

UNIVERZITA JÁNA AMOSA KOMENSKÉHO PRAHA

Magisterské, kombinované štúdium

2010-2012

DIPLOMOVÁ PRÁCA

Bc. Anna Liptáková

Kvalita života a životné hodnoty ľudí so špeciálnymi
potrebami

Praha 2012

Vedúci diplomovej práce:

PhDr. Edita Ondříšková

JAN AMOS KOMENSKÝ UNIVERSITY PRAGUE
Master, combined studies
2010-2012

DIPLOMA THESIS

Bc. Anna Liptáková

Quality of life and value of people with special needs

Prague 2012

The master work supervisor:
PhDr. Edita Ondříšková

Prehlásenie

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

Súhlasím s prezentačným sprístupnením svojej práce v univerzitnej knižnici.

V Trenčíne, dňa 12. 3. 2012

.....
podpis autorky

Pod'akovanie

Moje najväčšie pod'akovanie patrí mojej rodine, ktorá ma po celý čas prípravy a písania práce trpezlivo sprevádzala a bola mi oporou. Ďakujem mojej školiteľke, vedúcej práce PhDr. Edite Ondříškovej, ktorá mi ochotne poskytovala cenné rady a pripomienky. Na záver chcem pod'akovať všetkým, ktorí mi podali pomocnú ruku pri písaní tejto práce.

Anotácia

Diplomová práca sa zameriava na kvalitu života a spokojnosť pracujúcich ľudí so špeciálnymi potrebami. V teoretickej časti predkladá základné charakteristiky kvality života, zdravotného postihnutia, ako významného obdobia vo vývine človeka, zmysluplnosti a príbuzných tém, ktoré sa spájajú s kvalitou života. Venuje sa histórii pojmu, približuje niektoré modely a definície kvality života. Stručne sa venuje aj metódam merania kvality života. Empirická časť je venovaná prieskumu, hypotézam, výsledkom a interpretáciám. Na získanie dát je použitý demografický dotazník a dotazník SQUALA (Zannotti). Prvý sa zameriava na osobné údaje o respondentoch. V druhom sa zapodieva aspektmi kvality života, ktoré sú pre ľudí so špeciálnymi potrebami najdôležitejšie a s ktorými sú najviac spokojní.

Kľúčové pojmy

Ľudia so špeciálnymi potrebami - s hendikepom, kvalita života, zmyslupnosť, zdravie

Annotation

The thesis focuses on the quality of life and satisfaction working people with special needs. The theoretical part presents the basic characteristics of quality of life, disability, as significant period in the evolution of man, meaningfulness and related topics which are associated with quality of life. Devoted to the history of concept, explains some models and definitions of quality of life. Briefly deals with methods for measuring quality of life. The empirical part is devoted to research, hypotheses, results and interpretations. To obtain the data used demographic questionnaire and a questionnaire SQUALA (Zannotti). The first focuses on the personal data of respondents. The second deals with the aspects of quality of life those are for people with special needs the most important and those they are most satisfied with.

Keywords

people with special needs - with a disability, quality of life, meaningfulness, health

OBSAH

ÚVOD.....	9
-----------	---

TEORETICKÁ ČASŤ

1. Kvalita života	11
1.1 História pojmu	13
1.2 Atribúty ovplyvňujúce kvalitu života	15
1.2.1 Význam slova zdravie	15
1.2.2 Vymedzenie pojmu stres	17
1.2.3 Vymedzenie pojmu kríza	18
1.2.4 Vymedzenie pojmu vzdelanie	22
1.2.5 Práca a zamestnanie	22
1.2.6 Rodina a láska	25
2. Vplyv narušeného zdravia na kvalitu života ľudí so špeciálnymi potrebami ..	27
2.1 Ľudia so špeciálnymi potrebami	28
2.1.1 Telesné postihnutie	29
2.1.2 Mentálne postihnutie	31
2.1.3 Zrakové postihnutie	33
2.1.4 Sluchové postihnutie	35
3. Človek so špeciálnymi potrebami	38
3.1 Sociálne postavenie ľudí so špeciálnymi potrebami	38
3.2 Integrácia a inklúzia ľudí so špeciálnymi potrebami	40
3.3 Potreby ľudí so špeciálnymi potrebami	42
3.4 Rodina s postihnutým členom	44
3.5 Vzdelávanie jedincov so špeciálnymi potrebami	46
3.6 Práca a zamestnanie ľudí so špeciálnymi potrebami	47
3.7 Právo a ľudia so špeciálnymi potrebami	48
3.7.1 Legislatíva Slovenskej republiky	49
3.8 Zmysluplnosť a kvalita života	51

3.9 Meranie kvality života	52
----------------------------------	----

EMPIRICKÁ ČASŤ – PRIESKUM

4. Cieľ prieskumu	54
--------------------------------	-----------

4.1 Formulácia hypotéz	54
------------------------------	----

4.2 Prieskumný súbor	55
----------------------------	----

4.3 Prieskumné metódy	55
-----------------------------	----

4.4 Interpretácia výsledkov	59
-----------------------------------	----

4.5 Analýza výsledkov	77
-----------------------------	----

ZÁVER	81
--------------------	-----------

POUŽITÁ LITERATÚRA	82
---------------------------------	-----------

ZOZNAM TABULIEK A GRAFOV	89
---------------------------------------	-----------

ZOZNAM PRÍLOH	90
----------------------------	-----------

ÚVOD

„Zmysel však nemá život tvorivý a pôžitkársky, lež ak má život vôbec nejaký zmysel, potom ho musí mať aj utrpenie. Pretože utrpenie k životu akosi náleží – pravé tak, ako k nemu náleží osudovosť a smrť. Až utrpenie a smrť činia ľudskú existenciu úplnou“ (Frankl, 2006, s.79).

V súčasnosti žijeme v demokratickej spoločnosti, ktorá zaručuje všetkým občanom rovnaké práva a povinnosti bez rozdielu a smerujú k tomu, aby každý jedinec mohol žiť plnohodnotným životom a aktívne sa mohol zúčastniť na verejnom diani.

Naša spoločnosť prechádza množstvom spoločenských zmien , kde problematika ľudí so špeciálnymi potrebami je okrajovou záležitosťou intaktných ľudí, čiže ľudí bez zdravotného obmedzenia.

Výskum kvality života patrí v dnešnom svete medzi aktuálne témy a zamestnáva značnú pozornosť časti vedeckej obce po celom svete. Žiť spokojne, dobre a kvalitne, byť šťastný, to je cieľ, o ktorý sa usiluje každý z nás, všetci ľudia na celom svete. Neustále hľadáme nové možnosti, ktoré by viedli k naplneniu našich predstáv a snov o kvalitnom živote a spravili nás šťastnejšími a spokojnejšími. Vzhľadom k originalite každého jedinca je úplne prirodzené, že dôležitosť jednotlivých aspektov života je vysoko individuálna a pojem „kvalita života“ si tak každý z nás spája s úplne odlišnými atribútmi. Pre niekoho je ideálnou predstavou prežiť svoj život v prepychu a bohatstve, pre iného život v zdraví, pre ďalšieho má zmysel rodinný život a blízkosť milujúcich osôb, či život na vysokej pozícii v zamestnaní.

Pod pojmom „kvalita života“ môžeme rozumieť vyjadrenie subjektívneho vnímania spokojnosti s osobným - vlastným životom a hodnotenia svojho postavenia v spoločnosti, v živote vo vzťahu k svojim predstavám, cieľom, v kontexte kultúry a hodnôt, v ktorých jedinec žije.

Diplomová práca je rozdelená do dvoch základných častí, teoretickej a empirickej. V teoretickej časti sa zaoberáme oblasťami – kvalita života, vplyv narušeného zdravia

na kvalitu života, človek so špeciálnymi potrebami, rozoberáme čo je kríza, stres, zmysluplnosť života a jej vplyv na kvalitu života.

Empirická časť práce je zameraná na postihnutie kvality života pracujúcich ľudí so špeciálnymi potrebami a na zisťovanie rozdielov kvality života medzi pracujúcimi ľuďmi so špeciálnymi potrebami a pracujúcimi ľuďmi bez postihnutia. V tejto časti prezentujeme cieľ prieskumu, popis prieskumného súboru a použitých metód, výsledky realizovaného prieskumu a ich interpretáciu.

TEORETICKÁ ČASŤ

1. Kvalita života

Keď vyslovíme „kvalita života“ nie každý si predstaví množstvo peňazí. Niekomu ku kvalite života stačí veľmi málo a niekomu nestačí ani vila za pár miliónov euro. Všeobecne však môžeme povedať, že je to nejaký proces, v ktorom človek využíva životné podmienky pre uspokojovanie svojich individuálnych potrieb a tak teda obohacuje i svoj samostatný život.

WHO QoL Group (1993), skupina ľudí skúmajúca problematiku QoL, založená v rámci Svetovej zdravotníckej organizácie, prezentuje definíciu odrážajúcu subjektívne hodnotenie kvality života, prebiehajúcu v určitom sociálnom, kultúrnom a environmentálnom kontexte. Kvalita života je poňatá ako individuálne prežívanie svojho postavenia v živote v kontexte kultúry a hodnotových systémov, v ktorých človek prebýva a vo vzťahu k svojim cieľom, predstavám, štandardom a záujmom. QoL zahŕňa okrem somatického zdravia jednotlivca i jeho psychický stav, sociálne vzťahy, sebaistočnosť, jeho presvedčenie a vieru, a to všetko vo vzťahu k hlavným charakteristikám prostredia.

Kombináciou prežívania úrovne vlastného zdravia, pohody, životnej skúsenosti, postavenie jedinca v spoločnosti vyjadruje „kvalita života (Quality of Life - QoL)“. Možno ju vyšpecifikovať ako stupeň, v ktorom prežívanie života uspokojuje individuálne psychologické a fyzické želania - túžby a hodnoty jednotlivca. „...V kvalite života sa premieta úroveň osobnej pohody, úroveň schopnosti postarať sa o seba (sebaobsluhy) a úroveň mobility schopnosti ovplyvňovať vývoj vlastného života...“ (Kebza, 2005; s.58).

S pojmom kvalita života pracuje veľa vedných oborov ako ekonómia, politológia, sociológia, ale i psychológia, filozofia, ošetrovatelstvo, biologické obory a pod. Sú to obory, ktoré sa zaujímajú nielen o život samotných ľudí, ale i všetkých živých organizmov. Tým, že sa pojmom „kvalita života“ zaoberali rôzne obory, líši sa jej definícia. Je to pojem ťažko definovateľný a zložitý. (Mareš a kol., 2006) Kvalita života (quality of life - QOL) je definovaná v Psychologickom slovníku podľa Hartla a Hartlovej (2000, s. 284) ako “vyjadrenie pocitu životného šťastia.”

Sláma (2005, s. 288) uvádza definíciu QOL ako “subjektívne globálne hodnotenie vlastného života,” kvalita života v kontexte so zdravím sa uvádza ako “health related quality of life”. Koot a Wallander (2001, cit. podľa Mareš, 2006, str. 43) uvádzajú definíciu: “kvalita života je mienenou kombináciou objektívneho a subjektívneho posúdenia pocitu pohody (well-being) v rôznych oblastiach života, ktorá je považovaná za príznačnú pre danú kultúru i epochu a ktorá je zároveň v súlade s univerzálnymi ľudskými právami.” Z definície môžeme vyhodnotiť, že kvalita života má dve základné dimenzie. Subjektívna kvalita života (well-being) je definovaná ako spokojnosť s vlastným životom na základe emočného prežívania a kognitívneho hodnotenia. Objektívna kvalita života obsahuje splnenie základných materiálnych a sociálnych životných podmienok, fyzické zdravie, sociálny status (Hnilicová, 2005)

Kvalitu života môžeme nájsť aj v Maslowovej hierarchii hodnôt, kde najdôležitejším prvkom uspokojení základných potrieb sú fyziologické potreby, ďalej nutnosť pocitu bezpečia, lásky, uznania a potreba seberealizácie. (Prayne a kol., 2005)

Pojmu kvalita života má svoje dlhé korene a históriu. Časom sa integroval takmer do každého vedeckého oboru, či už humanitného alebo technického. Snaha o jeho presné vymedzenie a vyčlenenie je však problematické hneď z niekoľkých hľadísk. Jedným z prvých problémov je jeho odborová rôznorodosť. Samotná interdisciplinárna aplikácia tak nedovoľuje komplexnejšie uchopenie, ktoré by dokázalo obsiahnuť plnú šírku jeho uplatnenia. Druhým je pojem sám (Mareš, 2006).

Křivohlavý (2002) sa pokúsili model diferencovať na 3 hierarchicky odlišné sféry. Ako prvú pomenoval „Makro-rovina“, ktorá je orientovaná na veľké spoločenské celky. Život v tomto ponímaní je chápaný ako absolútny, morálna hodnota a kvalita života je tak nútená tieto závery rešpektovať.

Ako druhú pomenoval „Mezo-rovina“, ktorá je orientovaná na malé sociálne skupiny. Do popredia sa dostávajú otázky súvisiace so sociálnym kontextom, vzťahy medzi jednotlivcami navzájom, uspokojovanie a neuspokojovanie potrieb alebo existencia spoločenských hodnôt.

Ako tretiu pomenoval „Personálna rovina“, ktorá je už orientovaná na jedinca samotného. Pri stanovovaní kvality života ide o subjektívne hodnotenie určitej skutočnosti ako je napr. zdravotný stav, spokojnosť, nádej alebo bolesť. (Křivohlavý, 2002).

Křivohlavý(2002) hovorí o kvalite života ako o „subjektívnom úsudku“. Ako hodnotu berie kvalitu samotnú. Tá je experietálnym vzťahom a reflexiou nad vlastnou existenciou a taktiež výsledok porovnávania a zvažovania rôznych hodnôt.

Kvalitu života možno odvodiť jednak od určitých vonkajších, objektívnych okolností a situácií, ktoré determinujú život človeka a jednak od toho, ako človek prežíva určité zmeny života, čo zvyrazňuje a akú hodnotu im pripisuje. Je dôležité, k čomu ho tieto zmeny motivujú, ako korešpondujú s jeho životnými ambíciami a cieľmi, alebo ako im protirečia a ako prispievajú k rozvoju či dezintegrácii jeho osobnosti(Nemčeková, Žiaková, Mištuna, 2000,s.67).

Chápanie kvality života, založené na systémovom zhodnotení aktuálnych potrieb, umožňuje posudzovať ju tak u zdravých, ako aj u jedincov so špeciálnymi potrebami. Medzi základné a najčastejšie hodnotené atribúty QoL patrí: zdravie a dlhý život, primerané vzdelanie, kúpna sila obyvateľstva, zamestnanie a práca, sociálne vzťahy a rodina, životné prostredie a bývanie, ale aj iné celospoločenské hodnoty (sloboda, demokracia, bezpečnosť, spravodlivosť, morálka, láska).

1.1 História pojmu

Ľudia s pojmom „kvalita života“ sa zaoberali už v dávnej minulosti. Prvé zmienky môžeme nájsť už v gréckej filozofii kde Demokritova idea o pocite šťastia bola postavená na vnútornom usporiadaní vecí, pocitu subjektívnej pohody a slasti.

Predstavou o kvalite života sa zaoberal i Aristotelo. Jeho predstava o šťastí bola ako o pocite subjektívneho dobra a pojem „eudaimonia“, ktorý znamená spokojnosť, šťastie, blaženosť, rozkvet, prosperitu. V aristotelovskom chápaní blaženosť – spokojnosť zastupuje najvyššie dobro, ktoré je možné dosiahnuť ľudským jednaním a ktoré najviac obsahuje i predpoklad úsilia o mravnú dokonalosť. Blaženosť je tak chápaná ako realizácia (entelecheia) a každodenné napĺňanie ctnosti (areté).

Křivohlavý (2004) uvádza, že jeden druh záujmu sa uberal cestou duchovnou (náboženskou) - spiritualitou rôzneho druhu, a druhý smeroval cestou filozofickou, neskôr antropologickou a etickou. V prvom prípade išlo o otázky múdreho, dobrého, cnostného života v protiklade so životom riadeným predvídavosťou. Druhý prúd záujmu

bol o otázky kvality života, ktorý si všímal problematiku dobrého - spokojného života v protiklade so životom zlým.

Veľa názorov na kvalitu života môžeme nájsť v tradíciách východných filozofií, kde podriaďujú svoje individuálne záujmy vyššiemu celku. V hedonizme, ktorý vyzdvihoval užívanie si slasť prichádzajúcich zmyslovými cestami. U Epikurejcov, zdôrazňujúcich pocit slasť vychádzajúci z pokoja. V utilitarizme, sledujúcom následky konania a šťastie z uspokojovania potrieb a záujmov svojich i ostatných ľudí, alebo v Kantovej koncepcii kategorického imperatívu a univerzalizmu (Křivohlavý, 2004; Kebza, Šolcová, 2004).

Pojem „kvalita života“ sa traduje od roku 1920, kde ju ako prvý použil vo svojej ekonomicky-sociálne zameranej práci Pigou. Do povedomia ľudí sa pojem dostal v 60. rokoch 20. storočia, kedy bol použitý ako súčasť prejavu amerického prezidenta L. B. Johnsona. Ako odozva bola rýchle uplatnenie tohto pojmu v ekonómii, politike a mediálnom svete, neskôr i v sociológii a vo vedách o človeku a stal sa predmetom mnohých výskumov.

Kvalita života bola na začiatku prezentovaná ako jeden z populačných ukazovateľov a skúmaná u veľkých skupín obyvateľov určitej krajiny. Výsledky výskumy sa predovšetkým týkali stavu spoločnosti, ekonomických a sociálnych indikátorov, ako napr. príjem, hmotné zabezpečenie, zdravotná starostlivosť, sociálna starostlivosť. Neskôršie sa záujem výskumníkov presunul na menšie skupiny osôb, vypracovanie skupinových ukazovateľov QoL a sledovanie ich premien v čase a na komparáciu skupín osôb s rôznymi ochoreniami. V 90. rokoch 20. storočia vstupuje do popredia individuálna kvalita života, k čomu výrazne prispel presun akcentu zo sociologického a sociálne-ekonomického pohľadu sa upriamila pozornosť na pohľad psychologický, sústredenie záujmu na individuálne ukazovatele a presun od skúmania negatívnych javov ku skúmaniu javov pozitívnych. Kvality života zaznamenala posun z patológie do normálneho života, z objektívnych parametrov kvality života na subjektívne. Dnes už nie je postavený hlavný dôraz na ekonomických, environmentálnych, sociálnych a zdravotných podmienkach, ktoré vplývajú na kvalitu života, ale predovšetkým na jedincovom subjektívnom vnímaní spokojnosti s vlastným životom a na hodnotení svojho postavenia v spoločnosti v kontexte kultúry a hodnôt (Mareš, 2006; Vaďurová, Mühlpachr, 2005).

1.2 Atribúty ovplyvňujúce kvalitu života.

Medzi atribúty, ktoré výrazne ovplyvňujú kvalitu života človeka neodmysliteľne patrí: zdravie, stres, kríza, vzdelanie, práca – zamestnanie, láska – rodina.

1.2.1 Význam slova zdravie

Zdravie je najcennejší dar od života. Pokladáme ho za samozrejmosť a kým sme zdraví, ani sa nad tým nezamýšľame. Zdravie je čímsi, o čom má každý z nás istú predstavu, je to možno subjektívny pocit každého z nás. Zdravie je niečo, čo si želáme pri príležitostiach jubileí, je to niečo vzácne. Čo však v skutočnosti možno nazvať zdravím?

„Zdravie je definované ako opak choroby, nielen jej neprítomnosť alebo poruchy funkcie. Zdravie je určitá forma života organizmu, ktorá sa buď vylučuje s chorobou, alebo postupne prechádza do choroby. Zdravie je optimálny funkčný stav živého systému v totalite jeho aktívnych a reaktívnych životných prejavov. Táto optimálna hranica ako konkrétna totalita možných životných prejavov je rozdielna u jednotlivých druhov a v rámci druhov u populácií, pohlaví, indivíduí, resp. v jednotlivých štádiách individuálneho vývinu“. (Wikipédia, Zdravie, <http://sk.wikipedia.org/wiki/Zdravi>).

Môžeme povedať, že zdravie nie je trvalý a nepremenný stav. Je to dynamický proces, ktorý vychádza zo stáleho vzájomného pôsobenia organizmu na prostredie a naopak. Smeruje v maximálnej miere rozvoju daných možností organizmu a prostredia. Je to schopnosť vyvážiť zmeny vonkajšieho prostredia. Zmierňuje požiadavky nárokov na prostredie. Pod pojmom „ nároky prostredia“ rozumieme extrémne vplyvy vonkajšieho prostredia a zdravie je schopnosť organizmu prispôbovať sa na tieto vonkajšie vplyvy. Na vonkajšie prostredie a súžitie organizmu s ním sa môžeme pozerieť z fyzikálneho , chemického, biologického a psychického aspektu, ktorý treba rozumieť v dimenziách objektivity a subjektivity, kvality a kvantity. Slovo „zdravie“ sa stalo základným pojmom všeobecnej biológie a medicíny(Wikipédia, Zdravie, <http://sk.wikipedia.org/wiki/Zdravi>).

Slovo „zdravie“ sa v etymologických slovníkoch dočítame, že pôvodne znamenalo (v gréčtine a latinčine) celok. Máme tu na mysli tzv. holismus: tento termín je odvodený od anglického slova whole – celok (Křivohlavý, 2001, s. 28).

Podľa definície WHO „zdravie je stav úplnej telesnej, duševnej a sociálnej pohody pri zachovaní funkcií všetkých telesných orgánov, významných spoločenských funkcií človeka a zachovaní schopnosti organizmu prispôbiť sa“ (<http://www.dynamiczyivot.sk/dynamiczyivot/4-ZDRAVIE-info/3-Kto-je-zdravy>).

Zdravie nepocitujeme priamo, ale napríklad cez pocit istoty, fyzickej pohody, duševnej harmónie, uvedomujeme si potrebu aktivity, pohybu a seberealizácie, máme radosť zo života. Postupom času nám rýchlejšie alebo pomalšie pribúdajú rôzne zdravotné problémy. Zväčša máme čas ich postupne odstraňovať a liečiť sa, v krajnom prípade si na ne zvyknúť a postupne sa so situáciou vyrovnáť. Vtedy sa zdravie dostáva na prvé miesto našich hodnôt. Stratí sa pocit pohody a bezpečia, dominuje neistota, obavy z budúcnosti, strach z následkov, komplikácií, bolestí zákrokov, operácií a pobytov v nemocnici. Občas človek prežíva aj pocity viny a výčitky, že sám v nej prispel k ohrozeniu svojho zdravia.

Individuálna hodnota zdravia je spojená s pudom sebazáchovy. Spoločenská hodnota zdravia vyplýva z ľudského poznania, že populačný celok musí venovať pozornosť zdraviu ľudí, pokiaľ chce prežiť (spoločnosť, demografický vývoj). Hodnota zdravia je pre jednotlivca základnou ľudskou potrebou. Pre spoločnosť je zdravie (zdravotný stav obyvateľstva) spoločenskou hodnotou, ktorá sa významne spolupodieľa na integrite, rozvoji spoločnosti, a na existencii spoločnosti vôbec. Zdravie a choroba sú výsledkom dynamického vzťahu medzi organizmom a prostredím. Ide o vzájomné pôsobenie meniacich sa nárokov prostredia (životné prostredie, spoločnosť) a meniacimi sa vrodenými a získanými vlastnosťami jedinca (biologická, psychická, spoločenská a duchovná podstata človeka – človek ako bio-psycho-sociálna bytosť).

„Zdravie nie je cieľom života, ale podmienkou – nástrojom zmysluplného života. Je celkový (telesný, psychický, sociálny a duchovný) stav človeka, ktorý mu umožňuje dosahovať optimálnu kvalitu života a nie je prekážkou obdobnému snaženiu druhých ľudí.

Vymedzovanie pojmu zdravia a hľadania jeho podstaty, súvisí s vývojom názorov na

vzťah telesnej a duchovnej podstaty človeka, čo súvisí s vývojom spoločnosti a filozofického hľadania odpovede na podstatu bytia“(Štec, 2011).

1.2.2 Vymedzenie pojmu stres

Stres v akejkolvek podobe pozná každý z nás, je súčasťou nášho života. Je to odpoveď organizmu na akúkoľvek nadmernú záťaž (príjemnú či nepríjemnú), ktorá sa naň kladie.

Hendikep je určitá forma záťaže (stresu). Stres je interaktívnym procesom, ktorým človek reaguje na situácie, ktoré vyvolal sám alebo jeho okolie. Zahrňuje všetky reakcie, ktorými jednotlivec rieši požiadavky alebo sociálne potreby v úsilí udržať rovnováhu (Daviesová, Janosiková, 1999).

Vyvolávačmi stresov sú rozličné ťažko zvládnuté životné okolnosti (stresory). Môžu nimi byť náhle krátkodobé otrasy (prekvapenie, zľaknutie, radostná či smutná správa), ale aj dlhodobé pôsobiace záťaže (handicap, strata životného partnera, neúspechy v práci, rozpory v partnerských či pracovných vzťahoch, strata zamestnania...).

Křivohlavý (2010) hovorí, že: „ fyzický stres je v podstate prirodzená reakcia organizmu prežiť a objavuje sa tam, kde je vystavený určitému tlaku, či už vonkajšiemu, alebo vnútornému.“

Efekty stresu môžu byť dvojaké: benígne a malígne čo určujú faktory - biopsychosociálne schopnosti jednotlivca a charakter, účinok a trvanie stresorov pôsobiacich na osobu.

Poznanie a možnosť kontroly stresorov vedie k adaptívnejšiemu správaniu a zvyšuje schopnosť riešiť stres. Len nekontrolovateľný stres spôsobuje maladaptívne správanie.

Stres sám nevytvára krízu, ale môže sa stať spúšťacím mechanizmom, či ohrozujúcou udalosťou, ktorá napokon krízu spôsobí. V tomto prípade môže byť radikálna zmena zdravotného stavu subjektívne prežívaná ako stresor.

Termín „distres“ sa používa pre označenie situácie, kde je stresová situácia vyvolávaná dosť často po sebe, prípadne trvá dlhú dobu. Za tejto distresovej situácie nenachádza energia nahromadená „k boju, či úteku“ príležitosť k využitiu a organizmus

nemá čas sa spamätať a zotaviť. Je pod stálym tlakom. Práve v tomto prípade sa postihnutý jedinec dostáva do krízy a teda aj do rizík, ktoré kríza nesie so sebou.

Stres je sprevádzaný zvýšenou citlivosťou a vnímavosťou človeka vystaveného záťaži. Tieto faktory môžu byť užitočné, ale často sa stávajú s problémom. Jedinec si všima seba menších drobností, ktoré s jeho stavom nemajú nič spoločného a vyvodzuje z nich ďalekosiahle dôsledky. Zvýšená myšlienková aktivita vedie k domýšľavosti a k tzv. katastrofickému mysleniu. Tak sa dostáva do priesečníka protichodných informácií. Jeho predstava o tom, čo sa s ním deje, je nezvládnuteľne chaotická. Za tohto stavu niet divu, že vyvodzuje dôsledky pre devalváciu vlastnej osobnosti.

Ukazovateľom stresovej reakcie sú predovšetkým citové zážitky (úzkosť, zlosť, depresia, pocity viny). Zmeny v motorickom správaní – svalové napätie, neúmyselné pohyby prstov, zmeny v kognitívnych funkciách môžu byť v smere zvýšenej alebo zníženej aktivity. Osoby, ktoré sa v tiesnivej situácii ocitnú, musia podniknúť niečo, čo by im v danej situácii účinne pomohlo, inak táto udalosť môže mať až životné následky. Ak k intervencii, či vyriešeniu problému nedôjde, existuje riziko, že naliehavá udalosť prerastie do krízy (Daviesová, Janosiková, 1999).

1.2.3 Vymedzenie pojmu kríza

Slovo kríza je v posledných rokoch veľmi často používané, najmä v spojení s hospodárstvom, ekonomikou alebo ekológiou a to všetko jednoznačne vplýva na kvalitu života.

Špatenková (2004) vysvetľuje pojem krízy ako situáciu, ktorá postihuje spoločnosť a jej inštitúcie, postihuje komunity iné sociálne skupiny. Podľa nej je však kríza predovšetkým záležitosťou týkajúcou sa jedinca.

Strieženec (1996, s.105) vo svojom slovníku vysvetľuje krízu ako: “prechodný stav, moment zreteľnej nerovnováhy, nedostatok, úpadok. Je to prechodné štádium medzi dvoma rozlíšiteľnými fázami“.

Človek, ktorý prebýva v kríze, prežíva panický strach, nevidí žiadne východisko, je svojim problémom mimoriadne obmedzený, má dojem, že sa už nič nedá zmeniť, prinajmenšom nič k lepšiemu.

Z psychologického hľadiska predstavuje kríza „prechodný stav vnútornej nerovnováhy spôsobený kritickými udalosťami alebo takými životnými udalosťami, ktoré vyžadujú zásadné zmeny a riešenia“(Kastolová, 2000, s.15-16).

Definície a priebeh krízy podľa viacerých autorov(Štepánková,2004, Strieženec,1996, Kastelová,2000) boli zhrnuté do nasledovných:

- a) Jedinec je v priebehu svojho života vystavený obdobiam narastajúceho vnútorného a vonkajšieho napätia, ktoré narušuje jeho bežný stav rovnováhy s okolím. Tieto epizódy sú zvyčajne vyvolávané nejakou ohrozujúcou udalosťou, ktorá môže byť ojedinelá, ale môže ísť aj o sériu menších udalostí, ktoré sa kumulujú.
- b) Dopad tejto udalosti naruší emočnú rovnováhu daného jedinca. Väčšinou ide o krátkodobé a často nepozorované zvýšenie napätia, ktoré spustí automatické riešenie problému. V prípade, že je riešenie problému neúspešné, napätie začne narastať, jedinec si ho začne uvedomovať, zmobilizujú sa vedomé spôsoby riešenia problému. Ak sa problém nepodarí vyriešiť, napätie sa stupňuje a človek ho vníma ako úzkosť, nepohodu. Pokiaľ nie je možné problém vyriešiť, ani sa mu nejako vyhnúť, napätie vyvrcholí.
- c) V tomto bode, v priebehu ktorého prestávajú fungovať adaptačné mechanizmy, sa jedinec ocitá v stave akútnej krízy. Dochádza k dezorganizácii a rozvoju psychiatrických symptómov. Potom nasleduje obdobie postupnej reorganizácie, pokiaľ opäť nie je dosiahnutý stav rovnováhy.
- d) Ako sa kríza vyvíja, môže jedinec vnímať počiatočný podnet a následné stresové situácie ako ohrozenie svojich základných potrieb, svojej suverenity a duševnej pohody.
- e) Prežitie každej straty vyvoláva charakteristickú emocionálnu reakciu, ktorá odráža subjektívny význam udalosti pre daného jednotlivca. Ohrozenie vyvoláva znepokojenie, strata so sebou prináša pocity nedostatku, smútku, pochybnosť stimuluje mierny nárast napätia a podnecuje nádej a očakávanie, uvoľňuje novú energiu pre riešenie problému.
- f) Kríza nie je ani choroba ani patologický stav, odráža snahu jedinca vyrovnať sa s náročnou životnou situáciou. Kríza môže súvisieť s nejakým predchádzajúcim nevyriešeným alebo len čiastočne vyriešeným konfliktom. V tomto prípade sa

môže spustiť neprimeraná alebo prehnaná reakcia. Krízová intervencia v týchto situáciách poskytuje mnohonásobnú príležitosť vyriešiť súčasný problém, znovu pracovať na predchádzajúcich ťažkostiach alebo medzi nimi prerušiť spojitosť.

- g) Celková doba medzi počiatočným podnetom a konečným vyriešením krízovej situácie sa môže veľmi líšiť, záleží na závažnosti ohrozujúcej udalosti, charakteristických reakciách jedinca, prirodzenosti a komplexnosti úlohy, musí byť splnená a na danej sociálnej situácii jedinca (zdrojov pomoci). Stav akútnej krízy je časovo obmedzený, zvyčajne trvá od štyroch do šiestich týždňov.
- h) Každý konkrétny príklad krízovej situácie má svoje špecifické fázy, ktoré môžeme predpovedať a zmapovať. V každej fáze možno očakávať určité emocionálne reakcie a behaviorálne odozvy. Pri modelovaní jednotlivých fáz možno zistiť, kde sa človek „zasekol“ a čo je príčinou jeho neschopnosti pracovať s krízou a tým vlastne zvládnuť danú situáciu.
- i) Počas krízy je postihnutý jedinec zvyčajne ochotný prijať ponúkanú pomoc, jeho obranné mechanizmy sú oslabené, zvyčajné adaptačné mechanizmy sa ukázali ako neadekvátne a ego sa stáva prístupnejšie k vonkajšiemu ovplyvňovaniu a zmene. Práve v tomto období môže minimálne úsilie priniesť maximálny efekt.
- j) V priebehu fázy reintegrácie sa môže objaviť nové ego, môžu sa vyvinúť nové adaptačné mechanizmy, ktoré umožnia jedincovi efektívnejšie zvládať iné náročné životné situácie v budúcnosti. Pokiaľ však nie je počas krízovej situácie poskytnutá potrebná pomoc, môže si jedinec osvojiť neadekvátne a maladaptačné vzorce, ktoré sa neskôr prejavujú oslabenou schopnosťou primerane fungovať.

Pojem kríza sa veľmi často zamieňa s inými pojmami ako napríklad depresia, konflikt, stres alebo trauma. Preto považujeme za potrebné uviesť rozdiely medzi jednotlivými pojmami.

Kríza určite nie je depresia, aj keď s ňou má veľa spoločných symptómov ako sú napr. smútok, pocit menejcennosti, pocit zbytočnosti, strata motivácie a energie.

Depresia je chorobný stav, psychické ochorenie s jasne stanovenými diagnostickými kritériami. Podľa Špatenkovej (2004, s.17) „kríza nie je choroba, je to normálna reakcia na nenormálnu situáciu“.

Bednařík (2001, s.18) vo svojej knihe cituje J. Burtona, ktorý konflikt definuje

ako „situácie obsahujúce vrodené ľudské potreby zahrňujúce individuálnu a skupinovú identitu a potrebu jej uznania“. Tieto situácie sa podľa neho nedajú vyjednávať, pretože sa objektívne nedajú merať a subjektívne sú vnímané ako nedeliteľná súčasť človeka alebo skupiny.

Kríza sa tiež zamieňa so stresom. Hartl (2000) nazval stres ako takzvanú „chorobu storočia“. Stres označil ako nešpecifickú obrannú reakciu organizmu, do ktorej zahrnul konflikt, úzkosť, frustráciu a situácie pociťovo nepríjemné.

Príčinou vzniku krízových situácií nie je možné stanoviť presný zoznam udalostí, ktoré ich vyvolávajú. Vo všeobecnosti však príčiny vzniku krízy delíme na vonkajšie a vnútorné.

Pri vonkajších príčinách ide o dvojznačné situácie, kedy je subjektu odobraný nejaký objekt, vtedy hovoríme o strate, alebo sa mu naopak ponúka objektov viac a vtedy ide o voľbu. Za stratu považujeme napr. rozpadnutie vzťahu, strata zamestnania, potrat, narodenie postihnutého dieťaťa, ale aj nezvládnutá skúška.

Vnútorné príčiny krízy vznikajú v dôsledku neschopnosti jednotlivca zvládnuť rôzne vývojové úlohy, v prípade ak nie je schopný adaptovať sa na svoj vlastný vývoj. Inou vnútornou príčinou, ktorá môže vyvolať krízu je jav, ktorý označujeme gréckym pojmom hybris. Ide o aplikáciu nie celkom vhodného regulačného mechanizmu. Kríza nastáva v okamihu, keď tento mechanizmus zlyhá. Môže to byť akákoľvek život ohrozujúca skúsenosť, vážny fyzický úraz, pocit ohrozenia, autonehoda, smrť blízkej osoby, sexuálny zneužívanie, vražda, samovražda rodinného príslušníka alebo blízkej osoby; ale aj tzv. komunitné situácie – zemetrasenie, požiar, záplavy, hurikán, terorizmus, hromadné nehody, traumatické udalosti vzťahujúce sa k deťom a pod. Vo všetkých prípadoch však ide o subjektívne spracovanie jednotlivca. Špatenková (2004, s.19) hovorí, že „Svoj vnútorný svet i svoje okolie vníma každý jedinec úplne odlišne, veci, udalosti a ostatní ľudia majú pre každého človeka iný význam“. Krízou je vlastne taká situácia, ktorú za krízu považuje klient.

1.2.4 Vymedzenie pojmu vzdelanie

V rôznych encyklopédiách pod pojmom vzdelanie nájdeme definíciu, že je to súhrn znalostí, vedomostí, poznávacích spôsobilostí a schopností, ktoré nadobudol jednotlivec na základe školského vzdelania, učenia, rozumovej výchovy, životných a pracovných skúseností a zámerného vlastného sebavzdelávania. Získavanie vzdelania je vzdelávanie.

Vzdelanie je nevyhnutnou súčasťou kvality života. Informácie a vzdelávanie v globalizujúcom sa svete sú považované za jednu z priorít pre úspešný vývoj veľkých sociálnych skupín. V súčasnosti je dôležité budovanie spoločnosti, ktoré poskytuje rovnaké príležitosti prístupu ku vzdelaniu, zvyšovanie kvality poskytovaného vzdelania, rozvoj efektívnych metód výuky, sprístupnenie ku kvalitným informáciám a príležitosť celoživotného vzdelávania.(Vaďurová, Mühlpachr, 2005).

Zdravie a kvalitu života zlučuje paradigma vyrovnanej osobnosti človeka, ku ktorej prislúcha harmónia tela a ducha. Vychádza z predpokladu smerovania života. Vzdelanie je v rámci sociálno-ekonomického statusu faktorom z najtesnejším vzťahom ku zdraviu. Vzdelanie zohráva významnú úlohu vo vývoji osobnostných zdrojov, prispieva k vývoju zodpovednosti za svoje zdravie i za zdravie blízkych osôb, k vypracovaniu návykov, vedomostí a schopností, ktoré človeku umožňujú žiť kvalitnejší život.

1.2.5 Práca a zamestnanie

Práca patrí medzi základné ľudské činnosti od nepamäti. Človek ňou pozmeňuje svoje okolie, prírodu, spoločnosť, i seba samého. (Kohoutek, Štěpánik 1999).

Trávi v nej a zapodieva sa ňou značnú časť svojej existencie a je to jeden z faktorov, ktoré ho výrazne ovplyvňujú v jeho osobnom rozvoji. Človek v pracovnom procese – zamestnanec je začlenený do istej pracovnej štruktúry, je súčasťou hierarchie sociálnych vzťahov, drží sa istých pravidiel kooperácie, spôsobov vzájomnej komunikácie a vymedzených foriem správania. (Rymeš, 1998)

Tieto procesy formujú jeho osobnosť a postoje a on spätne svojou činnosťou - prácou, charakteristikami a postojmi pôsobí na organizáciu, jej zisky a sociálne zázemie.

V literatúre len veľmi ťažko nájdeme ucelenú definíciu práce, čo pravdepodobne súvisí s množstvom jej rozličných typov, cieľov, spôsobov jej vykonávania, ako aj rozdielných vied, ktoré sa jej venujú (napríklad psychológia, sociológia, antropológia, ekonomika, atď).

Veľmi stručnú definíciu poskytuje Armstrong (2007), podľa ktorého je „práca účelové vynakladanie úsilia a aplikácia znalostí a schopností“.

Vo všeobecnosti a výstižne Jandourek(2007) hovorí, že „práca je plánovitá a vedomá činnosť, ktorú človek vykonáva s nasadením fyzických a duševných síl, a ktorá smeruje k uspokojeniu ľudských potrieb.“

Podľa Čápa (2001) sa práca stáva špecifickou činnosťou, ktorá má podstatný význam pre jedinca, malú skupinu (zvlášť rodinu), i celú spoločnosť.

Prispieva k dosahovaniu spoločných cieľov, k uspokojovaniu potrieb jedinca a druhých ľudí. Je dôležitá pre seba hodnotenie a zdravý vývin osobnosti.

Práca na jednej strane vystupuje na úrovni uspokojovania primárnych potrieb, vo funkcii inštrumentálnej potreby, ako nástroj dosahovania ďalších materiálnych či nemateriálnych hodnôt.

Na druhej strane je schopnosť práce napĺňať potrebu seba aktualizácie, pretože pre mnoho ľudí má práca povahu záľuby a môže byť hlavným zdrojom sebarealizácie a pracovné výkony potom hlavným zdrojom seba hodnotenia. (Nakonečný, 2005)

Z uvedených poňatí (najmä z definícií Čápa a Jandourka) vyplýva, že hoci sa pojem práca a zamestnanie často požívajú synonymne a pre mnoho ľudí to znamená finančnú odmenu za vynaložené úsilie, zo psychologického hľadiska sa za prácu všeobecne a v širokom poňatí považuje aj činnosť, ktorá sa nevzťahuje k peniazom (napríklad práca v záhrade, domáce práce, dobrovoľnícka činnosť a podobne).

Parasuraman, Purohit, Greenhaus (1996) zdôrazňujú, že za posledných niekoľko desaťročí sa úplne zmenila podoba práce, ale aj prístup k nej. Zmena nastala aj v psychologickom poňatí práce. V dnešnej dobe nastala oveľa menšia istota udržania si práce. V minulosti bola tendencia prijímať zamestnanie ako celoživotné, dnes sa prejavuje vysoká fluktuácia. Snaha firiem dosiahnuť čo najnižšie hmotné náklady ich

vedie k redukcii počtu pracovných miest. Ľudia v dnešnej dobe majú viac pocit, že ich práca neberie ohľad na ich súkromné potreby či aktuálne stavy. V dnešnom pracovnom prostredí v boji o zákazníka musí zamestnanec odložiť svoje osobné aktivity, prania a povinnosti a prispôbiť sa pracovným požiadavkám a splniť svoju úlohu tak, aby bol spokojný zamestnávateľ a klient. Ľudia sa preto prispôbujú práci viac, ako tomu bolo v minulosti.

Amstrong(2007) rozoberá dnešné pracovné prostredie charakterizujúce sa prejavom menšej oddanosti zamestnávateľov voči svojim zamestnancom, ale aj naopak. Zamestnanci majú sklon byť menej oddaní, menej lojálni k svojim zamestnávateľom a viac oddaní svojej kariére. Stále viac prichádzajú k záveru, že k pokroku v kariére je lepšie zmeniť zamestnanie ako zostať u svojho súčasného zamestnávateľa. Snažia sa tak vyťažiť zo svojho zamestnania čo najväčšiu hodnotu v podobe znalostí a nových skúseností.

Vysoká fluktuácia človeka však neprebíha len medzi pracovnými miestami, ale aj medzi povolaniami. Nedostatok pracovných miest a pretlak nezamestnaných vedú k tomu, že ľudia veľakrát prijímajú aj prácu, v ktorej pôvodne neboli kvalifikovaní, resp. ich kvalifikácia dosahuje vyššiu úroveň, než si vyžaduje práca, ktorú vykonávajú. To vedie k výraznej demotivovanosti zamestnanca, ktorý môže takúto pracovnú pozíciu vnímať iba ako dočasné východisko a pokračuje v hľadaní práce, v ktorej bude môcť lepšie naplňať svoj potenciál.

Striedanie povolaní však na druhej strane vedie k možnosti ďalšieho vzdelávania sa, rekvalifikačných kurzov a nadobúdaniu skúseností. Vyžadujú si to najmä technické zmeny, ako takmer všadeprítomná nutnosť využívania počítačov a strojov v pracovnom procese. Nutnosťou pre získanie zamestnania sa stáva aj znalosť cudzieho jazyka. (Kopcová, 2004)

Množstvo organizácií svojim zamestnancom ponúka možnosť ďalej sa vzdelávať, pre jednotlivca sú to motivujúce zisky, ktoré v konečnom dôsledku zvyšujú jeho pracovnú spokojnosť oddanosť zamestnávateľovi. (Armstrong, 2007)

Všetky tieto aspekty vedú k postoju človeka k jeho práci a určujú do akej miery bude spokojný so svojim pracovným životom a celkovo so svojou kvalitou života.

1.2.6 Rodina a láska

Pre každého človeka na svete pojem rodina iste predstavuje domov, životnú istotu, najväčšiu hodnotu, dôležitú spomienku. Poskytuje nám nenahraditeľné a zároveň najdôležitejšie prostredie, bez ktorého by sme zostali osamelí, neúplní, neistí.

Rodina je základom šťastia, radosti a spokojnosti všetkých ľudí v každom veku. V rodine nachádzame nenahraditeľnú a nezastupiteľnú citovú oporu a zázemie. Je základným prvkom a centrom pozitívnych zážitkov a vnútorného pokoja. Každému jej členovi poskytuje citovú, duševnú, telesnú a sociálnu podporu.

Svet okolo nás sa veľmi rýchlo pretvára, ale úloha a význam rodiny zostáva nemenný. Mení sa len spôsob života. Menia sa formy vzťahov. Rodinné väzby nie sú také silné a tesné ako v minulosti. Napriek tomu inštitút rodiny zostáva jedinečný a neprekonaný. Nikto z nás nemôže nájsť lepšie zázemie ako je fungujúca a milujúca rodina.

Základným prvkom rodiny je dôvera. Rodinné vzťahy a silná dôvera nevznikajú sami od seba. Trpezlivosťou a láskou treba budovať, pestovať a rozvíjať rodinné vzťahy. Čas a pozornosť je základným predpokladom šťastnej a milujúcej rodiny. Znamená to, že treba venovať veľa času, veľa lásky, pozornosť svojej rodine. Rodina by mala byť prvoradá, mala by mať prednosť pred všetkým.

Predpokladom šťastnej rodiny je pokojná a priateľská komunikácia. Správna komunikácia, budovanie empatie a slobodné vyjadrenie názorov a túžob vytvára pokojné priateľské prostredie. Rodina dáva pocit bezpečia a opory. Rodina deťom poskytuje to najpriaznivejšie prostredie pre zdravú výchovu, šťastné a spokojné detstvo. Rodičia dávajú svojim deťom pevnú, trvalú a lásky plnú starostlivosť. Deti vyrastajú v atmosfére pokoja, lásky, nehy, dôvery a bezpečia. Učia sa vzájomnej úcte, dôvere, láske a pokojnej komunikácii. Získavajú pre život správne a prirodzené sebavedomie a vnútornú rovnováhu. V detstve sa začína budovanie sebavedomia. Hlboké rodinné zázemie a správna výchova sú predpokladom pre spokojný a úspešný život v dospelosti. (<http://stromzdravia.sk/dusevne-zdravie/rodina-je-dar-a-klenot-drahsi-ako-zlato/>)

Rodina, to je i vzájomné pochopenie, prejavy lásky, nežné pozornosti, krásne a pozitívne zážitky, ale i spoločné strávené radostné chvíle z úspechov. Spoločné ciele, ale i cesta k cieľu je zdrojom šťastia, radosti a pozitívnej energie. A na to treba veľké množstvo ľudskej lásky.

Láska je takým seba vyjadrením človeka, v ktorom možno hľadať odpovede na večné problémy, týkajúce sa ľudského života. „Je seba vyjadrením človeka, v ktorom sa jeho život mení raz na radosť a nadšenie, inokedy na zmätok, harmónia sa mení na chaos, súlad na paniku, kde rovnako ako je nevysvetliteľná vlastná individualita každého jednotlivca, tak je i neidentifikovateľný priestor odohrávania sa drámy a vášne, tragédie i nádeje lásky“ (ŠLOSIAR, 2002, s. 123).

Lepšie pochopenie lásky nám umožňujú i dejiny filozofie. Najmä u Platóna získame o nej mnoho informácií. Platón hovorí o pravej ideálnej a večnej láske, ktorá len dočasne prebýva v uväznení – pominuteľnej telesnosti človeka, aby sa rozpomínala na svoj pôvod. V jeho učení vystupuje láska ako nekonečná mohutnosť, presahujúca obmedzený život jednotlivca. Podľa Platóna človek až v láske nachádza skutočné bytie, vzťahujúce sa k dokonalosti a nesmrteľnosti, „láska je mať natrvalo dobro“. (ŠLOSIAR, 2002,s.125)

Vidí v nej cestu k dokonalosti. Podľa neho je ľudom už oddávna vrodená vzájomná láska, obnovovateľka starej prirodzenosti, ktorá sa usiluje urobiť z dvoch jedno a tak uzdraviť ľudskú prirodzenosť. Láska prináša so sebou plodenie, ktoré je podľa Platóna božská vec, predstavuje niečo nesmrteľné v smrteľnom človeku. „Lebo plodenie je pre smrteľného tvora niečo večné a nesmrteľné.“ (PECHOVÁ, M. A KOL., 1998, s. 408.)

Takto by sme mohli ďalej pokračovať vo vymenovávaní rôznych pohľadov chápania lásky u jednotlivých predstaviteľov či už filozofie alebo teológie. Láska nám nielen odhaľuje našu prítomnosť vo svete, ale nesporne patrí aj medzi základné spôsoby seba vyjadrenia zmyslu života človeka. Otvára nás svetu a dáva nám možnosť porozumieť mu iným spôsobom ako prostredníctvom rozumu.

Láska je darom, v ktorom sa prejavuje náš prístup k inému človeku. Tajomstvo lásky spočíva v osobnej bdelosti a slobode každého z nás. Nedá sa testovať, evidovať, počítačovo spracovať, jej prejavy nemožno verifikovať. Napriek tomu patrí k základnej výbave každého človeka.

2. Vplyv narušeného zdravia na kvalitu života ľudí so špeciálnymi potrebami

WHO definuje kvalitu života ako „percepciu jeho pozície v živote človeka v kontexte svojej kultúry a hodnotového systému a vo vzťahu k jeho cieľom, očakávaním, normám a obavám. Jedná sa o široký koncept, multifaktoriálne ovplyvnený jedincovým fyzickým, psychickým stavom, osobným vyznaním, sociálnymi vzťahmi a vzťahom ku kľúčovým oblastiam životného prostredia“ (Vad'urová, Muhlpachr, 2005, s.13).

Dlhodobé ochorenie, postihnutie či znevýhodnenie je prekážkou na jeho ceste k osobnému cieľu. Táto skutočnosť sa prejaví hlavne na kvalite jeho života. Podľa tejto teórie je kvalita života daná mierou spokojnosti s tým, ako pokračuje cesta človeka k jeho cieľu. Miera spokojnosti sa potom prejavuje emocionálne, v citovom stave človeka. Prejaviť sa môže pozitívnym alebo negatívnym afektom (Křivohlavý,2001).

Jedinec s ťažkým zdravotným postihom môže v boji so svojou chorobou – postihnutím primat' limity a možnosti. Pokiaľ ňo pretrváva pevná vôľa, dokáže svoje postihnutie brať s nadhľadom. Jeho kvalita života tak môže dosiahnuť vysokú úroveň. Na kvalite života jedinca so špeciálnymi potrebami sa podieľa jeho telesný stav, závažnosť ochorenia, psychika, okolie jemu najbližšie, ktoré sa oňho stará a dodáva mu odvalu, okolie vonkajšie, ktoré je zdrojom odbornej podpory a jedincova schopnosť sebarealizácie v pracovnom prostredí(Vad'urová, Muhlpachr, 2005).

Táto analógia sa rozširuje o úroveň sebaobsluhy a hybnosti, zapojenie sa do života, aktívna spoluúčasť na tvorbe vlastného osudu a nachádzania zmysluplnosti života. Motivácia ku zvyšovaniu kvality života sa odvíja od toho, či jedinec ma hendikep od narodenia, alebo ho nadobudol počas života.

Kvalitou života nevyliciteľné chorých a pacientov v terminálnom štádiu sa zaoberá autorka Sádovská(1997, s.7) ktorá uvádza, že „ kvalita života vyjadruje charakter a stupeň fyzickej a psychosociálnej pohody, nezávislosti, uspokojenia so životom a pocit úspechu vo viacerých oblastiach každodenného života. Za komponenty, ktoré ju ovplyvňujú, pokladá aspekty fyzické(prítomnosť bolesti, iných symptómov, neschopnosť zvládnuť aktivity bežného života), psychické(nálady,

depresia, obavy zo straty sebakontroly a sebestačnosti), sociálne(rodinné vzťahy, spoluúčasť na spoločenskom živote, práca)".

Pre pomenovanie oblasti kvality života sa používa medzinárodná skratka HRQL – health related quality of life. U nás sa používa mnoho prekladov toho výrazu, napríklad kvalita života vzťahujúca sa k zdravotnému stavu, kvalita života súvisiaca so zdravím, kvalita života z hľadiska zdravia (Křivohlavý, 2001), kvalita života ovplyvnená zdravím a iné (in Mareš,2006).

Súvislosti medzi sociálnym kontextom(napríklad: otázka bývania, vzťahy v rodine) a zdravím sú zložité, ale predpokladá sa, že kvalita rodinných vzťahov má vplyv nielen na zdravie jedinca, ale i na vznik zdravotných problémov či priebeh rôznych ochorení (Mareš, 2006). Predpokladá sa aj to, že kvalita zdravia vplýva určitým spôsobom na kvalitu života obecné, to znamená aj na rodinné prostredie, jeho atmosféru a vzťahy medzi členmi rodiny.

2.1 Ľudia so špeciálnymi potrebami

Ľudia so špeciálnymi potrebami tvoria v našej spoločnosti početnú skupinu. Veľa krát sa s týmito ľuďmi stretávame či už na ulici, v zamestnaní alebo v spoločnosti. Naším očiam neunikne fakt, že trpia nejakým postihnutím a s ľútosťou pred nimi sklopíme zrak.

Zdravotné postihnutie zahŕňa veľké množstvo rôznych funkčných obmedzení, ktoré sa vyskytujú v každej populácii vo všetkých krajinách sveta.

Hartl, Hartlová (2000, s.442) definujú zdravotné postihnutie ako „akúkoľvek duševnú, telesnú, dočasnú, dlhodobú alebo trvalú poruchu alebo handicap, ktorý jednotlivcovi bráni účinne sa prispôbovať bežným nárokom života“.

Zdravotné postihnutie Strieženec (1996) vníma ako ujmu na zdraví spôsobenú telesnou alebo duševnou poruchou alebo ich kombináciou.

Poznáme niekoľko modelov rozdelenia osôb so zdravotným postihnutím. Najčastejšie sa stretávame s delením, v ktorom rozoznávame postihnutie: telesné, mentálne

a duševné, zrakové, sluchové a rečové, kombinované a ochorenie civilizačnými chorobami.

Tieto rozdielne typy zdravotného postihnutia je možné vnímať i v kategóriách vrodené či získané. Tieto typy významne zasahujú do života jedinca a menia kvalitu života i s ohľadom na neukončený proces absolútnej rovnosti týchto občanov v rôznych oblastiach verejného života. (Krhutová a kol., 2005).

„Vrodené postihnutie mení všetky podmienky vývoja, na druhej strane sa jedinec žijúci s postihnutím od narodenia na nich lepšie adaptuje. Získané postihnutie menej zasahuje vývoj funkcií osobnosti, kladie však ďaleko väčšie nároky na adaptáciu“ vysvetľuje Krhutová a kol. (2005).

Pre lepšie ozrejmienie danej témy rozoberieme v nasledujúcej časti postihnutie telesné, mentálne, zrakové a sluchové.

2.1.1 Telesné postihnutie

Človek, ako spoločenská bytosť, je humanizovaný a socializovaný a to isté platí aj o jedincovi so špeciálnymi potrebami. Veľmi záleží na jeho postavení, na jeho úlohe, ktorú v tejto spoločnosti vykonáva, na tom, ako je spoločnosťou prijatý a ak má byť tento vzťah vyvážený, je potrebné zabezpečiť možnosť, aby telesne postihnutý jedinec bol schopný prijať svoje postihnutie a v maximálnej možnej miere sa integroval do spoločnosti. V takom prípade je zachovaná optimálna kvalita jeho života, čo vedie k jeho životnej spokojnosti (Jankovský, 2001).

Hartl (2000, s.442) telesné postihnutie charakterizuje ako „postihnutie, ktoré bráni mobilite pracovnej činnosti. Za telesne postihnutú osobu možno považovať jedinca s chybami pohybového (svaly), nosného (kostra) a nervového ústrojenstva, ktoré sú príčinou poruchy jeho pohyblivosti.“

Konkrétne príklady v definícií telesného postihnutia poskytuje Vašek(2003, s.155), ktorý týmto postihnutím rozumie „anomálie takého výrazného stupňa, že odlišujú jedinca od ostatných, napríklad: deformácie horných končatín, deformácie chrbtice (hrb), deformácie dolných končatín (konská noha), výrazne znetvorenie kĺbov“

a ďalšie. Tiež sem zaradujeme poruchy lebky (nadmerne veľká alebo výrazne malá hlava, chýbanie jazyka, nevyvinutie kosti mozgovej časti hlavy), rázštep čeľustí, podnebia a rázštep chrbtice.

Podľa Krhútovej(2005, s.199) môžeme skupinu občanov s telesným postihnutím rozdeliť do dvoch skupín:

- a) Chronické ochorenie - dlhodobý nepriaznivý zdravotný stav. Ide o poškodenie alebo oslabenie fyziologických funkcií ľudského organizmu. Znižuje kvalitu postihnutého, obmedzuje jeho výkonnosť a odolnosť voči záťaži a námahe. Vedie k nechcenému utlmeniu fyzických aktivít a spôsobuje degeneratívne zmeny na nosnú a motorickú aparáturu človeka.
- b) Telesné postihnutie – ide o obmedzenie hybnosti až znemožnenie pohybu a dysfunkciu motorickej koordinácie v súvislosti s poškodením, vadou či funkčnou poruchou nosného a hybného aparátu, amputáciou či deformáciou časti motorického systému.

Podľa Grňa (2004,s.4-5) rozoznávame nasledovné druhy telesného postihnutia:

- a) Paraparéza – postihnutie dolných končatín s tendenciou obnovenia citlivosti a pohyblivosti.
- b) Paraplégia – postihnutie dolných končatín a časti hrudníka, ktoré je trvalého charakteru.
- c) Kvadruparéza (tiež tetraparéza) – postihnutie horných i dolných končatín, vyvolané poškodením miechy v oblasti krčnej chrbtice, s tendenciou obnovenia citlivosti i hybnosti.
- d) Kvadruplégia (tiež tetraplégia) – trvalé postihnutie končatín i hrudníka, vyvolané závažným poškodením miechy v krčnej oblasti, vo väčšine prípadov nastáva čiastočné obnovenie pohyblivosti i citlivosti horných končatín, závislé od miesta a rozsahu poškodenia miechy.
- e) Hemiparéza / plégia – jednostranné (polovičné) ochrnutie tela v dôsledku narušenia mozgu po príhode, operácii, úraze.

V odbornej literatúre sa stretávame okrem pojmu telesné postihnutie aj s pojmami, ktoré sú synonymá tomuto pojmu a to: hendikep, choroba alebo odchýlka a defekt.

Podľa Vágnerovej(1996) termín „hendikep“ je používaný v psychologickej literatúre pre ľudí zdravotne postihnutých a tým aj pre telesne postihnutých. Vystihuje do určitej miery psychologickú reakciu, postoj a stav telesne postihnutého vzhľadom k traumatizujúcej udalosti. Hendikepom sa pôvodne myslelo postihnutie nepriaznivou udalosťou.

Termínom „choroba alebo odchýlka“ označuje Vágnerová (1996) spoločenský hendikep, ktorý je síce považovaný za niečo nežiaduce, ale je tu odlišné poňatie zodpovednosti subjektu než aké býva u väčšiny sociálnych deviácií (napr. alkoholikov, či narkomanov). Postihnutý človek väčšinou nebýva považovaný za vinníka svojej choroby.

Telesné postihnutie, znížená mobilita a prípadné zmeny osobnosti ako následok telesného defektu, nielenže ochudobňuje jedincov o viacero dôležitých podnetov, ale často obmedzuje, ba až sťažuje stupeň postihnutia, ktoré znemožňuje začlenenie jedinca do spoločnosti. Za chorobu či defekt môžeme považovať poškodenie, poruchu toho, čo je u normálneho jedinca zdravé a bežné (Hartl, 2000).

Často sa stretávame s podstatne širším rozsahom termínu „telesné postihnutia“. Rozumie sa pod tým extrémne odchýlky v hmotnosti, výške a vzhľade, prípadne pohybovej aktivite. V tomto prípade sa budeme ale pridržovať už vyššie spomínanej definície.

2.1.2 Mentálne postihnutie

Ľudia s diagnózou mentálna retardácia predstavujú veľmi rôznorodú skupinu ľudí s rôznym stupňom intelektového fungovania, od subnormy, t.j. minimálneho zaostávania, až po ľudí, ktorí sú odkázaní na celoživotnú intenzívnu pomoc a starostlivosť, detí a dospelých ľudí s rôznymi charakterovými vlastnosťami.

Výstižnú definíciu retardácie uvádza Bajo a Vašek (1994,s. 37), v ktorej hovorí, že „retardácia znamená zdržanie, oneskorenie, spomalenie, čo vystihuje jednak vývinový aspekt poruchy, poškodenia a tiež zvyrazňuje skutočnosť, že mentálne postihnutie nie je ustálené, definitívne a ukončené.“

Ďalší názor na mentálne postihnutie poskytuje M. Davies (2000, s. 412), ktorý toto postihnutie považuje za „poruchy v rozumovom vývine jedinca, ktoré sú spôsobené nečakanými a nešťastnými udalosťami.“ Toto tvrdenie je vhodné doplniť o vyjadrenie Svetovej zdravotníckej organizácie(WHO), podľa ktorej sú tieto poruchy charakteristické najmä poškodením schopností patriacich k celkovej úrovni inteligencie, t. j. poznávacích, jazykových, pohybových a sociálnych schopností.

Švarcová, (2000, s. 24) rozoberá, že „každý človek s mentálnym postihnutím je charakteristický svojimi osobnými rysmi“. U väčšiny z nich sa v menšej či väčšej miere preukazujú postihnuté jednotlivé psychické funkcie.

Americká asociácia pre mentálne retardovaných (In: O. Matoušek, 2005, s.111) používa nasledovnú definíciu: „Mentálne postihnutie je podstatné obmedzenie výkonov vyznačujúcich sa podpriemernou úrovňou intelektových schopností súčasne s obmedzením v najmenej v dvoch z nasledujúcich adaptačných schopnostiach: komunikácia, sebaobsluha, sociálne schopnosti, bývanie vo vlastnom dome, využitie služieb obce, sebaurčenie, zdravie a bezpečnosť, školský výkon, voľný čas a práca“.

Vašek (2003, s.143) poskytuje pohľad na mentálne postihnutie zo psychologického aspektu, podľa ktorého „sa zdôrazňuje znížená inteligencia občana, vyjadrená pomocou inteligenčného kvocientu (IQ)“.

V roku 1995 vstúpila do platnosti 10. revízia Medzinárodnej klasifikácie chorôb spracovaná Svetovou zdravotníckou organizáciou(WHO), ktorá uvádza nasledovné stupne mentálnej zaostalosti:

- Ľahká duševná zaostalosť
- Stredný stupeň duševnej zaostalosti
- Ťažká duševná zaostalosť
- Hlboká duševná zaostalosť
- Iná duševná zaostalosť
- Nešpecifikovaná duševná zaostalosť

V nasledujúcich charakteristikách jednotlivých stupňov budeme vychádzať z textov Medzinárodnej klasifikácie chorôb a z publikácií Baju – Vaška (1994) a Švarcovej (2000).

Lahká duševná zaostalost' IQ 50 – 69 : U dospelých predstavuje mentálny vek 9 - 12 rokov. Jedinci s týmto stupňom postihnutia sú schopní používať reč, udržiavajú konverzáciu a viesť rozhovor. Väčšinou dokážu byť nezávislí v osobnej starostlivosti, zvládajú sebaobsluhu (hygiena, obliekanie). Veľa dospelých je schopných pracovať, udržiavať dobré spoločenské vzťahy a byť prospešnými spoločnosťami.

Stredný stupeň duševnej zaostalosti IQ 35 – 49: U dospelých je reprezentovaný mentálnym vekom 6 – 9 rokov. Väčšina je schopná získať určitý stupeň nezávislosti. Sú plne mobilní, aktívni, majú schopnosti nadviazať kontakty a komunikáciu. Človek s týmto stupňom postihnutia je schopný vykonávať prácu pod odborným dohľadom.

Ťažká duševná zaostalost' IQ 20 – 34: U dospelých sa vyznačuje mentálnym vekom 3 – 6 rokov. Väčšina jedincov trpí poruchami motoriky a vyžadujú si neustálu starostlivosť.

Hlboká duševná zaostalost' IQ pod 20: U dospelých predstavuje vek nižší ako 3 roky. Časť takto postihnutých jedincov je imobilná, nenaučia sa chodiť, zaostáva motorika. Značnú časť života preležia a preto si vyžadujú celoživotnú starostlivosť. Používajú len hlasové prejavy pudových a efektívnych reakcií.

Vašek (2006, s.175) uvádza nasledovné príčiny vzniku mentálnej retardácie:

- 1) exogénne: a) prenatálne (vírusové infekcie, hormonálne poruchy, röntgenové žiarenie, chemické látky, alkohol)
 - b) perinatálne (do 10 dní po pôrode – mechanické účinky pôrodu, prechod pôrodnými cestami, predčasné odlúčenie placenty)
 - c) postnatálne (neuroinfekcie CNS a úrazy hlavy)
- 2) endogénne: genetické (chromozomálne aberácie, Downov syndróm, Wilsonov syndróm, Rettov syndróm a iné).

2.1.3 Zrakové postihnutie

Zrak je pre každého jedinca významný a veľmi dôležitý. Jeho strata alebo vážne poškodenie vedie ku vzniku veľkého množstva komplikácií a problémov. Vyrovnáť sa s týmto hendikepom, naučiť sa prekonávať dôsledky z toho vyplývajúce a vzniknuté

problémy a bariéry, je pre zrakovo postihnutého jedinca i jeho rodinu (priateľov, kolegov...) veľmi náročné. Napriek tomuto znevýhodneniu je nevyhnutný predpoklad k integrovanému, plnohodnotnému a kvalitnému životu v spoločnosti (Únia nevidiacich a slabozrakých Slovenska, Sociálna pomoc. <http://www.unss.sk>).

Krhutová (2005, s.159) tvrdí, že „prostredníctvom zraku prijímame viac ako 80% informácia o dianí v okolitom svete. Avšak to neznamená, že ľudia s poruchami zraku sú schopní prijať len 20% informácií a zákonite sa vyznačujú nižším intelektom“. Pri strate alebo oslabení zraku sa spustia kompenzačné mechanizmy, ktoré sú schopné do určitej miery nahradiť zrakový deficit.

Oláh (2002, s.159) definuje zrakové postihnutie ako „vrodené chyby oka“, alebo niektoré ochorenia očí, resp. úrazy oka, ktoré môžu zapríčiniť zníženie ostrosti zraku až úplnú stratu zraku na jednom alebo oboch očiach.

„Príčinou zrakového postihnutia môže byť porucha v ktorejkoľvek časti zrakového ústroja - teda vonkajšieho oka, nervových dráh spájajúcich oko s mozgovým centrom (očný nerv) alebo priamo zrakové centrum mozgu“ (Slowík, 2007, s.60).

Svetová zdravotnícka organizácia WHO v rámci Medzinárodnej klasifikácie chorôb vymedzuje nasledovné choroby oka: choroby mihalníc, slzných orgánov a očnice; choroby spojovky; choroby bielka, rohovky, dúhovky a vráskovca; choroby šošovky; choroby cievočky a sietnice; glaukóm - zelený zákal; choroby sklovca a očnej gule; choroby zrakového nervu a zrakových dráh; poruchy očných svalov, binokulárnych pohybov, akomodácie a refrakcie; poruchy videnia a slepota.

Krhutová (2005, s.159) hovorí, že „pre väčšinu intaktných ľudí je označenie zrakovo postihnutý výstižný, len pre skupinu osôb, ktorí sú nevidiaci a na ulici sa pohybujú za pomoci bielej paličky a cvičeného psa“.

Németh (1999, s.12) rozdeľuje skupinu osôb so zrakovým postihnutím na osoby:

- a) Nevidiaci - osoby s úplnou stratou zrakového vnímania, ale tiež osoby ktoré sú schopné vnímať zrakom maximálne svetlo, no nie sú schopné lokalizovať jeho zdroj.
- b) Čiastočne vidiaci - osoby, ktoré majú zachované zvyšky zraku. Túto skupinu tvoria hraničné prípady medzi slepotou a slabozrakosťou. Zrakový analyzátor nie je pri práci dominantný – nemá vedúce postavenie.

- c) Slabozraký - spoločným znakom je znížená schopnosť zrakového vnímanie. Prejavuje sa znížením rýchlosti a presnosti zrakového vnímania, v rýchlej únave pri zrakovej práci. Napriek tomu je zrak vedúci analyzátor.
- d) Osoby s poruchami binokulárneho videnia - ide o poruchy funkčnej rovnováhy a fyziologickej spolupráce pravého a ľavého oka. Je to vlastne porucha videnia oboma očami a spôsobuje problémy v priestorovom vnímaní. Zaraďujú sa sem osoby tupozraké a škuľavé.

Zaradenie slabozrakých a slepých do primeraného pracovného procesu je veľmi dôležitým, ale aj ťažkým problémom už len z toho dôvodu, že majú veľmi obmedzený výber zamestnania. Aktívnu úlohu pri tom zohráva Únia nevidiacich a slabozrakých Slovenska, ktorá je zameraná najmä na vytváranie rovnakých príležitostí, zabezpečenie rovnakého zaobchádzania a realizáciu pozitívnych opatrení na prekonávanie a kompenzáciu dôsledkov zrakového postihnutia a na prípravu pre plnohodnotný, integrovaný život a prácu v spoločnosti.

2.1.4 Sluchové postihnutie

Existuje viac faktorov, ktoré ovplyvňujú schopnosť človeka počuť zreteľne a dostatočne na to, aby sa bez problémov orientoval v každodenných situáciách. Niektorí ľudia sa narodia ako nepočujúci, iní stratia sluch postupne alebo až v dospelosti. Väčšina z nich má isté zvyšky sluchu, ktoré je možno v každodennom živote využiť. Len malú skupinu tvoria nepočujúci s úplnou stratou sluchu.

Podľa Vaška (2003, s.149) je sluchovo postihnutá osoba „taká osoba, u ktorej je v dôsledku zníženej priepustnosti (prípadne nepriepustnosti) sluchového kanálu príjem sluchových informácií výrazne znížený“. Z toho vyplýva, že sluchovou vadou označujeme poškodenie orgánu - v tomto prípade ucha, alebo jeho funkcie.

Matuška (1992, s.10) vysvetľuje, že „sluchové postihnutie ako poškodenie sluchového systému a jeho jednotlivých častí, ktoré vzniká následkom úrazov, choroby, vývinových porúch a iných patologických vplyvov.

„K poruchám sluchu může dôjst' na základě chorobných změn jednotlivých částí sluchového analyzátoru alebo iných funkčných okruhov, ktoré sú s ním zlúčené“ (Vašek, 1995, s. 164) .

Stupeň sluchového postihnutia sa hodnotí z viacerých hľadísk, u nás sa posudzuje na základe zvukového podnetu vyjadreného v decibeloch – dB.

WHO uvádza tento rozsah strát sluchu:

- 0 - 25 dB – normálny sluch
- 26 - 40 dB – ľahké sluchové postihnutie
- 41 - 55 dB - stredné sluchové postihnutie
- 56 – 70 dB – stredne ťažké sluchové postihnutie
- 71 – 90 dB – ťažké sluchové postihnutie
- 91 a viac dB – veľmi ťažké sluchové postihnutie až hluchota

Tarcsiová (2001, s.23-24) rozoznáva nasledovné druhy sluchového postihnutia:

- 1) Nadoslýchavosť – čiastočná strata sluchu.
 - a) Ľahká nadoslýchavosť (sluchový prah 41-50 dB) - jedinec počuje nad šesť metrov od zdroja zvuku. Podstatné sú výhodné akustické podmienky.
 - b) Stredná nadoslýchavosť (sluchový prah 51-60 dB) - osoba počuje od 4 – 6 metrov od zdroja v akusticky výhodných podmienkach.
 - c) Veľmi ťažká nadoslýchavosť (sluchový prah 71-80dB) – postihnutý počuje výberovo pod dva metre od zdroja zvuku.
- 2) Zvyšky sluchu – sluchový prah je v oblasti 81-90 dB, jedinec počuje iba len niektoré zosilnené slová.
- 3) Hluchota – ide o úplnú stratu sluchu. Sluchové postihnutie je také rozsiahle, že sluchová funkcia nepostačuje pre styk s okolitým prostredím.
 - a) Praktická hluchota (sluchový prah v oblasti nad 91 dB) – postihnutý počuje len niektoré zvuky pri zosilnení nad 91 dB, nie je schopný bez odbornej starostlivosti naučiť sa počuť zvuky ľudskej reči.
 - b) Absolútna (úplná) hluchota – osoba vôbec nereaguje na sluchové podnety.

Pri komunikácii sluchovo postihnutých je dôležité dodržať určité pravidlá, ktoré vyžadujú ovládanie jednotlivých foriem.

- 1) Upútanie pozornosti jednotlivca – dotykom. Oficiálne sú dotyky povolené iba na určitých miestach – hlavne na rukách. Pre nepočujúceho je veľmi nepríjemný – dotyk v oblasti chrbta a dotyk na hlavu.
- 2) Upútanie pozornosti jednotlivca – mávaním. Používa sa vtedy, keď chceme kontaktovať nepočujúceho na väčšiu vzdialenosť. Podmienkou je, aby sme stáli v zornom poli nášho partnera.
- 3) Upútanie pozornosti skupiny. Využívame vibrácie na podlahu (dupanie) alebo po stole (klopanie).
- 4) Upútanie pozornosti skupiny – blikaním (krátkym prerušovaním svetla) sa používa najčastejšie na upútanie pozornosti viacerých osôb tam, kde by bolo zdĺhavé kontaktovať každú osobu zvlášť.
- 5) Pozdrav a lúčenie. U nepočujúcich sú pozdravy a lúčenia veľmi obradné. Pozdravovanie prebieha pred ostatnými prítomnými očným kontaktom a gestom. Veľmi časté až typické je podanie ruky so symbolickým pobožkaním na obidve líca.
- 6) Vyhľadávanie vhodného miesta pre komunikáciu. Platí zásada správneho dopadu svetla na hovoriaceho a nesadenie si chrbtom k dverám. Osoby by pritom samozrejme nemali sedieť oproti oknu, pretože v proti svetle sa nedá odzerať.
- 7) Chytenie posunkujúcej osoby za ruku a odvrátenie pohľadu od posunkujúcej osoby – vziať niekoho za ruku, keď práve komunikuje posunkovou rečou je veľmi agresívny akt, asi ako keby počujúcemu zakryli rukou ústa (Šarinová, 2010).

3. Človek so špeciálnymi potrebami v spoločnosti

Ľudia so špeciálnymi potrebami sú súčasťou každodenného života. Stretávame ich všade kde sa pravé nachádzame, či sme už v škole alebo ideme do mesta. Postihnutí ľudia sú predmetom súcitu, pretože ich stretlo nešťastie, bez vlastného zavinenia. Zároveň vzbudzujú hrôzu a odpor, predstavujú niečo negatívne čomu je lepšie sa vyhnúť. Ku vzniku neistoty, obáv a odmietania prispievajú aj prejavy samotných postihnutých, ktorí sa inak chovajú, inak vyzerajú, býva s nimi komplikované dorozumievanie, ich prejavy môžu mať odlišný význam, a preto sa v nich nedá vyznať. Typickým prejavom v postoji k postihnutým je tendencia vidieť všetkých postihnutých rovnako, bez ohľadu na ich individuálne odlišnosti.

Veľká časť spoločnosti stále žije v predstave, že všetci ľudia so špeciálnymi potrebami sú nešťastní, že nemajú a dokonca ani nemôžu mať zmysel pre humor, zábavu, radosť či úspech. Títo ľudia majú tiež svoj život hoci nie taký ako väčšina z nás. Musia sa každodenné vyrovnávať z nástrahami okolitého sveta.

V minulosti títo ľudia boli vyčleňovaní na okraj spoločnosti a nikto o nich nejvil záujem, žili si svoj život, hoci sa chceli zaradiť do spoločnosti, ale spoločnosť by ich neprijala. Človek s viditeľnou vadou alebo poruchou či znevýhodnením je v spoločnosti odlišným jedincom a takáto odlišnosť bola vždy spojená s radou špecifických problémov(Titzl,2000). U intaktných ľudí to môže vzbudzovať strach, odpor, neistotu a je tiež príčinou toho, že postihnutý človek nemôže naplňovať normy na ktorých si spoločnosť zakladá. Súčasne však takáto odlišnosť vždy priťahovala pozornosť okolia(Slowík,2007). Takto to trvalo dlhé roky. V súčasnej dobe sú ľudia so špeciálnymi potrebami plnohodnotnými členmi spoločnosti. Spoločnosť im začala vychádzať v ústrety rôznymi spôsobmi, ktoré im uľahčujú žiť plnohodnotný život.

3.1 Sociálne postavenie ľudí so špeciálnymi potrebami

Trvale postihnutý človek získava aj špecifickú sociálnu rolu. Podstatným znakom tejto role sú určité privilégiá, ale na druhej strane aj strata niektorých práv, ktoré majú zdraví. Postihnutý má právo na ohľady, trpezlivosť a toleranciu nedostatkov, ktoré z

jeho hendikepu vyplývajú. Problémom postihnutých býva často aj to, že sa nevedia zaradiť medzi skupinu zdravých ľudí a táto skupina na druhej strane ich nevie prijať takých akí sú.

Slowík(2007,s.23) vysvetľuje, že „najčastejším spôsobom hodnotenia človeka je jeho porovnanie s ostatnými ľuďmi a posudzovania miery jeho odlišností stanovených hraničných hodnôt štatisticky zistenej normy“. Ako príklad sa uvádza hodnotenie inteligencie na základe nameranej hodnoty IQ. Jedinci s abnormálnymi hodnotami IQ sa na danej škále vyskytujú nad i pod hranicou stanovenej normy. Abnormalitu nemôžeme jednoznačne chápať ako niečo negatívne – nenormálne, v skutočnosti i vysoko nadpriemerný stav(napr.: genialita). Kto sa zo štatistického hľadiska vymyká norme, má značne sťaženú situáciu v spoločnosti a často sa u nich vyskytuje problém so sociálnou integráciou v rámci spoločnosti. Takáto rozdelenie mohlo a veľakrát i malo za následok stigmatizáciu osôb so zdravotným postihnutím ako tých abnormálnych. Takýto druh nahliadania na nich je viditeľný i z dokumentu „Klasifikácia poškodenia, postihnutia a handicapu“, v ktorom Svetová medicínska organizácia WHO v roku 1980 definovala základné koncepty:

- a) Poškodenie (impairment): strata alebo abnormálnosť psychologickej alebo anatomickej štruktúry alebo funkcie na úrovni telesného orgánu alebo systému
- b) Postihnutie (disability): obmedzenie alebo strata schopností vykonávať činnosť spôsobom alebo v rozsahu, ktorý je pre človeka považovaný za normu .
- c) Hendikep: nevýhoda sa prejavuje ako obmedzenie vyplývajúce pre jedinca z jeho vady alebo postihnutia, ktoré sťažuje alebo znemožňuje, aby splnil úlohu ktorá je pre neho normálna.

Miera postihnutia je u každého jedinca so špeciálnymi potrebami individuálna. Závisí na stupni postihnutia, dobe vzniku defektu, kvalite a včasnosti odhalenia. Pohľad na situáciu človeka s poškodením, postihnutím a hendikepom sa zásadne mení. Sleduje sa funkcia a stav telesných štruktúr človeka namiesto jeho poškodenia a postihnutia, sleduje sa aktivita jedinca namiesto jeho poškodenia a postihnutia, a konečne je rozhodujúca miera žitia života v spoločnosti a nie len záujem o vlastný hendikep(Slowík,2007).

Brown(1997) hovorí o novom modeli ako o integratívnom na rozdiel od prístupu medicínskeho(kedy je postihnutý človek postavený do úlohy pacienta) alebo

sociálneho(kedy hendikepovaného jedinca považuje predovšetkým za objekt sociálnej starostlivosti), kde zvyrazňuje podstatne myšlienku účasti človeka s postihnutím v spoločenskom dianí. Každý sa môže dostať do situácie postihnutého, nejde iba o problém špecifickej skupiny osôb, ale o problém týkajúci sa každého z nás. Neočakáva sa iba individuálne prispôsobenie jedinca, ale celková zmena sociálneho prostredia, politiky a vzťahov s ľuďmi s postihnutím. Nový koncept z pohľadu na situáciu človeka s znevýhodnením je zameraný na lepšie dosiahnutie štandardu kvality života všetkých členov v spoločnosti, čiže aj ľudí so špeciálnymi potrebami.

Sociálny model naštartoval zmenu nazerania na osoby so špeciálnymi potrebami ako na občanov daného štátu, rovných so všetkými ostatnými občanmi. Rovnako ako všetkých ostatných občanov, ich životy ovplyvňujú a formujú rovnaké udalosti, situácie a podmienky. V súčasnosti sa na handicap nenazerá ako na kategóriu, ale ako na dimenziu, teda rozmer života, kde sa neaplikuje iba medicínsky, ale i interdisciplinárny prístup psychológie a špeciálnej pedagogiky. V tomto smere sa volia postupy so snahou vyrovnať príležitostí, t.j. postoja inklúzie (Jankovský, 2001). Týmto však nezaniká medicínsky prístup. Prejavuje sa cez postavenie lekárov, pretože práve ich rozhodnutie vo veľkej miere ovplyvňuje do akého školského zariadenia človek so špeciálnymi potrebami pôjde, aká výška dávky sociálneho zabezpečenia mu bude pridelená, pracovnú (ne)schopnosť, dokonca veľaokrát i to, či bude narodený.

3.2 Integrácia a inklúzia ľudí so špeciálnymi potrebami

Integrácia je v súvislosti s hendikepovanými ľuďmi pojem veľmi známy a je ním označení najvyšší stupeň socializácie. Výchova a vzdelávanie patrí k najdôležitejším socializačným činiteľom čiže prostriedkom tzv. socializácie. Máme na mysli zospoločenšenie osobnosti jedinca, jeho vrastanie, včleňovanie a následne zaradenie do spoločnosti v ktorej žije. Jediniec si postupne v priebehu socializácie osvojuje jednotlivé aspekty sociokultúrneho systému, v ktorom vyrastá. Podstatnou stránkou socializácie je súlad. Všetky potreby jedinca, jeho správanie, prežívanie, celá jeho osobnosť, sú uvádzané do súladu s určitými formami medziľudských vzťahov, závislostí a činností. Proces socializácie nie je len pasívnym prispôsobovaním jednotlivca, ale je aj aktívnym

procesom. Základom a predpokladom socializácie je sociabilita, čiže schopnosť byť socializovaný, včleniť a zapojiť sa do spoločnosti (Slowík, 2007).

Výsledkom procesu socializácie je sociálna integrácia, kedy je jedinec začlenený do pracovného a spoločenského života ako plnohodnotný člen ľudskej spoločnosti. Opakom je sociálna dezintegrácia, kedy nemá svoje primerané miesto v spoločnosti, pretože ho nenašiel, alebo ho stratil.

Socializácia postihnutých jedincov má svoje špecifiká a podľa miery úspešnosti sa rozlišujú štyri stupne (Sovák, 1980):

1. najvyšším stupňom je integrácia, kedy dochádza k úplnému zaradeniu postihnutého jedinca do spoločnosti;
2. adaptácia už nie je takým dokonalým stupňom socializácie. Postihnutý sa taktiež môže zapojiť do pracovného a spoločenského života, avšak iba za predpokladu, že sú uskutočnené určité opatrenia, napr. v práci, v škole, žiak s poruchou sluchu sedí v prvej lavici a má k dispozícii slúchadlá;
3. utilita znamená, že postihnutý jedinec sa môže začleniť do spoločnosti jedine za pomoci a za bezprostredného dohľadu ďalších ľudí, čo mu umožňuje dosiahnuť isté spoločenské uplatnenie, istú spoločenskú užitočnosť a osobné uspokojenie, napr. u osôb mentálne retardovaných;
4. inferiorita predstavuje neschopnosť akéhokoľvek pracovného a spoločenského začlenenia, napríklad pri ťažkom telesnom a mentálnom postihnutí. Osoba je odkázaná na celoživotnú ochranu a pomoc, najčastejšie v ústavoch. Ide teda o segregáciu, teda opak integrácie.

Charakteristika problematiky ľudí so špeciálnymi potrebami je vlastne úsilím o ich integráciu do spoločnosti. Dokonca sa dnes častejšie používa termín inklúzia. Slowík(2007,str.32) definuje inklúziu ako“ nikdy nekončiaci proces, v ktorom sa ľudia s postihnutím môžu v plnej miere zúčastňovať všetkých aktivít spoločnosti rovnako ako ľudia bez postihnutia“. V inkluzívnom prístupe sú jedinci s postihnutím zapájaní do všetkých bežných činností ako ľudia bez hendikepu. Pri pomoci týmto ľuďom je potrebné, aby sme poznali potreby týchto ľudí, snažili sa ich v čo najvyššej miere uspokojovať. Dá sa to dosiahnuť iba formou ich komplexného poznávania.

3.3 Potreby ľudí so špeciálnymi potrebami

V uspokojovaní potrieb hendikepovaných osôb nie je na mieste robiť rozdiely medzi intaktnými jedincami a jedincami postihnutými. Potreby ľudí so špeciálnymi potrebami sa stotožňujú s potrebami ľudí bez postihnutia.

Ľudské potreby si priblížime na Maslowovej pyramíde ľudských potrieb. Podľa tejto teórie má človek päť základných potrieb (od najnižších po najvyššie - spolu teda tvoria akúsi „pyramídu“):

- 1.fyziologické potreby
- 2.potreba bezpečia, istoty
- 3.potreba lásky, prijatia, spolupatričnosti
- 4.potreba uznania, úcty
- 5.potreba seberealizácie

Maslow vysvetľuje, že „ prvé štyri kategórie sú nedostatkové potreby a piatu kategóriu ako potreby bytia alebo rastové potreby. Všeobecne platí, že nižšie položené potreby sú významnejšie a ich aspoň čiastočné uspokojenie je podmienkou pre vznik menej naliehavých a vývojovo vyšších potrieb. Toto však nie je možné tvrdiť bezvýhradne a je dokázané, že uspokojovanie vyšších potrieb (estetických, duchovných) môže napomôcť v krajných situáciách ľudského života, v ktorých je možnosť uspokojovania nižších potrieb obmedzená. Za najvyššiu považuje potrebu seberealizácie, čím označuje ľudskú snahu naplniť svoje schopnosti a zámery. Vychádzal z presvedčenia, že výkon jedinca je možné zvyšovať až k prirodzeným fyziologickým hraniciam, ak budú uspokojované nielen materiálne, ale i sociálne potreby, t. j. potreby seberealizácie, sebaaktualizácie, sebauskutočnenia, sociálnej spolupatričnosti k niekomu alebo niečomu, tvorivosti, bezpečia, istoty, postavenia a pod. K saturácii (naplneniu, uspokojeniu) väčšina potrieb dochádza práve v pracovnom procese“(Wikipedia, Maslowova teória).

Jedinec so špeciálnymi potrebami musí prekonávať s veľkou námahou prekážky, ktoré sú pre zdravých ľudí každodennou rutinou. Počnúc zabezpečením základných životných potrieb, ako príjem stravy a ďalších fyziologických potrieb, cez prekonávanie často neprekonateľných architektonických bariér, až po prekonávanie

bariér v ľudskom myslení. Za účelom prekonania všetkých prekážok je nutné splňať špecifické požiadavky kladené hendikepovanými jedincami. Ale tu opäť dochádza k zákonitým vzťahom, kedy po naplnení určitej svojej potreby, sa rovnako aj títo ľudia stávajú motivovaní za účelom dosiahnutia ďalšieho stupňa v hierarchii potrieb. Napĺňanie týchto potrieb a motivácia má u ľudí so špeciálnymi potrebami pomalší priebeh ako u jedincov zdravých a jedine tento aspekt je možné pokladať za badateľný rozdiel. Pre túto skupinu je použiteľná všeobecná hierarchia potrieb človeka, kde na jej vrchole stojí potreba sebarealizácie a uplatnenia sa v bežnom živote.

Postihnutý skoro vždy v nejakej forme pociťuje svoju znevýhodňujúcu situáciu, vyplývajúcu zo svojho stavu, čo sa potom môže odraziť v tiesnivom pociť menejcennosti. Za krátky čas zistí, aké postoje k nemu zdraví ľudia zaujímajú. Vníma ich často citlivejšie a viac si ich všíma. Musí sa s nimi vyrovnávať, pretože je nútený byť súčasťou spoločnosti. Reakcie postihnutého človeka môžu byť veľmi rôzne v závislosti na jeho defekte, zachovaných možnostiach, vývojovej úrovni na skúsenostiach a ďalších faktoroch. Pokiaľ je toho postihnutý človek schopný, vytvára si proti postojom spoločnosti najrôznejšie spôsoby obrany. Tie mu umožňujú uchovať si v tejto situácii duševnú rovnováhu a prijateľnú sebaúctu (Haburajová, 2007).

Identita ľudí s vrodeným postihnutím býva iná, od začiatku sú vychovávaní odlišným spôsobom a chýba im vlastná skúsenosť porovnania dvoch situácií – zdravia a choroby. Pri postihnutiach vzniknutých neskoršie je dôležité prijať novú identitu – menej uspokojivú.

Postihnutie neznamena mimoriadnu situáciu iba pre postihnutého človeka, ale aj pre rodinu a jeho blízke okolie. Zaradenie takéhoto jedinca do pracovného procesu vyvoláva oveľa väčšie problémy, ako zaradenie zdravého. Príčinou problémov môže byť na jednej strane nezrelosť a neprimeranosť očakávania postihnutých, na druhej strane nepripravenosť zdravých ľudí a pretrvávajúce predsudky. Má značne sťažené možnosti samostatne sa užiť, alebo nemá vôbec žiadne možnosti. Postoje a chovanie verejnosti k ľuďom so špeciálnymi potrebami nie sú vždy objektívne. Buď ich ľutujeme alebo ich odsudzujeme. Nechceme ich prijať do svojej blízkosti. Je to pre nás záťaž, odťahuje nás to, ruší to naše pohodlie. A to nie je správne. Nemôžeme sa potom čudovať, že reakcia - chovanie ľudí so špeciálnymi potrebami je primeraná na náš postoj k nim.

Nepredstaviteľné prekážky u každého postihnutého jedinca často vznikajú pri nadväzovaní známostí s druhým pohlavím, pri hľadaní životného partnera alebo pri zakladaní rodiny. U veľa postihnutých jedincov nie je partnerstvo z realizovateľné. Postihnutý často nemá príležitosť, nemôže, alebo nevie nadviazať hlbší a intímnejší vzťah a dochádza k pretrvávaniu závislosti a väzbe na rodičoch. Partnerstvo a rodičovstvo má pre postihnutých ľudí veľký význam lebo týmto krokom sa zaraďujú ku zdravej populácii. Nie je pre nich jednoduché nadväzovať medziľudské vzťahy, hlavne v období dospelosti a preto majú väčšinou taktiež postihnutých partnerov.

Tieto problémy sú značným sociálnym hendikepom, ktorý sa nabaľuje na primárne postihnutie. Prejavuje sa to v utváraní osobnosti, najmä v seba hodnotení, v postojoch k nepostihnutej populácii a vedie to k zvyšovaniu sociálnej izolácie (Jakabčic a Požár, 1996).

Uplatnenie sa v dnešnom trhovom prostredí je v súčasnosti ťažké pre zdravých jedincov a o to ťažšie je to pre jedincov so špeciálnymi potrebami, ktorí majú v sebe potrebu realizovať sa, či už ako zamestnaná osoba, alebo činnosťou vo svojej domácnosti.

3.4 Rodina s postihnutým členom

Rôznorodé postihnutie postihuje celú bytosť človeka. Postihnutí ľudia sú vo väčšine prípadov odkázaní na pomoc druhých. Zdraví ľudia sa k postihnutým nesprávajú vždy tak ako by sa mali. Zdravá populácia ich vo väčšine podceňuje, neakceptuje alebo odmieta. Sú predmetom súcitu, vzbudzujú hrôzu a odpor. Postihnutí ľudia si zase myslia, že zdraví ich vždy ohovárajú a osočujú ich. Potom sú k svojmu okoliu neprístupní a nepríjemní (Haburajová, 2007).

Situácia rodiny s postihnutým členom rodiny je veľmi neštandardná vo všetkých ohľadoch a pre všetkých členov rodiny. Narodenie dieťaťa alebo nadobudnuté postihnutie člena rodiny býva zrovnávané napr. s úmrtím člena rodiny. V takom prípade rodina prechádza krízou a musí riešiť veľa dôležitých otázok, meniť svoje predstavy a rozhodnutia. Akceptácia ochorenia a vynútená zmena doterajšieho spôsobu života znamenajú veľkú záťaž na psychiku človeka, najmä na adaptačné mechanizmy.

Primeraná adaptácia – schopnosť vhodne reagovať na zmeny prostredia, je veľmi dôležitá, lebo vďaka tomu sa obnovuje vnútorná rovnováha osobnosti. Dlhodobá nevhodná forma adaptácie môže nadobudnúť formu abnormality a viesť k psychickým poruchám. Podobný problém nastáva aj vtedy, keď úraz alebo vážne ochorenie postihne člena rodiny. V rodine sú jemné a komplikované vzťahy a väzby, akákoľvek zmena sa prejaví na všetkých členoch a podľa individuálnych rozdielov na každom inak. Najťažšie je to pre rodičov dieťaťa. V prípade postihnutia býva najťažší okamih krátko po narodení dieťaťa, kedy nie vždy najtaktnejším spôsobom bývajú rodičia oboznámení o tom, že ich dieťa „je iné“. Narodenie postihnutého alebo inak vážne chorého dieťaťa znamená nesplnenie pôvodného očakávania zdravého dieťaťa, na ktoré sa tešili, naopak znamená pre rodičov subjektívne aj objektívne očakávanie problémov. S touto skutočnosťou sa každý člen rodiny vyrovnáva individuálnym spôsobom. Reakcia rodiny v takýchto situáciách prechádza záťažovými fázami(Vágnerová,2004):

Prvá fáza - šok, zmätok, iracionalita, zmätok, derealizácia.

Druhá fáza - popretie, negácia, útek, úniky, viera a hľadanie zázračného lieku a lekára, mysticismus,...

Tretia fáza - smútok, zlosť, úzkosť, pocity viny, hľadania vinníka, agresia na seba alebo na iného, sebaľútosť.

Štvrtá fáza - štádium rovnováhy, postupné prijatie situácie, adaptácia, snaha starať sa a pomáhať pri liečbe dieťaťa.

Piata fáza - reorganizácia, situácia je realisticky prijatá, hľadajú sa optimálne možnosti na fungovanie rodiny.

Všetky štádiá sú veľmi náročnou záťažou pre rodičov, ktorí potrebujú radu aj pomoc rodiny, okolia a odborníkov. V tomto ťažkom období je správne obrátiť sa na pomoc psychológov so skúsenosťami v danej problematike, ktorí môžu rodičom nájsť kontakt na rôzne terapeutické skupiny ľudí s podobnými problémami. Riziko je v tom, že posledné štádium nedosiahnu všetci rodičia. Pretrvávajúci smútok, neprekonané pocity viny, alebo strach o život dieťaťa podmieňujú ambivalentný vzťah rodičov k dieťaťu, je narušená rovnováha celého rodinného systému a dieťa nedostáva potrebnú podporu a starostlivosť.

3.5 Vzdelávanie jedincov so špeciálnymi potrebami

Vzdelávanie a rozvoj ľudského jedinca začína s narodením, s príchodom na svet. Už pri narodení je dôležité začať čo najskôr s intenzívnou cielenou špeciálnou starostlivosťou, ktorá môže pomôcť výrazne znížiť mieru budúceho postihnutia v oblasti vzdelávania. Už rannej starostlivosti býva poskytovaná komplexná starostlivosť - služba, ktorá napomáha zvládnuť situáciu a vytvoriť jedincovi vhodné podmienky pri najdynamickejšom období vývoja, ktoré pretrváva do nástupu dieťaťa do školy. Vzdelávanie detí so špeciálnymi potrebami by sme mali uprednostňovať integráciu v štandardnom školskom prostredí, v bežných triedach základných a stredných škôl, ak to rozsah postihnutia dovoľuje.

Úspešnosť integrácie vo vzdelávaní je ovplyvňovaná prostredím školy, postojmi a kompetenciami učiteľov, spoluprácou so školskými poradenskými zariadeniami, prijatím žiaka – študenta zo strany učiteľa ale i spolužiakov, mierou a kvalitou špeciálnej podpory (Slowík, 2007). S integrovaním vzdelávaním postihnutých detí počítajú i rámcové vzdelávacie programy, ktoré sú rozpracované v školských vzdelávacích programoch. Pre každého žiaka so špeciálnymi vzdelávacími potrebami musí škola vytvoriť v spolupráci so školským poradenským centrom a rodičmi žiaka individuálny vzdelávací plán.

Výchova a vzdelávanie detí so špeciálnymi potrebami prináša so sebou veľa otázok a problémov, ktoré rodičom a pedagógom napomáha riešiť pedagogicko – psychologická poradňa a špeciálnopedagogické centrum. Obidve poradenské zariadenia úzko spolupracujú so školami pri vytváraní individuálneho vzdelávacieho plánu pre integrované deti.

Právo vzdelávať sa a rozvíjať po celý život majú i ľudia so špeciálnymi potrebami. V závislosti na druhu postihnutia majú dnes určité možnosti, ktoré sa zatiaľ nedajú zrovnávať s možnosťami bežnej populácie. Týka sa to jedincov s ťažkým postihom a poruchou. Väčšinou sú jedinci tohto druhu odkázaní na svojpomoc občianskych aktivít (spolky a združenia), ktoré sa snažia vyplniť medzere vo vzdelávacích službách. Dnešná doba poskytuje študentom so špeciálnymi potrebami úspešne absolvovať vysokoškolské štúdium. Väčšina vysokých škôl a univerzít poskytuje sociálne služby

a podporu, ktorá zahŕňa poradenstvo, zapožičiavanie špeciálnych pomôcok a pod. (Slowík, 2007).

3.6 Práca a zamestnanie ľudí so špeciálnymi potrebami

Naše zamestnanie - práca prináša nielen pre človeka zárobok, plat, mzdu, ale aj seberealizáciu a dobrý pocit z dobre vykonanej práce. Veľmi často sa zabúda na túto dôležitú stránku práce. Prácou si dokážeme realizovať i naše sny a túžby o kvalitnom živote. Inak to nie je ani v prípade ľudí so špeciálnymi potrebami i keď uplatnenie ľudí so špeciálnymi potrebami v súčasnosti na trhu práce je dosť ťažké. Zamestnanie ovplyvňuje ich určitý sociálny status a uznanie jedinca (Walsh, 2000). Práca pre nich nie je len prirodzenou potrebou, ale výrazne zvyšuje ich sociálne sebavedomie, pocit plnohodnotnosti a pomáha im zaistiť vytúženú samostatnosť a nezávislosť. Pokiaľ nie je príliš závažné postihnutie, je možné získať zamestnanie na voľnom trhu práce či už v chránených dielnach alebo na chránených pracoviskách. Zákomom nariadené povinné počty pre zamestnávanie jedincov so špeciálnymi potrebami, zatiaľ nepodporujú natoľko motiváciu zamestnávateľov, ktorí by výrazne pomáhali riešiť situáciu jedincov so špeciálnymi potrebami na trhu práce. V podstate táto bariéra existuje u väčšiny občanov zdravej populácie. Je to spôsobené tým, že v minulosti ľudia so špeciálnymi potrebami stáli na okraji spoločnosti ako pasívni diváci. V súčasnosti sa však situácia zmenila a ľudia so špeciálnymi potrebami sa chcú plnohodnotne podieľať na tvorbe hodnôt spoločnosti, prispievať svojimi zručnosťami a skúsenosťami. Zamestnávatelia si však myslia, že takýto záujemcovia o prácu nie sú schopní pracovať a treba ich neustále kontrolovať. Pravdou je, že pri niektorých postihnutiach človek nezvláda pracovať v rovnakom tempe ako ľudia bez postihnutia a často krát dochádza k práceneschopnosti. Ďalšou prekážkou, ktorá odrádza zamestnávateľov prijať do pracovného pomeru občana so špeciálnymi potrebami je byrokratická prekážka. Za ďalšiu s prekážok možno považovať architektonické bariéry, ktoré sa však dajú odstrániť prestavbou alebo rôznymi zariadeniami (špeciálne výtahy, plošiny). Jedna z prekážok je i komunikačná bariéra, s ktorou sa v najväčšej miere stretávajú uchádzači o zamestnanie so sluchovým a rečovým postihnutím. Zo strany ľudí so špeciálnymi potrebami môže byť problém

v zamestnaní práve v nízkej kvalifikácii, poprípade pracovať s nechuťou. Zamestnávateľa z obáv pred rôznymi komplikáciami alebo predsudkami voči zamestnávaniu ľudí so špeciálnymi potrebami radšej uhradia finančnú pokutu stanovenú zákonom, ako by vytvárali pracovné príležitosti pre jedincov so špeciálnymi potrebami. Nemôžeme jednoznačne všetkých zamestnávateľov len kritizovať. Nájdeme i takých, ktorí vytvárajú pre ľudí so špeciálnymi potrebami podmienky na ich zamestnanie a uplatnenie sa v spoločnosti. No v súčasnej dobe je to však stále malo. Diskriminácia hendikepovaných ľudí v prístupe k zamestnávaniu týchto ľudí zatiaľ pretrváva.

Ľudia so špeciálnymi potrebami v našej spoločnosti vystupujú 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. Toto znevýhodnenie je limitujúcim činiteľom v prístupe a zotrvaní na trhu práce, čo predurčuje osoby so špeciálnymi potrebami k začleneniu sa do početnej skupiny nezamestnaných.

3. 7 Právo a ľudia so špeciálnymi potrebami

Právo býva systematicky rozdelené do kategórií ako napr. právo ústavné, občianske, trestne atd. Medzinárodne uznávané ľudské práva je za normálnych okolností v demokratickej spoločnosti neprípustné obmedzovať ako napr. právo na život, právo na slobodu. Vztahuje sa na každú ľudskú bytosť bez rozdielu. Právny systém jednotlivých štátov sú k jedincom so špeciálnymi potrebami rôzne ústretový a v určitých prípadoch môže byť pre niektoré osoby výkon dokonca obmedzený alebo podmienený. Za posledných 50 rokov bolo vydaných veľa medzinárodných deklarácií a zmlúv, ktoré sa vzťahujú na jedincov so špeciálnymi potrebami, ktoré síce nie sú právne záväznými dokumentmi, ale mali by inšpirovať štátne legislatívy k naplneniu týchto dohôd. Patrí medzi ne napr. „Európska sociálna charta“, „Štandardné pravidlá na vytváranie rovnakých príležitostí pre osoby so zdravotným postihnutím“, „Madridská deklarácia“, „Charta pre tretie tisícročie“, „Pekinská deklarácia o právach zdravotne postihnutých ľudí v novom storočí“, „Národný program rozvoja životných podmienok

občanov so zdravotným postihnutím vo všetkých oblastiach života“, „Konvencia práv osôb so zdravotným postihnutím“(Slowík,2000,s.41).

V súčasnosti by sa dalo povedať, že postavenie jedincov so špeciálnymi potrebami v našom právnom systéme prechádzajú smerom k pozitívnym zmenám. Je to z veľkej časti spôsobené vstupom do Európskej únie. Osobitý posun sme zaznamenali už od začiatku 90. rokov minulého storočia, kedy bolo postupne vypracovaných niekoľko národných plánov zameraných na zlepšenie situácie jedincov so špeciálnymi potrebami.

3.7.1 Legislatíva Slovenskej republiky

Ústavným zákonom č. 23/1991 Zb. boli do právneho poriadku Slovenskej republiky prevzaté - okrem iných - aj sociálne základné ľudské práva z Listiny základných práv a slobôd. Okrem tohto predpisu, sa sociálne práva nachádzajú v základnom zákone štátu – v Ústave SR – Úst. zák. č. 460/1992 Zb. v znení neskorších predpisov. V oboch dokumentoch majú nasledujúce znenie:

- „Ľudia sú slobodní a rovní v dôstojnosti i v právach. Základné práva a slobody sú neodňateľné, nescudziteľné, nepremlčateľné a nezrušiteľné“ (Čl. 1 Listiny a čl. 12 Ústavy).
- „Každý má právo získavať prostriedky na svoje životné potreby prácou. Občanov, ktorí toto právo nemôžu bez vlastnej viny vykonávať, štát v primeranom rozsahu hmotne zabezpečuje; podmienky ustanoví zákon“ (Čl. 26 Listiny).
- „Občania majú právo na prácu. Štát v primeranom rozsahu hmotne zabezpečuje občanov, ktorí nie z vlastnej viny nemôžu toto právo vykonávať“ (Čl. 35 Ústavy)
- „Ženy, mladiství a osoby zdravotne postihnuté majú právo na zvýšenú ochranu zdravia pri práci a na osobitné pracovné podmienky. Mladiství a osoby zdravotne postihnuté majú právo na osobitnú ochranu v pracovných vzťahoch a na pomoc pri príprave na povolanie“ (Čl. 29 Listiny a čl. 38 Ústavy).
- „Občania majú právo na primerané hmotné zabezpečenie v starobe a pri

nespôsobilosti na prácu, ako aj pri strate živiteľa. Každý, kto je v hmotnej núdzi, má právo na takú pomoc, aká je nevyhnutná na zabezpečenie základných životných podmienok“ (Čl. 30 Listiny a čl. 39 Ústavy)

- Každý má právo na ochranu zdravia. Na základe zdravotného poistenia majú občania právo na bezplatnú zdravotnú starostlivosť a na zdravotnícke pomôcky za podmienok, ktoré ustanoví zákon (Čl. 40 Ústavy).
(<http://www.zbierka.sk/Default.aspx?sid=15&PredpisID=12045&FileName=92-z460&Rocnik=1992&AspxAutoDetectCookieSupport=1>)

Legislatívna úprava sociálnych práv občanov so zdravotným postihnutím v rámci národného zákonodarstva sa nachádza predovšetkým v „Zák. NR SR č.195/1998 Z. z. o sociálnej pomoci, v znení neskorších predpisov“

(<http://www.poradca.sk/Subpages/OtvorDokument/Clanok.aspx?idclanok=5883>)

v „Zák. NR SR č. 461/2003 Z. z. o sociálnom poistení v znení neskorších predpisov“

(<http://www.zbierka.sk/zz/predpisy/default.aspx?PredpisID=17466&FileName=03-z461&Rocnik=2003>).

Úprava sociálnych práv je riešená aj trinástou novelou zákona o sociálnej pomoci v „Zák. NR SR č. 365/2004 Z. z. o rovnakom zaobchádzaní v niektorých oblastiach a o ochrane pred diskrimináciou“, tzv. antidiskriminačnom zákone, na základe ktorého sa zaručujú v súlade so zásadou rovnakého zaobchádzania v sociálnom zabezpečení práva ustanovené týmto zákonom rovnako všetkým občanom.

„Zák. NR SR č.58/2008“ ktorým sa mení a dopĺňa „Zák. NR SR č. 365/2004 Z. z. o rovnakom zaobchádzaní v niektorých oblastiach a o ochrane pred diskrimináciou a o zmene a doplnení niektorých zákonov (antidiskriminačný zákon) v znení neskorších predpisov a o zmene a doplnení Zák. NR SR č. 308/1993 Z. z. o zriadení Slovenského národného strediska pre ľudské práva v znení neskorších predpisov“

(<http://www.zbierka.sk/zz/predpisy/default.aspx?PredpisID=208061&FileName=zz2008-00085-0208061&Rocnik=2008>).

V slovenskej legislatíve poznáme nasledovné zákony, ktoré sa dotýkajú ľudí so špeciálnymi potrebami 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

3.8 Zmysluplnosť a kvalita života

Slovo „zmysel“ má viacero podôb. Môžeme tomu rozumieť ako cena, cennosť, dôležitosť, hodnota, či ako dosah, následok, pôsobenie a v neposlednom rade aj ako obsah. Slovo zmysel sa používa najčastejšie ako myšlienkový obsah určitého výrazu – slova alebo vety. Vyjadruje niečo čo je dôležité či vyjadruje účel, dôvod konania, a používa sa aj vo význame chápania a pochopenia. Tento pojem je vo všeobecnosti najvýstižnejšie obsiahnutý v slove význam. Prídavné meno odvodené od tohto pojmu je zmysluplný, čo znamená, že niečo má hlboký význam.

Pojem zmysel života sa vzťahuje k prežívaniu svojho života ako zmysluplného a hodnotného. Je úzko spätý s odpoveďou na existenciálne otázky typu: „Čo je cieľom môjho života?“, „Má môj život nejaký zmysel?“, „Čo v živote je naozaj hodnotné?“ (Halama, 2001, s. 5).

Zodpovednosťou každého človeka je hľadanie zmyslu svojho života. Zmysel nie je možné do situácií umelo vložiť, je tam už prítomný, len ho treba objaviť (Frankl, 1997).

Súvis medzi hodnotami a zmyslom možno vidieť napríklad z definície V. E. Frankla (1997), ktorý ich chápal „ako jadro, z ktorého človek čerpá zmysel a utváranie zmyslu je proces objavovania hodnôt v konkrétnych životných situáciách“. Hodnoty rozdelil do troch kategórií:

1. tvorivé – zamerané na prácu, dielo, službu Bohu, ľuďom,
2. zážitkové – zamerané na prežitie krásy prírody, vzťahov, umenia,
3. postojové – zamerané na znášanie obmedzujúcich, náročných situácií, z ktorých niet úniku a človek im dáva hodnotu tým, že k nim zaujme statočný, odvážny a dôstojný postoj.

Křivohlavý (1994) považuje pri výbere hodnôt za najdôležitejšiu osobnosť rozhodujúceho sa človeka. Hodnoty podľa neho človeka „zvádزajú“ a človek sa rozhoduje, ktoré z týchto hodnôt si vyberie, aby venoval svoje úsilie ich naplneniu.

Ľudia, ktorí majú zmysel života sa kladne stotožňujú s nejakým konceptom zmyslu života, ktorý im poskytuje životný rámec a umožňuje interpretovať svet a ciele. Jedinec samého seba vníma ako toho, kto naplňa tento životný rámec a realizuje ciele, ktoré z neho vychádzajú a na základe tohto splnenia a uskutočnenia vnímajú svoj život ako dôležitý a významný. Základným prvkom v prežívaní zmyslu života je výška miery, s akou sa jedinec zaviazal k svojim ideálom a cieľom.

3.9 Meranie kvality života

V súčasnosti zaznamenávame veľké množstvo prístupov merania kvality života. Vytvorené metódy pre hodnotenie kvality života sú nejednotné. Zabezpečiť presné a spoľahlivé meranie kvality života nie je jednoduché. Z hľadiska účelu merania a oblasti použitia sa jednotlivé prístupy k hodnoteniu QoL sa odlišujú.

Dragomerická, Škoda(1997) upresňujú „že „každý, kto sa pokúša merať kvalitu života by mal mať ujasnené, či merania objektívne alebo subjektívne dáta, či je kvalita života stotožňovaná so spokojnosťou, pohodlím alebo chápaná ako komplexnejšia veličina, či merať absenciu vedľajších účinkov symptómov, nespokojnosti, alebo je možné nájsť pozitívne známky kvality a či kvalitu života vyjadruje jedna súhrnná hodnota alebo má byť vyjadrená profilom”.

Podľa objektívnych a subjektívnych indikátorov máme možnosť hodnotiť kvalitu života. Medzi objektívne indikátory sa zaraďujeme:

1. ekonomickú situáciu jednotlivca alebo rodinu, v ktorej žije
2. zdravie a zdravotnú starostlivosť,
3. vzdelanie, prácu, zamestnanie a schopnosti,
4. profesný život,
5. vytvorenie si vlastnej domácnosti, založiť si rodinu a udržiavať rodinné vzťahy,
6. bývanie a vzťah k okolitému prostrediu.

Subjektívne indikátory nadväzujú na individuálne vnímanie a hodnotenie jednotlivých životných situácií. Zaraďujeme medzi ne subjektívnu spokojnosť a vnímanú kvalitu spoločnosti. Najpresnejšie výsledky získame, ak je subjektívne hodnotenie spojené

s objektívnym vyhodnotením životných podmienok (Škoda, Doulik, Hajerová-Müllerová, 2007).

Dragomirecká, Škoda (1997) rozlišuje meranie QoL z troch perspektív:

1. objektívne meranie sociálnych ukazateľov, ktoré sú použiteľné u veľkých skupín ľudí a pre medzikultúrne porovnávanie
2. subjektívny odhad celkovej spokojnosti so životom, ktorá sa považuje za výsledok osobných hodnôt a životného štýlu
3. subjektívny odhad spokojnosti v rôznych oblastiach života, napr. so svojim zdravím, fyzickou sebestačnosťou, so vzdelaním, s prácou či zamestnaním.

Křivohlavý (2002) rozčleňuje prehľad metód používaných pre meranie QoL na tri metódy:

Prvá metóda zahŕňa hodnotenie kvality života druhou osobou – objektívne hodnotené merania QoL (v medicíne napr. Index kvality života pacienta ILF, Karnofského index, APACHE II – Acute Physiological and Chronic Health Evaluation System – Hodnotiaci systém akútneho a chronicky zmeneného zdravotného stavu).

Druhá metóda sa vyznačuje tým, že hodnotiteľom kvality života je skúmaná osoba – subjektívne hodnotené merania QoL (napr. SEIQoL – Schedule for the Evaluation of Individual QoL - Systém hodnotenia individuálnej kvality života, SWLS – The Satisfaction With Life Scale - Stupnica spokojnosti so životom, DDRS – Distress and Disability Rating Scale – Posudzovacia škála stresu a neschopnosti, SQUALA – seba posudzovací dotazník).

Tretia metóda sa vyznačuje kombináciou prvých dvoch (napr. MANSA – Manchester Short Assessment of QoL – Krátky spôsob hodnotenia kvality života vypracovaný univerzitou v Manchesteri, LSS – Life Satisfaction Scale – Škála merania spokojnosti).

Z hľadiska použiteľnosti sú metódy delené na (Mareš, 2006):

- generické (všeobecne použiteľné bez ohľadu na chorobu alebo zdravie, typ ochorenia)
- špecifické (použiteľné v jednom kontexte, napr. metódy hodnotiace QoL u detí s astmou, onkologických pacientov a pod.)
- zmiešané (generický prístup sa dopĺňa špeciálnym modulom, ktorý hodnotí špecifické problémy súvisiace s určitou chorobou alebo nedostatkom)

EMPIRIKÁ ČASŤ - PRIESKUM

4. Cieľ prieskumu

Hlavným cieľom realizovaného prieskumu je analyzovať kvalitu života zamestnaných ľudí so špeciálnymi potrebami. Zaujíma nás, ako zamestnaní ľudia so špeciálnymi potrebami hodnotia jednotlivé oblasti svojho života, ako sú s nimi spokojní a ktoré oblasti života sú pre nich najdôležitejšie. Parciálnym cieľom prieskumu je komparácia kvality života ľudí so špeciálnymi potrebami a intaktnými ľuďmi.

Východiskom nášho zámeru je koncepcia individuálnej kvality života, ktorú chápeme ako vyjadrenie subjektívneho vnímania spokojnosti s vlastným životom jednotlivca a hodnotenia svojho postavenia v živote vo vzťahu k svojim cieľom, v kontexte kultúry a hodnôt, v ktorých žijeme.

Pre účely prieskumu sme formulovali nasledujúce otázky:

1. Ktorú dimenziu - oblasť života považujú zamestnaní ľudia so špeciálnymi potrebami za najdôležitejšiu a s ktorou oblasťou života sú najviac spokojní?
2. Ktorú dimenziu - oblasťou života považujú zamestnaní intaktní ľudia – bez hendikepu za najdôležitejšiu a s ktorou oblasťou života sú najviac spokojní?
3. Aká je úroveň subjektívne vnímanej spokojnosti kvality života zamestnaných ľudí so špeciálnymi potrebami v komparácii so zamestnanými intaktnými ľuďmi - ľuďmi bez hendikepu?
4. S ktorými aspektmi života sú zamestnaní ľudia so špeciálnymi potrebami najviac a najmenej spokojní?

4.1 Formulácia hypotéz

H1. Predpokladáme, že zamestnaní ľudia so špeciálnymi potrebami budú prisudzovať najväčšiu dôležitosť a spokojnosť oblasti „zdravotného stavu“.

H2. Predpokladáme, že zamestnaní intaktní ľudia - bez hendikepu, budú taktiež prisudzovať najväčšiu dôležitosť a spokojnosť oblasti „zdravotného stavu“.

H3. Predpokladáme, že úroveň subjektívne vnímanej spokojnosti kvality života zamestnaných ľudí so špeciálnymi potrebami nebude nižšia v porovnaní so zamestnanými intaktnými ľuďmi.

H4. Predpokladáme, že zamestnaní ľudia so špeciálnymi potrebami budú najviac spokojný s aspektom „práca“ a najmenej spokojný s aspektom „vzťahy s ostatnými ľuďmi“

4.2 Prieskumný súbor

Do výberového súboru budú zaradení pracujúci ľudia so špeciálnymi potrebami vo veku od 18 do 60 rokov a protihodnota, ľudia bez hendikepu vo veku od 18 do 60 rokov. Z dôvodu nízkeho počtu zamestnaných ľudí so špeciálnymi potrebami sme sa rozhodli pre prieskumný súbor, kde skupinu bude tvoriť 30 respondentov so špeciálnymi potrebami a ako kontrolnú skupinu 30 intaktných respondentov - bez hendikepu. U skupiny ľudí so špeciálnymi potrebami sa vyskytovali najčastejšie postihnutia rečové, sluchové, telesné(získané i vrodené).

4.3 Prieskumné metódy

V postupe pri spracovávaní prieskumu sme postupovali nasledovne:

Teória → prieskumné otázky → hypotéza → získavanie dát → testovanie hypotéz → výsledok (prijatie alebo zamietnutie hypotézy).

V prieskume použijeme Dotazník zdravia a spokojnosti, vytvorený v rámci projektu QOLOP (Quality of Life Longitudinal Study of Oncology Pediatric Patients), ktorý si kladie za cieľ identifikovať oblasti, v ktorých dochádza k zníženiu kvality života. Pri konštrukcii dotazníku sa jeho autori snažili o postihnutie QoL v celkovom kontexte života jednotlivca: o hodnotenie QoL súvisiacej so zdravotným stavom jednotlivca, postihnutie iných faktorov QoL (napr. osobnostných rysov, rodinného prostredia, sociálnej opory) a sledovanie zmien v osobných konceptoch QoL v priebehu času.

Pre potreby nášho prieskumu sme sa rozhodli analyzovať dáta získané z dotazníkov SQUAL, ktorý bol prispôsobený k nášmu prieskumu a z dotazníka mapujúceho demografické údaje respondentov.

Dotazník **SQUALA – Subjective Quality of Life Analysis** – bol pôvodne vytvorený pre psychiatrických pacientov M. Zanottim v r. 1992. Vychádza z trojstupňovej teórie potrieb A. Maslowa a dáva do popredia význam subjektívneho vnímania a hodnotenia vlastného života, a to v súlade s definíciou kvality života podľa WHO i podľa Calmana (1984), ktorý poníma QoL ako rozdiel medzi prianím a očakávaním jedinca a jeho reálnou situáciou.

Dotazník sa využíva pri zisťovaní subjektívnej dôležitosti, ktorú respondenti pripisujú rôznym oblastiam života a pri zisťovaní ich subjektívnej spokojnosti s nimi.

Prvú časť dotazníka tvorí 23 položiek, ktorým respondent prisudzuje subjektívnu mieru dôležitosti na 5-bodovej škále: bezvýznamné – málo dôležité – stredne dôležité – veľmi dôležité – nevyhnutne dôležité. Inštrukcia a znenie jednotlivých položiek v tejto časti dotazníka je nasledujúce (pozn.: za jednotlivými položkami uvádzame v zátvorke ich skrátené názvy, ktoré sme pre prehľadnosť použili i v neskorších tabuľkách výsledkov):

„Najprv si prosím prečítajte nasledujúci zoznam hodnôt a vyznačte, ako veľmi sú pre Vás osobne dôležité“.

Ako je pre mňa dôležité...:

- 1: byť zdravý (*zdravie*)
- 2: byť fyzicky sebestačný (*nezávislosť*)
- 3: cítiť sa psychicky dobre (*šťastie*)
- 4: byť v príjemnom prostredí (napr. mať pekné bývanie) (*prostredie*)
- 5: dobre spať (*spánok*)
- 6: mať dobré rodinné vzťahy (*rodinné vzťahy*)
- 7: mať dobré vzťahy s ostatnými ľuďmi, napr. kolegovia, rovesníkmi (*vzťahy s ostatnými*)
- 8: mať rodinu a vychovávať deti (*rodina*)
- 9: dosiahnuť kvalitné vzdelanie (*vzdelanie*)
- 10: milovať a byť milovaný (*láska*)
- 11: mať sexuálny život (*uspokojenie*)

- 12: záujem sa o politiku (*politika*)
- 13: mať vieru (veriť v nejakú duchovnú moc, silu ako je Boh) (*viera*)
- 14: odpočívať vo voľnom čase (*odpočinok*)
- 15: mať koníčky vo voľnom čase (*koníčky*)
- 16: byť v bezpečí, mať istotu že sa mi nič zlé nestane (*bezpečie*)
- 17: práca (*zamestnanie*)
- 18: spravodlivosť (*spravodlivosť*)
- 19: sloboda (*sloboda*)
- 20: krása a umenie (*krása a umenie*)
- 21: pravda (*pravda*)
- 22: peniaze (*peniaze*)
- 23: dobré jedlo (*dobré jedlo*)

Súčasťou prvej časti dotazníka je i doplňujúca otázka „**Je ešte niečo, čo považujete vo svojom živote za dôležité?**“, na ktorú môžu respondenti odpovedať formou voľnej výpovede a doplniť tak oblasti, ktoré pokladajú za dôležité a ktoré neboli v predchádzajúcich položkách zahrnuté.

V druhej časti dotazníka respondenti vyjadrujú subjektívnu spokojnosť s jednotlivými aspektmi života, a to na 5-bodovej škále: veľmi sklamaný – nespokojný – málo spokojný – spokojný – úplne spokojný. Inštrukcia a znenie jednotlivých položiek je nasledujúce:

„Teraz prosím odpovedzte, do akej miery sa cítite v uvedených oblastiach svojho života spokojný/-á“ .

Ako si spokojný/-á...:

- 24: s tým, ako ste zdravý/-á (*zdravie*)
- 25: s tým, ako ste sebestačný/-á, tzn. nezávislý/-á na pomoci druhých pri bežnej dennej činnosti (*nezávislosť*)
- 26: s tým, v akej ste psychickej pohode (*šťastie*)
- 27: s tým, v akom prostredí žijete, bývate (*prostredie*)
- 28: s tým, ako dobre spíte (*spánok*)
- 29: s tým, aké sú vzťahy u vás v rodine (*rodinné vzťahy*)
- 30: s tým, aké sú vzťahy s ostatnými ľuďmi (*kamaráti*)
- 31: s tým, aké máte deti (*deti*)

- 32: s tým, aké máte nadobudnuté vzdelanie (*vzdelanie*)
- 33: so svojou láskou (s tým, či máte alebo nemáte manžel/priateľ) (*láska*)
- 34: so svojim sexuálnym životom
- 35: s tým, či sa môžete dostatočne zaujímať o to, čo sa deje v politike (*dianie v politike*)
- 36: so svojou vierou (*viera*)
- 37: s tým, či môžete dostatočne odpočívať vo voľnom čase (*odpočinok*)
- 38: s uspokojovaním svojich koníčkov (*koníčky*)
- 39: s tým, ako sa cítite byť v bezpečí (*bezpečie*)
- 40: s tým, akú máte prácu (*zamestnanie*)
- 41: s tým, ako je svet spravodlivý (*spravodlivosť*)
- 42: s tým, ako sa cítite slobodný (*sloboda*)
- 43: s tým, ako je Váš život naplnený krásou a umením (*krása, umenie*)
- 44: s tým, ako sú ľudia pravdovravní (*pravda*)
- 45: s peniazmi (*peniaze*)
- 46: s jedlom (*jedlo*)

Respondenti vyplnili postupne dotazníkový list týkajúci sa dôležitosti a spokojnosti kvality života. Dotazník sa postupne týkal niekoľko po sebe nasledujúcich dimenzií - jednotlivých oblastí života.

Prvá dimenzia – oblasť života predstavuje nielen aktuálny zdravotný stav, ale taktiež aktuálnu psychickú pohodu, fyzickú sebestačnosť/otázky č. 1, 2, 3, 24, 25, 26/.

Druhú dimenziu – oblasť života tvoria základné potreby ako je bývanie, jedlo, práca, peniaze/otázky č. 4, 9, 17, 22, 23, 27, 32, 40, 45, 46 /.

Do tretej dimenzie - oblasti života zaraďujeme voľný čas, kde patrí spánok, koníčky, odpočinok a vzťahy s ostatnými ľuďmi/otázka č. 5, 7, 14, 15, 28, 30, 37, 38/.

Štvrtú dimenziu tvoria blízke vzťahy , ako sú rodinné vzťahy, mať a vychovávať deti, láska alebo sexuálny život/ otázky č. 6, 8,10, 11, 29, 31, 33, 34/.

Do piatej dimenzie zaraďujeme abstraktné hodnoty, ktoré predstavujú slobodu, vieru, spravodlivosť, pravdu, záujem o politiku, pocit bezpečia, krásu a umenie/otázky č. 12, 13, 16, 18, 19, 20, 21, 35, 36, 39, 41, 42, 43, 44/.

Prieskum bol realizovaný v mesiaci január 2012 na vzorke 60 respondentov, z toho prieskumnú čiže experimentálnu vzorku tvorilo 30 zamestnaných respondentov so špeciálnymi potrebami a kontrolnú vzorku tvorilo 30 respondentov bez postihnutia.

U skupiny ľudí so špeciálnymi potrebami sa vyskytovali najčastejšie postihnutia rečové, sluchové, telesné(získané i vrodené).

Prieskum experimentálnej vzorky sme uskutočnili v dvoch chránených dielňach (v Bratislave a v Trenčíne) a na chránených pracoviskách vo výrobnom závode v Trenčíne. Prieskum kontrolnej vzorky sme uskutočnili náhodným výberom zamestnancov vo výrobnom závode v Trenčíne.

4.4 Interpretácia výsledkov

Pri spracovaní výsledkov prieskumu sme použili prvostupňové triedenie údajov, ktoré zahŕňa početnosti a percentá. Výsledné percentuálne hodnoty sme zaokrúhlili na jedno desatinné miesto. Výsledky nášho prieskumu uvádzame v tabuľkovom a grafovom prevedení.

V úvode prieskumu sme sa sústredili na podrobnú analýzu demografických údajov. Vyhodnotením demografického dotazníka sme zistili tieto skutočnosti:

Tabuľka č.1: Demografické údaje

JEDINEC		ŠP	ŠP v %	I	I v %
POHLAVIE	Žena	13	43,3	19	63,3
	Muž	17	56,7	11	36,7
VEK	18 - 30	2	6,7	3	10,0
	31 - 40	16	53,3	9	30,0
	41 - 50	10	33,3	7	23,3
	51 - 62	2	6,7	11	36,7
VZDELANIE	Základné	0	0,0	0	0,0
	Stredoškolské	15	83,3	20	66,7
	Vysokoškol. I. stupeň	4	13,4	3	10,0
	Vysokoškol. II. stupeň	1	3,3	7	23,3
	Vysokoškol. III. stupeň	0	0,0	0	0,0
POVOLANIE	Zamestnaný	30	100,0	30	100,0
	Nezamestnaný	0	0,0	0	0,0
RODINNÝ STAV	Vydatá / ženatý	13	43,3	22	73,3
	Slobodná/ý	9	30,0	6	20,0
	Vdova/c	0	0,0	0	0,0
	Rozvedená/ý	3	10,0	0	0,0
	Partnerské spolužitie	5	16,7	2	6,7
DETI	Áno	13	43,3	22	73,3
	Nie	17	56,7	8	26,7

Zdroj: vlastný prieskum

Vysvetlivky:

Jedinec ŠP – počet jedincov so špeciálnymi potrebami

Jedinec ŠP v % – počet jedincov so špeciálnymi potrebami v prepočte na percentá

Jedinec I – počet intaktných jedincov

Jedinec I v % – počet intaktných jedincov v prepočte na percentá

Prieskumnú vzorku tvorilo 60 zamestnaných respondentov, z toho 30 jedincov so ŠP a 30 jedincov intaktných.

Skupinu jedincov so ŠP tvorilo 13 žien a 18 mužov. Z tohto počtu dosahovali vzdelanie stredoškolské 15resp.(83,3%), vysokoškolské I.stupňa 4resp.(13,4%) a vysokoškolské II.stupňa 1 resp.(3,3%). Najpočetnejšie zastúpenie v prieskumnej vzorke mali v stave vydatá – ženatý 13resp.(43,3%), slobodná/ý 9 resp.(30,0%), rozvedená/ý 3resp.(10,0%) a v partnerskom spolužití bolo 5resp.(16,7%). Rodičmi detí bolo 13resp.(43,3%), bezdetnými bolo 17resp.(56,7%).

Skupina intaktných jedincov sa skladala z 19 žien(63,3%) a 11 mužov(36,7%). Z tohto počtu dosahovali vzdelanie stredoškolské 20resp.(66,7%), vysokoškolské I.stupňa 3resp.(10,0%) a vysokoškolské II. stupňa 7resp.(23,3%). Najpočetnejšie zastúpenie v prieskumnej vzorke mali v stave vydatá – ženatý 22 resp.(73,3%), slobodná/ý 6resp.(20,0%) a v partnerskom spolužití boli 2resp.(6,7%). Rodičmi detí bolo 22resp.(73,3%), bezdetnými boli 8resp.(26,7%).

Otázky nachádzajúce sa v Dotazníku SQUALA - hodnotenie dôležitosti a spokojnosti sme rozdelili na 5dimenzií – oblasti života.

Nulové(0%) hodnoty v popise výsledkov neuvádzame.

Prvá oblasť predstavuje nielen aktuálny zdravotný stav, ale taktiež aktuálnu psychickú pohodu, fyzickú sebestačnosť. Zahrňuje otázky č. 1, 2, 3 - test dôležitosti a otázky č. 24, 25, 26 – test spokojnosti.

V tabuľke č.2 uvádzame výsledky z prieskumu za oblasť „dôležitosť zdravotného stavu“. Výsledné odpovede za oblasť sú sčítane, spriemerované a vyjadrené v percentuálnej hodnote.

Tabuľka č.2 : Dôležitosť zdravotného stavu

	Jedinec	Nevyhnutne dôležité	Veľmi dôležité	Stredne dôležité	Málo dôležité	Bezvýznamné
Priemer v %	ŠP	54,4	42,2	3,3	0	0
Priemer v %	I	47,8	47,8	4,4	0	0

Zdroj: vlastný prieskum

Z tabuľky č.2 vyplýva, že ľudia so ŠP(špeciálnymi potrebami) kladú väčšiu dôležitosť zdravotnému stavu ako intaktní ľudia.

K tomuto výsledku predchádzali nasledovné odpovede respondentov:

Na otázku č.1 aké „dôležité je byť zdravý“ odpovedali respondenti so ŠP (špeciálnymi potrebami) nevyhnutne dôležité 9resp.(30,0%), veľmi dôležité 21resp.(70,0%). Na otázku č.2 „byť fyzicky sebestačný“ odpovedali nevyhnutne dôležité 22resp.(73,3%), veľmi dôležité 6resp.(20,0%),stredne dôležité 2resp.(6,7%). Na otázku č.3 „cítiť sa psychicky dobre“ odpovedalo 18resp.(60,0%), veľmi dôležité 11resp.(36,7%), stredne dôležité 1resp.(3,3%).

U resp. I(intaktných) odpovedali na otázku č.1 „aké dôležité je byť zdravý“ nevyhnutne dôležité 22resp.(73,3%), veľmi dôležité 8resp.(26,7%). Na otázku č.2 byť „fyzicky sebestačný“ odpovedalo nevyhnutne dôležité 10resp.(33,3%), veľmi dôležité 17resp.(56,7%),stredne dôležité 3resp.(10,0%). Na otázku č.3 „cítiť sa psychicky dobre“ odpovedalo 11resp.(36,7%), veľmi dôležité 18resp.(60,0%), stredne dôležité 1resp.(3,3%).

V tabuľke č.3 uvádzame výsledky z prieskumu za oblasť „spokojnosť so zdravotným stavom“.

Tabuľka č.3: Spokojnosť zo zdravotným stavom

	Jedinec	Úplne spokojný	Spokojný	Málo spokojný	Nespokojný	Veľmi sklamaný
Priemer v %	ŠP	16,7	73,3	8,9	1,1	0,0
Priemer v %	I	11,1	70,0	15,5	3,3	0,0

Zdroj: vlastný prieskum

Z tabuľky č.3 vyplýva, že ľudia so ŠP sú viac spokojný so svojim zdravotným stavom ako intaktní ľudia.

K tomuto výsledku predchádzali nasledovné odpovede respondentov:

Na otázku č.23 „ako ste spokojný so svojim zdravím“ odpovedali respondenti so ŠP spokojný 22resp.(73,3%), málo spokojný 7resp.(23,4%), nespokojný 1resp.(3,3%). Na otázku č.25 „spokojnosť s fyzickou sebestačnosťou“ odpovedali úplne spokojný 4resp.(13,3%), spokojný 26resp.(86,7%). Na otázku č.26 „spokojnosť so psychickou pohodou“ odpovedali úplne spokojný 11resp.(36,7%), spokojný 18resp.(60,0%), málo spokojný 1resp.(3,3%).

U resp.I odpovedali na otázku č.24 „ako ste spokojný so svojim zdravím“, úplne spokojný 2resp.(6,6%), spokojný 20resp.(66,7%), málo spokojný 8resp.(26,6%). Na otázku č.25 „spokojnosť s fyzickou sebestačnosťou“ odpovedali úplne spokojný 5resp.(16,7%), spokojný 24resp.(86,7%), málo spokojný 1resp.(3,3%). Na otázku č.26 „spokojnosť so psychickou pohodou“ odpovedali úplne spokojný 3resp.(10,0%), spokojný 19resp.(63,3%), málo spokojný 5resp.(16,7%), nespokojný 3resp.(10,0%).

V priemere za oblasť „spokojnosť zo zdravotným stavom“ odpovedali resp. so ŠP úplne spokojný 16,7%, spokojný 73,3%, málo spokojný 8,9%, nespokojný 1,1%.

U resp.I odpovedali úplne spokojný 11,1%, spokojný 70,0%, málo spokojný 15,5%, nespokojný 3,3%.

Druhú dimenziu tvoria základné potreby ako je bývanie, jedlo, práca, peniaze. Zahrňuje otázky č. 4, 9, 17, 22, 23 – test dôležitosti a otázky č. 27, 32, 40, 45, 46 – test spokojnosti.

Tabuľka č.4 nám uvádzame výsledky z prieskumu za oblasť „dôležitosť základných potrieb“.

Tabuľka č.4: Dôležitosť základných potrieb

	Jedinec	Nevyhnutne dôležité	Veľmi dôležité	Stredne dôležité	Málo dôležité	Bezvýznamné
Priemer v %	ŠP	19,3	42,0	30,0	8,7	0,0
Priemer v %	I	18,0	44,7	32,0	4,7	0,7

Zdroj: vlastný prieskum

Komparáciou získaných výsledkov z tabuľky č.4 môžeme vyhodnotiť, že dôležitosť základných potrieb bola len o málo vyššia u ľudí so ŠP. To znamená, že ľudia so ŠP prisudzujú rovnakú dôležitosť základným potrebám ako ľudia intaktní.

K tomuto výsledku predchádzali nasledovné odpovede respondentov:

Na otázku č.4 aké „dôležité je príjemné prostredie, bývanie“ odpovedali resp. so ŠP veľmi dôležité 23resp.(76,7%), stredne dôležité 7resp.(23,3%). Na otázku č.9 „vzdelanie“ odpovedali nevyhnutne dôležité 5resp.(16,7%), veľmi dôležité 17resp.(56,6%), stredne dôležité 8resp.(26,7%). Na otázku č.17 „práca“ odpovedali nevyhnutne dôležité 22resp.(73,3%), veľmi dôležité 8resp.(26,7%). Na otázku č.22 „peniaze“ odpovedali nevyhnutne dôležité 1resp.(3,3%), veľmi dôležité 11resp.(36,7%), stredne dôležité 13resp.(43,3%), málo dôležité 5resp.(16,7%). Na otázku č.23 „dobré jedlo“ odpovedali nevyhnutne dôležité 1resp.(3,3%), veľmi dôležité 4resp.(13,3%), stredne dôležité 17resp.(56,7%), málo dôležité 8resp.(26,7%).

Na otázku č.4 aké „dôležité je príjemné prostredie, bývanie“ odpovedali resp. I veľmi dôležité 3resp.(10,0%), stredne dôležité 19resp.(63,3%), stredne dôležité 7resp.(23,4%), málo dôležité 1resp.(3,3%). Na otázku č.9 „vzdelanie“ odpovedali nevyhnutne dôležité 2resp.(6,6%), veľmi dôležité 16resp.(53,4%), stredne dôležité 12resp.(40%). Na otázku č.17 „práca“ odpovedali nevyhnutne dôležité 15resp.(50,0%), veľmi dôležité 13resp.(43,3%), stredne dôležité 2resp.(6,7%). Na otázku č.22 „peniaze“ odpovedali nevyhnutne dôležité 6resp.(20,0%), veľmi dôležité 13resp.(43,3%), stredne dôležité 8resp.(26,7%), málo dôležité 2resp.(6,7%), bezvýznamné 1resp.(3,3%). Na otázku č.23 „dobré jedlo“ odpovedali nevyhnutne dôležité 1resp.(3,3%), veľmi dôležité 6resp.(20%), stredne dôležité 19resp.(63,3%), málo dôležité 4resp.(13,4%).

V tabuľke č.5 máme možnosť porovnať výsledky prieskumu za oblasť „spokojnosť zo základnými potrebami“.

Tabuľka č.5: Spokojnosť zo základnými potrebami

	Jedinec	Úplne spokojný	Spokojný	Málo spokojný	Nespo- kojný	Veľmi sklamáný
Priemer v %	ŠP	28,0	58,0	12,7	1,3	0,0
Priemer v %	I	12,0	60,0	20,7	6,7	0,7

Zdroj: vlastný prieskum

Zo získaných výsledkov v tabuľke č.5 môžeme vyhodnotiť, že skúmaná vzorka - ľudia so ŠP sú viac spokojný so svojimi základnými potrebami ako intaktní ľudia.

K tomuto výsledku predchádzali nasledovné odpovede respondentov:

Na otázku č.27 „ako ste spokojný s prostredím a bývaním“ odpovedali resp. so ŠP úplne spokojný 3resp.(10,0%), spokojný 22resp.(73,3%), málo spokojný 5resp.(16,7%). Na otázku č.32 „vzdelanie“ odpovedali úplne spokojný 2resp.(6,7%), spokojný 23resp.(76,7%), málo spokojný 4resp.(13,3%), nespokojný 1resp.(3,3%). Na otázku č.40 „práca“ odpovedali úplne spokojný 22resp.(73,3%), spokojný 8resp.(26,7%). Na otázku č.45 „peniaze“ odpovedali 5resp.(16,7%), spokojný 16resp.(53,4%), málo spokojný 8resp.(26,6%), nespokojný 1resp.(3,3%). Na otázku č.46 „jedlo“ odpovedali úplne spokojný 10resp.(33,3%), spokojný 18resp.(60,0%), málo spokojný 2resp.(6,7%). Na otázku č.27 „ako ste spokojný z prostredím a bývaním “ odpovedali resp. I úplne spokojný 10resp.(33,3%), spokojný 17resp.(56,7%), málo spokojný 3resp.(10,0%). Na č.32 otázku „vzdelanie“ odpovedali úplne spokojný 4resp.(13,4%), spokojný 21resp.(70,0%), málo spokojný 5resp.(16,6%), nespokojný 1resp.(3,3%). Na otázku č.40 „práca“ odpovedali úplne spokojný 2resp.(6,7%), spokojný 18resp.(60,0%), málo spokojný 6resp.(20,0%), nespokojný 4resp.(13,3%). Na otázku č.45 „peniaze“ odpovedali resp.(3,3%), spokojný 8resp.(26,7%), málo spokojný 14resp.(46,7%), nespokojný 6resp.(20,0%), veľmi sklamaný 1resp.(3,3%). Na otázku č.46 „jedlo“ odpovedali úplne spokojný 1resp.(3,3%), spokojný 26resp.(86,7%), málo spokojný 3resp.(10,0%).

Do tretej dimenzie - oblasti života zaraďujeme voľný čas, kde patrí spánok, koníčky, odpočinok a vzťahy s ostatnými ľuďmi. Zahrňuje otázka č. 5, 7, 14, 15 – test dôležitosti a otázky č. 28, 30, 37, 38 – test spokojnosti.

V tabuľke č.6 porovnáme výsledky získané z odpovedí respondentov za oblasť „dôležitosť voľného času“.

Tabuľka č.6: Dôležitosť v oblasti voľný čas

	Jedinec	Nevyhnutne dôležité	Veľmi dôležité	Stredne dôležité	Málo dôležité	Bezvýznamné
Priemer v %	ŠP	14,1	61,7	21,7	2,5	0,0
Priemer v %	I	5,8	50,0	41,7	2,5	0,0

Zdroj: vlastný prieskum

Zo získaných výsledkov z tabuľky č.6 môžeme vyhodnotiť, že pre ľudí so ŠP je podstatne dôležitejšie mať voľný čas, užívať a organizovať si ho podľa seba, ako u intaktných ľudí.

K tomuto výsledku predchádzali nasledovné odpovede respondentov:

Na otázku č.5 „aké dôležité je mať dobrý spánok“ odpovedali resp. so ŠP nevyhnutne dôležité 5resp.(16,7%), veľmi dôležité 21resp.(70,0%), stredne dôležité 4resp.(13,3%). Na otázku č.7 „mať dobré vzťahy s ostatnými ľuďmi“ odpovedali nevyhnutne dôležité 11resp.(36,7%), veľmi dôležité 17resp.(56,6%), stredne dôležité 2resp.(6,7%). Na otázku č.14 „aké dôležité je odpočívať vo voľnom čase“ odpovedal 1resp.(3,3%), veľmi dôležité 22resp.(73,3%), stredne dôležité 7resp.(23,4%). Na otázku č.15 „mať koníčky vo voľnom čase“ odpovedali veľmi dôležité 14resp.(46,7%), stredne dôležité 13resp.(43,3%), málo dôležité 3resp.(10,0%).

Na otázku č.5 „aké dôležité je mať dobrý spánok“ odpovedali resp. I nevyhnutne dôležité 4resp.(13,3%), veľmi dôležité 20resp.(66,7%), stredne dôležité 6resp.(20,0%). Na otázku č.7 „mať dobré vzťahy s ostatnými ľuďmi“ odpovedali nevyhnutne dôležité 1resp.(3,3%), veľmi dôležité 18resp.(60,0%), stredne dôležité 10resp.(33,4%), málo dôležité 1resp.(3,3). Na otázku č.14 „aké dôležité je odpočívať vo voľnom čase“ odpovedal nevyhnutne dôležité 1resp.(3,3%), veľmi dôležité 12resp.(40,0%), stredne dôležité 16resp.(53,4%), málo dôležité 1resp.(3,3%). Na otázku č.15 „mať koníčky vo voľnom čase“ odpovedali nevyhnutne dôležité 1resp.(3,3%) veľmi dôležité 10resp.(33,3%), stredne dôležité 18resp.(60,0%), málo dôležité 1resp.(10,0%).

V tabuľke č.7 máme možnosť porovnať výsledky prieskumu za oblasť „spokojnosť s oblasťou voľný čas“.

Tabuľka č.7: Spokojnosť s oblasťou voľný čas

Spokojnosť v oblasti voľný čas	Jedinec	Úplne spokojný	Spokojný	Málo spokojný	Nespo-kojný	Veľmi sklamaný
Priemer v %	ŠP	10,0	41,7	31,6	11,7	5,0
Priemer v %	I	8,4	65,7	21,7	4,2	0,0

Zdroj: vlastný prieskum

Z predložených výsledkov z tabuľky č.7 môžeme vyhodnotiť , že ľudia so ŠP sú podstatne menej spokojní so svojim voľným časom ako intaktní ľudia.

K tomuto výsledku predchádzali nasledovné odpovede respondentov:

Na otázku č.28 „mať dobrý spánok“ odpovedali resp. so ŠP úplne spokojný 5resp.(16,7%), spokojný 21resp.(70,0%), málo spokojný 3resp.(10,0%), nespokojný 1resp.(3,3%). Na otázku č.30 „mať dobrý vzťah s ostatnými ľuďmi“ odpovedali spokojný 3resp. (10,0%), málo spokojný 13 resp.(43,3%), nespokojný 8resp.(26,7%), veľmi sklamaný 6resp.(20,0%). Na otázku č.37 „odpočinok“ odpovedali úplne spokojný 7resp.(16,7%), spokojný 12resp.(40,0%), málo spokojný 10resp.(33,4%), nespokojný 1resp.(3,3%). Na otázku č.38 „koníčky“ odpovedali spokojný 14resp.(46,7%), málo spokojný 12resp.(40,0%), nespokojný 4resp.(13,3%).

Na otázku č.28 „mať dobrý spánok“ odpovedali resp. I úplne spokojný 4resp.(13,4%), spokojný 21resp.(70,0%), málo spokojný 2resp.(6,6%), nespokojný 3resp.(10,0%). Na otázku č.30 „mať dobrý vzťah s ostatnými ľuďmi“ odpovedali spokojný 2resp. (6,6%), málo spokojný 21 resp.(70,0%), nespokojný 5resp.(16,7%), veľmi sklamaný 2resp.(6,7%). Na otázku č.37 „odpočinok“ odpovedali úplne spokojný 2resp.(6,7%), spokojný 10resp.(63,3%), málo spokojný 9resp.(30,0%). Na otázku č.38 „koníčky“ odpovedali úplne spokojný 2resp.(6,7%), spokojný 18resp.(60,0%), málo spokojný 10resp.(33,3%).

Štvrtú dimenziu tvoria blízke vzťahy , ako sú rodinné vzťahy, mať a vychovávať deti, milovať, láska a sexuálny život. Zahrňuje otázka č. 6, 8,10, 11 – test dôležitosti a otázky č. 29, 31, 33, 34 – test spokojnosti.

Tabuľka č.8 nám predkladá získané výsledky z prieskumu za oblasť „dôležitosť blízkych vzťahov“.

Tabuľka č.8: Dôležitosť blízkych vzťahov

	Jedinec	Nevyhnutne dôležité	Veľmi dôležité	Stredne dôležité	Málo dôležité	Bezvýznamné
Priemer v %	ŠP	35,8	55,9	8,3	0,0	0,0
Priemer v %	I	33,3	34,4	27,9	2,2	2,2

Zdroj: vlastný prieskum

Zo získaných výsledkov z tabuľky č.8 môžeme vyhodnotiť, že ľudia so ŠP pokladajú oblasť blízkych vzťahov za podstatne dôležitejšiu ako intaktní ľudia.

K tomuto výsledku predchádzali nasledovné odpovede respondentov:

Na otázku č.6 „aké dôležité je mať dobré rodinné vzťahy“ odpovedali resp. so ŠP nevyhnutne dôležité 4resp.(13,3%), veľmi dôležité 24resp.(80,0%), stredne dôležité 2resp.(6,7%). Na otázku č.8 „mať a vychovávať deti“ odpovedal nevyhnutne dôležité 1resp.(3,3%), veľmi dôležité 24resp.(80,0%), stredne dôležité 5resp.(16,7%). Na otázku č.10 „milovať a byť milovaný“ odpovedali nevyhnutne dôležité 25resp.(83,3%), veľmi dôležité 5resp.(16,7%). Na otázku č.11 „mať sexuálny život“ odpovedali nevyhnutne dôležité 13resp.(43,3%), veľmi dôležité 14resp.(46,7%) , stredne dôležité 3resp.(10,0%).

Na otázku č.6 „aké dôležité je mať dobré rodinné vzťahy“ odpovedali resp. I nevyhnutne dôležité 11resp.(36,6%), veľmi dôležité 17resp.(56,7%), stredne dôležité 2resp.(6,7%). Na otázku č.8 „mať a vychovávať deti“ odpovedali nevyhnutne dôležité 11resp.(36,7%), veľmi dôležité 9resp.(30,0%), stredne dôležité 9resp.(30%), málo dôležité 1resp.(3,3%). Na otázku č.10 „milovať a byť milovaný“ odpovedali nevyhnutne dôležité 12resp.(40,0%), veľmi dôležité 13resp.(43,3%), stredne dôležité 5resp.(16,7%). Na otázku č.11 „mať sexuálny život“ odpovedali nevyhnutne dôležité 7resp.(23,3%), veľmi dôležité 9resp.(30,0%) , stredne dôležité 11resp.(36,7%), málo dôležité 1resp.(3,3%), bezvýznamné 2resp.(6,7%).

V tabuľke č.9 máme zhrnuté výsledky z prieskumu za oblasť „spokojnosť s blízkymi vzťahmi“.

Tabuľka č.9: Spokojnosť s blízkymi vzťahmi

	Jedinec	Úplne spokojný	Spokojný	Málo spokojný	Nespo- kojný	Veľmi sklamaný
Priemer v %	ŠP	45,0	40,8	6,7	5,8	1,7
Priemer v %	I	28,4	61,0	8,6	2,0	0,0

Zdroj: vlastný prieskum

Z predložených výsledkov z tabuľky č.9 môžeme vyhodnotiť, že ľudia so ŠP sú menej spokojní so svojimi blízkymi vzťahmi ako intaktní ľudia.

K tomuto výsledku predchádzali nasledovné odpovede respondentov:

Na otázku č.29 „ako ste spokojný sa svojimi rodinnými vzťahmi“ odpovedali respondenti so ŠP úplne spokojný 5resp.(16,7%), spokojný 23resp.(76,6%), málo spokojný 2resp.(6,7%). Na otázku č.31 „ako ste spokojný so svojimi deťmi“ odpovedali len 13 resp. úplne spokojný(100%), ostatní resp. nemali deti. Na otázku č.33 „láska“ odpovedali úplne spokojný 9resp.(30,0%), spokojný 11resp.(36,7%), málo spokojný 3resp.(10,0%), nespokojný 5resp.(16,7%), veľmi sklamaný 2resp.(6,6%). Na otázku č.34 „sexuálny život“ odpovedali úplne spokojný 10resp.(33,3%), spokojný 15resp.(50,0%), málo spokojný 3resp.(10,0%), nespokojný 2resp.(6,7%).

Na otázku č.29 „ako ste spokojný sa svojimi rodinnými vzťahmi“ odpovedali resp. I úplne spokojný 4resp.(13,4%), spokojný 25resp.(83,3%), málo spokojný 1resp.(3,3%). Na otázku č.31 „ako ste spokojný so svojimi deťmi“ odpovedalo 22resp., úplne spokojný 11resp.(50,0%), spokojný 9resp.(41,0%), málo spokojný 1resp.(4,5%), nespokojný 1resp.(4,5%). Na otázku č.33 „láska“ odpovedali úplne spokojný 8resp.(26,7%), spokojný 14resp.(46,7%), málo spokojný 7resp.(10,0%), nespokojný 1resp.(3,3%). Na otázku č.34 „sexuálny život“ odpovedali úplne spokojný resp.(23,4%), spokojný 22resp.(73,3%), málo spokojný 1resp.(3,3%).

Do piatej dimenzie zaradujeme abstraktné hodnoty života, ktoré predstavujú slobodu, vieru, spravodlivosť, pravdu, záujem o politiku, pocit bezpečia, krásu a umenie. Zahrňuje otázky č. 12, 13, 16, 18, 19, 20, 21 – test dôležitosti a 35, 36, 39, 41, 42, 43, 44 – test spokojnosti.

V tabuľke č.10 máme zaznamenané výsledky z oblasti „dôležitosť s abstraktnými hodnotami života“.

Tabuľka č.10: Dôležitosť s abstraktnými hodnotami života

	Jedinec	Nevyhnutne dôležité	Veľmi dôležité	Stredne dôležité	Málo dôležité	Bezvýznamné
Priemer v %	ŠP	17,6	54,3	26,2	1,9	0,0
Priemer v %	I	14,8	41,4	23,8	16,2	4,4

Zdroj: vlastný prieskum

Zo získaných výsledkov z tabuľky č.10 môžeme vyhodnotiť, že ľudia so ŠP vykázali vyšší priemer dôležitosti s abstraktnými hodnotami ako intaktní ľudia.

K tomuto výsledku predchádzali nasledovné odpovede respondentov:

Na otázku č.12 „aké dôležité je mať záujem o politiku“ odpovedali resp. so ŠP nevyhnutne dôležité 3resp.(10,0%), veľmi dôležité 23resp(76,7%), stredne dôležité 4resp.(13,3%). Na otázku č.13 „mať vieru – náboženstvo“ odpovedali nevyhnutne dôležité 2resp.(6,7%), veľmi dôležité 13resp.(43,3%), stredne dôležité 14resp.(46,7%), málo dôležité 1resp.(3,3%). Na otázku č.16 „byť v bezpečí“ odpovedali nevyhnutne dôležité 19resp.(63,3%), veľmi dôležité 11resp.(36,7%). Na otázku č.18 „spravodlivosť“ odpovedali 4resp.(13,3%), veľmi dôležité 16resp.(53,4%), stredne dôležité 10resp.(33,3%). Na otázku č.19 „sloboda“ odpovedal nevyhnutne dôležité 1resp.(3,3%), veľmi dôležité 25resp.(83,3%), stredne dôležité 4resp.(13,4%). Na otázku č.20 „krása a umenie“ odpovedali nevyhnutne dôležité 2resp.(6,7%), veľmi dôležité 13resp.(43,3%), stredne dôležité 14resp.(46,7%), málo dôležité 1resp.(3,3%). Na otázku č.21 „pravda“ odpovedali nevyhnutne dôležité 6resp.(20,0%), veľmi dôležité 13resp.(43,3%), stredne dôležité 9resp.(30,0%), málo dôležité 2resp.(6,7%).

Na otázku č.12 „aké dôležité je mať záujem o politiku“ odpovedali resp. I veľmi dôležité 1resp(3,3%), stredne dôležité 9resp.(30,0%), málo dôležité 14resp.(46,7%), bezvýznamné 6resp(20,0%). Na otázku č.13 „mať vieru – náboženstvo“ odpovedali nevyhnutne dôležité 2resp.(6,7%), veľmi dôležité 9resp.(30,0%), stredne dôležité 9resp.(30,0%), málo dôležité 10resp.(33,3%). Na otázku č.16 „byť v bezpečí“ odpovedali nevyhnutne dôležité 9resp.(30,0%), veľmi dôležité 17resp.(56,7%), stredne dôležité 4resp.(13,3%). Na otázku č.18 „spravodlivosť“ odpovedali 7resp.(23,4%), veľmi dôležité 18resp.(60,0%), stredne dôležité 1resp.(3,3%), málo dôležité

3resp.(10,0%), bezvýznamné 1resp.(3,3%). Na otázku č.19 „sloboda“ odpovedali nevyhnutne dôležité 11resp.(36,7%), veľmi dôležité 17resp.(56,7%), stredne dôležité 1resp.(3,3%), málo dôležité 1resp.(3,3%). Na otázku č.20 „krása a umenie“ odpovedali veľmi dôležité 6resp.(20,0%), stredne dôležité 18resp.(60,0%), málo dôležité 5resp.(16,7%), bezvýznamné 1resp.(3,3%). Na otázku č.21 „pravda“ odpovedali nevyhnutne dôležité 2resp.(6,7%), veľmi dôležité 19resp.(63,3%), stredne dôležité 8resp.(26,7%), málo dôležité 1resp.(3,3%).

V tabuľke č.11 máme zaznamenané výsledky z oblasti „spokojnosť s abstraktnými hodnotami života“.

Tabuľka č. 11: Spokojnosť s abstraktnými hodnotami života

	Jedinec	Úplne spokojný	Spokojný	Málo spokojný	Nespo- kojný	Veľmi sklamaný
Priemer v %	ŠP	23,8	43,8	19,5	9,0	3,8
Priemer v %	I	8,6	55,3	24,3	3,8	8,1

Zdroj: vlastný prieskum

Z výsledkov z tabuľky č.11 môžeme vyhodnotiť, že ľudia so ŠP sú v oblasti „s abstraktnými hodnotami života“ viac spokojní ako intaktní ľudia.

K tomuto výsledku predchádzali nasledovné odpovede respondentov:

Na otázku č.35 „ako ste spokojný s tým, či sa môžete dostatočne zaujímať o to, čo sa deje v politike“ odpovedali resp. so ŠP úplne spokojný 8resp.(26,7%), spokojný 8resp.(26,7%), málo spokojný 7resp.(23,3%), nespokojný 7resp.(23,3%). Na otázku č.36 „viera“ odpovedali úplne spokojný 19resp. (63,3%), spokojný 11resp.(36,7%). Na otázku č.39 „pocit bezpečnosti“ odpovedali úplne spokojný 6resp.(20,0%), spokojný 22resp.(73,3%), málo spokojný 2resp.(6,7%). Na otázku č.41 „spravodlivosť“ odpovedali úplne spokojný 2resp.(6,7%), spokojný 3resp.(10,0%), málo spokojný 16resp. (6,7%), nespokojný 6resp.(20,0%), veľmi sklamaný 3resp.(10,0%). Na otázku č.42 „sloboda“ odpovedali úplne spokojný 7resp.(23,3%), spokojný 23resp.(76,7%). Na otázku č.43 „krása a umenie“ odpovedali úplne spokojný 8resp.(26,7%), spokojný 15resp.(50,0%), málo spokojný 6resp. (20,0%), nespokojný 1resp.(3,3%). Na otázku

č.44 „pravda“ odpovedali spokojný 10resp.(33,3%), málo spokojný 10resp. (33,3%), nespokojný 5resp.(16,7%), veľmi sklamaný 5resp.(16,7%).

Na otázku č.35 „ako ste spokojný s tým, či sa môžete dostatočne zaujímať o to, čo sa deje v politike“ odpovedali resp. I úplne spokojný 5resp.(16,6%), spokojný 8resp.(26,7%), málo spokojný resp.(26,7%), nespokojný 3resp.(23,3%), veľmi sklamaný 6resp.(20,0%). Na otázku č.36 „viera“ odpovedali úplne spokojný 4resp. (13,4%), spokojný 22resp.(73,3%), málo spokojný 3resp.(10,0%), nespokojný 1resp.(3,3%). Na otázku č.39 „pocit bezpečnosti“ odpovedali úplne spokojný 3resp.(10,0%), spokojný 21resp.(70,0%), málo spokojný 6resp.(20,0%). Na otázku č.41 „spravodlivosť“ odpovedali úplne spokojný 1resp.(3,3%), spokojný 8resp.(26,7%), málo spokojný 13resp. (43,3%), nespokojný 2resp.(6,7%), veľmi sklamaný 6resp.(20,0%). Na otázku č.42 „sloboda“ odpovedali úplne spokojný 3resp.(10,0%), spokojný 23resp.(76,7%), málo spokojný 2resp.(6,7%), nespokojný 1resp.(3,3%), veľmi sklamaný 1resp.(3,3%). Na otázku č.43 „krása a umenie“ odpovedali úplne spokojný 2resp.(6,7%), spokojný 23resp.(76,7%), málo spokojný 5resp. (16,6%). Na otázku č.44 „pravda“ odpovedali spokojný 11resp.(36,7%), málo spokojný 14resp. (46,7%), nespokojný 1resp.(3,3%), veľmi sklamaný 4resp.(13,3%).

Súčasťou dotazníka bola i doplňujúca otázka „Je ešte niečo, čo považujete za dôležité?“ Na túto otázku odpovedali iba 4resp.so ŠP a uviedli nasledujúce odpovede: cestovanie – spoznávanie nových krajín, pokoj v duši, vytvoriť podmienky pre vzdelanie svojich detí , veselá spoločnosť. Z týchto odpovedí môžeme konštatovať, že ľudia so špeciálnymi potrebami okrem tých aspektov, ktoré sa nachádzali v dotazníku, pripisovali význam k cestovaniu, spoznávaniu nových krajín, kultúr. Touto odpoveďou poukazujú na to, že i keď u nich pretrváva handicap, nemajú strach s prekonávaním prekážok v cestovaní, alebo v jazykovej bariére. Majú rovnaké sny a plány do budúcnosti, ako ľudia bez postihnutia. Radi sa zabávajú a túžia byť súčasťou spoločnosti. Taktiež zodpovedne pristupujú k otázke výchovy a vzdelávania svojich detí a v konečnej miere sú to ľudia, ktorí túžia žiť v zhode, v pokoji, bez výraznejších problémov v tejto spoločnosti.

Pre lepšiu prehľadnosť výsledkov za jednotlivé oblasti života sme výsledky zaznamenali do tabuľky. Sčítaním hodnoty prvého a druhého stupňa v teste

dôležitosti(nevyhnutne dôležité + veľmi dôležité) a v teste spokojnosti(úplne spokojný + spokojný).

V tabuľke č.12 máme zhrnuté výsledky z piatich dimenzií „dôležitosť a spokojnosť jednotlivých oblastí života“ ľudí so ŠP.

Tabuľka č. 12: Dôležitosť a spokojnosť ľudí so ŠP

Dimenzia - oblasť života	1	2	3	4	5
Priemer v % za dotazník dôležitosť	96,6	61,3	75,8	91,7	71,9
Priemer v % za dotazník spokojnosť	90,0	86,0	51,7	85,8	67,6

Zdroj: vlastný prieskum

Vysvetlivky:

1 – oblasť zdravotného stavu

2 - oblasť základných potrieb

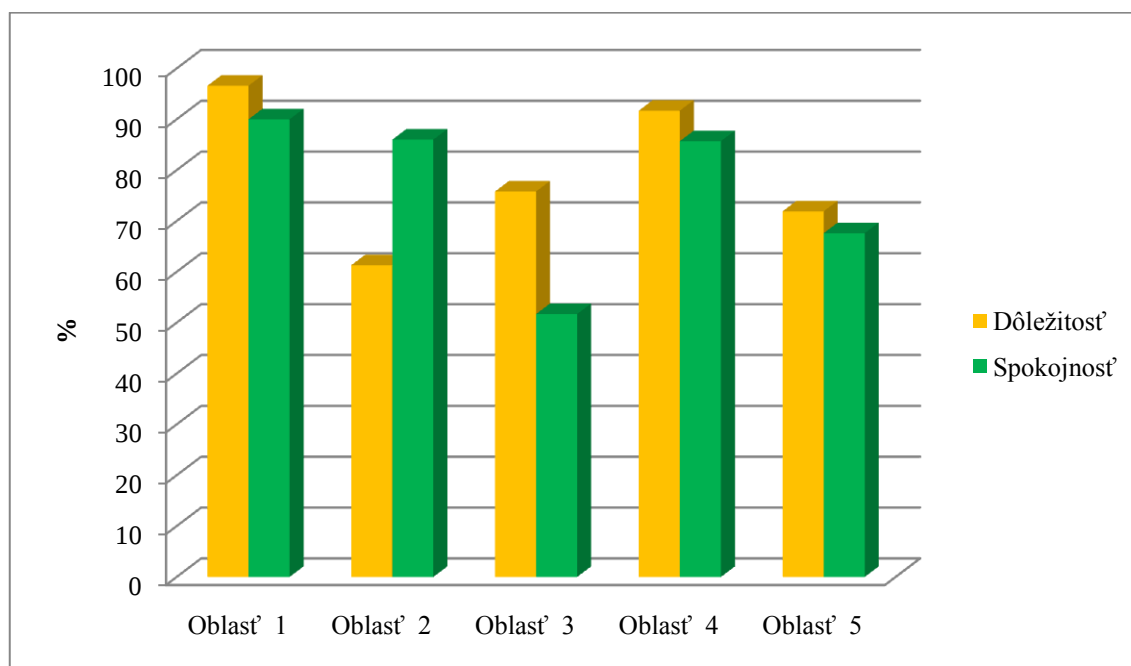
3 – oblasť voľného času

4 – oblasť blízkych vzťahov

5 – oblasť abstraktných hodnôt

Pre lepšiu názornosť sme výsledky za „dôležitosť jednotlivých oblastí“ znázornili graficky.

Graf č.1: Dôležitosť a spokojnosť ľudí so ŠP



Zdroj: vlastný prieskum

Z tabuľky č.12 a z grafu č.1 môžeme vyhodnotiť, že ľudia so ŠP za najdôležitejšiu oblasť a súčasne i oblasť, s ktorou sú najviac spokojní, považujú oblasť „zdravotného stavu(otázky č. 1, 2, 3, 24, 25, 26)“.

Ako druhú v poradí dôležitosti s hodnotou 91,7% považujú oblasť „blízkyh vzťahov“, kde spokojnosť s touto oblasťou nezodpovedá predstavám ľudí so ŠP, hodnota dosiahla 85,8%.

Ako tretiu v poradí dôležitosti vyhodnotili s hodnotou 75,8% oblasť „voľného času“, kde spokojnosť klesla pod očakávanú hranicu, hodnota dosiahla 51,7%.

Ako štvrtú v poradí dôležitosti s hodnotou 71,9% považujú oblasť „abstraktných hodnôt“, kde spokojnosť s touto oblasťou dosiahla hodnotu 67,6%.

Ako poslednú v poradí dôležitosti s hodnotou 61,3% vyhodnotili oblasť „základných potrieb“, kde spokojnosť s touto oblasťou dosiahla nečakane vysokú hodnotu 86,0%, čo je druhá najvyššia hodnota v spokojnosti.

Zo získaných výsledkov môžeme jednoznačne vyhodnotiť, že ľudia so ŠP uprednostňujú zdravie po stránke dôležitosti i spokojnosti, čím sa úplne potvrdila hypotéza č.1.

V tabuľke č.13 máme zhrnuté výsledky z piatich dimenzií „dôležitosť jednotlivých oblastí života“ ľudí so ŠP a intaktní ľudia

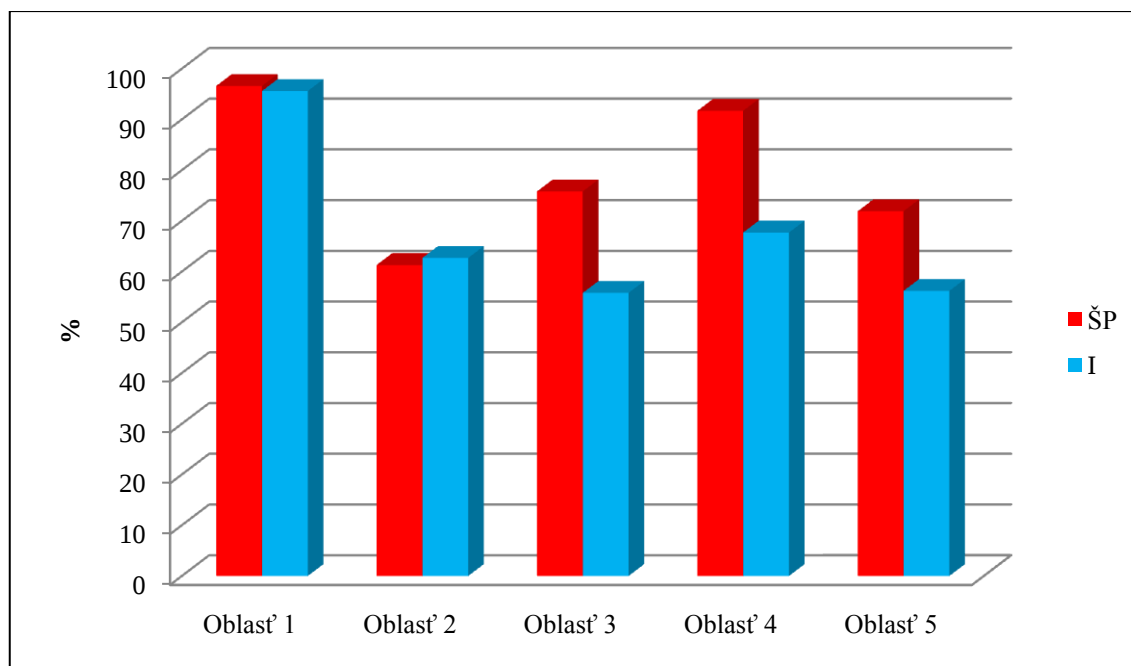
Tabuľka č. 13: Dôležitosť jednotlivých oblastí

Dimenzia - oblasť života		1	2	3	4	5
Priemer v %	ŠP	96,6	61,3	75,8	91,7	71,9
Priemer v %	I	95,6	62,7	55,8	67,7	56,2

Zdroj: vlastný prieskum

Pre lepšiu názornosť sme výsledky za „dôležitosť jednotlivých oblastí“ znázornili graficky.

Graf č.2: Dôležitosť jednotlivých oblastí



Zdroj: vlastný prieskum

Po vyhodnotení odpovedí intaktných ľudí (tab.č.13 a graf č.2) komparáciou sme zistili, že tak ako ľudia so ŠP i ľudia intaktní – bez postihnutia, za najdôležitejšiu dimenziu života považujú oblasť zdravotného stavu. Tým sa nám čiastočne potvrdila hypotéza č.2.

Zo získaných výsledkov môžeme vyhodnotiť dôležitosť jednotlivých oblastí.

U ľudí so ŠP bolo nasledovné poradie : oblasť zdravotného stavu, blízke vzťahy, voľný čas, abstraktné hodnoty, základné potreby.

U intaktných ľudí bolo nasledovné poradie: oblasť zdravotného stavu, blízke vzťahy, základné potreby, abstraktné hodnoty, voľný čas.

Vychádzajúc s týchto výsledkov môžeme konštatovať, že ľudia so ŠP majú takmer totožné poradie dôležitosti jednotlivých oblastí života. Rozdiel je len v poradí oblasti „voľný čas a základné potreby“.

V tabuľke č.14 máme zhrnuté výsledky za „spokojnosť“ z piatich dimenzií – oblastí života.

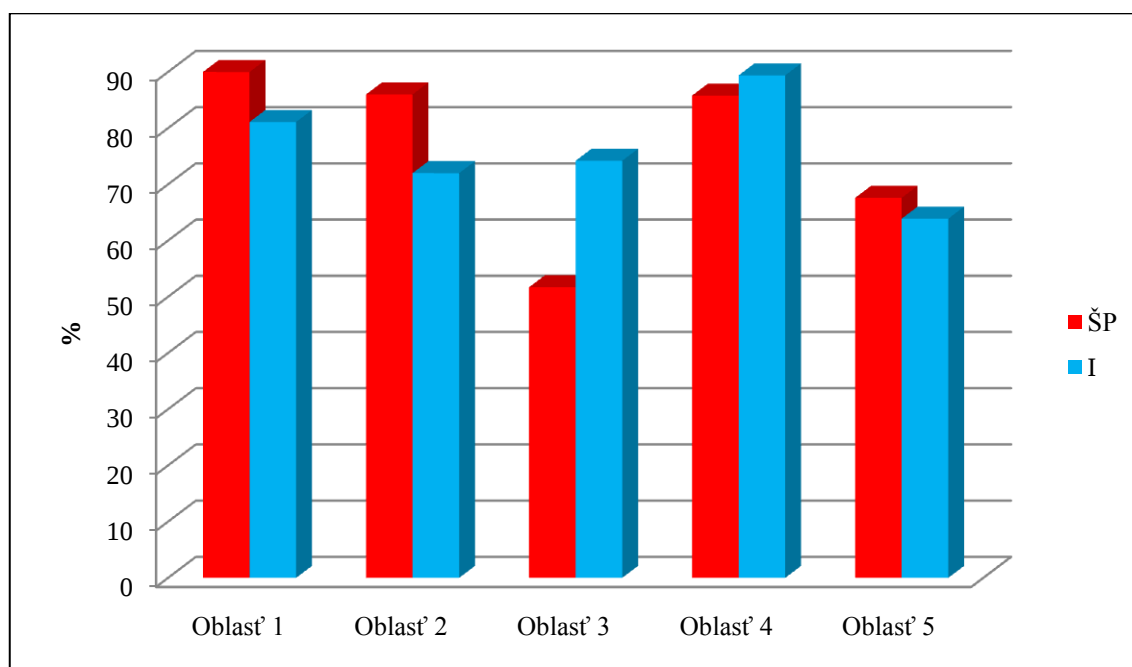
Tabuľka č.14: Spokojnosť jednotlivých oblastí

Dimenzia - oblasť života		1	2	3	4	5
Priemer v %	ŠP	90,0	86,0	51,7	85,8	67,6
Priemer v %	I	81,1	72,0	74,2	89,4	63,9

Zdroj: vlastný prieskum

Pre lepšiu názornosť, sme výsledky „spokojnosť za jednotlivé oblasti života“ znázornili v grafe č.3.

Graf č.3: Spokojnosť jednotlivých oblastí



Zdroj: vlastný prieskum

Po vyhodnotení odpovedí intaktných ľudí (tab.č.14 a grafu č.3) komparáciou sme zistili, že ľudia so ŠP sú najviac spokojní s oblasťou svojho zdravotného stavu a ľudia intaktní – bez postihnutia sú najviac spokojní s oblasťou blízkych vzťahov, tým sa nám druhá polovica hypotézy č.2 nepotvrdila.

Zo získaných výsledkov môžeme vyhodnotiť i spokojnosť za jednotlivé oblasti života.

U ľudí so ŠP bolo nasledovné poradie: oblasť zdravotného stavu, základné potreby, blízke vzťahy, abstraktné hodnoty, voľný čas.

U intaktných ľudí sme zaznamenali nasledovné poradie: oblasť blízke vzťahy, zdravotný stav, voľný čas, základné potreby, abstraktné hodnoty.

Komparáciou výsledkov prieskumu za spokojnosť v jednotlivých oblastiach môžeme vyhodnotiť, že ľudia so ŠP potrebami majú rozdielne poradie jednotlivých oblastí, ako intaktní ľudia.

Zo získaných výsledkov prieskumu môžeme ešte vyhodnotiť i celkovú úroveň subjektívne vnímanej spokojnosti.

Komparáciou jednotlivých zúčastnených skupín, priemerná dosiahnutá spokojnosť za všetkých päť oblastí života u ľudí so ŠP dosiahla hodnotu 76,2%, u intaktných ľudí – bez hendikepu dosiahla hodnotu 76,1%. Z nášho prieskumu sme komparáciou skúmanej a porovnávacej skupiny zistili, že ľudia so ŠP sú spokojnejší, aj keď len o 0,1% so svojou kvalitou života, ako ľudia bez hendikepu. Môžeme konštatovať, že i keď ľudia so ŠP majú podstatne ťažší život, sú rovnako spokojný so svojou kvalitou života ako intaktní ľudia. Týmto zistením sa nám potvrdila hypotéza č.3.

Z výsledkov prieskumu skúmanej skupiny – ľudia so špeciálnymi potrebami môžeme vyhodnotiť i jednotlivé aspekty života či po stránke dôležitosti, ale i po stránke spokojnosti.

Za najdôležitejšie aspekty života považujú ľudia so špeciálnymi potrebami v prvom rade mať prácu a nasledovne byť zdravý, milovať a byť milovaný a v konečnom rade byť v bezpečí. Za málo dôležité či bezvýznamné označili dobré jedlo.

Najväčšiu spokojnosť ľudia so ŠP vyjadrili svojmu zamestnaniu, svojej práci. Ďalšie v poradí spokojnosti nasledoval pocit bezpečnosti, viera, deti. Najmenej spokojní boli s aspektom „vzťahy s ostatnými ľuďmi“. Tým sa nám úplne potvrdila hypotéza č.4.

4.5 Analýza výsledkov

V hypotéze č.1 sme predpokladali, že zamestnaní ľudia so špeciálnymi potrebami prisudzujú najväčšiu dôležitosť i spokojnosť oblasti zdravotnému stavu. Hypotéza č.1 bola verifikovaná šiestimi otázkami(otázky č. 1, 2, 3, 24, 25, 26).

Verifikáciou hypotéz prostredníctvom jednotlivých otázok dotazníka sme došli k záveru, že zamestnaní ľudia so špeciálnymi potrebami prisudzujú najväčšiu dôležitosť i spokojnosť zdravotnému stavu i napriek k tomu , že u nich pretrváva postihnutie (tab.č.12, graf č.1).

V hypotéza č. 2 sme predpokladali, že zamestnaní intaktní ľudia budú najviac spokojní s oblasťou zdravotného stavu. Hypotéza bola verifikovaná tromi otázkami(otázky č. 24, 25, 26). Komparáciou jednotlivých oblastí(tab.č.13 a graf č.2) sme zistili, že zamestnaní intaktní ľudia sú najviac spokojní s oblasťou „blízkych vzťahov“, nie s oblasťou „zdravie“. Týmto sa nám hypotéza č. 2 nepotvrdila. Z odpovedí intaktných ľudí hodnotíme, že i keď uviedli oblasť zdravia za najdôležitejšiu , nie sú s touto oblasťou najviac spokojní. Z toho vyplýva, že táto oblasť je napriek všetkému dôležitejšia a sú s ňou spokojnejší ľudia so ŠP. Viac sa starajú o svoje zdravie, o svoj zdravotný stav, ako ľudia bez postihnutia a sú v reálnom živote s ním aj spokojní, i napriek tomu, že u nich pretrváva postihnutie. Vedia čo pre nich znamená slovo zdravie, vážia si ho a hlavne chránia si svoje zdravie. Je to preto, že zdraví ľudia ešte nepochopili význam slova „zdravie“.

V hypotéze č.3 sme predpokladali, že úroveň subjektívne vnímanej spokojnosti kvality života zamestnaných ľudí so špeciálnymi potrebami nebude nižšia v porovnaní so zamestnanými intaktnými ľuďmi. Komparáciou jednotlivých zúčastnených skupín, priemerná dosiahnutá spokojnosť u ľudí so ŠP dosiahla hodnotu 76,2%, u intaktných ľudí – bez postihnutia dosiahla hodnotu 76,1%. Môžeme konštatovať, že i keď ich zdravotné postihnutie predstavuje primárne obmedzenie normálnych funkcií, postihnutý jedinec je schopný vytvoriť si najrôznejšie spôsoby obrany proti postojom spoločnosti. Tie mu umožňujú nadobudnúť duševnú rovnováhu a prijateľnú sebaúctu. I napriek zdravotným problémom musia nájsť zmysel života, nový cieľ svojho smerovania a zmeniť svoju hierarchiu hodnôt. Musia si vybudovať novú sebadôveru. Ľudia so špeciálnymi potrebami majú tendenciu porovnávať sa so zdravými ľuďmi a majú

potrebu sa im vyrovnat'. Majú úsilie hľadať v novej situácii nejaké výhody. A to ich posúva dopredu, to je ich hnací motor. A na to poukazuje náš prieskum a potvrdenie hypotézy č.3.

V hypotéze č.4 sme predpokladali, že ľudia so ŠP budú najviac spokojní s aspektom „práca“ a najmenej spokojní s aspektom „vzťahy s ostatnými ľuďmi“.

Hypotéza bola verifikovaná dvoma otázkami(č.44 a č.30).

Z výsledkov získaných z dotazníka SQUALA – spokojnosť, sme vyhodnotili, že ľudia so ŠP najviac hlasov udelili aspektu „práca – zamestnanie“, kde odpovedali: úplne spokojný 73,3% a spokojný 26,7% čo znamená 100% spokojnosť so svojou prácou. Slovo „práca – zamestnanie“ u ľudí so špeciálnymi potrebami predstavuje mať neskutočné bohatstvo. Sú veľmi šťastní, že majú prácu čo potvrdzujú i výsledky nášho prieskumu. S týmto slovom si dávajú do súvislosti samostatnosť, sebestačnosť, nezávislosť, slobodu a v konečnej miere vyrovnanie sa zdravej populácii. Mať prácu u týchto ľudí znamená, nebyť na ťarchu rodine a spoločnosti. Stávajú sa potrebnými a rovnocennými partnermi spoločnosti.

Najmenej spokojní boli s aspektom „vzťahy s ostatnými ľuďmi“, kde odpovedali: málo spokojný 43,3%, nespokojný 26,7%, veľmi sklamaný 10%, čo znamená 80% nespokojnosť. Tým sa nám úplne potvrdila hypotéza č.4. Či už sú to vzťahy na pracovisku alebo v bežnom živote. Pre ľudí so špeciálnymi potrebami nie je jednoduché nadväzovať medziľudské vzťahy. A zdravá populácia im to svojim postojom vôbec neľahčuje. Postihnutí ľudia sú väčšinou vždy odkázaní na pomoc druhých. Zdraví ľudia sa k ľuďom so špeciálnymi potrebami nesprávajú vždy tak, ako by sa mali. Zdravá populácia ich vo väčšine podceňuje, neakceptuje alebo dokonca odmieta. Sú predmetom súcitu, vzbudzujú hrôzu a odpor. Postihnutí ľudia si zase myslia, že zdraví ich vždy ohovárajú a osočujú ich. Potom sú k svojmu okoliu neprístupní, nepríjemní a sklamaní.

Musíme podotknúť, že pri realizácii prieskumnej časti v teréne sme s ťažkosťami spracovávali dotazníkovú metódu. Prispela k tomu neochota zamestnávateľov umožniť v ich priestoroch realizovať prieskum či už u ľudí so ŠP, ale i u intaktných ľudí. Nevieme či zo strachu z medializácie, straty pracovného výkonu alebo len tak z neochoty. Všetci sa neustále niekam ponáhľali, nemali čas sa zastaviť a zamyslieť sa nad kvalitou a zmyslom života.

Človek sa celý život vyrovnáva s rôznymi úlohami. Strata zdravia, zamestnanie, ekonomická a sociálna situácia, manželstvo, výchova detí, konflikty, stres a toto všetko zaberá čas a stratu energie. Aj ľudia so ŠP sa musia popasovať s takýmito bežnými záležitosťami, čo je u nich náročnejšie. Musia vynaložiť oveľa viac síl, aby práve také pre nás zdravých ľudí, bežné veci dosiahli. Možno i preto nám vyšli práve takéto zistenia, že ľudia so špeciálnymi potrebami dokážu žiť svoj život kvalitnejšie a sú viac spokojní so svojim životom, ako intaktní ľudia.

Vzhľadom k tomu, že bola skúmaná kvalita života zamestnaných ľudí s ľahším stupňom postihnutia, prevládajú u nich sily o prekonanie alebo vyrovnanie svojho postihnutia. A preto by sme si postihnutých ľudí mali vážiť a akceptovať ich, nemali by sme ich podceňovať. Veľká časť našej zdravej populácie si myslí, že život postihnutého človeka nemá zmysel, že je neužitočný pre spoločnosť, ktorá na neho len dopláca. Avšak mnohí ľudia so špeciálnymi potrebami sa dokážu uplatniť v živote a byť osožní spoločnosti. Postihnutí ľudia vždy budú potrebovať chránené pracoviská, invalidné dôchodky, finančnú podporu, vychovávateľov, spoločníkov, ktorí sa im budú venovať. Žiadne povýšenie, ani úspech, ani prestíž. Ich potrebou je byť milovaný. Ak sú milovaní, dokážu lásku vrátiť. Ak im niekto pomôže, aj oni vedia pomôcť. Z našich profesionálnych, finančných, pracovných a spoločenských úspechov nič nezostane v deň, keď náš život bude končiť, keď budeme opúšťať tento svet a prechádzať do druhého života. To, čo tu zostane, budú len skutky našej lásky, tolerance a pochopenia. Preto je nutné, aby sme sa k nim správali ako ku všetkým ostatným zdravým ľuďom. Lebo oni za svoje postihnutie nemôžu a my nemôžeme vedieť ako sa cítia a čo by sme robili my na ich mieste.

Výsledky nášho prieskumu nemožno zovšeobecniť na celú populáciu ľudí so špeciálnymi potrebami. V ďalšom prieskume doporučujeme použiť viac reprezentatívny výber prieskumného vzorku (chránené dielne a pracoviská z celého Slovenska a odlišného sociokulúrneho prostredia).

Náš prieskum predstavuje iba určité nahliadnutie do tejto problematiky na Slovensku. Jedným z cieľov našej práce bolo poskytnúť stručný prehľad a oboznámiť širokú verejnosť o doterajších teoretických a empirických poznatkoch v tejto oblasti.

Výsledky nášho prieskumu mohli byť ovplyvnené skreslením na základe rôznych zdrojov. Najzákladnejší zdroj skreslenia môže byť nereprezentatívna prieskumná

vzorka, tzn. nevyrovnané zastúpenie ľudí so špeciálnymi potrebami, ľudia s rôznorodým postihnutím. Ďalší možný zdroj skreslenia vyplýva z metód, ktoré boli použité. Dotazník bol z pôvodnej českej verzie pre dospelých upravený do slovenskej verzie, pričom mohli vzniknúť chyby v interpretácii jednotlivých položiek, alebo neadekvátnym “prerobením” položiek nevhodných pre ľudí so špeciálnymi potrebami. Otázkou je, či daný nástroj vystihuje konštrukt a do akej miery. Možné skreslenie predstavuje ochota samotných respondentov. Výsledkom toho mohlo byť vyplnenie nepravdivých údajov (napr. vyplnením náhodných možností).

ZÁVER

Za posledné obdobie sa koncept kvality života stal dôležitým predmetom záujmu skúmania mnohých vedných oborov i širokej laickej verejnosti. Kvalita života je výsledkom vzájomného pôsobenia zdravotných, sociálnych, ekonomických a environmentálnych podmienok, týkajúcich sa ľudského spoločenského rozvoja. Na jednej strane predstavuje objektívne podmienky na dobrý a spokojný život a na strane druhej subjektívne prežívanie dobrého života.

V teoretickej časti diplomovej práce sa zaoberáme problematikou kvality života zamestnaných ľudí so špeciálnymi potrebami. S použitím odbornej literatúry v prvej kapitole sa zoznamujeme s pojmom kvalita života, históriou a s atribútmi, ktoré ovplyvňujú kvalitu života. Druhej kapitole rozpracovávame tému vplyv narušeného zdravia na kvalitu života ľudí so špeciálnymi potrebami. V tretej kapitole sa môžeme dozvedieť veľa zaujímavých a osožných poznatkov o človeku so špeciálnymi potrebami, či už o sociálnom postavení, integrácii a inklúzie, o potrebách, vzdelávaní, zamestnaní, práve, zmysluplnosti a v konečnom rade i o tom, ako sa dá merať kvalita života.

Empirickú časť diplomovej práce tvorí prieskum, v ktorom sme použili dotazník SQUALA – dotazník subjektívnej dôležitosti a spokojnosti. Hlavným cieľom realizovaného prieskumu bolo analyzovať kvalitu života zamestnaných ľudí so špeciálnymi potrebami. Zaujímalo nás, ako zamestnaní ľudia so špeciálnymi potrebami hodnotia jednotlivé oblasti svojho života, ako sú s nimi spokojní a ktoré oblasti života sú pre nich najdôležitejšie. Parciálnym cieľom prieskumu bola komparácia kvality života pracujúcich ľudí so špeciálnymi potrebami a intaktnými ľuďmi.

V prieskumnej časti sme stanovili štyri hypotézy, z toho jedna sa nám nepotvrdila.

Z celkového prieskumu môžeme skonštatovať, že pracujúci ľudia so špeciálnymi potrebami, s postihnutím udávajú v priemere vyššiu kvalitu života než ľudia bez postihnutia. V spoločnosti prevláda názor, že ľudia s postihnutím majú ťažší život, no z pohľadu nášho prieskumu sa kvalita života ľudí s postihnutím vyrovnáva úrovni kvality života ľudí bez postihnutia. Neoceniteľné je aj zistenie, že hodnoty uznávané ľuďmi s postihnutím sa veľmi nelíšia od hodnôt ľudí bez postihnutia.

POUŽITÁ LITERATÚRA A ZDROJE

Slovenská literatúra:

BAJO, I., VAŠEK, Š.: 1994. *Pedagogika mentálne postihnutých*. Bratislava : Sapiaenta, 1994. ISBN 80-967180-1-0

BEDNAŘÍK, A.: *Riešenie konfliktov*. Príručka pre pedagógov a pracovníkov s mládežou. Bratislava: Centrum prevencie a riešenia konfliktov 2001.

ISBN 80-968095-4-7

HALAMA, P.: *Ku vzťahu životnej zmysluplnosti a duševnej pohody*. Bratislava, Slovak Academic Press, 2001. ISBN 978-80-8095-023-1

JAKABČIC, I., POŽÁR, L.: *Všeobecná patopsychológia. Patopsychológia mentálne postihnutých*. 2. vyd. Bratislava: IRIS, 1996. ISBN 80-88778-11-5.

MATUŠKA, O. a kol.: 1992. *Rozvíjanie reči sluchovo postihnutých detí ranného a predškolského veku*. Bratislava : Slovenské pedagogické nakladateľstvo, 1992.

ISBN 80-08-01202-1

NEMČEKOVÁ, M., ŽIAKOVÁ, K., MIŠTUNA, D.: *Práva pacientov : filozofická reflexia a zdravotnícka prax*. Bratislava: IRIS, 2000 : ISBN 80-88778-94-8.

NEMČEKOVÁ, M., ŽIAKOVÁ, K., MIŠTUNA, D.: *Práva pacientov, filozofická reflexia a zdravotnícka prax*, Bratislava: IRIS, 2000. ISBN 80-88778-94-8

NÉMETH, O.: 1999. *Slabozrakosť ako pedagogický problém*. Bratislava : Sapiaenta, 1999. ISBN 80-967180-5-3

OLÁH, Z.: *Zrak a práca*. Bratislava : Poľana, s.r.o., 2002. ISBN 80-89002-56-0

PECHOVÁ, M. a kol.: *Antológia z diel filozofov. Predsokratovci a Platón*. Bratislava : IRIS, 1998.

SADOVSKÁ, O.: *Kvalita života nevyliciteľne chorých a terminálnych pacientov*. Revue ošetrovateľstva a laboratórnych metodík,3, 1997, č.1

STRIEŽENEC, Š.: *Slovník sociálneho pracovníka*. Trnava: Vydavateľstvo AD, 1996. ISBN 80-967589-0-X

ŠLOSIAR, J.: *Od antropologizmu k filozofickej antropológii*. Bratislava: IRIS, 2002. ISBN: 9788089018376

TARCSIOVÁ, D. a kol.: *Sluchové postihnutie vo vyššom veku.* Nitra : Effeta, 2005. ISBN 80-969113-8-4

TARCSIOVÁ, Darina a kol. 2001. *Rukoväť tlmočníkov posunkovej reči I.* Bratislava : ATLPRENES, 2001. ISBN 80-968584-3-2

VAŠEK, Š. a kol.: 1995. *Špeciálna pedagogika. Terminologický a výkladový slovník.* Bratislava : Slovenské pedagogické nakladateľstvo, 1995. ISBN 80-08-00864-4

VAŠEK, Š.: *Špeciálna pedagogika.* Bratislava: Sapienta, 2003. ISBN 80968797-2-3

VAŠEK, Š.: *Základy špeciálnej pedagogiky.* Bratislava: Sapienta, 2006. ISBN 8089229-02-6

Zahraničná literatúra:

ARMSTRONG, M.: *Řízení lidských zdrojů. Nejnovější trendy a postupy.* Praha: Grada. Publishing, 2007. ISBN 80-247-0586-9

BROWN, R.I.: *Quality of Life for People with Disabilities.* 2nd edition, Cheltenham: Stanley Thornes, 1997. ISBN 0-7487-3294-2

ČÁP, J., MAREŠ, J.: *Psychologie pro učitele.* Praha: Portál, 2001. ISBN 80-7178-463-X

DAVIES, M.: 2000. *The Blackweel encyclopaedia od Social Work.* Oxford : Blackweel Publishing, 2000. ISBN 0-631-214551-8

DAVIESOVÁ, J., JANOSIKOVÁ, E.: *Psychiatrická ošetrovateľská starostlivosť. Duševné zdravie a psychiatrické ošetrovateľstvo.* Originál: *Mental Heathl an Psychiatric Nursing.* Martin : Osveta, 1999. ISBN 80-8063-017-8

DRAGOMERICKÁ, E., ŠKODA, C.: *Kvalita života: Vymezení, definice a historický vývoj pojmu v sociálnej psychiatrii.* Praha: ČS Psychia, 1997. ISBN 978-80-86723-49-5.

FRANKL, V. E.: 1997. *Vůle k smyslu.* Brno: Cesty, 1997. ISBN 80-85139-29-2.

FRANKL, V.: *A predsa povedať životu áno: Psychológ používa koncentračný tábor.* Kostelní Vydří: Karmelitánske nakladatelství, 2006. ISBN 80-719-2848-8

- HARTL, P., HARTLOVÁ, H.:** *Psychologický slovník*. Praha : Portál.2000.
ISBN 80-7178-303X
- HARTL, P.:** *Psychologický slovník*. Praha: Portál, 2000. ISBN 80-223-1342-4
- HARTL, P.:** *Psychologický slovník*. Praha: Portál, 2000. ISBN 80-90 15 49-0-5
- HNILICOVÁ, H.** *Kvalita života a její význam pro medicínu a zdravotnictví. In Kvalita života a zdraví*. Praha: Triton, 2005. ISBN 80-7254-657-0
- JANDOUREK, J.:** *Sociologický slovník*. Praha: Portál, 2001. ISBN 8-7178-535-0
- JANDOUREK, J.:** *Sociologický slovník*, Praha: Portál, 2007. ISBN 80-7367-269-3
- JANKOVSKÝ, J.:** 2001. *Ucelená rehabilitace dětí s tělesným a kombinovaným postižením*. Praha: TRITON, 2001. ISBN 80-7254-192-7
- JANKOVSKÝ, J.:** *Ucelená rehabilitácia dětí s tělesným a kombinovaným postižením*. Praha: TRITON, 2001. ISBN 80-7254-192-7
- KASTOLOVÁ, V.:** *Krize a tvořivý přístup k ní*. Praha, Portál 2000.
ISBN 80-7178-365-X
- KEBZA, V., ŠOLCOVÁ, I.:** (2003). *Well-being jako psychologický a zároveň mezioborově založený pojem. Československá psychologie.*, 2003. ISSN 0009-062X,
- KEBZA, V.:** *Psychosociální determinanty zdraví*, Praha: Academia, 2005.
IBN 80-200-1307-5
- KLÚGEROVÁ, J., PRÁZOVÁ, I., VACÍNOVÁ, T.:** *Jak vypracovat' bakalářskou, diplomovou, rigorózní a disertační práci*. Praha. Vydavatelství: UJAK Praha 2010.
ISBN 978-80-7452-004-4
- KOHOUTEK, R., ŠTĚPANÍK, J.:** *Psychologie práce a řízení*. Brno: Akademické nakladatelství CERM, 1999. ISBN 80-7204-064-2
- KOPCOVÁ, E.:** . *Sociálna situácia na Slovensku v kontexte zamestnanosti a nezamestnanosti*. In B. Buchtová, *Psychologie a nezaměstnanost. Zkušenosti a praxe*. Brno: Masarykova Univerzita v Brně. 2004
- KRHUTOVÁ, L. a kol.:** *Občané se zdravotním postižením a veřejná správa*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2005. ISBN 80-244-1168-7
- KŘIVOHLAVÝ, J.:** *Psychologie smysluplnosti existence*. Praha: Grada, 2006.
ISBN 80-246-1290-9.
- KŘIVOHLAVÝ, J.:** *Psychologie zdraví*, Praha: Portál, 2001. ISBN 80-7178-774-4
- KŘIVOHLAVÝ, J.:** *Sestra a stres*. Praha: Grada, 2010. ISBN 97-8802-473-149-0.

- KŘIVOHLAVÝ, J.:** *Mít proco žít.* Praha: Návrat domů, 1994. ISBN 80-85495-33-3.
- MAREŠ, J. a kol.:** *Kvalita života u dětí a dospívajících I.*, Brno: Nakladatelství MSD, 2006. ISBN 8086633659
- MATOUŠEK, O. a kol.:** 2005. *Sociální práce v praxi. Specifika různých cílových skupin a práce s nimi.* Praha : Portál, 2005. ISBN 80-7367-002-X
- MATOUŠEK, O.:** *Metódy a řízení sociální práce.* 1. vyd. Praha : Portál, 2003. ISBN 80-7178-548-2.
- NAKONEČNÝ, M.:** *Psychologie osobnosti.* Praha: Academia, 1998. ISBN 80-200-0628-1
- NAKONEČNÝ, M.:** *Sociální psychologie organizace.* 1. vyd. Praha: Grada, 2005. ISBN 802470577X.
- PARASURAMAN, S., PUROHIT, Y. S., GODSHALK, V. M.** *Work and family variables, entrepreneurial career success, and psychological well-being.* *Journal of Vocational* 48, 1996.
- RYMEŠ, M.:** (1998). *Člověk a organizace.* [monografie]. (People and organisation): In: Aplikovaná sociální psychologie I., Praha: Portál, 1998. ISBN 80-7178-269-6
- SKORUNKA, D.** *Projevy somatizace a kvalita života u dětí a dospívajících: perspektiva rodinného terapeuta;* in: Mareš, J. (2006), *Kvalita života u dětí a dospívajících I.*, MSD, Brno. ISBN 8086633659
- SLÁMA, O.:** *Kvalita života onkologicky nemocných;* in: Payne, J. a kol., *Kvalita života a zdraví*, Praha: Triton, 2005. ISBN 80-7254-657-0.
- SLOWÍK, J.:** *Speciální pedagogika*, GRADA, Praha 2007: ISBN 978-80-247-17333-3
- SOVÁK, M.:** *Nárys speciální pedagogiky.* Praha : SPN 1980. ISBN 14-072-86
- ŠKODA, J., DOULÍK, P., HAJEROVÁ-MÜLLEROVÁ, L.:** *Kvalita života u skupin mládeže z odlišného sociokulturního prostředí.* In Mareš, J. a kol. (2007). *Kvalita života u dětí a dospívajících II.* Brno: Nakladatelství MSD; ISBN 8086633659
- ŠPATENKOVÁ, N. a kol.:** *Krize psychologický a sociologický fenomén.* Praha: Grada Publishing, 2004. ISBN 80-247-0888-4
- ŠPATENKOVÁ, N. a kol.:** *Krízová intervence pro praxi.* Praha: Grada 2004. ISBN 80-247-0586-9
- ŠVARCOVÁ, I.:** 2000. *Mentální retardace: Vzdělávání, výchova, sociální péče.* Praha: Portál, 2000. ISBN 80-7178-506

- TITZL, B.:** *Postižený človek ve spoločnosti*. Praha: UK, 2000. ISBN 80-86039-90-0.
- VAĎUROVÁ, H., MÜHLPACHR, P.:** *Kvalita života – teoretické a metodické východiská*. Brno, Masarykova univerzita, 2005. ISBN 80-210-3754-7
- VÁGNEROVÁ, M., MATĚJČEK, Z.:** *Sociální aspekty dyslexie*. 1.vyd. Praha: Karolinum, 2006. ISBN 80-246-1173-2
- VÁGNEROVÁ, M.:** *Handicap ako psychosociálny problém* 1. In: Theologická revue, 1996, roč. 5, č. 1
- VÁGNEROVÁ, M.:** *Handicap ako psychosociálny problém* 2. In: Theologická revue, 1996, roč. 5, č. 2
- WALSH, Mark.** 2000. *Social policy and welfare*. Haddington : Nelson thornes Ltd., 2000. ISBN 0-7487-4591-2

Internetové zdroje:

Definícia WHO – zdravia. [online], [cit. 2011-10-09]. Dostupné na WWW: <http://www.dynamickezyvot.sk/dynamickezyvot/4-ZDRAVIE-info/3-Kto-je-zdravy>

GRŇA, P. : *Nauč sa žiť. Aktívny vozík*. 2004. 50 s., [online], [cit. 2011-09-25]
Dostupné na WWW: <http://www.aktivnyvozik.sk/images/brozura%20ako>

HABURAJOVÁ, L.: časopis Vozíčkar – Listáreň plus 3/4/2007. [online], 2007 [cit. 2012-01-05]. Dostupné na WWW: <http://www.vozickari.sk/casopis5/vozickar0513.htm>

Legislatíva : Ústava SR – Úst. zák. č. 460/1992 Zb. [online], 1992 [cit. 2011-11-02]
Dostupné na WWW: <http://www.zbierka.sk/Default.aspx?sid=15&PredpisID=12045&FileName=92-z460&Rocnik=1992&AspxAutoDetectCookieSupport=1>

Legislatíva : *Zák. NR SR č.195/1998.* [online], [cit. 2011-11-02]

Dostupné na WWW:

<http://www.poradca.sk/Subpages/OtvorDokument/Clanok.aspx?idclanok=5883>

Legislatíva: *Zák. NR SR č. 461/2003 Z. z. o sociálnom poistení v znení neskorších predpisov.* [online], [cit. 2011-11-02]. Dostupné na WWW:

<http://www.zbierka.sk/zz/predpisy/default.aspx?PredpisID=17466&FileName=03-z461&Rocnik=2003>

Legislatíva : *Zák. NR SR č. 195/1998 Z. z. o sociálnej pomoci, v znení neskorších predpisov.* [online], [cit. 2011-11-02]. Dostupné na WWW:

<http://www.poradca.sk/Subpages/OtvorDokument/Clanok.aspx?idclanok=5883>

Legislatíva : *Z. z. o sociálnej pomoci, v znení neskorších predpisov, v Zák. NR SR č. 461/2003 Z. z. o sociálnom poistení v znení neskorších predpisov.*

[online], [cit. 2011-11-02]. Dostupné na WWW:

<http://www.zbierka.sk/zz/predpisy/default.aspx?PredpisID=17466&FileName=03-z461&Rocnik=2003>

ŠARINOVÁ, L.: K nepočujúcim si treba nájsť cestu.

[online] 2010 [citované 29.9.2011],

Dostupné na WWW: <http://www.bedekezdravia.sk/?main=article&id=548>

ŠTEC, P.: *Základné informácie o zdraví: Ambulancia všeobecného lekára,*

[online], [citované 2011-10-02],

Dostupné na WWW: <http://promeda.sk/6831/>

Údaje o rodine: Rodina je dar a klenot drahší ako zlato. [online], [cit. 2011-11-02]

Dostupné na WWW:

<http://stromzdravia.sk/dusevne-zdravie/rodina-je-dar-a-klenot-drahsi-ako-zlato/>

Únia nevidiacich a slabozrakých. Sociálna pomoc.[online], [citované 28.9.2011],
Dostupné na WWW: http://www.unss.sk/sk/menu/socialna_pomoc/socialna_pomoc.htm

Wikipédia: Definícia zdravia . [online], [citované 28.9.2011],
Dostupné na WWW: <http://sk.wikipedia.org/wiki/Zdravi>

ZOZNAM TABULIEK A GRAFOV

Zoznam tabuliek

Tabuľka č. 1: Demografické údaje	59
Tabuľka č. 2: Dôležitosť zdravotného stavu	61
Tabuľka č. 3: Spokojnosť zo zdravotným stavom	61
Tabuľka č. 4: Dôležitosť základných potrieb	62
Tabuľka č. 5: Spokojnosť zo základnými potrebami	63
Tabuľka č. 6: Dôležitosť v oblasti voľný čas	65
Tabuľka č. 7: Spokojnosť s oblasťou voľný čas	66
Tabuľka č. 8: Dôležitosť blízkych vzťahov	67
Tabuľka č. 9: Spokojnosť s blízkymi vzťahmi	68
Tabuľka č. 10: Dôležitosť s abstraktnými hodnotami života	69
Tabuľka č. 11: Spokojnosť s abstraktnými hodnotami života	70
Tabuľka č. 12: Dôležitosť a spokojnosť ľudí so ŠP.....	72
Tabuľka č. 13: Dôležitosť jednotlivých oblastí	73
Tabuľka č. 14: Spokojnosť jednotlivých oblastí	75

Zoznam grafov

Graf č. 1: Dôležitosť a spokojnosť ľudí so ŠP	72
Graf č. 2: Dôležitosť jednotlivých oblastí	74
Graf č. 3: Spokojnosť jednotlivých oblastí	75

ZOZNAM PRÍLOH

Príloha A – Demografický dotazník.....	I
Príloha B – Dotazník SQUALA – test dôležitosti.....	II
Príloha C – Dotazník SQUALA – test spokojnosti.....	III

PRÍLOHA A

DOTAZNÍK KVALITY ŽIVOTA - SQUALA

Dobrý deň, vážený/á pán/i,

dovoľujeme si Vás touto cestou osloviť a požiadať o vyplnenie dotazníka, v ktorom sa zameriavame na kvalitu života človeka .

Dotazník je anonymný, dobrovoľný a určený osobám od 18 rokov. Výsledky dotazníka budú použité výlučne pre účely diplomovej práce .

Ďakujeme za Vašu ochotu a spoluprácu.

ČASŤ A: DEMOGRAFICKÉ ÚDAJE

Svoju odpoveď prosím zakrúžkujte.

Jedinec: a) bez postihnutia b) so špeciálnymi potrebami /s postihnutím/

Pohlavie: a) muž b) žena

Vek: a) 18-30 b) 31- 40

c) 41-50 d) 51- 62

Najvyššie dosiahnuté vzdelanie:

a) Základné b) Stredoškolské

c) Vysokoškolské I. st. (Bc.) d) Vysokoškolské II. st. (Mgr., Ing. MUDr.)

f) Vysokoškolské III. st. (PhDr.)

Povolanie: a) Zamestnaný b) Nezamestnaný

Rodinný stav:

a) Ženatý/vydatá b) Slobodný/á

c) Vdova/ec d) Rozvedený/á

e) Partnerské spolužitie

Deti: a) áno b) nie

PRÍLOHA B

ČASŤ B – Dotazník SQUALA – hodnotenie dôležitosti

Najprv si prosím prečítajte nasledujúci zoznam hodnôt a vyznačte, ako veľmi sú pre Vás osobne dôležité. Svoju odpoveď označte „X“.

	Nevy- hnutne dôležité	Veľmi dôležité	Stredne dôležité	Málo dôležité	Bez- výz- namné
1. byť zdravý					
2. byť fyzicky sebestačný					
3. cítiť sa psychicky dobre					
4. príjemné prostredie, bývanie					
5. dobre spať					
6. rodinné vzťahy					
7. vzťahy s ostatnými ľuďmi					
8. mať a vychovávať deti					
9. vzdelanie					
10. milovať a byť milovaný					
11. mať sexuálny život					
12. zaujímať sa o politiku					
13. mať vieru (náboženstvo)					
14. odpočívať vo voľnom čase					
15. mať koníčky vo voľnom č.					
16. byť v bezpečí					
17. práca					
18. spravodlivosť					
19. sloboda					
20. krása a umenie					
21. pravda					
22. peniaze					
23. dobré jedlo					

Je ešte niečo iné, čo považujete za dôležité?

.....

PRÍLOHA C

ČASŤ C – Dotazník SQUALA – hodnotenie spokojnosti

Teraz prosím odpovedzte, do akej miery sa cítite v uvedených oblastiach svojho života spokojný/-á. Svoju odpoveď označte „X“.

	Úplne spokojný	Spokojný	Málo spokojný	Nespo- kojný	Veľmi sklamany
24. zdravie					
25. fyzická sebestačnosť					
26. psychická pohoda					
27. prostredie, bývanie					
28. spánok					
29. rodinné vzťahy					
30. vzťahy s ostat. ľuďmi					
31. deti					
32. vzdelanie					
33. láska					
34. sexuálny život					
35. účasť v politike					
36. viera					
37. odpočinok					
38. koníčky					
39. pocit bezpečnosti					
40. práca					
41. spravodlivosť					
42. sloboda					
43. krása a umenie					
44. pravda					
45. peniaze					
46. jedlo					

BIBLIOGRAFICKÉ ÚDAJE

Meno autora: Anna Liptáková

Obor: SPPG - OBOR

Forma štúdia: kombinovaná

Názov práce: Kvalita života a životné hodnoty ľudí so špeciálnymi potrebami

Rok: 2012

Počet strán textu bez príloh: 81

Celkový počet strán príloh: 3

Počet titulov slovenskej literatúry a prameňov: 18

Počet titulov zahraničnej literatúry a prameňov: 48

Počet internetových zdrojov: 13

Vedúci práce: PhDr. Edita Ondrišková