

OD DIEŤAŤA K RODINE (ALEBO KEĎ SA MEDICÍNSKY MODEL RANEJ STAROSTLIVOSTI MENÍ NA ŠPECIÁLNO-PEDAGOGICKÝ)

PaedDr. Jana Lopúchová, PhD.

Univerzita Komenského, Pedagogická fakulta, Katedra špeciálnej pedagogiky

Abstrakt

Včasná pomoc (intervencia) je otvoreným a interdisciplinárnym systémom pomoci všetkých skupín profesionálov – lekárov, psychológov, špeciálnych pedagógov a iných odborníkov, ktorí sa snažia pomáhať deťom s postihnutím. Bez spolupráce s rodičmi a s rodinou však tento systém nemôže byť funkčný.

Rodina je neoddeliteľnou súčasťou v starostlivosti o dieťa s postihnutím. V týchto intenciách je príspevok zameraný na genézu chápania ranej starostlivosti, na zdôraznenie posunu tohto chápania od medicínskeho modelu po model špeciálnopedagogický (psychologický) a najmä na to, akú úlohu v celom tomto systéme zohráva rodina dieťaťa, teda jeho užšie sociálne prostredie.

Kľúčové slová

Rodina, raná starostlivosť, podpora rodiny, interdisciplinarita.

Rodina ako základná spoločenská bunka v posledných dvoch desaťročiach zaznamenáva výrazné zmeny. Najmä v demografickom vývoji môžeme za ostatné obdobie identifikovať tri výrazné etapy. V prvej polovici 90. rokov 20. storočia prebehli radikálne zmeny v reprodukčnom a rodinnom správaní obyvateľstva, ktoré boli bezprostrednou reakciou na zmenu politických a spoločenských pomerov a ktoré výrazne ovplyvnili demografické trendy.

Tieto zmeny pokračovali aj v druhej polovici 90. rokov, avšak už s podstatne nižšou intenzitou. Stačilo 10 rokov a na začiatku nového tisícročia sa na Slovensku presadil nový model reprodukčného a rodinného správania, celkom odlišný od modelu z obdobia socializmu.

Obdobie po roku 2000 možno považovať za obdobie stabilizácie po výrazných zmenách a začiatok budovania nových trendov v nových spoločenských podmienkach. Obyvateľstvo prispôsobilo svoje reprodukčné správanie zmeneným podmienkam. Reprodukčné procesy už začínajú rozhodujúcou mierou ovplyvňovať tí, ktorí v týchto nových podmienkach vyrastali, a preto je predpoklad, že ich reprodukčné stratégie budú stabilnejšie (Vaňo, 2007).

Rodina je najstaršou ľudskou spoločenskou inštitúciou, ktorá pre zachovanie ľudskej spoločnosti plní veľmi dôležité funkcie. Vznikla kedysi v pradávnych dobách z potreby človeka svoje potomstvo ochraňovať, učiť, vzdelávať, pripravovať pre život. Táto životná potreba spolu s potrebou vzájomnej pomoci a opory jedného v druhom u tých, ktorým potomstvo náleží sú hlboko zabudované a zakódované v našej psychike.

Každá rodina sa v priebehu vlastného životného cyklu mení pod vplyvom rôznych udalostí. Tieto zmeny sú – ako píše Čechová (2005) – pozorované ako vývinové štádiá, vnútri ktorých je životný štýl relatívne stabilný a členovia rodiny plnia určité úlohy vo vzťahu k tomuto obdobiu. Prechody z jedného štádia do druhého prinášajú stres, nepokoj i úsilie o dosiahnutie rovnováhy v rámci nového štádia.

Ak sa v rodine narodí dieťa s postihnutím, významným spôsobom to ovplyvní celú rodinu. Rodina sa dostáva do úplne novej situácie, ktorú veľakrát nevie riešiť. Ak sa rodičia dostanú do šoku, často nedokážu reálne uvažovať a pružne zabezpečiť svojmu dieťaťu potrebné aktivity a odbornú starostlivosť. Často krát sa stáva, že rodičia vo svojich predstavách, že ich dieťa sa narodí zdravé, nemajú informácie o odbornej starostlivosti o postihnuté deti, neraz tápu v bezmocnosti a nevedia, čo s takým dieťaťom majú robiť.

Aby však vzniknutú situáciu dokázali zvládnuť, musia sa na ňu adaptovať. Postihnutie dieťaťa sa dotýka každého člena rodiny. Každá rodina je jedinečná, jej fungovanie ovplyvňuje množstvo faktorov: počet a vlastnosti jej členov, vzdelanie a zamestnanie rodičov, hodnoty, kultúrne tradície, náboženské presvedčenie a pod. Adaptácia môže mať rôzny priebeh a závisí najmä od toho, v akom vekovom období dieťaťa dôjde k jeho postihnutiu.

Seligman a Darlingová (1997) podrobnejšie rozpracovali tieto vývinové štádiá vo vzťahu k stresu, ktorý prežívajú rodiny s postihnutými deťmi.

1. Prenatálne obdobie

Rodičia pred narodením dieťaťa disponujú určitými vedomosťami, postojmi a očakávaniami – majú limitované skúsenosti s postihnutím rôzneho typu, sú často ovplyvnení všeobecne negatívnymi postojmi k postihnutiu.

2. Narodenie dieťaťa

Narodenie dieťaťa s postihnutím vedie k silnej stresovej situácii.

3. Obdobie po narodení dieťaťa

Prežívanie rodičov je charakterizované pocitmi bezmocnosti a nezmyselnosti. Pomoc v tomto období by mala byť orientovaná na podporu zvládania krízy po oznámení diagnózy i na porozumenie špecifických potrieb dieťaťa podľa typu jeho postihnutia. U detí so zrakovým postihnutím by mal rodič pochopiť reč tela dieťaťa pri chýbajúcom očnom kontakte, potrebu zvýšenej stimulácie a podporovania orientácie dieťaťa na vonkajší svet.

4. Oneskorenie diagnózy

Po narodení dieťaťa sú niektoré poruchy a poškodenia zjavné hneď po narodení, iné sa diagnostikujú až postupne. Ak rodičia tušia, že niečo nie je v poriadku, oneskorené stanovenie diagnózy môže priniesť uľahčenie (Čechová, 2005).

5. Obdobie po určení diagnózy (raný a predškolský vek)

Pre toto obdobie je charakteristické hľadanie vhodnej pomoci, programov pre dieťa a pod.

6. Obdobie detstva a dospievania

Zaškolením dieťaťa je jeho postihnutie definitívne zverejnené. V tomto období väčšina rodičov nájde odpovede na svoje otázky (diagnóza, vzdelávací program, sociálna podpora) a dosiahne normálny životný štýl (stav normalizácie). Znamená to návrat do zamestnania, dostatočné finančné zdroje pre bežný život, obnovovanie sociálnych kontaktov vnútri i mimo rodinu, viac času na rekreáciu.

7. Priblíženie k dospelosti

Ak je dospelávajúci postihnutý, zvýrazia sa niektoré jeho problémy – zvýši sa citlivosť na vonkajší vzhľad, akcentuje potreba začleniť sa do rovesníckej skupiny, je to obdobie vyrovnávania sa so samým sebou a závislosťou na iných. Následky postihnutia sa prežívajú intenzívnejšie.

Interdisciplinárna tímová spolupráca

Prioritou ponúknutia akejkoľvek pomoci alebo začatia akéhokoľvek programu pre dieťa a jeho užšie sociálne prostredie je absolútne nevyhnutné stanoviť medziodborový tímový prístup, v rámci ktorého budú jednotliví odborníci danej rodine pomáhať.

Hneď na začiatku práce je nevyhnutné zrealizovať komplexnú anamnézu – osobnú, rodinnú, zdravotnú a pod. Keďže práve rodičia sú tí, ktorí disponujú najväčším množstvom informácií stávajú sa (mali by sa stať☺) členmi tímu a najdôležitejším zdrojom informácií.

Rodina je v kontakte a vo vzťahu s dieťaťom od jeho narodenia. Jej členovia majú hlboký vplyv na vývin dieťaťa. Preto by jednotliví členovia rodiny mali byť (a musia byť☺) integrujúcou zložkou medziodborového tímu hlavne preto, lebo môžu poskytnúť pohľad na dieťa, ktorý nemajú ostatní členovia tímu.

Aj keď časom odborníci môžu dieťa relatívne dobre poznať, poznajú ho iba z tej stránky, ktorú dieťa ukáže počas stretnutia s nimi. Napr. terapeuti alebo iní špecialisti, ktorí sa starajú o to isté dieťa, poznajú iba to správanie, ktoré dieťa prezentuje pri ich práci. Lekári zas majú skúsenosti s dieťaťom v izolovanom klinickom prostredí. Avšak všetci títo odborníci môžu poskladať z kúsok skladačky celok a tak zabezpečiť cestu a určiť smer, ako by dieťa mohlo prosperovať komfortnejšie a efektívnejšie. Plány a programy prispôbenné dieťaťu, rovnako ako priority odborníkov a ich uplatňovanie majú byť spoločným cieľom a zodpovednosťou každého člena multidisciplinárneho tímu.

Ale...

Nie je neobvyklé ani v súčasnosti, že namiesto včasnej pomoci dieťaťu a rodine postihnutého dieťaťa sa vytvárajú bariéry. Najmä v počiatočných štádiách medzi lekárom a rodičom. Stáva sa – žiaľ – že rodičia sú nahováraní na ústavnú starostlivosť dieťaťa, je im vyčítaná ich neschopnosť, vina za postihnutie a pod. Na druhej strane však ani prehnaná ľútosť zdravotníckeho personálu a zamlčovanie dôležitých faktov nepomáha pri získavaní rodičov pre ich budúcu spoluprácu. Preto by odhalenie postihnutia a pomoc rodinám mali byť vo zvýšenej miere plánované a pripravované ako „včasná pomoc rodinám“.

Výskumu, ktorý sme realizovali v oblasti ranej starostlivosti, sa zúčastnilo 72 poradenských zariadení z celého Slovenska. Ako hlavný výskumný nástroj bol použitý dotazník. Spolu bolo rozoslaných 72 dotazníkov, z ktorých sa vrátilo 51 dotazníkov, čo znamenalo 70,83 percentnú návratnosť.

Okrem iného sme zisťovali, či zariadenia ŠPP poskytujú služby ranej starostlivosti klientom od narodenia do troch rokov. Na túto otázku nám 28 poradenských zariadení odpovedalo, že ÁNO a 22 zariadení NIE. Jedno zariadenie na otázku neodpovedalo. Výsledky sú zaznamenané aj v nasledujúcej tabuľke.

Tabuľka 1: Poskytovanie služieb ranej starostlivosti

Poskytovanie služieb ranej starostlivosti	ZŠPP
ÁNO	28
NIE	22
NEODPOVEDAL	1

Ďalšia otázka bola zameraná na zistenie skutočnosti, či dané zariadenia disponujú odborníkom na ranú starostlivosť. Kladne odpovedalo 10 poradenských zariadení a negatívne – čiže nemá odborníka na ranú starostlivosť – odpovedalo 41 zariadení. Údaje sú prehľadne znázornené v nasledujúcej tabuľke 2.

Tabuľka 2: Prítomnosť odborníka na ranú starostlivosť

Odborník na ranú starostlivosť	ZŠPP
ÁNO	10
NIE	41

V našom výskume sme tiež zisťovali, či sú služby opýtaných poradenských zariadení cieleňé a systematické. Na základe výsledkov výskumu môžeme skonštatovať, že cieleňosť služieb ranej starostlivosti na vekovú kategóriu detí od 0 do 3 rokov je veľmi nízka aj vzhľadom na celkový počet týchto klientov v zariadeniach špeciálno-pedagogického poradenstva. Väčšina poradenských zariadení sa orientuje na deti staršieho veku. Ak chceme hovoriť o cieleňosti služieb ranej starostlivosti pre klientov od 0 do 3 rokov a ich užšiemu sociálnemu prostrediu, je to priveľmi nízke percento zastúpenia týchto klientov v pomere ku všetkým klientom.

Otázky v dotazníku zamerané na zisťovanie *systematickosti* poskytovania služieb ranej starostlivosti sa týkali najmä tímu odborníkov, existencie špecialistov na ranú starostlivosť, ale aj charakteru, spektra a prístupnosti služieb. Výsledky poukázali na skutočnosť, že systém poskytovania ranej starostlivosti na Slovensku aj napriek koncepcným zámerom neexistuje.

Ďalej sme sa pýtali, čo považujú respondenti za najdôležitejšie pri poskytovaní ranej starostlivosti deťom s postihnutím od 0 do 3 rokov. Otázka bola poloopená, s viacerými možnosťami označenia jednotlivých aktivít

a s možnosťou dopísania svojho vlastného názoru. Výsledky sú uvedené v nasledujúcej tabuľke.

Tabuľka 3: Najdôležitejšie aktivity pri poskytovaní ranej starostlivosti

Aktivita	ZŠPP	%
Diagnostika	43	84,31
Intervencia	35	68,62
Tvorba IVVP	12	23,52
Terénna práca	8	15,68
Spracovávanie programov rozvoja detí	16	31,37
Spolupráca s odborníkmi	19	37,25
Timová spolupráca	23	45,09
Spolupráca s rodičmi	32	62,74
Stimulácia	28	54,90
Terapia	20	39,21
Rehabilitácia	14	27,45
iné	1	1,96

Z tabuľky môžeme vidieť, že ZŠPP považujú za najdôležitejšiu činnosť v rámci ranej starostlivosti diagnostiku (84,31 %), na druhom mieste je včasný zásah – intervencia (68,62 %) a na treťom mieste spolupráca s rodičmi (62,74 %). Jedno ZŠPP využilo možnosť INĚ a dopísalo ako dôležitú aktivitu ranej starostlivosti učenie posunkového jazyka celej rodiny a sociálno-rehabilitačné kurzy celej rodiny.

Včasná pomoc je otvoreným, holistickým a interdisciplinárnym systémom pomoci všetkých skupín profesionálov – lekárov, psychologov, špeciálnych pedagógov a iných terapeutov, ktorých spája snaha o zlepšenie fyzického a mentálneho stavu dieťaťa. Avšak ako sme už spomenuli bez partnerského vzťahu a spolupráce s rodičmi tento systém nemôže byť funkčný. Rodič je neodmysliteľnou súčasťou tímovej práce odborníkov pri integračnom procese dieťaťa do života.

Teda ďalšia oblasť výskumu bola zameraná už konkrétnejšie a chceli sme prostredníctvom dotazníka zistiť, akú funkciu plnia rodičia pri plánovaní, zostavovaní a hodnotení programov služieb ranej starostlivosti. Respondenti mohli vybrať aj viac možností. Výsledky uvádzame v nasledujúcej tabuľke.

Tabuľka 4: Úloha rodičov pri zostavovaní programov služieb RS

Úloha rodičov pri zostavovaní programov služieb RS	ZŠPP
Pozorovatelia	3
Poradcovia	10
Členovia tímu	37
Neparticipujú na programe	3
Iné	0
Neodpovedalo	5

Ako vidíme z výsledkov uvedených v tabuľke 4, rodič má funkciu pozorovateľa v troch zariadeniach. Funkciu poradcu majú rodičia v desiatich poradenských zariadeniach. Najčastejšie sú však rodičia v úlohe členov tímu, a to v 37 prípadoch. Zaujímavé je, že v troch zariadeniach rodičia vôbec neparticipujú na tvorbe programu služieb pre svoje dieťa. Na túto otázku neodpovedalo 5 poradenských zariadení.

Nezanedbateľnou úlohou je aj samotná pomoc medzi rodinnými členmi vo svojom súkromí, ale aj v prejavoch navonok. Odborníci by mali napomáhať pri vytváraní malých skupín rodičov, ktorých spája rovnaké postihnutie dieťaťa. V takýchto skupinách by mohli rodičia diskutovať s odborníkmi, alebo medzi sebou o rôznych špecifických témach, a tým získavať viac informácií o postihnutí, genetických konziliách, liečbe, službách, spôsoboch výchovy ale aj o perspektívach týkajúcich sa legislatívy, ochrany ľudských práv a hlavne ako žiť s postihnutím svojho dieťaťa.

Preto sme sa vo výskume zamerali aj na zistenie, či zariadenia v rámci spolupráce s rodičmi vytvárajú tzv. rodičovské skupinky a ak áno, ako často. Odpovede boli veľmi zaujímavé. Pravidelne vytvára rodičovské skupiny len jedno zariadenie ŠPP. Občas vytvorí rodičovskú skupinku 6 poradenských zariadení. Čo je však zarážajúce, skupinky rodičov vôbec nevytvára až 44 zariadení.

Tabuľka 5: Vytváranie tzv. rodičovských skupín

Vytváranie rodičovských skupín	ZŠPP
Pravidelne	1
Nepríkladne (občas)	6
Nevytvárame	44

V systéme slovenského špeciálno-pedagogického poradenstva existujú aj fenomén nazvaný pomáhajúce rodičovské skupiny. Avšak nie všetky zariadenia o týchto skupinách vedia, a preto sa s nimi ani nekontaktujú.

V jednej z dotazníkových otázok sme chceli vedieť, či zariadenia ŠPP poznajú takéto pomáhajúce rodičovské skupiny a či majú na ne kontakty. Osem zariadení uviedlo do dotazníka, že poznajú a majú kontakty na pomáhajúce rodičovské skupiny, no až 43 zariadení tieto kontakty nemá. Výsledky sú v tabuľke 6.

Tabuľka 6: Kontakty na pomáhajúce rodičovské skupiny

Kontakty na pomáhajúce rodičovské skupiny	ZŠPP
ÁNO	8
NIE	43

S týmto súvisí aj organizovanie viacdňových rehabilitačných pobytov pre deti spolu s ich rodičmi. Je zarážajúce, že len 9 zariadení takéto pobyty organizuje. Žiaľ existuje väčší počet zariadení ŠPP (42), ktoré tieto pobyty neorganizujú vôbec (pozri tabuľka 7).

Tabuľka 7: Organizovanie rehabilitačných pobytov pre celé rodiny

Organizovanie rehabilitačných pobytov	ZŠPP
ÁNO	9
NIE	42

Problémom sa javí aj multidisciplinárny prístup ku klientovi. Aj napriek dostatku erudovaných odborníkov na Slovensku nie sú zariadenia v mnohých prípadoch schopné zostaviť fungujúce tímy vzhľadom na ich dislokálne rozmiestnenie. Namiesto služieb poskytovaných „namieste“ sú klienti posúvaní do mnohých vzdialených zariadení, čo celý proces nielen predlžuje, ale najmä finančne zaťažuje rodinu klienta. A v neposlednom rade chýba aj synchronosť a informovanosť celého tímu odborníkov.

Celý problém dokresľuje aj nedostatok vyškolených odborníkov pre oblasť ranej starostlivosti, ktorí by sa venovali výlučne poskytovaniu služieb v tejto oblasti.

Problém však treba chápať multidimenzionálne. Na Slovensku absentuje v ponuke vysokých škôl špecializované štúdium pre oblasť ranej starostlivosti (zložky ranej starostlivosti sú zaradené do edukačného procesu v rámci jednotlivých predmetov tvoriacich vysokoškolský študijný program Špeciálna pedagogika). Avšak, aj keby sme takýchto odborníkov vyškolili, nastáva ďalší problém – problém ich uplatniteľnosti vzhľadom na ekonomické podmienky zariadení. Mnohé zo zariadení ŠPP by chceli a potrebovali takéhoto odborníka, avšak problémy nastávajú pri jeho odmeňovaní. A tak zariadenia hľadajú náhradné riešenia, ktoré sú pre ne ekonomicky prístupnejšie, a to najmä to, že špeciálny pedagóg (prípadne iný odborník) má priamo vo svojom úväzku poskytovanie spomínaných služieb. Riešením je tiež neprijímanie klientov od narodenia do 3 rokov do zariadenia, prípadne ich výrazná selekcia. Ďalším z riešení je obmedzenie poskytovaných služieb na nevyhnutné výkony a odporúčanie klienta do iných zariadení.

Teda ak to zhrnieme, žiaľ, musíme konštatovať, že cielenosť a systematickosť poskytovania služieb ranej starostlivosti na Slovensku výrazne absentuje. A to aj napriek tomu – opakujem – že mnohé zo špeciálno-pedagogických a iných odborných aktivít sú na pomerne vysokej kvalitatívnej aj kvantitatívnej úrovni.

Náš výskum je len jeden z mála, ktorý poukazuje na závažné problémy súčasného stavu ranej starostlivosti. Cieľom však nie je kritika. Ide skôr o poukázanie na nedostatky s cieľom zlepšiť uvedený stav v prospech detí s postihnutím, v prospech ich rodičov a v neposlednom rade aj v prospech odborníkov.

V súčasnosti sa nesmieme uspokojiť len s tým, že dieťa s postihnutím bude len pod drobnohľadom lekára. Proces „liečenia“ by mal byť komplexný, systematický, cieleň a v neposlednom rade kreatívny. Možno potom začne intenzívny prerod od medicínskeho poskytovania odbornej pomoci k poskytovaniu starostlivosti, ktorá bude v plnej miere saturovať všetky potreby (najmä špeciálno-pedagogické) detí s postihnutím. A ak by sme sa chceli posunúť ešte ďalej, a pevne verím, že sa to deje a sme na najlepšej ceste, naša starostlivosť je a bude zameraná najmä na užšie sociálne prostredie dieťaťa – na jeho rodinu. V rodine sú ukryté zdroje sebastačnosti, vlastnej pomoci, energie a entuziazmu, ktorý je nielen potrebný, ale hlavne nevyhnutný pri výchove, vzdelávaní a starostlivosti o dieťa s postihnutím.

Zoznam bibliografických odkazov

1. BLACKMAN, J. A. *Early Intervention Practices around the World*. Baltimore: Brookes Publishing, 2003.
2. ČECHOVÁ, O. Skavlitňovanie podporovaného integrovaného vzdelávania zrakovo postihnutých detí v základných školách v SR. In: *Quo vadis špeciálno-pedagogické poradenstvo*. Zborník. Vrútky: Advent-Orion, 2005. ISBN 80-8071-073-2.
3. GAJDOŠÍKOVÁ, A. 2003. Ukážky niektorých metód komplexnej rehabilitácie. In: Vašek, Š. *Základy špeciálnej pedagogiky*. Bratislava: Sapietnia, 2003. ISBN 80-968797-0-7.
4. GAJDOŠÍKOVÁ, A. 2007. Perspektívy využitia stimulačných programov u viacnásobne postihnutých jednotlivcov predškolského veku. In: *Retrospektíva a perspektívy poslania Pedagogickej fakulty Univerzity Komenského v Bratislave* (Zborník). Bratislava, 2007. S. 485–492. ISBN 978-80-223-2416-8.
5. GURALNICK, M. J. A Developmental Systems' Model for Early Intervention. In: *Infant and Young Children*. Aspen: ISEI, 2001 Vol. 14: 2/2001. ISSN 0896-3746.
6. LOPÚCHOVÁ, J. Včasná intervencia – špeciálna starostlivosť o zrakovo postihnuté deti. In: *Učiteľské noviny*, 1999b, roč. XLIX, č. 3, s. 8. ISSN 0139-5769.
7. LOPÚCHOVÁ, J. Včasná intervencia viacnásobne postihnutých detí. In: *Včasná intervencia zrakovo postihnutých detí na Slovensku*. Zborník. Bratislava: Pedagogická fakulta Univerzity Komenského, 2001. 61 s. ISBN 80-88868-71-8.
8. LOPÚCHOVÁ, J. Včasná intervencia, jej význam a úloha v živote zrakovo postihnutého dieťaťa. In: *Efeta-otvor sa*. Martin: Osveta, 1999a, roč. IX, č. 3, s. 4–5. ISSN 1335-1397.
9. NÉMETH, O. *Slabozrakosť ako pedagogický problém*. Bratislava: Sapietnia, 1999. 113 s. ISBN 80-967180-5-3.
10. RŮŽIČKOVÁ, K. *Současný stav rané péče pro rodiny se zrakovým postižením v ČR*. In: Sborník z konference Aktuální otázky rodinné výchovy, UHK, 17. 4. 2002. ISBN: 80-7041-317-4.
11. RŮŽIČKOVÁ, K. *Možnosti kvalitního zabezpečování potřeb osob se zrakovým postižením v období senia*. Vědecká konference Trnava 4. 10. 2003. Trnava 2004. ISBN: 80-89104-44-4.
12. RŮŽIČKOVÁ, V. *Moderní trendy v péči o osoby se zrakovým postižením*. S. 49–58. In kol. autorů. *Základy speciální pedagogiky*. Olomouc: VUP, 2006. ISBN 80-244-1479-1.

13. RŮŽIČKOVÁ, V. *Poradenství pro osoby se zrakovým postižením. Str. 59-68*
In kol. autorů Poradenství pro osoby se zdravotním postižením. Olomouc:
UP, 2007. ISBN 978-80-244-1799-8.
14. SELIGMAN, M. - DARLING, R. S.: *Ordinary families, special children.*
New York, 1997.
15. VÁGNEROVÁ, M.: *Oftalmopsychologie dětského věku.* Praha, 1995.
16. VAŇO, B.: *Populační vývoj v SR 2006.* Bratislava: INFOSTAT 2007.