚ
TABUEKA Č.14	HODNOTENIE VZŤAHOV V PROSTREDÍ , V KTOROM NAŠI MP ŽIACI ŽIJÚ
TABUEKA Č.15	HODNOTENIE DOSTATKU PRÍLEŽITOSTI NA ROZVÍJANIE VLASTNÝCH AKTIVÍT
TABUEKA Č.16	CHCEŠ V BUDÚCNOSTI PRACOVAŤ ?
TABUEKA Č.17	SPOKOJNOŠŤ SO SEBOU SAMÝM

ZOZNAM GRAFOV

GRAF Č.1	GRAFICKÉ ZNÁZORNENIE SPOKOJNOSTI SO SVOJIM ZDRAVÍM
GRAF Č.2	GRAFICKÉ ZNÁZORNENIE VYJADRENIA POCITOV UNAVENOSTI MP

ŽIAKOV

GRAF Č.3 GRAFICKÉ ZNÁZORNENIE VÝSKYTU CHORÔB U NAŠICH MP

ŽIAKOV

GRAF Č.4 NAJČASTEJŠIE BOLESTI NAŠICH MP ŽIAKOV – GRAFICKÉ ZNÁZORNENIE

GRAF Č.5 GRAFICKÉ ZNÁZORNENIE MNOŽSTVA ENERGIE PRE BEŽNÝ ŽIVOT U MP ŽIAKOV

GRAF Č.6 AKO RAD CHODÍŠ DO ŠKOLY ?- GRAFICKÉ ZNÁZORNENIE

GRAF Č.7 GRAFICKÉ ZNÁZORNENIE HODNOTENIA SCHOPNOSTI SÚSTREDENIA SA

GRAF Č.8 GRAFICKÉ ZNÁZORNENIE HODNOTENIA PROSTREDIA TRIEDY

GRAF Č.9 GRAFICKÉ ZNÁZORNENIE HODNOTENIA VZŤAHOV MEDZI MP ŽIAKMI

GRAF Č.10 GRAFICKÉ ZNÁZORNENIE HODNOTENIA NAJČASTEJŠÍCH TÉM MEDZI SPOLUŽIAKMI

GRAF Č.11 GRAFICKÉ ZNÁZORNENIE HODNOTENIA PROSTREDIA , V KTOROM MP ŽIACI ŽIJÚ

GRAF Č.12 GRAFICKÉ ZNÁZORNENIE HODNOTENIA VZŤAHOV V PROSTREDÍ , KDE ŽIJÚ NAŠI MP ŽIACI

GRAF Č.13 GRAFICKÉ ZNÁZORNENIE DOSTATKU PRÍLEŽITOSTI NA ROZVÍJANIE VLASTNÝCH AKTIVÍT

GRAF Č.14 GRAFICKÉ ZNÁZORNENIE STAVU - CHCEL BY SI V BUDÚCNOSTI PRACOVAŤ ?

GRAF Č.15 GRAFICKÉ ZNÁZORNENIE STAVU SPOKOJNOSTI SO SEBOU SAMÝM

PRÍLOHY

DOTAZNÍK

Správnu odpoveď zakrúžkujte.

Pohlavie:

a) chlapec

b) dievča

Vek:

Mám rokov.

POZNÁMKA:

Pri každej nasledujúcej otázke vyberte tú odpoveď, ktorá sa podľa Vás najviac hodí a tú zakrúžkujte

Milí žiaci.

Dostáva sa Vám do rúk dotazník, prostredníctvom ktorého chceme získať čo najobjektívnejší pohľad na Vás, vaše pocity.

Ubezpečujeme Vás, že predložený dotazník je anonymný, prosím Vás o jeho pravdivé a úplné vyplnenie. Výsledky budú použité iba pre potreby záverečnej študijnej práce na univerzite J.A.Komenského v Prahe.

Ďakujeme

1. Ako si spokojný(á) so svojím zdravím?

- a) skôr áno
- b) áno
- c) skôr nie
- d) nie

2. Cítiš sa často unavený(á)?

- a) skôr áno
- b) áno
- c) skôr nie
- d) nie

3. Bývaš často chorý(á)?

- a) skôr áno
- b) áno
- c) skôr nie
- d) nie

4. Najčastejšie čoho mávaš bolesti?

- a) Hlavy
- b) Ruky
- c) Nohy
- d) Bolí ma celé telo

5. Máš dost' energie pre bežný život?

- a) skôr áno
- b) áno
- c) skôr nie
- d) nie

6. Rád(a) chodíš do školy ?

- a) skôr áno
- b) áno
- c) skôr nie
- d) nie

7. Ako dobre si schopný(á) sústrediť sa ?

- a) ak ma niečo zaujíma viem sa sústrediť
- b) viem sa sústrediť , ale nie dlho
- c) pri dlhšom sústredení ma bolí hlava
- d) nedokážem sa sústrediť

8. Páči a Vám v škole resp. v triede , cítite sa v prostredí triedy dobre ?

- a) v škole sa mi páči a cítim sa tu dobre
- b) škola ma veľmi nezaujíma , ale cítim sa tu dobre
- c) učivo ma zaujíma, ale necítim sa tu dobre
- d) v škole sa mi nepáči a necítim sa tu dobre.

9. Máte radi svojich spolužiakov, sú vaši priatelia

- a) skôr áno
- b) áno
- c) skôr nie
- d) nie

10. O čom sa najčastejšie so spolužiakmi rozprávate?

- a) o škole
- b) o hudbe
- c) o priateľoch, spoločenské dianie, kino....
- d) o práci(o ručných prácach , o prácach s drevom , o pomoci ľuďom, o varení,)

11. Cítiš sa bezpečne v prostredí v ktorom žiješ?

- a) skôr áno
- b) áno
- c) skôr nie
- d) nie

12. Hodnotíš vzťahy v prostredí ktorom žiješ za dobré?

- a) skôr áno
- b) áno
- c) skôr nie
- d) nie

13. Máš dostatok príležitosti pre rozvíjanie svojich aktivít?

- a) áno - venujem sa svojim záľubám
- b) mám dost' času , ale nič sa mi nechce
- c) nemám dost' príležitosti na svoje záujmy
- d) mňa nič nezaujíma

14. Chcel (a) by si v budúcnosti pracovať?

- a) skôr áno
- b) áno
- c) skôr nie
- d) neviem

15. Si so sebou spokojný (á)?

- a) áno
- b) ani nie
- c) neviem posúdiť
- d) nie

BIBLIOGRAFICKÉ ÚDAJE

Meno autora: Mária Šebestová

Odbor: Špeciálna pedagogika - učiteľstvo

Forma štúdia: magisterské - kombinované štúdium

Názov práce: Socializácia a možnosti uplatnenie mentálne postihnutých

Rok: 2012

Počet strán: 91

Celkový počet strán príloh: 4

Počet titulov slovenskej literatúry a prameňov: 33

Počet titulov zahraničnej literatúry a prameňov: 0

Počet internetových zdrojov: 0

Vedúci práce: Mgr. Helena Langerová