

Univerzita Karlova v Praze

Husitská teologická fakulta

Diplomová práce

Potřeby osob se zdravotním postižením v souvislosti s jejich handicapem

Needs of persons with disabilities in connection with the disability

Vedoucí práce:
MUDr. Jiřina Ondrušová

Autor:
Veronika Pohlová

2010

Poděkování

Děkuji MUDr. Jiřině Ondrušové za odborné vedení práce a především všem lidem, kteří mi poskytli rozhovory a pomohli se vznikem této práce.

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem tuto diplomovou práci s názvem „Potřeby osob se zdravotním postižením v souvislosti s jejich handicapem“ napsala samostatně a výhradně s použitím citovaných pramenů, literatury a dalších odborných zdrojů.

V Praze dne 7. 4. 2010

Veronika Pohlová

Anotace

Svoji práci jsem zaměřila na potřeby osoby se zdravotním postižením, úzce jsem se specializovala na osoby s tělesným, zrakovým a sluchovým postižením. Na základě 12 předem připravených otázek jsem uskutečnila rozhovory s 9 lidmi. Cílem bylo zjištění do jaké míry ovlivnil handicap jejich život, jak se s ním vyrovnali po stránce zdravotní, psychologické, sociální. Zajímalo mě také jejich názor na přístup veřejnosti k jejich postižení. Větší část je též věnována bezbariérovosti a sociální politice státu pro zdravotně postižené občany. Průzkum ukázal, že míra jednotlivých potřeb je u každého postižení jiná. Ovšem to, v čem se všichni shodují, je přetrvávající problém komunikace a předsudků ze strany společnosti.

Annotation

This thesis is focused on needs of persons with disabilities. I have specialized on disabled persons and persons with visual and hearing failure. Based on 12 questions record form have I realized interview with 9 persons. In the aim was to find out how far has their live been changed due to their disability, how did they manage to make the best of their handicap in the aspect of health, psychological or social. I was interested in their opinion how does the society settle with their disability. Bigger part was focused on wheelchair accessibility and social policy of our Republic towards to disabled persons. The research has shown that the needs are by each handicap different. But there are some needs that the most disabled persons agree on - such as communications problems and prejudice at the hands of the community.

Klíčová slova

tělesné postižení, zrakové postižení, sluchové postižení, rehabilitace, sociální pomoc státu, kvalita života, bezbariérovost, přístup veřejnosti k lidem s postižením

Key words

disabled persons, visual failure, hearing failure, rehabilitation, social security benefits by the state, wheelchair accessibility, quality of life, attitude of the public towards the disabled

Úvod.....	7
1. Handicap a jeho vliv na bio-psycho-sociální stránku člověka	9
1.1 Handicap související se zdravotním stavem.....	9
1.2 Postoj společnosti k lidem s handicapem	12
1.3 Vliv zrakového, sluchového, tělesného postižení na jedince	16
2. Druhy postižení	23
2.1 Zastoupení jedinců s postižením v populaci	24
2.2 Klasifikace zrakových vad	25
2.3 Klasifikace vad sluchu	27
2.4 Klasifikace tělesných postižení a zdravotních oslabení	28
3. Rehabilitace osob se zdravotním postižením	36
3.1 Léčebná rehabilitace.....	36
3.1.1 Prostředky léčebné rehabilitace.....	37
3.2 Sociální rehabilitace	38
3.2.1 Proces sociální rehabilitace u osob s postižením se získanou vadou	41
3.2.2 Proces sociální rehabilitace u zdravotně postižených od narození.....	43
3.2.3 Cíle sociální rehabilitace	43
3.2.4 Odborníci, kteří se především podílejí na sociální rehabilitaci	44
3.3 Pracovní rehabilitace	44
3.3.1 Historie pracovní rehabilitace	45
3.4 Pedagogická rehabilitace.....	48
3.5 Terapie a rehabilitace u osob s postižením zraku, sluchu a tělesným postižením.....	48
3.5.1 Lidé se zrakovým postižením.....	48
3.5.2 Lidé se sluchovým postižením	51
3.5.3 Lidé s tělesným postižením	52
3.6 Výchova a vzdělávání osob s postižením zraku, sluchu a tělesným postižením.....	53
3.6.1 Osoby s postižením zraku	53
3.6.2 Osoby s postižením sluchu	55
3.6.3 Osoby s tělesným postižením	59
3.7 Nezávislý způsob života „Independent Living“	60
3.8 Partnerství.....	62
4. Mezinárodní úmluvy a prohlášení.....	64
5. Organizace nabízející pomoc lidem se zdravotním postižením	66
5.1 Historie	66
5.2 Organizace pro lidi s tělesným postižením	67
5.3 Organizace pro lidi se zrakovým postižením	68
5.4 Organizace pro lidi se sluchovým postižením.....	69
6. Kvalita života (pojetí a přístupy k měření kvality).....	71
7. Problematika bezbariérovosti	73
7.1 Městská hromadná doprava v Praze z hlediska bezbariérovosti	76
7.2 Bezbariérový přístup do veřejných budov v Praze.....	79
7.3 Bezbariérové byty	80
8. Sociální pomoc pro osoby se zdravotním postižením	82
8.1 Invalidní důchody.....	82
8.1.1 Plný invalidní důchod (§ 39 zákona o důchodovém pojištění)	82
8.1.2 Částečný invalidní důchod (§ 44 zákona o důchodovém pojištění).....	83
8.1.3 Právní úprava účinná od 1.1. 2010 k invalidním důchodům.....	83
8.2 Zaměstnávání osob se zdravotním postižením.....	85
8.2.1 Chráněné pracovní místo a chráněná pracovní dílna	85
8.2.2 Příspěvky pro zaměstnavatele	85

8.2.3 Povinný podíl zaměstnávání osob se zdravotním postižením.....	85
8.3 Posudková služba	86
8.4 Dávky sociální péče pro osoby se zdravotním postižením	86
8.5 Příspěvek na péči.....	93
8.6 Standardy kvality sociálních služeb	95
9. Základní charakteristika dotazovaných osob	96
9.1 Dotazník kladených otázek, kterými jsem zjišťovala potřeby a názory osob se zdravotním postižením	100
Závěr.....	101
Literatura	103
Seznam příloh.....	106
Summary	138

Úvod

Svoji diplomovou práci jsem se rozhodla napsat na téma „Potřeby osob se zdravotním postižením v souvislosti s jejich handicapem“, a jelikož je toto téma velmi široké, zaměřila jsem se především na osoby s tělesným, zrakovým a sluchovým handicapem. V poslední době se do popředí povědomí lidí, díky medializaci a různým projektům, dostávají problémy lidí s tělesným postižením, s tím související problematika bezbariérovosti a další. Dle mého názoru je věnována stále malá pozornost lidem se zrakovým a sluchovým postižením, proto tato práce více pojednává o jejich potřebách a problémech.

Dle Světové zdravotnické organizace je zdravý „stav kompletní fyzické, mentální a sociální pohody, a nesestává se jen z absence nemoci nebo vady“. Handicap ovlivňuje celou osobnost postiženého a vytváří mu určitou sociální situaci. Tento handicap jedince v přístupech k životním šancím, příležitostem a společenskému uplatnění nevzniká samotným postižením, ale je vytvářeno až sekundárně, tj. postoji a reakcí společnosti na tyto jedince.

Díky nedostatečné informovanosti o pomoci a komunikaci s lidmi se zdravotním postižením, občas dochází k oboustranným negativním reakcím. Domnívám se, že v mnohých z nás zůstávají stále jisté předsudky vůči lidem s postižením a dle nich se k nim i také chováme. Lidé s tělesným, zrakovým či sluchovým postižením nejsou osoby s intelektuálním handicapem, jejich postižení je na zcela jiné úrovni, a proto jsou zcela rovni nám „zdravým“. Mají nárok na stejná práva a rovnocenné možnosti společenského uplatnění, aby mohli žít kvalitní a plnohodnotný život. Povinností každé vyspělé společnosti je jejich podpora a snaha o plnohodnotné začlenění do každodenního života.

Tato práce není rozdělena na část teoretickou a empirickou, ale k teoretickým poznatkům některých kapitol dokládám výpovědi osob se zdravotním postižením, které jsem si vybrala pro psaní této práce. Na základě předem připravených 12 otázek jsem udělala rozhovory s 9 lidmi (3 s tělesným postižením, 3 se zrakovým postižením, 3 se sluchovým postižením). Vzhledem k citlivosti tématu jsem raději zvolila způsob průzkumu formou rozhovorů než dotazníkového šetření.

Za cíl této práce považuji zmapování potřeb lidí se zdravotním postižením po stránce zdravotní, psychické a sociální. Zaměřuji se především na vyrovnání s daným postižením, na to, kdo jim byl největší oporou a na jejich začlenění do společnosti. Také mě velmi zajímají jejich názory na postoj veřejnosti vůči jejich handicapu. Další kapitola je věnována jednotlivým druhům postižení a klasifikací jednotlivých vad. Uvádím možnosti komplexní

rehabilitace, která sestává z léčebné, sociální, pracovní a pedagogické rehabilitace. Tato kapitola poukazuje také na možnosti výchovy a vzdělávání jedinců s různým druhem postižení a jejich potřeb, v jedné části se věnuji službám osobní asistence, která je především nápomocna lidem s tělesným postižením pro nezávislý život. Věnuji se jednotlivým organizacím, které nabízejí svoje služby pro klienty s handicapem. Upozorňuji na problematiku bezbariérovosti nejen pro tělesně postižené osoby, ale i z pohledu zrakově či sluchově postižených osob. Lze se zde také dozvědět o bezbariérové situaci v Praze z hlediska dopravy či přístupu do veřejných budov. Předposlední větší kapitola je věnována sociálním dávkám, které poskytuje náš stát zdravotně postiženým osobám. A v závěrečné části věnuji pozornost krátkým kazuistikám osob, které mi poskytly rozhovory. Považuji je za velmi důležité pro dokreslení jejich nelehkého životního osudu.

1. Handicap a jeho vliv na bio-psycho-sociální stránku člověka

1.1 Handicap související se zdravotním stavem

Zdravotně postižený člověk je osoba, jemuž porucha zdraví způsobila trvalé nebo dlouhodobé anatomické změny, znevýhodňující ho v jeho životní situaci. Zmíněné trvalé nebo dlouhodobé změny jsou zcela nebo do značné míry ireverzibilní.

Handicap tedy není určitým zdravotním stavem, nýbrž procesem, odehrávajícím se výrazně ve třech dimenzích:

a/ v oblasti **biologické**, kde dochází ke změně fyzického či psychického potenciálu, nebo obou

b/ v oblasti **psychologické**

c/ v oblasti **sociální**

Význam účasti jednotlivých oblastí se případ od případu různí podle míry jejich postižení.

V biologické oblasti dochází k vadám v důsledku poruchy zdraví, způsobené dědičnými chorobami, vrozenými vadami, následky úrazu, chronickým onemocněním nebo involučními procesy stáří. Jsou příčinou vzniku handicapu, který je vždy výsledkem působení komplexu faktorů (příčinných a spolupodmiňujících).

Vady jsou ztráty nebo abnormality anatomické, fyziologické či psychologické povahy. Představují poruchy na úrovni orgánů. Dysfunkce jsou funkční následky vad, projevující se omezením nebo ztrátou schopnosti výkonu určité činnosti nebo funkce. Jsou to poruchy na úrovni organismu. Vady i dysfunkce mohou, avšak nemusí zapříčiňovat handicap, záleží na odezvě v sociální oblasti života člověka.

V našich podmínkách nejčastějšími registrovanými zdravotními poruchami, zapříčiňujícími handicap, jsou nemoci oběhové soustavy (zvl. ischemická choroba srdeční, nemoci plicního oběhu, cévní onemocnění mozku a hypertenze), nemoci kosterní a svalové soustavy (pohybového aparátu), zhoubné novotvary a duševní poruchy. Stoupající trend zdravotních poruch na alergickém podkladě, vrozených vývojových vad, nervových a smyslových onemocnění a onemocnění trávicí soustavy jsou rovněž předurčujícími faktorem handicapu.

V psychické oblasti představuje zdravotní postižení primárně především omezení v oblasti předpokladů k rozvoji normálních funkcí. Je tu ale i riziko, které by mohlo vést ke vzniku

psychické odchylky, to ale závisí na závažnosti poruchy. Tato oblast může být dále sekundárně ovlivněna vlastnostmi člověka s handicapem a různými dalšími vnějšími faktory. Vnější i vnitřní faktory se navzájem prolínají. Trvalé postižení znamená celkovou změnu životní situace, která ovlivní vývoj postiženého člověka, ale změní postoj i chování ostatních lidí. Psychické zvláštnosti postižených lidí mají jisté společné znaky, jsou ale i individuálně variabilní.

Člověk zastává ve společnosti určité role, odlišné vzhledem k věku, osobnosti, vzdělání, zkušenosti a prostředí, v němž žije. Nejvýznamnější jsou role pracovníka, životního partnera, živitele rodiny, rodiče, veřejného činitele, příslušníka různých zájmových skupin. Handicap zasahuje (podle svého druhu a stupně) do všech těchto rolí.

Mohlo by se tedy říci, že člověk s handicapem:

- rezignuje, stává se apatický
- reaguje agresí
- zmobilizuje všechny své síly a rezervy, usiluje o kompenzaci
- podlehne, nastává úplná dekompenzace (Struk, 1993)

Jan (34 let, DMO¹) říká: „*Tehdy mi byli velkou oporou rodiče, z lékařského hlediska jim bylo doporučováno, aby mě dali do ústavu, ať mají klid. Hodně kamarádů, co jsem poznal, vyrůstali pouze se svými matkami, otcové to většinou neunesli a odešli od rodin. Velice si vážím své rodiny, své sestry, která je o 12 let starší a starala se o mě. Možná jsem sestře zkrátil dětství, ale starala se o mě. Někdy se musela vzdát svých věcí a být se mnou doma, dodnes má ke mně ochranný vztah, možná až moc...ale já to беру rozhodně jako klad. Zásadní byl pro mne ten první půlrok, kdy se o mě rvali.*“

Paní Šubrtová (76 let, DO²) získala dětskou obrnu ve svých 9 letech, jak se s ní vypořádala popisuje následovně: „*Onemocněla jsem v 9 letech, takže to moc zase nezasáhlo později do mého života. Maminka mě vedla k samostatnosti, byla to infekční obrna. Čerpala jsem příkazy, které mi maminka dala. Ta rekonvalescence byla těžká. Ale maminka říkala “ty musíš“, nebudu ti tolerovat pohodlnost, to co můžeš, to musíš dělat. Tenkrát jsem chodila do základní školy do 3. třídy. Byla jsem kvadruparéza, měla jsem výpadek dvou let. V 50. letech už byla u zdravotnických zařízení i škola. První rok jsem vůbec nemohla, jen jsem ležela, druhý rok jsem se posadila a začínalo to být lepší, učitelé za mnou chodili domů. Později*

¹ DMO – dětská mozková obrna

² DO – dětská obrna

jsem nastoupila do hospodářské obchodní školy. To jsem se z té nemoci dostala, schody jsem nezvládala, to mi vždy někdo pomáhal. Potom jsem byla zaměstnaná. Další zhoršení bylo po autobusové havárce, kde jsem se zase dostala úplně dolů. To bylo velmi špatný. Musela jsem podstoupit Kladruby, kde mě naučili znovu chodit, a to se mi podstatně zhoršil stav. To bylo v r. 1979 a potom mi to už nešlo pracovat.“

Michal (25 let, nevidomý): „Já s tím handicapem nemám problém, a pokud člověk s tím problém má, tak to především záleží na výchově. Buď jste vychovávána tím stylem, že jste normální nebo že jste chudinka. To jsou podle mě dva základní rozdíly mezi tou výchovou. Já znám hodně lidí, kteří jsou vychováni tím druhým stylem, že jsou chudinky, že jim každý musí pomoci a mně to vždycky irituje. Má to nějaké omezení, ne že by to nemělo, ale v dnešní době se dají ty omezení minimalizovat. Jedna ze základních věcí, se kterými jsem se dlouhá léta nemohl smířit je, že člověk nemůže mít řidičák. Možná se divíte, ale jde o to, že člověk s autem je nezávislý, pokud ho nemáte, tak jste prostě závislá pořád na někom. Třeba tady v Praze ne, ale já jsem z vesnice od Českých Budějovic a tam ta nutnost toho auta je. Ale už to tak neprožívám jako před 10-15 lety. Myslím si, že to můj život ovlivnilo docela pozitivně, dělám muziku, dělám věci, které bych asi normálně nedělal.“

Lukáš (33 let, těžká nedoslýchavost): „Hodně mi pomohli tím, že mě naučili mluvit, snažili se mě integrovat mezi slyšící. Těžká komunikace byla ale např. na vysoké škole, zejména ve skupině o poradách, konzultacích, což je velmi potřebné v tvůrčím prostředí, což je tedy můj handicap.“

Jirka (25 let, těžká nedoslýchavost): „Narodil jsem se v rodině neslyšících a jsem od narození nedoslýchavý těžce, ale cítím se jako neslyšící, neboť když dva slyšící jsou v dialogu, nerozumím o čem je řeč. Když mluvím se slyšícím individuálně a v tichém prostředí, rozumím většinou. Nosím sluchátka, to je potřeba. Vůbec se ale netrápím, že těžce neslyším, protože žiji v neslyšící rodině, tak ve společnosti neslyšících. Jsem hodně samostatný člověk, takže i problémy hodně řeším sám nebo s kamarády. Když je neslyšící dítě, je důležité víc znakovat než mluvit. Když nedoslýchavé dítě, tak obojí, mluvit i znakovat, ale záleží na individualitě. Protože já jako malý jsem vůbec nechtěl mluvit, až teprve později asi ve třech letech jsem začal mluvit. Mluvili na mě sousedé, kamarádi, příbuzní a ve školce.“

V sociální oblasti se handicap vyznačuje poruchou situace člověka, provázenou jeho nesoběstačností. Handicap je nutno řešit ve všech třech zmíněných oblastech, a to jak při jeho diagnostice, tak terapii. Diagnostika sleduje stanovení nesoběstačnosti, zahrnující funkční potenciál, psychický korelát dlouhodobé poruchy zdraví a náročnosti sociálních podmínek posuzovaného. Terapie vyžaduje vždy specifický zásah:

a) medicínský – příslušnou léčbu, rehabilitaci, soustředování na kompenzaci postižených funkcí, případně s použitím účelných korekčních pomůcek, směřující především k zvládnutí úkonů sebeobsluhy a všedních denních činností

b) psychologický – jde o pomoc při stavbě hierarchie hodnot, o vytvoření systému hodnot použitelných pro člověka s handicapem v jeho složité situaci, event. pomoc při začlenění do vhodného kolektivu

c) socioekonomický – úpravu podmínek životního prostředí handicapovaného k zajištění rovnováhy systému člověka - prostředí (Struk, 1993)

1.2 Postoj společnosti k lidem s handicapem

Jak je již známo, v minulé době byla tato tematika hodně tabuizována a lidé s postižením spíše stáli na „okraji společnosti“. Společnost samozřejmě měla tušení, že osoby s postižením existují, ale pokud se s nimi nesetkali v rodině či blízkém okolí, tak o jejich problémech, omezeních prakticky nic nevěděli.

Společnost nahlíží na takovéto jedince často se soucitem, protože je potkalo neštěstí, v některých mohou ale vzbuzovat hrůzu i odpor. Dnešní svět je vůbec spíše zaměřen na vše „krásné, produktivní atd.“ a jakákoliv odchylka potom vybočuje z normy. Často je nahlíženo i na takové osoby s jistými předsudky. Ve vztahu k některým typům postižení se zafixovaly odmítavé postoje, které se občas těžko překonávají a tím brání integraci osob s handicapem do společnosti. Občas ke vzniku obav a odmítání přispívají i projevy lidí s postižením, kteří se právě jinak chovají, jinak vypadají, s některými bývá komplikované dorozumění. Jejich projevy mohou mít odlišný význam, a proto je těžké se v nich vyznat.

Všeobecně je známá tendence generalizace, tj. vidět všechny stejným měřítkem, bez ohledu na jejich individuální odlišnosti. Tento postoj je charakteristický neschopností diferencovat, rigiditou hodnocení. Ulpívavost může být projevem obrany před vším, co je odlišné a jeví se jako ohrožující. Zdravý člověk si teprve při setkání s postiženým uvědomí svou zranitelnost, a tak se v jeho postoji může projevit i obava z možných potíží. (Vágnerová, 1999)

Jan (34 let, DMO) o pocitech chování okolních lidí říká: „Dříve o nás nikdo nevěděl, rodina se na sebe musela jen 100 % spolehnout a nebo na ústav sociální péče, dříve jsem občas taky chodil do divadla, ale kdyby se o mě rodina nepostarala, tak sem vlastně nemohl jít nikam. V podstatě jsme na to ani nebyli zvyklí, protože jsme se moc nestýkali se svými vrstevníky, ani oni na to nebyli zvyklí, a když se to začalo v r. 1989 rozpouštět, tak jsme měly problém obě strany. Lidí na osoby s handicapem nebyli zvyklí, nevěděli, jak se k nám mají chovat. Já tvrdím o sobě, že jsem introvert, který byl donucen stát se extrovertem, aby nezahynul. Komunikovat musíte a musíte mít štěstí na lidi. Mně se z počátku nechtělo nikam chodit, nechtělo se mi komunikovat. Měl jsem strach z toho, že se na mě lidi budou koukat na to, že jsem jinej. Pořád mi to bylo dáváno najevo ze strany společnosti. Např. když jsem potkal maminku s dítětem, které se ptalo, proč ten velký kluk na kočáře sedí a nechodí, tak místo toho, aby mu to maminka vysvětlila, tak se radši otočila a šla s dítětem na druhou stranu. Tehdy jsem měl problém i třeba zavolat babičce, natož o lístky do divadla. To bylo nemyslitelné. Byl jsem prostě jenom zvyklý fungovat v rámci rodiny. Měl jsem velký štěstí na kamarádku, která mi hodně pomohla. Řekla mi, že existuje osobní asistence a jednu větu, že co si nezařídím, tak mít nebudu, tak ať koukám se sebou něco dělat. Trochu léčba šokem.“

Olina (40 let, těžce slabý zrak): „Velký problém vidím v sebevědomí, když Vám několikrát někdo něco řekne nebo shodí brýle, tak pak nevíte jak dál a jste zamindrákovaná. I já jsem měla do těch 30 let problém se na něco zeptat, jsem si to raději nekoupila, než abych se zeptala.“

Paní Šubrtová (76 let, DO): „Já si na lidi kolem sebe nemůžu stěžovat, já si musím lidi vytipovat, poprosit a poděkovat. Nebudu třeba žádat někoho, kdo má plný tašky s nákupem a pospíchá. Pokud mi i odmítne, protože spěchá nebo tak, tak se na něj absolutně nezlobím. Dříve mi to vadilo, jak vypadám, protože bylo vidět, že mám ruce, nohy špatný. Ted' jsem si už zvykla. Dříve jsem se třeba vůbec nechtěla svlékat, chodit na koupaliště.“

Michal (25 let, nevidomý): „Z totality tu zbylo několik bariér, které jsou úplně zbytečné. Takové to „on je slepej, tak je taky asi úplně blbej“. Ne všichni, to vůbec ne, někdy to tak bývá. Taky se setkávám s tím, že mi třeba lidé řeknou: „No Vy jste takový v pohodě, já jsem nedávno potkala Vašeho kolegu a on byl takový hrubý.“ To je ale člověk od člověka, někdy se stane, že Vás najednou lidi někam táhnou a ani se nezeptají a je to nevhodný. Oni to ty lidi myslí dobře, ale si představte, že stojíte na křižovatce a někdo Vás někam vezme a táhne.

Teď se mi to ale moc tak nestává, spíš řeknou, kam jdu, zda chci pomoci. Propagoval bych hodně osvětu, aby neměli zbytečné předsudky, já bych začal přednáškama ve škole.“

Lukáš (33 let, těžká nedoslýchavost): *„Doporučil bych podporu tlumočnických služeb, osvětu, informace pro jejich většinové okolí, tj. slyšící populaci, nejlépe zábavnou formou, festivaly, happeningy, zajímavé webové projekty, letáky nebo i nějaké hry, které popularizují téma neslyšících a jejich kultury. Cílem by mělo být, aby většinová veřejnost je přijala jako svou součást, jako něco s čím je třeba počítat. Zatím mi jako dosud nejlepší v tomhle směru připadala tlumočená divadelní představení U výčepu a Racek (oboji se hraje v divadle Čertovka). Diváci si prožijí přímo na kůži tuto jinou kulturu, vizuální krásu znakového jazyka a mají po představení možnost diskutovat na toto téma.“*

Jirka (25 let, těžká nedoslýchavost): *„Lidé si vůbec neuvědomují, že by existovali lidé, kteří neslyší. Vadí mi jejich ignorace. Vůbec nepřemýšlí, jaký to je neslyšet, že existuje nějaký znakový jazyk, který ulehčuje komunikaci. Teď se již ale pomalu objevují informace o neslyšících a o znakovém jazyce.“*

1.2.1 Sociální role člověka s handicapem a sociální stigma

Díky svému postižení získá i člověk s handicapem specifickou sociální roli. Znakem této role jsou určitá privilegia, ale na druhé straně ztráta zase jistých práv, která mají jen zdraví lidé. Lidé s handicapem mají nárok na ohledy, trpělivost a toleranci nedostatků, jež jsou z jejich postižení patrné. Často je na ně nahlíženo jako na nesrovnatelné se zdravými lidmi, až méněcenné. Společnost občas svým chováním donutí jedince s postižením přijmout pasivní receptivní roli člověka, který má právo na zabezpečení, ale už nemá právo usilovat o vyrovnání se zdravým.

Sociální stigma je ve společnosti chápáno jako výrazný defekt, který se projevuje nežádoucí nápadností v sociálním kontaktu (zevnějšek, verbální a neverbální komunikace atd.). Tyto jevy vyvolávají určitou nechuť až odpor. V případě stigmatu nejde tak o omezení psychických či somatických funkcí, ale spíše o to, jak jsou tyto jedinci vnímáni, přijímáni a akceptováni okolím. Stigmatizace mění roli jedince, sociální status a díky tomu mnohdy i jeho identitu. Jsou mu někdy prisuzovány negativní vlastnosti, je vystaven neochotě vyslechnout jeho názory, je více odmítán, což může vést k izolaci od zdravé populace.

Jedinci s handicapem mají občas problémy s integrací do zdravé populace. Život v okruhu společnosti lidí s podobným postižením se může zdát, že je izoluje od světa, ale na druhou stranu mohou být tito jedinci zde v mnohých oblastech uspokojováni lépe, než kdyby byli vystaveni tlaku norem zdravé vnější populace. Lidé si zde mohou pohovořit o svých problémech, rozumějí si lépe a řeší problémy obdobným způsobem. Přítomnost postižených mezi zdravými je oběma stranami akceptována různým způsobem, záleží na vlastních zkušenostech i obecně platných tradicích. (Vágnerová, 1999)

Paní Dana - tlumočnice znakové řeči říká o neslyšících: *„Liší se tím, že mají svou úzkou komunitu a těžko mezi sebou přijmou zdravého člověka... Jejich podezřívavost k okolí je dána onou vadou. Protože neslyší, mají utkvělou představu, že jsou stále středem pozornosti, že je někdo pomlouvá, baví se o nich, a to v negativním slova smyslu.“* (Pavlatová, 1996, s. 58)

Člověk s handicapem je velice vnímavý vůči chování a postojům zdravých lidí. Musí se naučit s nimi nějak vyrovnat, protože je nucen ve společnosti žít. Reakce okolí je mnohdy velmi různá, vždy záleží na postižení, zachovaných možnostech a dalších faktorech psychosociálního charakteru.

Dr. V. Neumannova (postižená kvadruparetickou formou DMO) se s nimi dokázala vyrovnat: *„Pohledy a odpor lidí na ulici nevnímám, to spíš rozčiluje ty, kteří jdou se mnou a najednou jim dojde, že nás každý očumuje. Já na to poctivě kašlu, protože bych jinak vůbec nemohla vystrčit nos... Samozřejmě je nepříjemné, když Vám někdo na celé kino nadává do mrzáků, protože mu vozík v cestě do uličky překáží, ale co máte dělat? Zatnete zuby a mlčíte.“* (Vágnerová, 1999, s. 102)

Člověk s handicapem musí být po psychické stránce silný, aby mohl čelit těmto postojům společnosti a vytvářet si nejrůznější způsoby obrany. To mu zajistí uchovat si duševní rovnováhu a sebeúctu. Na druhou stranu lidé s postižením mají někdy pocity ukřivdění, podezřívavosti, přecitlivělosti bez ohledu na to, zda jsou jejich pocity oprávněné či nikoli. Jisté jiné reakce mají lidé s vrozeným či získaným handicapem. Lidé s vrozeným postižením jsou od začátku vychováváni odlišným způsobem, jsou na svoji situaci zvyklí již od narození a chybí jim srovnání situací ve zdraví a v nemoci. Lidé se získaným handicapem potřebují přijmout novou, subjektivní identitu. Je velmi důležité, aby se člověk s postižením s novou rolí ztotožnil. Většinou vyšší stupeň vady představuje i větší subjektivní zatížení, ale nemusí to platit zcela jednoznačně. Člověk s handicapem má různé biologické i psychické vlastnosti,

díky kterým je předurčována jeho reakce na zátěž vyvolaná ve vztahu k jeho postižení. Stejně tak ale budou působit také sociální vlivy, které budou člověka s handicapem silně ovlivňovat ve vnímání své odchylky od zdravých lidí.

Jan (34 let, DMO) uvádí jako příklad svůj vztah s rodiči a kamarády: „*Moje kamarádka přesvědčila moje rodiče, že se o mě může starat i někdo jiný. Žil jsem se stigmatem, který jsem měl z rodiny. Protože oni měli pocit, že jen oni se mohou o mě postarat. Měli pocit, že když požádají někoho jiného, tak že ho obtěžují. Oni v tom vlastně také tak byli, bylo jim to takto servírováno. Nikdo jim dříve nepomohl, zpočátku byla jako černá ovce rodiny ta kamarádka. Ze začátku to bylo hodně složité, museli jsme si to mezi sebou vysvětlit, např. do 18 let jsem neměl svoje vlastní klíče. Tatínek si myslel, že mě bude vozit a vyzvedávat ze školy pořád, což se ukázalo jako utopie. Velmi důležité je, jak se chováte Vy a jak se chová druhý člověk. Já jsem se hlavně naučil, a to je velmi důležitý, že když někam přijdu, tak musím začít komunikovat první. Nikdo se mnou nezačne komunikovat sám od sebe. Já musím jakoby přesvědčit ty lidi, že jsem normální. Ostatní mají pocit, že mám nějaký mentální problém. Spolužáci se zpočátku báli říct i přede mnou nějaký vtip, báli se, abych se neurazil. Nakonec pochopili, že já mám často daleko černější než oni, člověk musí neustále přesvědčovat společnost, že je normální a že jde spíše o technické záležitosti. Když je člověk na vozíku, lidi ho považují hned za mentálně postiženého. Hlavně se to také projevuje v komunikaci na úřadech, kdy úředníci mají pocit, že musejí komunikovat s mým asistentem a ne se mnou. Dá to práci, aby pochopili, že on je jen můj doprovod a o mých osobních věcech vlastně neví vůbec nic.“*

1.3 Vliv zrakového, sluchového, tělesného postižení na jedince

Zrakové postižení tvoří senzoricovou deprivaci, jedinec nemůže vnímat všechny zrakové podněty. V oblasti zrakové percepce se rozlišuje několik funkcí, které mají z psychologického hlediska různý význam.

- Zraková ostrost značí zrakovou diferenciaci na blízko či na dálku. Přijatelná schopnost vidění na dálku je předpokladem prostorové orientace. Bez ní se člověk nemůže dobře pohybovat a musí využívat kompenzační pomůcky. Vidění na blízko je důležité u pracovních činností, v rámci sebeobsluhy, dále pro čtení i psaní.
- Preference stupně osvětlení a mít schopnost přijatelně vnímat za různých okolností. Mnozí lidé se zrakovým postižením trpí světloplachostí, a proto jim např. i běžné osvětlení vadí.

Lépe vidí v šeru, popř. si musí vzít i v běžném osvětlení tmavé brýle. Ale jsou i lidé, kterým se zraková ostrost při omezení světla zhoršuje.

- Zorné pole určuje, v jakém rozsahu je schopen člověk vnímat. Velmi častým příznakem některých zrakových vad je porucha zorného pole (např. u degenerativních onemocnění sítnice). V zorném poli může chybět funkce centrální oblasti, která je místem nejostřejšího vidění. Potom se postižený velmi obtížně orientuje při práci na blízko, v knize atd., protože lépe vnímá okrajem svého zorného pole. Z hlediska pozorovatele se dívá úplně někam jinam. Člověk s poruchou periferního zorného pole může vidět jen jeho centrální částí, která ale může být navíc zúžena. Z toho vyplývá, že má potíže s větší orientací v prostoru.
- Barvocit také není u lidí se zrakovým postižením vždy zachován, ale tento nedostatek nepředstavuje větší praktické omezení. (Vágnerová, 1999)

Poznávací procesy:

Vážné zrakové postižení ovlivňuje jistým způsobem rozvoj poznávacích procesů, především v raném dětství. Zrakové **vnímání** nám dává informace o okolním světě.

Kompenzační funkcí je především sluchové vnímání. Člověk, který nemůže vidět, má lépe rozvinuty sluchové schopnosti. Nejde o vrozené zvýhodnění, ale o důsledek učení a potřeby využívat tento smysl.

Rozvinuto je též hmatové vnímání. Hmat je také odlišný a neposkytuje tolik potřebných informací. Člověk, který během života oslepne, musí svůj hmat průběžně cvičit a zdokonalovat. Hmatové poznávání je analytické a je složeno z vícero dílčích částí. Ty je potřeba složit do celku, který bude smysluplný. Vzdálenost, v níž lze hmatově vnímat, je jakási ozdoba zorného pole, která je ohraničena rozpaženými rukama. Jde o tzv. haptický prostor. V jednom okamžiku lze vnímat pouze plochu, kterou pokrývají obě ruce, což ale není často. Lidé tedy dávají raději přednost verbální informaci před vlastním aktivním poznáváním. (Vágnerová, 1999)

Rozvoj myšlení je u lidí se zrakovým postižením spíše spojen s rozvojem řeči. Řeč má u lidí se zrakovým postižením také větší význam než u lidí zdravých. Nahrazuje chybějící zrakové funkce. Pomáhá rozvoji poznávacích procesů, protože jistým způsobem supluje smyslovou zkušenost. Jestliže má člověk průměrné předpoklady a žije v podmětném rodinném prostředí, nedojde k opožděnému rozvoji verbálních rozumových schopností. Pro těžce zrakově postižené má ale větší význam paměť. Jsou na ni hodně závislí. Jejich paměť bývá lépe

rozvinuta na rozdíl od vidících lidí. Např. děti se zrakovým postižením mají již ve školním věku lepší paměť než zdraví spolužáci, kteří ji tolik nepotřebují.

Zrakové postižení velmi ovlivňuje socializaci člověka s postižením.

- V komunikaci člověka se zrakovým postižením hraje zásadní roli nedostatek vizuálního kontaktu. Což se může projevit hned od narození, kdy dítě není schopno opřevzat pohled své matky. Nepříznivý má i vliv jakákoliv deformace či nápadnost očí.
- Další problém je ten, že člověk s vadou zraku nedokáže odhadnout neverbální projevy svého protějšku, což mu také ztěžuje komunikaci. Občas jsou i třeba matoucí zase neverbální projevy člověka s vadou zraku, jelikož nevěnuje pozornost tomu, jak např. momentálně stojí, tváří atd. Člověk s vrozeným postižením vlastně neví, že mají nějaký význam. On sám je u svých partnerů není schopen zachycovat, tudíž jim nepřikládá velkou váhu.
- Osoby se zrakovým postižením mají velmi malou možnost učení se nápodobou. Nemůžeme očekávat, že se budou chovat stejně jako zdraví lidé, protože tuto nápodobu nemají.
- Velkým problémem je pro ně orientace v neznámém prostředí, čímž jsou pak závislí na druhých lidech. Často pak mají strach ze samostatné činnosti a mají tendence k izolaci v prostředí, které znají.

Zrakové postižení je společensky nejméně odmítaným postižením. Lidem se zrakovým postižením byly přičítány výjimečné schopnosti, vynikající hudební sluch, schopnosti vidět do budoucnosti atd. Na jedné straně se uvažuje o jejich naprosté závislosti, ale na druhé straně o vynikajících předpokladech.

Olina (40 let, těžce slabý zrak) říká: „Moje postižení je vrozené, vyrůstala jsem jako každé jiné dítě, takže jsem nevnímala, že vůbec špatně vidím. Chodila jsem do školky pro děti s vadami zraku, všichni tam byli takoví, že jsem teda vůbec nevnímala svoji vadu.“

Sluchové postižení vede též k podnětové deprivaci. Velmi závažným sekundárním projevem je komunikační bariéra. Může jít o poruchu rozvoje schopnosti ovládat mluvenou řeč jak v oblasti její porozumění, tak v aktivním mluveném projevu, nebo o její úpadek (u později ohluhlých).

Hranice přijatelné sluchové funkce, potřebné pro osvojení mluvené řeči, je v pásmu středně těžké nedoslýchavosti. Nedostatečný rozvoj řeči se později projeví v oblasti poznávacích procesů, v socializaci atd. (Vágnerová, 1999)

Lidé se sluchovým postižením ke komunikaci používají dvojitý jazykový systém. Jejich dorozumívání se společností bývá dosti obtížné.

1 typy řeči:

a) Znakový jazyk: ten využívá schopnosti zrakového vnímání. Již malé děti se sluchovým postižením používají k dorozumívání posunky. Pokud nemají stejně postižené rodiče, doma se je učit nemohou, standardnímu znakovému jazyku se naučí později. Znakový jazyk neslyšící mohou vnímat, ale na druhou stranu se z nich stává minoritní skupinka, jelikož lidé zdraví tomuto jazyku nerozumí. Znakový jazyk má jisté své nevýhody, jelikož jednotlivé znaky nejsou jednoznačné, ale mnohoznačné. Má též odlišnou gramatiku, užívá odlišný slovosled, neskloňuje, vyjadřuje i jiným způsobem zápor. Např. větu „Nikdy nedám Evě peníze“ je možné ve znakovém jazyce vyjádřit takto: „Já dává peníze Eva nikdo.“ (Strnadová, 1996)

Znakový jazyk je velmi důležitým komunikačním prostředkem. Pro lidi, kteří pořádně nikdy neslyšeli, je orální komunikace velmi obtížná.

b) Artikulovaná, orální řeč využívá zbytků sluchu a ozečování. Aktivní verbální projev si vyžaduje zapamatování kombinace určitých pohybů mluvidel a vibrací, které jsou součástí vyslovení určitého slova. Pro neslyšící je víceméně orální řeč nevyhovujícím komunikačním prostředkem, který se učí především proto, aby nebyli v majoritní společnosti izolováni. (Vágnerová, 1999)

Hlasový projev těchto lidí bývá někdy velmi těžce srozumitelný, jelikož bez sluchové kontroly se velmi těžce koordinuje dýchání s fonací a nedochází k dobré artikulaci. Občas také dochází ke špatnému pochopení lexikální stránky slova, dochází k záměně slov a použití slov nepřesně. Mají velice zjednodušený řečový projev. Nepoužívají někdy správně gramatické tvary a nedodržují slovosled.

I u lidí s těžkou nedoslýchavostí je verbální komunikace ztížena. Při komunikaci s těmito lidmi je potřeba, aby druhá strana respektovala jejich pravidla, přesně a pomalu artikulovala a dívala se na naslouchajícího partnera. Důležitý je oční kontakt, protože poskytuje zpětnou vazbu a potvrzuje nám, že nás dotyčný vnímá a rozumí našemu sdělení.

Lidé se sluchovým postižením mají problémy při rozlišování slov, která jsou si zvukově podobná a s identifikací slov vůbec. Potřebují zvýšenou koncentraci pozornosti k vnímání mluveného projevu. Odezírání není lehkou záležitostí a nelze jej vždy praktikovat. Pohyb rtů se rychle mění a člověk jednotlivá slova nestačí zaznamenávat. Sluchově postižením lidem chybí snadné porozumění kontextu, které je pro zdravé lidi samozřejmostí. Verbální komunikace jim tedy spíše může přinést nepříjemné pocity, které vyvolávají stavy nejistoty, zda všemu porozuměli. Může to v nich vyvolávat úzkost, napětí, různé afektivní reakce. Pro lidi se sluchovým postižením je důležitou složkou mimika a pantomimika. Oni tyto složky hodně používají a tak dávají více najevo, co právě cítí a prožívají.

Myšlení lidí se sluchovým postižením je více spíše vázáno na konkrétní realitu, jsou více vázáni na skutečný svět, je pro ně obtížné abstrahovat, vidět obecnější souvislosti a vztahy, uvažovat hypoteticky. Rozvoj logických operací bývá pomalejší a je dosažen pouze u inteligentních jedinců. Vázanost na aktuální konkrétní skutečnost se projevuje i nechutí a obtížemi v plánování.

Čtení textu je pro ně jednodušší než mluvený projev, ale i zde jim vadí obtíže v porozumění slov. Mají problém se syntaktickým i sémantickým složením textu. Umějí mechanicky číst, ale někdy to je pro ně nezajímavé, jelikož nechápu dost dobře smysl. Podobné problémy bývají i se psaním. Hláskový systém psaní je jiný než znakování. Lidé se sluchovým postižením vědí, že při psaní dělají hodně chyby, proto potřebují, aby jim někdo pomohl. (Strnadová,1996)

Sluchová porucha ovlivní i socializaci postižených lidí. Zvláštnosti jejich chování jsou dané obtížemi ve sdělení a vysvětlení norem chování. Obtížněji chápou jaké chování je žádoucí, co je dovoleno a co ne. Mají problém v sociální orientaci, těžko chápou význam různých situací. Někdy ani nechápu, co po nich druzí chtějí. Mnohdy nevědí, co si o jejich chování ostatní lidé myslí. Často také nechápu pocity, názory a postoje druhých lidí. Mají problémy se orientovat v mezilidských vztazích. Což pak může vést i k podezíravému postoji. To, že nerozumí druhým lidem, může vést k izolaci od zdravých lidí. Komunikace je někdy tak obtížná, že sdělení je omezeno na nejdůležitější informace. Ve větší míře jsou sociálně izolováni, či odkázáni na společnost stejně postižených.

Vliv tělesného postižení na osobnost

Velmi závažným faktorem je pohybové omezení. Rozhodující úroveň soběstačnosti, která je dána:

- a) schopností samostatné lokomoce (osvobozuje z vazby na prostor, ze závislosti na druhých lidech)
- b) schopností samostatné sebeobsluhy, která je dána schopností používat ruce (velmi důležitá pro sebeobsluhu, pro psaní i pro další pracovní aktivity)

Jsou zde i další omezení sociálního charakteru. Člověk s tělesným postižením nemá takovou možnost setkat se s různými lidmi, má i menší zkušenost s různým sociálním prostředím. Vztahují se k němu i jiná, obvykle nižší očekávání. Někdy bývá na jedné straně podceňován a na druhé straně jsou jeho projevy více tolerovány. Lidé s vysokým stupněm postižení nemohou být nikdy samostatní, budou závislí na zdravých lidech.

Z uvedených druhů postižení jsou ale lidé s tělesným postižením nejlépe integrováni do majoritní společnosti. Mohou navštěvovat běžné školy a vzdělávat se běžným způsobem. Svůj handicap mohou mnohdy kompenzovat výbornými školními vědomostmi. Mohou studovat většinu oborů a dosahovat uspokojujících úspěchů. Profesní role je pro ně často velmi důležitá. Lidé se získaným postižením někdy říkají, že postižení, které omezilo jejich nezávislost, změnilo i jejich vlastnosti. Stali se k mnohým věcem citlivější a vnímavější. V důsledku své vlastní traumatizující zkušenosti získali nad jistými věcmi nadhled, a proto se cítí i celkově tolerantnější. (Pavlatová, 1996)

Viditelná tělesná deformace může mít svůj sociální dopad, který může být někdy mnohem větší, než je vliv funkčního handicapu. Změny a odlišnosti mohou snižovat status postiženého jedince a mohou nepříznivě ovlivňovat jeho sociální hodnocení i akceptaci okolím. To pak velmi ovlivňuje vlastní sebehodnocení postižených lidí, především v některých vývojových fázích (např. v adolescenci).

Někteří lidé mohou k lidem s tělesným postižením mít jisté předsudky, mohou je považovat za špatné, zákeřné nebo celkově omezené. Někdy se třeba zase člověk s postižením zachová nežádoucím způsobem, jde spíše o sekundární obrannou reakci na odmítání a podceňování. Handicap v oblasti tělesného vzhledu ovlivňuje celkové sebehodnocení postiženého člověka.

To říká i dr. V. Neumannová (postižená kvadruparetickou formou DMO): „*My spastici jsme někde úplně jinde než vozíčkáři pourazoví. Možná jsem na tom ještě o něco hůř.. pro laickou*

veřejnost jde ještě o vzhled. Když je holka hezká, bude hezká i po autonehodě na vozíku. Ale hezkého spastika jsem ještě neviděla. To, jak vypadáme, vyvolává u jisté části veřejnosti představu, že jsme blbí.“ (Vágnerová, 1999, s. 133)

Člověk si tyto negativní dopady chování společnosti musí nějak kompenzovat a tato žena si to vynahradila intelektuálním úspěchem. Ona sama říká: *„Možná to bude znít komicky, ale tohle byl jeden z důvodů, proč jsem si vybojovala doktorát. Před určitým druhem lidí se dávám zásadně titulovat „paní doktorko“. Je to pro ně šok. A je to moje zbraň.“*

Není jenom důležitá prezentace těla navenek, ale především to, jak se jedinec vnímá a prožívá.

Vrozené i získané postižení se v mnohých směrech liší. Psychologické problémy postižených lidí mohou být odlišné v závislosti závažnosti handicapu, ale i k osobnostním vlastnostem. Každé postižení má svoje primární důsledky, které pak zapříčiňují i další sekundární potíže.

Jan (34 let, DMO): *„Když jsme se přestěhovali do bezbariérových bytů, tak přišla starostka a říkala, že potřebuje vědět něco ode všech a divila se, že tam nikdo není. Říkala, já jsem sem přišla přes den, myslela jsem, že je to jedno, že všichni budete doma...“* Tak zde je např. vidět, jaké mínění má společnost o kvalitě života lidí s postižením.

Na otázku, zda je spokojen s přístupem veřejnosti, mi Jan odpověděl: *„Přeju si, aby jsme stále nemuseli přesvědčovat druhé, že se můžeme také zapojit do normálního života, že jsme normální. Strašně těžký je přesvědčovat, že nejste blbí, že třeba studujete vysokou školu nebo že ty lidi mají rodiny, partnerský vztahy. Oni počítali s tím, že vůbec nepracujeme, nestudujeme, viz. chování starostky. Pokud takoví lidé sedí na vyšších postech a mají takový obrázek, tak to je tedy smutný. Musíme se rvát a je to naše povinnost. Nová generace s tím už asi nebude mít takový problém jako my. Ale vlastně to té společnosti nemám moc za zlý, protože oni na to nebyli zvyklí. Hodně záleží na nás samotných. Jestli v tom necháme ty lidi, aby nás litovali či ne. Když lidi vidí, že Vy to neřešíte, tak oni to taky přestanou řešit.“*

2. Druhy postižení

Klasifikace vad a poruch vychází především z lékařské diagnostiky, která identifikuje orgánové nebo funkční nedostatky a odchylky. Medicína přitom není schopna mnoho diagnostikovaných vad a poruch odstranit, a zabránit tak vzniku postižení u konkrétního jedince.

Klasifikace vad a poruch:

Podle typu:

- orgánové
- funkční

Podle intenzity:

- lehké
- střední
- těžké

Podle příčiny:

- vrozené
- získané

Tabulka č. 1 Klasifikace příčin vzniku vad a poruch (Slowík, 2007)

Exogenní (vnější) faktory	
prenatální	všechny faktory negativně ovlivňující vývoj jedince v období od početí do porodu, zejména vlivy: <ul style="list-style-type: none">• chemické (působení jedů, některých léků, drog apod.)• nutriční (nesprávná výživa)• biologické (virové a bakteriální infekce)• psychické a sociální (stres, sociálněpatologické prostředí)
perinatální	všechny negativní rizikové okolnosti probíhající při porodu nebo v období krátce po narození – mezi nejčastější patří: <ul style="list-style-type: none">• mechanické poškození plodu• nedostatek kyslíku (hypoxie, asfyxie)• infekce• jiné komplikace
postnatální	všechny reálně možné příčiny vzniku vad a poruch v období po narození – jde o stejné negativní vlivy jako v prenatálním období, které však už působí na organismus jedince přímo (nikoli skrze organismus matky)

Endogenní (vnitřní) faktory	
genetické	<ul style="list-style-type: none"> • chromozomální aberace (poškození chromozomální výbavy nezávislé na dědičných vlivech – např. Downův syndrom) • genové mutace (dědičně přenosná změna genetických informací: vady mohou být dědičné autozomálně – např. fenylketonurie, nebo vázané na pohlaví – např. daltonismus)
ostatní	<ul style="list-style-type: none"> • dispozice (většinou dědičné, projeví se však pouze při výskytu určitého spouštěcího vlivu) • změněná reaktivita (změna citlivosti jedince na běžné podněty – např. alergie, anafylaxe, astma) • problémy imunity (celkově snížená obranyschopnost organismu)

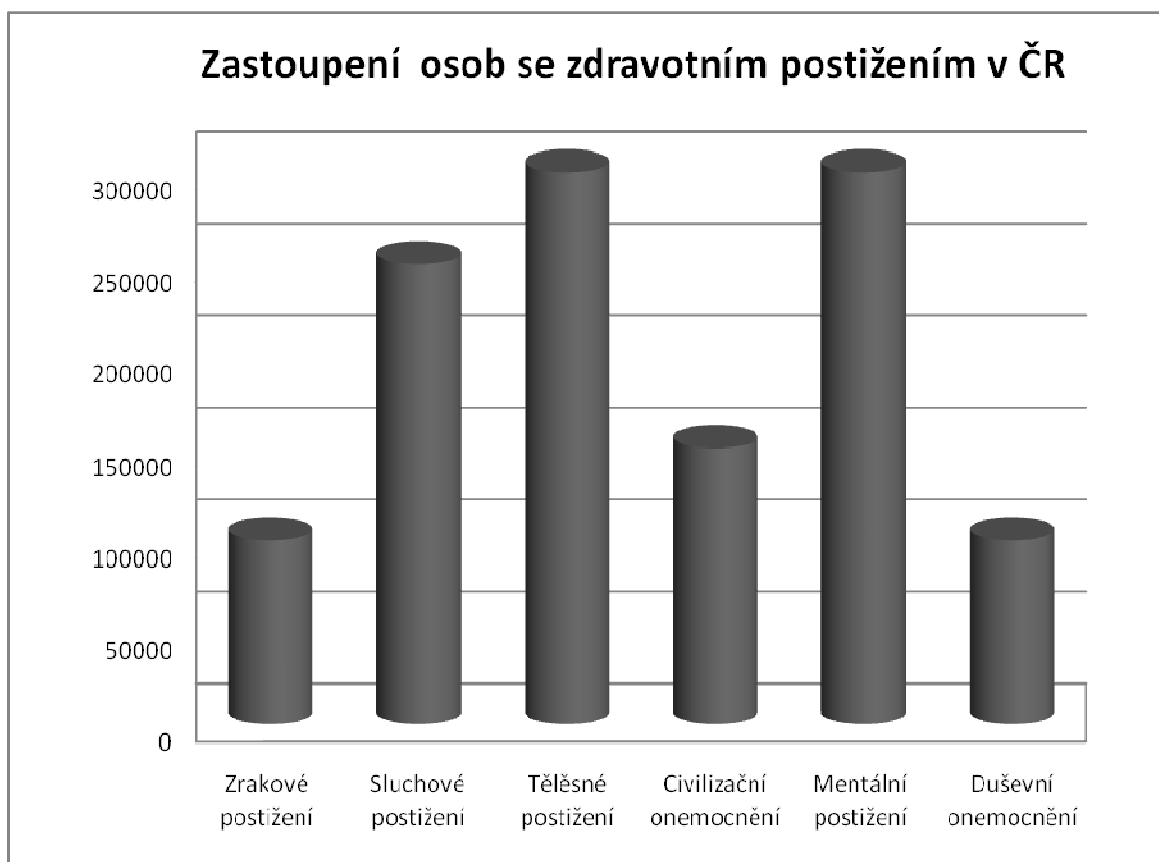
2.1 Zastoupení jedinců s postižením v populaci

V globálním měřítku dle celosvětových průzkumů se předpokládá cca 11 % zastoupení osob s postižením. Velmi podobné procentuální zastoupení platí i pro většinu států Evropy a Českou republiku. Ve světě žije cca půl miliardy tělesně, smyslově nebo mentálně postižených lidí. Skutečný počet lidí nejde ale odhadnout, díky nejlidnatějším zemím s nízkou životní úrovní. Proto reálný počet bude pravděpodobně vyšší, než se předpokládá. Velmi přesná je statistika diagnostikovaných vrozených vad (okolo 11 % případů ze všech narozených dětí) a případů těžkého postižení (cca 2 % členů lidské populace). (Slowík, 2007)

Jak uvádí Novosad (2000, s.16) v České republice žije asi 1,2 milionu zdravotně postižených lidí, z toho je:

- 100 000 se zrakovým postižením
- 250 000 se sluchovým postižením
- 300 000 s tělesným postižením
- 150 000 se závažnými civilizačními chorobami
- 300 000 s mentálním postižením
- 100 000 s duševním postižením

Graf č. 1 Zastoupení osob se zdravotním postižením v ČR



2.2 Klasifikace zrakových vad

Příčinou zrakového postižení může být vada nebo porucha v kterékoliv části zrakového ústrojí – v oblasti receptoru (zevní oko), nervových drah spojujících oko s mozkovým centrem (oční nerv) nebo přímo zrakového centra v mozku. Vrozené vady bývají geneticky podmíněné, příp. způsobené infekčním onemocněním matky v době těhotenství. V postnatálním období se kromě refrakčních vad objevují velmi často zákaly (zelený-glaukom nebo šedý- katarakta), záněty, nádory, následky úrazů nebo intoxikace, ale také popřípadě patologické změny sítnice (např. retinopatie vyvolané třeba cukrovkou nebo oběhovým onemocněním).

Některé vady jsou hodně progresivní, tudíž postupné zhoršování zraku nebo úplná ztráta zraku mohou být pravděpodobné.

Nejen samotná příčina, ale i období vzniku zrakové vady je důležitým faktorem. Oko jako orgán se vyvine téměř komplexně v raném stádiu prenatálního vývoje (přibližně do konce 8. týdne), to ale neplatí o nervových drahách a mozkovém centru, které se jako součást CNS

vyvíjejí podstatně déle. (Machová, 1994). Teprve v období po narození se dítě postupně učí fixovat, sledovat pohyb, reagovat na barevné předměty, zvládat vizumotorickou koordinaci. Vývoj zrakových funkcí by měl být dokončen kolem 6. roku věku. Pokud dojde k výrazné ztrátě či snížení zrakových schopností, hraje velkou roli předcházející zraková zkušenost dítěte, která může velmi ovlivňovat další vytváření představ, rozvoj orientačních schopností apod.

Tabulka č. 2 Klasifikace zrakových vad a poruch podle různých kritérií (Slowík, 2007)

klasifikace zrakových vad	
podle postižení zrakových funkcí	<ul style="list-style-type: none"> • snížení zrakové ostrosti • omezení zorného pole • poruchy barvocitu • poruchy akomodace (refrakční vady) • poruchy zrakové adaptace • poruchy okohybné aktivity • poruchy hloubkového (3D) vidění
podle stupně zrakového postižení	<ul style="list-style-type: none"> • slabozrakost • zbytky zraku • nevidomost
podle doby vzniku	<ul style="list-style-type: none"> • vrozené • získané
podle etiologie	<ul style="list-style-type: none"> • orgánové (např. vady čočky nebo sítnice) • funkční (poruchy binokulárního vidění, např. tupozrakost, strabismus)

Tabulka č. 3 Klasifikace zrakového postižení podle WHO³ (Slowík, 2007)

1	<p>střední slabozrakost zraková ostrost s nejlepší možnou korekcí: maximum menší než 6/18 (0,30)-minimum rovné nebo lepší než 6/60 (0,10), 3/10-1/10, kategorie zrakového postižení 1</p>
2	<p>silná slabozrakost zraková ostrost s nejlepší možnou korekcí: maximum menší než 6/60 (0,10)-minimum rovné nebo lepší než 3/60 (0,05), 1/10-10/20, kategorie zrakového postižení 2</p>

³ Světová zdravotnická organizace (WHO)

3	<p>těžce slabý zrak</p> <p>a) zraková ostrost s nejlepší možnou korekcí: maximum menší než 3/60 (0,05) minimum rovné nebo lepší než 1/60 (0,02), 1/20-1/50, kategorie zrakového postižení 3</p> <p>b) koncentrické zúžení zorného pole obou očí pod 20 stupňů, nebo jediného funkčně zdatného oka pod 45 stupňů</p>
4	<p>praktická nevidomost</p> <p>zraková ostrost s nejlepší možnou korekcí 1/60 (0,02), 1/50 až světlocit nebo omezení zorného pole do 5 stupňů kolem centrální fixace, i když centrální ostrost není postižena, kategorie zrakového postižení 4</p>
5	<p>úplná nevidomost</p> <p>ztráta zraku zahrnující stavy od naprosté ztráty světlocitu až po zachování světlocitu s chybou světelnou projekcí, kategorie zrakového postižení 5</p>

2.3 Klasifikace vad sluchu

Sluchové vady a poruchy mohou být zapříčiněny organickým poškozením nebo funkčním porušením kterékoliv části sluchového ústrojí. V periferní části může být zasaženo vnější ucho (ušní boltec, zvukovod), střední ucho (bubínek, sluchové kůstky, Eustachova trubice) nebo vnitřní ucho (rovnovážné ústrojí – labyrint a hlemýžď, tzv. kochlea). Vady a poruchy centrální části pak postihují sluchový nerv, resp. mozková centra ve spánkovém laloku (Wernickovo senzoričné centrum sluchu a Broccovo motorické centrum řeči).

Klasifikace sluchového postižení se může dotýkat několika kritérií, kterými jsou zejména doba vzniku vady (poruchy), intenzita sluchové ztráty a také typ konkrétní vady (poruchy) vázaný zpravidla právě na poškození určité části sluchového ústrojí.

Tabulka č. 4 Klasifikace sluchového postižení podle různých kritérií (Slowík, 2007)

Klasifikace sluchového postižení	
podle typu	<ul style="list-style-type: none"> • převodní vady (vady vnějšího a středního ucha – jedinec špatně slyší, jde o kvantitativní postižení sluchu) • percepční vady (vady vnitřního ucha a CNS – jedinec špatně rozumí, jde o kvalitativní postižení sluchu) • smíšené vady

podle stupně (intenzity) sluchové ztráty	<ul style="list-style-type: none"> • nedoslýchaví lehce (sluchová ztráta 26-40 dB) středně (sluchová ztráta 41-55 dB) středně těžce (sluchová ztráta 56-70 dB) těžce (sluchová ztráta 71-91 dB) • neslyšící • ohluchlí
podle doby vzniku	<ul style="list-style-type: none"> • vrozené postižení • získané postižení (prelingvální nebo postlingvální sluchová ztráta)
podle etiologie	<ul style="list-style-type: none"> • orgánové postižení • funkční postižení

Prelingvální sluchovou ztrátou trpí osoby, u kterých vzniklo sluchové postižení perinatálně nebo zahájením vývoje řeči v prvních měsících a letech života.

Postlingvální sluchová ztráta se týká naopak osob, u kterých došlo k náhlé nebo postupně vznikající sluchové ztrátě po dokončení vývoje řeči (za hraniční věk bývá označováno období mezi 4. - 6. rokem věku). V této skupině jsou tedy sluchové ztráty seniorů, tak dětí i dospělých, u nichž v důsledku nemoci nebo jiných traumat byla narušena schopnost slyšet. Pro ztrátu sluchu vzniklou v období vývoje řeči (jako horní hranice bývá uváděn někdy až věk okolo 14 let) bývá též používán termín perilingvální sluchové postižení. (Slowík, 2007)

2.4 Klasifikace tělesných postižení a zdravotních oslabení

Obor somatopedie se zabývá problematikou života osob s poruchami hybnosti, které mohou být primární (následek přímého poškození pohybového ústrojí) nebo sekundární (pohyb je omezen v důsledku jiné nemoci či poruchy). Příčiny tělesných postižení se různí, záleží také na tom, zda jde o vady vrozené nebo získané během života. U vrozeného postižení bývají poruchy hybnosti spojeny nejčastěji s dětskou mozkovou obrnou (DMO). Její příčina se nachází v poškození centrální nervové soustavy v prenatálním nebo perinatálním období. Již méně časté jsou vrozené vývojové vady (tělesné malformace, chybějící končetiny nebo jejich části, rozštěpové vady atd.), které vznikají převážně v období tzv. teratogenní kritické periody mezi 20.- 40. týdnem těhotenství. (Machová, 1994)

Velmi také u tělesných handicapů dominují úrazy (s poraněním páteře a míchy, amputace končetin..) a následky závažných nemocí.

Další velké zdravotní problémy jsou vázané na špatný životný styl (jde především o vady a deformace páteře vlivem nesprávného držení těla a nedostatku pohybu, poškození kloubů při nadváze atd.) Mezi časté deformity páteře patří skolióza (zakřivení do strany) nebo kyfóza či lordóza (fyziologicky neúměrné prohnutí v předozadním směru – v oblasti krční a bederní lordózy a hrudní kyfózy), příp. naopak tzv. plochá záda.

Velmi široká je etiologie dlouhodobých onemocnění včetně jejich vývoje a prognózy. Jedná se např. o onkologická onemocnění, progresivní svalovou myopatii, cystickou fibrózu.

Tabulka č. 5 Klasifikace tělesných postižení a zdravotních oslabení (Slowík, 2007)

podle typu	<ul style="list-style-type: none"> • postižení hybnosti • dlouhodobá onemocnění • zdravotní oslabení
podle doby vzniku	<ul style="list-style-type: none"> • vrozená (např. vrozené vady lebky, rozštěpy lebky, rtů, čelistí, patra, páteře, nevyvinutí končetin nebo jejich částí, DMO) • získaná (např. deformity páteře, úrazy – zlomeniny, amputace, následky onemocnění – revmatismus, myopatie atd.)
podle etiologie	<ul style="list-style-type: none"> • tělesné odchytky a oslabení (vady páteře, luxace kloubů apod.) • tělesné vývojové vady (vady lebky, rozštěpy, vady končetin...) • úrazy (tělesná poškození různé závažnosti s dočasnými nebo trvalými následky – např. paraplegie v důsledku poranění páteře, amputace končetin atd.) • následky nemocí (encefalitida, žloutenky, TBC, lymské borreliózy, nádorová onemocnění apod.) • dětská mozková obrna (DMO – spastické i nespastické formy) • dlouhodobá (chronická) onemocnění a zdravotní oslabení (alergie, astma, ekzematická onemocnění, oslabení imunity, onkologická onemocnění, epilepsie apod.)

Jelikož někteří lidé, s nimiž jsem dělala rozhovory, byli osoby s postižením dětské mozkové obrny, dětské obrny a roztroušené sklerózy, rozhodla jsem se těmto nemocem věnovat větší pozornost.

Dětská mozková obrna

Patří do skupiny cerebrálních pohybových poruch – obrn. Vzniká před narozením, při narození nebo krátce i po narození nebo v pozdějším věku díky traumatickým úrazům mozku, mozkovým zánětům, nádorům mozku, degenerativnímu onemocnění centrální nervové soustavy apod.

Lze je rozdělit do tří výrazových forem, které se často objevují jako formy smíšené: spasticita, atetóza, ataxie. Obecným znakem je abnormální svalové napětí a narušená koordinace pohybových dějů. Při **spastické** formě dětské mozkové obrny je svalové napětí zvýšené (hypertonie). Je narušená vzájemná souhra svalů mezi napětím a uvolněním. Svalstvo je ztuhlé a existuje zvýšená reflexní pohotovost.

Mezi znaky patří:

- omezená motorická schopnost pohybu
- stereotypní pohybové vzory
- strnulé držení těla
- narušená rovnováha
- obtíže v jemné motorice

Pro **atetózu** je typické střídavé svalové napětí. Poškození zde spočívá v extrapyramidovém systému. V klidu je svalové napětí nízké. Náhlé impulzy vedou k pohybu končetin. Často je i mimika postižena mimovolnými grimasami.

Příznačné rysy jsou:

- ztížená kontrola hlavy, což zabraňuje dětem při vzpřimování
- obtíže při přijímání potravy a při artikulaci
- omezená kontrola rovnováhy
- chůze jen při lehčích formách a je možná teprve později
- téměř vždy v pozdějším věku ortopedické vady

Ataxie se zase týká postižení mozečku, projevuje se hypotonií (sníženým svalovým napětím). Vyznačuje se nedostatkem schopností provádět cílené pohyby. Chůze je nejistá, při provádění pohybů jemné motoriky nastupuje silný třes.

Znaky jsou:

- nedostatky v koordinaci pohybů

- podstatné poruchy rovnováhy
- omezená jemná motorika
- řeč nápadná dysartrií
- chůze většinou možná
- ortopedické vady v pozdějším věku

Při dětské mozkové obrně mohou být postiženy všechny čtyři končetiny (kvadruparéza, kvadruplegie), dolní končetiny (paraparéza, paraplegie) nebo polovina těla (hemiparéza, hemiplegie). (Květoňová- Švecová, 2004)

Kvadruparéza/plegie – je postiženo celé tělo, hlava, trup a všechny čtyři končetiny. Trup je ohnutý dozadu v důsledku zvýšeného svalového napětí, paže převážně ohnuté, v postavení pronace, tj. ruka je jednostranně natočena. Ruce jsou zařaty v pěst. Nohy jsou v natažení nebo ohnutí, vnitřní rotace nohou, chybné postavení nohou.

Mezi znaky patří:

- díky zvýšenému svalovému tonu existuje malá možnost dostat se do vyšší polohy
- je velmi postižena jemná a hrubá motorika
- vždy jsou přítomné ortopedické vady

Paraparéza/plegie – zpravidla jsou postiženy dolní končetiny. Nohy: flexe kyčlí a kolen, nohy ve vnitřní rotaci, chybné držení nohou.

Znaky jsou:

- vzpřímení se do vyšších pozic je většinou možné
- volná chůze nebo chůze s pomůckami se rozvíjí později, ale je často možná
- téměř vždy ortopedické vady v pozdějším věku

Hemiparéza/plegie – je postižena polovina těla. Horní končetiny jsou většinou více poškozeny jak dolní. Paže v abdukci (pohyb od těla) nebo addukci (pohyb k tělu), flexe lokte a ruky, ruka v pronaci. Nohy: vnitřní rotace, často vzor v natažení, chybné držení nohou.

Znaky:

- pohyby prstů – jemná motorika, často není možná
- činnost oběma rukama současně často není možná nebo je ztížená
- volná chůze je možná

- často je narušená rovnováha
- časté ortopedické vady v pozdějším věku (Květoňová- Švecová, 2004)

Dětská mozková obrna se nedá vyléčit. Může se pomocí léčby dosáhnout zlepšení podmínek a životních možností dítěte, což většinou příznivě ovlivňuje kvalitu jeho života. Lékařské pokroky posledních let a hlavně pokroky v léčbě postižených s touto nemocí vedly k tomu, že dnes již mnozí z těch, kteří byli včas a správně léčeni, mohou vést téměř normální život. Bohužel ani dnes ještě neexistuje nějaká standardní léčba, která by byla u všech pacientů dostatečně účinná. Lékař, který léčí pacienta, je víceméně závislý na řadě specializovaných odborníků, s jejichž pomocí nejprve správně určí a stanoví individuální poruchy a pak jim přizpůsobí celý terapeutický program. Léčebný plán může zahrnovat: léky pro léčbu epilepsie, léky uvolňující spastické svaly, dlahy pro svalovou nerovnováhu, operační léčbu, mechanické pomůcky, rehabilitace, speciální péči a výchovu.

Obecně platí, že čím dříve je komplexní léčba zahájena, tím větší má dítě šanci překonat vývojovou poruchu nebo se naučit zvládat různé úkoly alternativními způsoby. Používá se řada rehabilitačních metodik. Nejlepší výsledky jsou dosaženy při zahájení do 6 měsíců věku dítěte. Začíná se obvykle s reflexním plazením (tzv. Vojtova metoda). (Vágnerová, 1999)

Dětská obrna

Latinsky poliomyelitis anterior acuta. Jde o zánětlivé onemocnění mozku a míchy postihující především děti, ale i mladší dospělé jedince. Vyskytovalo se převážně ve větších či menších epidemiích během letních měsíců. U nás a v zahraničí onemocněly tisíce dětí a adolescentů zejména v letech 1948 a 1953, poslední velký výskyt u nás byl na jaře 1957. Poté díky zavedení povinného očkování nejprve Salkovou a později Sabinovou vakcínou se zde v posledních 35 letech s touto závažnou chorobou již nesetkáváme. Avšak v řadě cizích zemí, kde není očkování povinné, nemoc stále existuje.

Příčinou je polio virus, který patří mezi enteroviry. K infekci dochází zažívacím traktem. Onemocnění probíhá ve dvou fázích. Po 5-10 dnech poměrně lehkých chřipkových příznaků se znovu objevují teploty, bolesti hlavy, tuhnutí šíje a celková bolest. U většiny pacientů proběhne nemoc v této podobě. Ovšem u některých se během následujících hodin až dnů rozvinou i obrny různých svalů. Nejhorší variantou je, dojde-li k ochrnutí dýchacích svalů. Takový pacient musí být na dlouhodobé podpurné ventilaci, jinak hrozí smrt. Průběh je vždy horší, předcházela-li infekci nějaká větší tělesná nebo duševní zátěž. Další průběh je již zcela

individuální, u některých dojde k úplné úpravě funkce postižených svalů, u jiných může zůstat chabá obrna některých svalů, ale i trvalá obrna všech končetin, bez možnosti chůze.

V akutní fázi se léčí příznaky (např. podpora dýchání při postižení dýchacích svalů). Asi po 6 týdnech končí akutní nakažlivá fáze nemoci, stav se stabilizuje a je možné začít s intenzivní rehabilitací. Ta ovšem není snadná nejen vzhledem k věku dětí, ale i k tomu, že obrny jsou provázeny velmi bolestivými křečovitými stahy (spasmy) postižených svalů.

Nejlepší prevence je očkování, které je u nás povinné a je zařazeno do základního očkovacího kalendáře. Děti se očkují od 10 týdnů do 18. měsíce věku. Přeočkování probíhá ve věku 14,5 měsíce až do 30. měsíce.⁴

Roztroušená skleróza

Roztroušená skleróza je onemocnění centrálního nervového systému, který je tvořen nervovými tkáněmi mozku a míchy. Její příčina není známá, takže ji nelze předcházet, a dosud nebyl nalezen lék, který by byl schopen zcela zastavit postup choroby. Objevuje se nejčastěji mezi 20. - 40. rokem života. Počet pacientů, kteří na ni v posledních letech zemřeli, se stále snižuje.

Příčiny roztroušené sklerózy:

Myelin je tuková substance, která obaluje, chrání a vyživuje nervová vlákna, která bez této izolace časem odumírají. Při roztroušené skleróze se vytvářejí v centrální nervové soustavě roztroušená zánětlivá ložiska. Tato ložiska mají různou velikost a jsou rozeseta v bílé hmotě mozku a míchy. Dochází v nich k rozpadu myelinových pochev. Imunitní systém považuje myelin za organismus cizí, škodlivý a ničí jej. Jakmile je myelinová pochva zničena chorobným procesem, je zpomalen nebo zcela přerušen přenos nervových vzruchů v centrální nervové soustavě.

Jde tedy o autoimunitní onemocnění – imunitní systém napadá vlastní tkáně organismu. Na spuštění tohoto útoku se podílí mnoho různých faktorů, např. genetické dispozice, životní prostředí a další, často neznámí činitelé. V případě tedy roztroušené sklerózy jsou cílem útoku myelinové pochvy nervových vláken.

Z dosavadních studií vyplývá, že se tato choroba vyskytuje hlavně ve středních a chladnějších zeměpisných šířkách. Postihuje ženy dvakrát častěji než muže. Pokud je v rodině člen s tímto onemocněním, jeho blízcí příbuzní nesou riziko 1:100 až 1:50, že se

⁴ <http://www.medicina.cz/>

roztroušená choroba vyvine. Protože asi 80 % pacientů nemá nejbližší příbuzné postiženy touto chorobou, je možné říci, že genetická výbava není jediným faktorem ovlivňující rozvoj této nemoci.

Poprvé byla popsána jako samostatné onemocnění v r. 1860, kdy byl zároveň objeven myelin. Léta byla tato nemoc pokládána v podstatě za smrtelnou, protože nebyly známy účinné léky.

Až v první polovině dvacátého století umožnil pokrok v imunologii a genetice relativně cílený výzkum. V polovině osmdesátých let byla mezi vyšetřovací metody zavedena magnetická rezonance, která dokáže zobrazit i ložiska. V devadesátých letech byly dokončeny některé výzkumy, které prokázaly schopnosti některých léků zpomalovat průběh této nemoci.

Roztroušená skleróza může probíhat velmi různorodě. U některých pacientů se projevuje poměrně mírnými relapsy (zhoršení příznaků) s dlouhými mezidobími bez jakýchkoli příznaků (remise), u jiných zanechávají závažná vzplanutí onemocnění trvalé následky, ale k dalšímu zhoršení stavu nedochází. A konečně u některých postižených se od prvního záchvatu projevuje trvalé zhoršování, které vede již ve středním věku k trvalému upoutání na lůžko a k inkontinenci. Jen velmi malý počet postižených dospívá k invaliditě již během prvního roku onemocnění. U některých pacientů dojde k jedné atace a poté se nemoc neprojeví i několik desítek let. V každém případě platí, že i když je tato nemoc zatím nevléčitelná, lze ji minimálně v počátečních stádiích léky dobře kontrolovat.

Nejčastějšími příznaky jsou mravenčení a snížení citlivosti, zvláště v rukou a nohách, a poruchy koordinace a pohybů nebo snížená pohyblivost. Dalšími příznaky mohou být poruchy vidění, špatná výslovnost a zadržování, zánět očního nervu, neustálá únava atd. Tyto obtíže mohou trvat různě dlouhou dobu, několik týdnů i měsíců. Může dojít i k epileptickým záchvatům, k náhlému ochrnutí, připomínajícímu mrtvici, nebo úpadku duševních schopností – poruchy myšlení, logického uvažování a paměti.

Příznaky roztroušené sklerózy se dělí do tří skupin - *primární* jsou přímým důsledkem poškození myelinu a většina se dá úspěšně kontrolovat vhodnou léčbou, rehabilitací a jinými léčebnými metodami. *Sekundární* jsou komplikace způsobené primárními symptomy. Např. dysfunkce močového měchýře může vést k zánětu močových cest; při paralýze hrozí proleženiny; zvýšená únava a poruchy koordinace a hybnosti vyvolávají neobvyklou a

nadměrnou zátěž svalů, což může posléze vést k jejich deformaci či ochabnutí; řídnutí kostí zvyšuje riziko zlomenin atd. A konečně *terciární* jsou společenské, pracovní a psychologické komplikace primárních a sekundárních příznaků. Pokud je pacient např. neschopen chůze, propadá depresi a ztrácí chuť do života. Ovšem právě deprese patří do všech tří skupin příznaků, protože se zdá, že ji u této choroby nezpůsobuje jen vědomí vážné nemoci, ale i nějaké další, zatím neznámé, nemoci vlastní mechanismy.⁵

⁵ <http://www.ereska.cz/>

3. Rehabilitace osob se zdravotním postižením

Rehabilitace (lat. habilis = schopný, re = znovuopakování) představuje procesy znovuoschopňování při nerozvinutí, ztrátě nebo poškození určitých schopností člověka (Jesenský, 1995, s. 24).

Pojem rehabilitace se objevuje v Evropě od druhé světové války a rozvinul se ve vyspělých zemích jako politický postoj státu k osobám se zdravotním postižením. Je zakotven v mnoha nadnárodních deklaracích a dohodách, jejichž signatářem je i naše republika.

Moderní pojetí rehabilitace jako celospolečenského systému klade důraz na integraci osob se zdravotním postižením, aby dosáhly co nejvyšší možné samostatnosti a na jejich aktivní účast na vlastní rehabilitaci. Toto pojetí je obsaženo v dokumentech a doporučeních mezinárodních organizací, zejména OSN⁶, WHO a Rady Evropy i v usnesení vlády ČR. Podle WHO je rehabilitace obnova nezávislého a plnohodnotného tělesného a duševního života osob po úrazu, nemoci nebo zmírnění trvalých následků nemoci nebo úrazu pro život a práci člověka. K dosažení tohoto cíle využívá čtyř základních prostředků, a to je léčebná rehabilitace ve zdravotnictví, sociální rehabilitace, rehabilitace pedagogicko-výchovná a pracovní. (Votava, 2003)

3.1 Léčebná rehabilitace

Léčebná rehabilitace představuje především postupy a procesy navazující na léčení (nebo prolínající se s léčením). Jejím cílem je provádět léčbu, tedy odstraňovat následky nemoci či úrazu. Léčebná rehabilitace zajišťuje především zlepšení funkčního stavu, tj. zmírňování či odstraňování poruchy či disability. Součástí je i odstraňování handicapů, to však nezabezpečuje už jenom léčebná rehabilitace, ale podílí se na něm celá komprehensivní rehabilitace, tj. také složky sociální rehabilitace, pedagogické rehabilitace a pracovní rehabilitace.

Léčebná rehabilitace je vnitřně rozvrstvena k nosologickým skupinám nemocí a rozsahu somatického poškození. Nejlépe je využívána pro skupinu osob s tělesným postižením. Lidé s tělesným postižením trpí poruchami pohybového aparátu a motoriky.

⁶ Organizace spojených národů (OSN), mezinárodní organizace, jejímiž členy jsou téměř všechny státy světa

Rozlišujeme léčebnou rehabilitaci vertikální, kdy se díky LR – prostředkům podaří obnovit původní stav organismu a nemocný se vrací do pracovního procesu. Dále rozlišujeme léčebnou rehabilitaci horizontální, kdy poškození má trvalý charakter (chronický) a přináší širší okruh důsledků (disaptibility, handicap..). (Jesenský, 1995)

3.1.1 Prostředky léčebné rehabilitace

K těmto prostředkům patří:

- a. léčebná tělesná výchova, rehabilitační a relaxační cvičení
- b. léčba prací (ergoterapie)
- c. psychoterapie a psychorehabilitace
- d. fyziatrie, léčebné využívání fyzikálních energií
- e. arteterapie
- f. dietoterapie
- g. logopedická terapie

V léčebné tělesné výchově jde především o cvičení prováděné pod vedením fyzioterapeuta:

- a) o vyladění svalového tonusu a celkové zlepšení kondice. O zlepšení svalové síly dle provedeného svalového testu, způsoby i odstupňování svalové zátěže vytváří celé cvičební systémy podle druhu i stupně poškození svalové funkce
- b) o zlepšení svalové koordinace (uplatňované zvláště u pacientů po zánětech mozku, po operacích mozkových nádorů, u roztroušených skleróz. Léčebná tělesná výchova může přerůst i do sportovních nezávodních činností, kde je motivace k pohybu podporována řízenou soutěživostí.

Léčba prací (ergoterapie) především rozvíjí pracovní schopnosti. Dochází k zatěžování organismu a díky i začleňování používání různých pomůcek dochází k úpravě fyzického, ale i psychického stavu. Zpočátku se jedná o sebeobslužné činnosti, později se k nim řadí činnosti různého charakteru.

Psychoterapie a psychorehabilitace je rozsáhlá oblast s bohatým teoretickým zázemím. Různé psychologické prostředky jsou využívány od vyrovnání se s onemocněním k celkovému vyladění psychické kondice.

Fyziatrie – léčení pomocí fyzikálních energií pracuje:

- a) s upraveným elektrickým proudem povětšinou jako se stimulátorem nervosvalové aktivity

b) teplem podněcujícím krevní oběh a přeměnu látkovou v tkáních. Používá se jednak v podobě sálavé a jednak v podobě kontaktní. Pomáhá při zmírňování pocitů bolesti. Již méně se používá chlad pro snižování lokální bolestivosti nebo při snižování spasticity

c) magnetoterapie využívá magnetické energie

Fyziatrie je často doplňována balneologickým působením. Dalším doplňkem jsou masáže.

Arteterapie – používá umělecké prostředky (výtvarné, hudební, slovesné i pohybové aktivity) k realizaci léčebných cílů. Přispívá k uvolnění tenzí, rozvíjí kreativitu a navozuje psychickou pohodu.

Dietoterapie – používá prostředky šetřícího, podporujícího a racionálního stravování.

Logopedická terapie – tato terapie slouží lidem s poruchami řečových mechanismů (diagnózy např. dysartrie, rhinolálie, apraxie), tak s poruchami kognitivních a fatických (dorozumívacích) funkcí (diagnózy např. afázie, demence). (Jesenský, 1995)

Paní Šubrtová (76 let, DO): „*My pořád jezdíme do Jánkových Lázní, abychom se mohli léčit. Pokud se neléčíme, tak se horšíme. Já jsem ve stavu, kdy je věk a postižení. Ted' se hodně horšíme. Dříve jste udělala třeba 5 kroků a teď uděláme jenom 2 kroky. Musíte především pro sebe udělat to, že musíte cvičit. Já taky doma cvičím, mám tady takovou postel, na kterou si vždy lehnu a 20 minut denně cvičím.*“

3.2 Sociální rehabilitace

„*Sociální rehabilitace je proces, při němž osoba se zdravotním postižením dosahuje maximální možné samostatnosti a soběstačnosti za účelem dosažení nejvyššího stupně sociální integrace*“ . (Votava, 2003, s. 70)

Cílem je tedy rozvíjet schopnosti postiženého člověka v různých společenských situacích tak, aby byly uspokojeny jeho potřeby a práva i co největší účast na společenském životě. Variabilita obsahu i rozsahu sociální rehabilitace je poměrně velká. Lze o ní soudit na základě třídění poruch, disaptibilit a handicapů. U disaptibilit jde o tyto kategorie: neschopnosti v chování, komunikaci, osobní péči, lokomotorice, tělesné disponovanosti, zvládání situací, kvalifikaci atd.

U handicapů jde zase o tyto kategorie: orientace, fyzická nezávislost, pohyb, zaměstnání, společenské začlenění, ekonomické zajištění atd. (Jesenský, 1995)

Sociální rehabilitace je podmíněna procesem vzájemné interakce postiženého člověka a společenského prostředí. Význam sociální rehabilitace je trojjediný: humanitární, ekonomický i sociální.

Dle Votavy (2003) je nutno sociální integraci chápat jako snahu o to, aby všechny osoby se zdravotním postižením byly přijímány jako součást společnosti. Velmi důležitá a za základní společenskou jednotku je považována rodina, a proto je významným cílem podporovat rodinu a vnitrorodinné vztahy, a to především v rodině, kde se narodilo dítě se zdravotním postižením, nebo jejíž člen se postižením stane. Významný program sociální rehabilitace je raná péče, která je zaměřena především na rodiny postižených dětí již od narození. Další důležitou oblastí integrace je vytvářet pro osoby se zdravotním postižením předpoklady k navazování partnerských vztahů a zakládání rodiny. Každý si vybírá sám, s kým a do jaké míry chce navázat společenské vztahy. Pro některé je důležitá účast na programech organizací zdravotně postižených, jiným to zase nevyhovuje a dávají přednost společenským stykům v místě bydliště, na pracovišti, v zájmových či náboženských společnostech. Velkým předpokladem pro integraci je vzdělávání a výchova široké veřejnosti k tomu, aby osoby se zdravotním postižením přijímala, chápala jejich potřeby a oceňovala jejich snahu se integrovat. Nepostižený člověk by měl být v případě potřeby připraven postiženému pomoci. Na druhé straně je zase ale také důležité, aby lidé s postižením dokázali se svým okolím komunikovat a vysvětlit, v čem jim mohou ostatní pomoci v případě potřeby.

Veřejné sdělovací prostředky by měly prokazovat v tomto směru značné úsilí. Právě objektivní a střízlivé informace o životě osob se zdravotním postižením nejlépe přispívají k vzájemnému pochopení a k připravenosti širší veřejnosti na jedné straně poskytnout dle potřeby pomoc, na druhé straně vůči nim vytvářet trvalé společenské či citové vazby. Samostatnost a soběstačnost spočívá především ve schopnosti lidí s postižením rozhodovat o vlastním životě, dosahovat zvolených cílů.

Osoby se zdravotním postižením mají být schopné uplatňovat svá práva, naplňovat své potřeby a prosazovat své zájmy. K tomu je ale zapotřebí dostupnost všech důležitých informací. Součástí sociální rehabilitace je poradenství či internet, kde nalézt informace sloužící cíleně k vyhledání potřebných informací.

To, zda bude člověk s postižením po nácvičku a při vybavení všemi pomůckami skutečně soběstačný ve svém bydlišti, je závislé především na stupni postižení. Při těžším postižení je prostředkem sociální rehabilitace služba osobní asistence. Ta slouží jako prostředek k dosažení soběstačnosti, jelikož o konkrétním využití služeb osobní asistence rozhoduje sám

postižený. To samé platí o soběstačnosti při pohybu a cestování, kde nácvik a vybavení pomůckami je doplněn znalostí o dostupných veřejných prostředcích a specifických službách pro osoby s postižením.

Česká republika přijala v roce 1993, podobně jako ostatní členské státy OSN, Standardní pravidla pro vyrovnání příležitostí pro osoby se zdravotním postižením. Pravidla nejsou závazná, ale znamenají významný morální a politický závazek členských států OSN přijmout vlastní opatření pro vyrovnání příležitostí. V roce 1993 byl přijat "Národní plán opatření pro snížení negativních důsledků zdravotního postižení". Tento program se snaží více podporovat aktivitu zdravotně postižených.⁷

Jedná se o kompenzaci těch znevýhodnění, které postižení ve srovnání se zdravou populací pociťují, tj. handicapů. U sociální rehabilitace jde v tomto smyslu o finanční částky, které kompenzují to, že lidé s postižením mají omezené možnosti vydělávat peníze a že jejich život klade zvýšené nároky na finance. Vyrovnání příležitostí musí zahrnovat předpoklady pro získání vzdělání ať už v rámci integrace v běžných školách, nebo ve školách speciálních. Při zaměstnávání osob se zdravotním postižením je vyrovnání příležitostí dáno poplatky, které zaměstnavatel získá při vytvoření místa pro osobu s těžkým zdravotním postižením. Dále se to týká zvládnutím osob se zdravotním postižením při cestování veřejnými dopravními prostředky. Na parkovištích můžeme vidět také vyhrazená místa pro lidi s postižením. Některá kulturní zařízení jsou přístupná pro osoby se zdravotním postižením a umožňují zakoupení vstupenek za zlevněné vstupné. Vyrovnání příležitostí se týká také organizovaného sportu osob se zdravotním postižením, rekreačních a rekondičních pobytů, dotovaných publikací s problematikou osob se zdravotním postižením.

Podle Votavy (2003) se sociální rehabilitace do jisté míry překrývá se systémem soc. služeb, které jsou řízeny Ministerstvem práce a sociálních věcí ČR. Jsou hlavně zaměřeny na ochranu tzv. zranitelných skupin obyvatel, k nimž krom osob s těžkým zdravotním postižením patří i lidé staří, drogově závislí atd.

Zřejmě největší část sociálních služeb je uskutečňována v ústavech sociální péče. Ty jsou krom seniorů zaměřeny také na skupiny osob se zdravotním postižením a jsou rozdělené dle typu postižení a věku. V řadě ústavů žijí osoby s kombinovaným postižením nebo lidé sociálně netrénovaní, kteří si netroufají žít samostatný život. Dalším důležitým programem

⁷ <http://www.nrzp.cz/>

sociální péče je pečovatelská služba, která zajišťuje základní úkony (nákup, donášky obědů, pomoc s hygienou atd.)

Velmi významným programem sociální péče je také již zmiňované poradenství (sociální, právní, psychologické..). Poradenství v oblasti kompenzačních pomůcek, které jsou součástí sociální rehabilitace, provádějí častěji ergoterapeuti v rámci systému léčebné rehabilitace. Zde můžeme vidět, že se jednotlivé oblasti ucelené rehabilitace někdy překrývají. Obdobné je to i u výuky znakového jazyka u neslyšících a Braillova písma i samostatného pohybu u nevidomých lze chápat jako speciální vzdělávání, tedy součást pedagogické rehabilitace, i když bývá uváděna jako součást rehabilitace sociální, protože u dospělých obvykle probíhá mimo školní program.

Olina (40 let, těžce slabý zrak) líčí svoje bariéry v začlenění se do společnosti: *„Dříve jsem se opravdu bála na cokoli zeptat, když se mi ale narodilo první dítě ve 22 letech a druhé dítě v 26 letech, musela jsem se hodně často na něco ptát. Hodně jsem nejdřív chodila s dětma po doktorech. Po narození prvního dítěte musím říct, že jsem byla hodně vystresovaná. Vytírat oči borovou vodou, čistit ouška, pro jistotu jsem jim očička čistila 3 x za den. Nikdy jsem si netroufla stříhat nehty. Číst se naučily hodně rychle, se synem to bylo maličko těžší, protože je dyslektik. Horší někdy bylo, když se Vám zraní dítě, tak ho ošetřit bylo těžký. Před barákem mám park, rychle jsem se seznámila s maminkama, tak jsme jezdily s kočárkama. Já vše беру s humorem, jinak bych se z toho zbláznila.“*

3.2.1 Proces sociální rehabilitace u osob s postižením se získanou vadou

Dle Jesenského (1995) jde o vývojovou fázi v životě člověka, ke které dochází po poškození normální kvality života.

Fáze narušeného vývoje vzniká poškozením normální kvality života. To se projeví vznikem handicapu, přerušением normálního vývoje osobnosti a vývoje socializace a enkulturace i vznikem specifických potřeb. Je aktuální léčení a nasazení prostředků rehabilitace.

Narušený vývoj můžeme rozdělit do dvou částí: fáze akutní a fáze postakutní.

V akutní fázi se rozvíjí proces vyrovnávání se s handicapem. Projevuje se to přestavbou schopností, hodnot a vlastností člověka. Zpravidla není člověk s postižením schopen docílit těchto změn samostatně. Míra samostatnosti a seberealizace začíná narůstat až ke konci fáze. Tu mu v této fázi poskytuje hlavně léčebná a sociální rehabilitace.

Postakutní fáze narušeného vývoje navazuje bezprostředně na fázi akutní, přičemž se již předtím řadou prvků navzájem prolínaly. Rozvíjí se v ní reintegrace a reenkulturace, která se

projevuje upevňováním a dalším rozvojem vlastností a schopností postiženého, úsilím o soběstačnost a práceschopnost. V této fázi se obnovuje zájem o majoritní kulturu. Obnovuje se pocit životní spokojenosti a relativní životní pohody.

Fáze permanentního, potencionálně ohroženého vývoje začíná, když člověk s postižením začal žít klidným vyrovnaným životem, je ve stavu životní pohody, když je postižený také integrován jako osobnost, případně i jako člen majoritní společnosti. Dále probíhá proces jako socializace – enkulturace i osobního rozvoje. Trvalé poškození sice způsobuje, že průběh těchto procesů je ve srovnání se zdravými lidmi poněkud specifický a jejich rozsah někdy zúžený, ale společensky přijatelný. Rozsah specifických potřeb se snížil. Porucha zdraví vymizela nebo je minimalizována a navenek se téměř neprojevuje. Běžné problémy života je člověk s postižením schopen řešit sám.

V případě zátěží (životní události, jako jsou: odchod partnera, ztráta zaměstnání, onemocnění, stáří..) může znova nastat situace (kdy se opět zvýší specifický rozsah potřeb), která poškodí normální kvalitu života. Dochází k recidivě handicapů. Poté se stává aktuálnější vnější pomoc. K tomu jsou nápomocny prostředky sociální, pedagogické, pracovní či léčebné rehabilitace.

Tomáš (36 let, RS⁸): *„Onemocněl jsem, když mi bylo 24 let, měl jsem s přítelkyní dva obchody s drogérií, jeden obchod s kavárnou, cukrárnou, jedny potraviny a žil jsem docela naplno, 16 hodin denně v práci, soboty a neděle. Ta nemoc to teď přibrzdila. Díky tomu jsem si srovnal ty hodnoty. Mám určitě lepší předpoklady se s tím nějak probít než tady ty ostatní pacienti. Roztroušenou sklerózu mám od Vánoc 1998, pak se mnou přítelkyně žila dalších 8 let. Příznaky se postupně zhoršovaly, přestal jsem chodit. Zůstal jsem doma v plínách. Přítelkyně mě opustila a bylo to dost hrozný. Velkou oporou mně v té době byla rodina, moje matka. V r. 2005 jsem už jenom ležel v posteli, měl jsem 49 kg, teď mám 66 kg. Něco mám voperováno do břicha a do míchy mi vedou jisté léky, které mě uvedly zpět do života. V r. 2006 jsem se přihlásil na školu a letos budu dělat státnice. V rámci sociální práce mně teď nabídli práci v nemocnici na Karlově náměstí, abych pomáhal lidem shánět kompenzační pomůcky.“*

⁸ roztroušená skleróza (RS)

3.2.2 Proces sociální rehabilitace u zdravotně postižených od narození

Jak uvádí Jesenský (1995), pro rehabilitační situaci lidí s postižením od narození, je charakteristické, že narušení kvality života nemá výrazný jednorázový charakter. Proces rehabilitace se odvíjí jako latentní ohrožení kvality života, ke kterému ve větší nebo menší míře dochází v určitých situacích, které působí jako soubory faktorů vyvolávajících větší zátěž, větší změnu kvality života. Tyto situace mohou představovat přechody z jedné instituce do druhé (např. speciální škola s internátem a odchod z domova) nebo jako řešení náročné životní situace (např. vyhledávání životního partnera).

Z toho vyplývá, že život postiženého představuje střídání období ohrožení a období remis. Tomu také odpovídá průběh rehabilitace, která má podobu střídání akutních fází ohrožení s fázemi postakutními a s fázemi pouhého potencionálně ohroženého vývoje. Těmto fázím také odpovídá i střídání různých stupňů dezintegrace, reintegrace i běžné integrace, resocializace i běžného vývoje socializace atd. Nápomocné by opět měly být prostředky rehabilitace léčebné, sociální, pedagogické nebo pracovní.

Žaneta (25 let, nevidomá): „Vyrovnávala jsem se docela dobře, jelikož mě máma zařazovala mezi vidící lidi, což bylo fajn. Ty děti od malička byly zvyklý mě vodit. Nikdy to nebylo tak, jakože ona nevidí, tak tam nepůjde. Jsou ale určité okamžiky, kdybych chtěla vidět, třeba na tu orientaci nebo když přecházím tu silnici, tak si tak říkám, ježíš ty auta tam tak strašně jezdí. Kdybych viděla, tak bych přeběhla, a nemusela bych takhle čekat dlouhou dobu, než mě lidi převedou.“

3.2.3 Cíle sociální rehabilitace

- zajištění ekonomických jistot
- podpora samostatného bydlení
- zájmové činnosti, rozvoj volnočasových aktivit podporovaných organizacemi zaměřených na zdravotně postižené osoby

Jde především o zajištění ekonomických jistot pro osoby se zdravotním postižením. Je možno říci, že život lidí s postižením je v průměru dražší než pro člověka bez postižení. Existuje mnoho důvodů. Některé přístroje a vybavení, které jsou pro jiného spíše možností nebo určitým luxusem, jsou pro ně nutností k tomu, aby mohli vést plnohodnotný, aktivní život: auto, počítač, mobilní telefon. Mnohdy obtížně cestují veřejnou dopravou a k tomu

třeba lidé s tělesným postižením potřebují služby osobní asistence, což je pro ně také velice nákladné. Dle Votavy (2003) lze přesto říci, že osoby se zdravotním postižením patří mezi osoby s nižším majetkem a nižšími celkovými zdroji příjmů, než jaký je průměr celé populace. Státem poskytované dávky jim zajišťují základní potřeby. Chce-li se mladý člověk se zdravotním postižením osamostatnit za situace, kdy má podporu nejbližšího okolí, tak obvykle mu tyto zdroje nestačí a je nucen nadále žít s rodinou či za podpory rodiny. Jedním z dalších tedy cílů je podpora samostatného bydlení, bezbariérové byty se ale v minulosti začaly stavět až v 80. letech, do té doby mnoho postižených lidí žilo v ústavech nebo museli přikročit k individuální úpravě bytu, což bylo ale obvykle dosti náročné. Další součástí rehabilitace je rozvoj zájmové činnosti. Programy volného času, krom sportu také zájmové činnosti, různé výtvarné techniky a různé ruční práce, amatérské divadlo atd. Dalším důležitým programem občanských sdružení je vytvářet společnost lidí, jimž vyplývají z podobného postižení některé společné zájmy i problémy a kteří se občas do společnosti hůře začleňují. Setkávají se na výletech, schůzích a jiných akcích, které tyto organizace pořádají.

3.2.4 Odborníci, kteří se především podílejí na sociální rehabilitaci

Sociální pracovnice zde představují významnou profesi. Mají velké zastoupení na úřadech, také mohou pracovat v rehabilitačních a dalších zdravotnických zařízeních, ve školách pro postižené děti atd. Tyto pracovnice pomáhají především osobám, které vyžadují z hlediska společnosti větší nároky na pomoc a jsou často označovány výrazy jako znevýhodněné, rizikové, problémové apod.

Další významnou roli hraje posudkový lékař. Svým rozhodnutím určuje, zda má postižený nárok na invalidní důchod pro invaliditu prvního, druhé či třetího stupně, na příspěvek na péči a jiné jednorázové příspěvky.

V rámci sociální rehabilitace hraje roli mnoho dalších odborníků, jako pečovatelka, osobní asistenti a další, dle služeb vyjmenovaných v zákoně č. 108/2006 Sb. o sociálních službách.

3.3 Pracovní rehabilitace

Je zákonem č. 435/2004 Sb., o zaměstnanosti definována jako soustavná péče, poskytovaná občanům se ZPS, směřující k tomu, aby mohli vykonávat dosavadní nebo jiné vhodné zaměstnání.

Způsob provádění a jednotlivé nástroje pracovní rehabilitace specifikuje vyhláška č. 518/2004 Sb., ve znění pozdějších předpisů. Ustanovení této vyhlášky stanoví nárok na pracovní uplatnění občanů se ZPS, které je přiměřené jejich zdravotnímu stavu a pracovním schopnostem. Pracovní rehabilitace podle této vyhlášky zahrnuje:

Poradenskou činnost zaměřenou na volbu povolání, volbu zaměstnání nebo jiné výdělečné činnosti, teoretickou a praktickou přípravu pro zaměstnání nebo jinou výdělečnou činnost, zprostředkování, udržení a změnu zaměstnání, změnu povolání a vytváření vhodných podmínek pro výkon zaměstnání nebo jiné výdělečné činnosti. Teoretická a praktická příprava pro zaměstnání nebo jinou výdělečnou činnost zahrnuje přípravu na budoucí povolání (vzdělávání dle školského zákona), přípravu k práci nebo specializované rekvalifikační kurzy.⁹

3.3.1 Historie pracovní rehabilitace

Problém zaměstnávání lidí s postižením vznikl již v historii a to především díky okolnostem, které přinesla první světová válka. Z front se vracelo mnoho lidí s postižením. Ve většině zemí, které se války zúčastnily, se problém počal řešit součinností zdravotnictví, služby sociální, politiky zaměstnanosti a vzdělávání. Právě v USA se začalo od této doby uplatňovat pro tuto koordinovanou činnost označení **rehabilitace**. V r. 1918 v USA vyšel zákon o rehabilitaci válečných veteránů. V tuto dobu u nás tuto činnost velmi dobře organizoval prof. Rudolf Jedlička, ale názvu rehabilitace nepoužil.

Jak píše Votava (2003), také druhá světová válka musela řešit rehabilitaci zraněných. Do ČSR se vrátil z USA MUDr. Karpin, který sloužil v americké armádě jako rehabilitační lékař, a svoje zkušenosti dále rozvinul v nově vzniklém rehabilitačním ústavu v Kladrubech. V zahraničí se tento program rozvíjel v souvislosti s bojem proti nezaměstnanosti a cílem pracovní rehabilitace bylo zaměstnat především ty nejvíce postižené. U nás to bylo zcela odlišné. Tvrdilo se, že žádná nezaměstnanost neexistuje. Byl vytvořen pojem změněná pracovní schopnost (ZPS), který zněl dle této definice: Občanem se ZPS je ten, kdo má pro dlouhodobě nepříznivý zdravotní stav podstatně omezenou možnost pracovního uplatnění, případně přípravy na pracovní uplatnění. Občany se ZPS jsou rovněž držitelé invalidních důchodů toho typu, který jim umožňuje pracovat. (Votava, 2003, s. 105)

⁹ <http://www.mpsv.cz/>

V minulém režimu byla hlavní institucí při zapojování do pracovního procesu Posudková komise sociálního zabezpečení. Předsedou byl politický pracovník (volený poslanec národního výboru) a členem posudkový, případně ještě další odborný lékař. Pokud komise přiznala posuzovanému ZPS, byla mu doporučena práce v chráněných dílnách družstev invalidů nebo v rámci programu zaměstnávání ve výrobním podniku Svazu invalidů Meta. Tyto programy se rozvíjely od konce 70. let. Dle Votavy (2003) lidé, jimž byla přiznána ZPS, měli jen lehké zdravotní obtíže. Např. v průzkumu z r. 1979 bylo v celé ČSSR zaměstnáno 250 000 osob se ZPS. Z nich 62 % tvořili lidé pobírající částečného invalidního důchodu.

Teprve po r. 1990 se začalo s uplatňováním osob se zdravotním postižením na širším trhu práce. Tomu mají napomáhat především úřady práce.

Olina (40 let, těžce slabý zrak): „Po gymnáziu jsem si hledala práci. Já jsem měla ZTP-P a pak mi bylo řečeno, že úderem 18 let se o mě stát starat nebude, přestože se můj zdravotní stav nijak nezměnil. Našla jsem Pečovatelskou službu na Praze 1, tam byli úžasní. Musela jsem ale chodit tak, aby mi neměnili klienty, měla jsem naštěstí 3 roky stejné lidi. Ostatním se to střídalo, aby si na sebe nevytvořili nějaké vazby. První týden se mnou chodila babička, abych se naučila ty adresy. Jinak bych to sama nenašla. To bylo hodně drsný. Ten týden si to vše zapamatovat.“ Dále vzpomíná: *„Po mateřské dovolené jsem si hledala i další práce, ale když jsem někde řekla, že mám vizus 5/50 a že jsem těžce slabozraká, tak výběr té práce byl hodně malý. Jednu dobu jsem byla jako registrátorka integrovaného záchranného systému pro Národní radu osob se zdravotním postižením a sháněli jsme lidi z mého okolí, známých s postižením pro případ nouze a evakuace. Nyní jsem práci nesehnala, zdravotní stav se mi zhoršil a nyní mám asi 3 měsíce plný invalidní důchod.“*

Alena (25 let, velmi těžká nedoslýchavost) o pracovních možnostech říká: „Já s tím problémy nemám, studuji a pracuji na smlouvu v České unii neslyšících. Měla jsem přítele a on byl z Nového Boru, kde pracoval jako sklář, pak se přestěhoval do Prahy a přeorientoval se na účetnictví, šéf je ponižoval v komunikaci. Pak si hledal novou práci, ale skoro nikdo mu neodpovídal. Agentura profesního poradenství pro neslyšící pomáhá vyhledávat neslyšícím práci, kurzy, semináře atd., mají tlumočení online přes kameru. Půl roku ten můj přítel čekal, byl 16 v pořadí a teď mi napsal, že je první v pořadí, což je strašný. Mladí neslyšící dělají někde ve skladu, říkám si, že oni nejsou hloupí, ale je hrozně důležité poskytnout do dvou let dítěti jazyk. Když jim ho nikdo neposkytne, tak mají takové to období bezjazyčí, pak mají

problémy s jazykem i znakovým jazykem. Hlavně aby měli jazyk, na kterém mohou stavět základy.“

Tomáš (36 let, RS): *„Spousta postižených říká, že není pro nás práce, že se pro nás nic nedělá. Musíme se ale zase podívat na tu druhou stranu. Co ti postižení nabízejí, co umějí? Kdo by je měl zaměstnat, musí umět něco nabídnout, a proto jsou rekvalifikační kurzy na počítače. Práce s grafickou, webmastři. Myslím, že spousta firem by zaměstnala webmastra. Kam by mohl docházet sporadicky a spíše by pracoval z domova. Ta firma se zbaví povinnosti zaměstnávat postižený a ještě na něj dostává různé výhody.“*

Michal (25 let, nevidomý): *„Jsem muzikant na volné noze, dělám různé koncerty. Já si nemůžu stěžovat, že bych neměl práci, ale musíte se prosazovat, propagovat a i trochu vnucovat. Jeden můj kamarád chtěl ladit, ale protože mu to nevynášelo, tak si založil počítačovou firmu, ale také se moc nedaří. Není to jednoduché. Buď jste dobrá a uděláte si jméno a potom se na Vás lidi obracejí, nebo nejste tak dobrá a to je pak trošku o náhodě. Hodně mých kamarádů je neprůbojných a neví, jak se prosadit.“*

Lukáš (33 let, těžká nedoslýchavost): *„Obtíže spojené se sháněním práce jsem vnímal jako malé, průměrné, ne-li minimální. Nevybavím si nic, co by souviselo s mým sluchovým postižením. Jsem částečně zaměstnán v České komoře tlumočnicků znakového jazyka jako grafik a upravuju časopis Unie, který vydává Česká unie neslyšících a je určen neslyšícím čtenářům.“*

Jirka (25 let, těžká nedoslýchavost): *„Dle mého názoru neslyšící mají velké problémy najít si práci, ale záleží to na individualitě. Můj otec je sám hluchý, špatně mluví a problém se zaměstnáním nemá. Většina neslyšících pracuje ve skladě, v hotelu, v továrně, především jde o práce manuální a vzdělání neslyšící, kteří vystudovali vysokou školu, mají dobrou práci, ale není toho zase tolik. Já pracuji jako redaktor a lektor znakového jazyka v Unii a ještě trochu podnikám soukromý znakový jazyk. Také přednáším v různých školách o životě neslyšících.“*

3.4 Pedagogická rehabilitace

Svým obsahem odpovídá pedagogickému působení a vzdělávání osob se zdravotním postižením v pojetí speciální pedagogiky, která má v naší zemi dlouhodobou tradici. Odborníci, kteří jsou za tuto rehabilitaci zodpovědní, jsou především pedagogičtí pracovníci – speciální pedagogové.

Pedagogická rehabilitace je určena především osobám, kterým jejich zdravotní postižení neumožňuje dosáhnout odpovídající úrovně vzdělání běžnými pedagogickými prostředky.

Cílem je dosáhnout u osob se zdravotním postižením (při respektování jejich individuálních potřeb a možností a společenské situace) co nejvyššího stupně vzdělání a optimální kvalifikace. Jde také o podpoření jejich samostatnosti a aktivní zapojení se do všech obvyklých aktivit společenského života. Díky výchově a vzdělávání posilovat soužití všech členů společnosti.

Pedagogická rehabilitace je jednou z oblastí ucelené rehabilitace a její provádění předpokládá úzkou a funkční provázanost s dalšími složkami ucelené rehabilitace.

Potřebná úroveň vzdělání je obvykle jedním z důležitých rehabilitačních cílů, nejedná se jen o děti školního věku, ale i v dospělosti, kdy rekvalifikaci či doplnění vzdělání zvyšuje možnost pracovního uplatnění osob se zdravotním postižením. (Slowík, 2007)

3.5 Terapie a rehabilitace u osob s postižením zraku, sluchu a tělesným postižením

3.5.1 Lidé se zrakovým postižením

Jak píše Slowík (2007) léčba a náprava zrakových vad je především předmětem lékařské péče. Speciální pedagogika na lékařskou péči potom navazuje a vychází při výchově, vzdělávání a rozvoji zrakově postižených z jejich znovu získaných či zachovalých schopností. Jelikož smyslové postižení ovlivňuje člověka ve většině oblastí běžného života, je důležité hledat pro mnohé situace kompenzace. Na trhu již naštěstí existuje velké množství pomůcek, které zlepšují sníženou zrakovou percepci (spec. brýle, lupy), nebo umožňují zrakově postiženému člověku alternativně využívat kompenzační smysly (jde o pomůcky založené především na sluchovém či hmatovém vnímání).

Kompenzační pomůcky pro osoby se zrakovým postižením¹⁰:

- 1) Optické pomůcky – jsou obvykle prvními pomůckami, které potřebuje člověk poté, co mu již nestačí běžné dioptrické brýle (např. binokulární nebo příložní lupy pro slabozraké)
- 2) Optoelektronické pomůcky- bývají také nazývány pomůckami, tzv. těžké optiky. V dnešní době se jedná o tzv. kamerové lupy, které mají stálé místo mezi pomůckami. Jsou nahraditelné při práci s trojrozměrnými předměty a při práci vyžadující jemnou motoriku. Tyto pomůcky jsou obvykle předepisovány, pokud již nestačí optické pomůcky.
- 3) Pomůcky na bázi PC – počítače se speciální úpravou pro těžce zrakově postižené se staly v roce 1995 prostřednictvím novelizace vyhlášky 182/91 Sb. ve znění pozdějších předpisů významnou kompenzační pomůckou pro nevidomé a slabozraké.

Zcela samostatně si lze podle této vyhlášky pořídit:

- digitální čtecí zařízení s hlasovým výstupem pro nevidomé
- digitální zvětšovací lupu pro slabozraké
- elektronický zápisník pro nevidomé

Mezi přídatné pomůcky patří:

- braillovský řádek (hmatový displej)
- tiskárna (běžná, braillovská)

V současné době v kategorii **speciálního hardware** pro nevidomé jsou dvě významné pomůcky: braillovský řádek (hmatový zobrazovač, terminál), který se připojuje k počítači. Prostřednictvím ovladače pro tento řádek se nevidomému uživateli převádí textové informace z obrazovky do Braillova písma a zobrazují se na tomto speciálním terminálu. Tuto pomůcku si lze pořídit jen v případě, že

- člověk s postižením umí dobře číst Braillovo písmo (hmatem)
 - má počítač vybavený některým z odečítačů obrazovky, který podporuje braillovské řádky
- Speciální elektronický zápisník je speciálně sestavený přístroj, obvykle s braillovskou klávesnicí a s hlasovým výstupem. V zahraničí existují i tyto zápisníky s hmatovým výstupem. Jednoznačnou výhodou těchto zápisníků je dlouhodobý provoz bez nutnosti připojit je k el. síti, přizpůsobení potřebám nevidomých uživatelů. Jsou však určeny k výhradnímu užívání nevidomého uživatele.

¹⁰ <http://www.sons.cz/pomucky.php>

Speciální software pro zrakově postižené je alfa a omegou zpřístupnění práce s počítačem pro tuto skupinu uživatelů. Člení se na:

- hlasové výstupy (odečítač obrazovky + hlasová syntéza)
- softwarové lupy (s nebo bez hlasové podpory)
- programy pro zpracování tištěného textu
- programy se speciálními funkcemi

4) Ostatní pomůcky - škála kompenzačních pomůcek pro nevidomé je široká

- pomůcky usnadňující orientaci a samostatný pohyb (bílé hole, akustické systémy pro snadnou orientaci)
- časoměrné pomůcky, indikátory a měřící přístroje s hlasovým výstupem
- pomůcky umožňující zápis nebo záznam informací (Pichtův psací stroj, magnetofony, diktafony apod.)

Jelikož vážnou zrakovou vadu není často možné vyléčit ani nijak jinak odstranit, je o to důležitější věnovat se komplexní rehabilitaci. Ve snaze zapojit takového jedince do běžného života ve společnosti mohou napomoci opatření v oblasti.

- medicínské (léčba, operace)
- sociální (především udržování a rozvíjení rodinných, partnerských, přátelských a jiných vztahů)
- pracovní (různé formy zaměstnávání)
- pedagogické (studium a zvyšování kvalifikace, celoživotní učení)
- psychologické (poradenství, psychoterapie)

Rehabilitační aktivity by měly směřovat především ke svým základním cílům a to jsou zlepšování orientace, odstraňování komunikačních bariér a dosažení co nejvyšší míry samostatnosti a nezávislosti lidí se zrakovým postižením.

Olina (40 let, těžce slabý zrak): *„Hodně mi dále pomáhá tiskárna a knihovna pro slabozraké a nevidomé, tam jsou knížky, které jsou načtené. Tam se připojím a stáhnu si ji na vlastní počítač. U lékařů specialistů by člověk měl dostat informace nejen o nemoci, ale jak a kde hledat pomoc. Např. téměř nikdo z očních lékařů neví o slepecké knihovně a tiskárně, jen málo lékařů zná malý dalekohled, se kterým si přečtu i nápisy, které jsou vysoko.“*

3.5.2 Lidé se sluchovým postižením

Způsoby terapie sluchových vad a poruch závisí především na každém individuálním případě neslyšícího nebo nedoslýchavého jedince a spadají hlavně do oblasti specializované medicíny (ORL). Lidé mají velkou možnost využít tzv. kochleární implantáty, které elektricky stimulují sluchový nerv tak, aby byl vyvolán sluchový vjem. Toto řešení přichází v úvahu tehdy, když jiné způsoby kompenzace (především sluchadla) nepřinášejí potřebný efekt. Voperování kochleárního implantátu představuje ale finančně i zdravotně náročný zákrok, který je vhodný pouze pro úzkou skupinu neslyšících nebo těžce nedoslýchavých klientů, nejčastěji dětí. (Slowík, 2007)

Ve velké většině případů se u nedoslýchavosti osvědčuje indikace sluchadel jako dobré a účinné kompenzační pomůcky. Na trhu je k dispozici řada různých typů a variant sluchadel, která jsou na velmi vysoké úrovni nejenom funkčně, ale i po stránce designu (sluchadla kapesní, závěsná, brýlová, zvukovodová a kanálová). Výkonné sluchadlo umístěné ve zvukovodu, za uchem nebo v obrubě brýlí je nenápadné, nepřekáží a poskytuje komfortní řešení.

Ne vždy je možné kompenzovat sluchovou ztrátu dostatečně a někdy to není možné vůbec. Pokud nepomáhá ani využití zesilovacích aparatur, sluchátek apod., zcela dominantní roli získávají kompenzační smysly, a to především zrak. Velkým pomocníkem jsou různé technické pomůcky (např. budíky se světelnou signalizací a vibrací, psací telefony, mobilní telefony pro psaní sms zpráv) a počítače. Již od dětství je velmi důležité využívat co nejbohatší škálu podnětů pro nepostižené smysly, aby se na co nejmenší míru snížilo riziko podnětové deprivace, která u dětí s těžkým sluchovým postižením vždy nastává. (Vágnerová, 1999)

Vedle léčebné rehabilitace je také velmi důležitá rehabilitace sociální (především různé způsoby překonávání komunikačních bariér), stejně tak možnost pracovat a začlenit se do kolektivu.

Alena (25 let, velmi těžká nedoslýchavost): *„Myslím, že si lidé dokáží představit, co to je být neslyšící, stačí si dát špunty do uší. Ale horší pochopení mají pro člověka, který těžce nedoslýchá. Začali na mě mluvit nahlas. Což mě rušilo ještě víc. Slyším, ale nerozumím. Já nepotřebuju, aby na mě řval, ale aby mi to zopakoval ještě jednou. Což slyšící moc*

nechápu. Máme spíš hodně problémy s kvalitou. Dám příklad, vím, že starší paní byla u doktorky a ta věděla, že je neslyšící a úplně tam na ní řvala. Tak se jí pak někdo zeptal, proč to té paní nenapsala a ona řekla, že jí to nenapadlo. Slyšící prostě vůbec nevědí, jak komunikovat s neslyšícími lidmi. Bud' napsat, nebo se postavit na světlo a dobře artikulovat. Nebo se ho takhle dotknout, prostě mi přijde, že vůbec neznají pravidla komunikace, chovají se někdy nepřiměřeně. Neuvědomují si, že by si neměli zakrývat ústa, neměli by se otáčet zády, nemělo by jim dopadat světlo na tvář.“

3.5.3 Lidé s tělesným postižením

Historie různých léčebných pokusů v oblasti tělesných vad a zdravotních oslabení patří k dějinám medicíny, cílené zaměření na vzdělávání a osobnostní rozvoj těchto jedinců ovšem tak dlouhou minulost nemá.

Zdravotní rehabilitace u lidí s tělesným handicapem je i dnes velmi důležitá. Z hlediska výchovy a vzdělávání nebývá samotné pohybové omezení někdy vnímáno natolik zásadní, aby vyžadovalo specifické přístupy.

Pro tělesně a zdravotně postižené osoby existuje již technická vyspělost ve výběru kompenzačních pomůcek. Jde především o ortopedické hole, berle. Moderní protetika poskytuje moderní náhradu chybějících částí těla (protézy jsou funkčními náhradami např. končetin nebo jejich částí, epitézy plní spíše roli kosmetických náhrad – např. ušního boltce nebo prsu). V některých případech je kompenzační řešení relativně velmi levné a jednoduché (např. problém kratší dolní končetiny lze řešit speciálně upravenou ortopedickou obuví), jindy jsou ale zase technologie usnadňující a zkvalitňující život tělesně postižených značně náročné a drahé – např. elektrické ortopedické vozíky, automobily upravené pro ruční ovládání, speciální hardwarové pomůcky pro ovládání počítače typu myši ovládané ústy nebo pohybem očí apod. (Slowík, 2007)

Pomůcky ale nemohou být dostatečné v prostředí plném těžko překonatelných překážek. Nyní již moderní architektura zahrnuje do svých plánů podmínku bezbariérovosti. Především na veřejných místech jsou vidět neobvyklé úpravy, jako jsou snížené nájezdy přes obrubník chodníku, širší vstupní dveře s plynulým nájezdem pro vozíčkáře, provoz nízkoplošných vozidel v městské hromadné dopravě atd.

Velmi je také důležitá bezbariérovost sociální, především vstřícnost společnosti k rovnoprávnému přijímání handicapovaných osob, a také dostatek příležitostí pro tělesně

handicapované jedince plnohodnotně se do života společnosti zapojovat. Komplexní rehabilitace musí řešit otázky jejich pracovního uplatnění, seberealizace, širších sociálních kontaktů, fyzického i kulturního rozvoje (včetně např. sportovního využití) atd. Potřeby tělesně a zdravotně postižených lidí jsou stejné jako potřeby ostatních lidí, ovšem jejich naplnění vyžaduje často neobvyklé postupy a prostředky.

3.6 Výchova a vzdělávání osob s postižením zraku, sluchu a tělesným postižením

3.6.1 Osoby s postižením zraku

Počátky výchovné a vzdělávací péče o zrakově postižené u nás jsou historicky spojeny především se dvěma pražskými ústavami pro nevidomé: Hradčanským (1807) a Klárovým (1832). Systematická vzdělávací péče o slabozraké se však datuje až od počátku 20. stol.

Péče a pomoc rodičům se zrakově postiženými je již poskytována ve **střediscích rané péče**. Jak uvádí Votava (2003), cílem těchto programů je eliminovat a zmírnit důsledky postižení a současně poskytnout celé rodině včetně dítěte, ale současně i společnosti předpoklady pro sociální integraci. Střediska poskytují poradenské služby rodinám s dětmi se zrakovým postižením ve věkovém intervalu 0-3 roky a v případech dětí s kombinovaným postižením až do 7 let.

V současnosti se mohou u nás děti, žáci a studenti s postižením zraku vzdělávat jak v běžných školách (mateřských, základních, středních), tak ve speciálních školách zaměřených na vzdělávání zrakově postižených dětí, žáků a studentů. Dle vyhlášky MŠMT ČR č. 73/2005 Sb. jsou to: mateřská škola pro zrakově postižené, základní škola pro zrakově postižené, střední škola pro zrakově postižené (střední odborné učiliště pro zrakově postižené, odborné učiliště pro zrakově postižené, praktická škola pro zrakově postižené, gymnázium pro zrakově postižené, střední odborná škola pro zrakově postižené) a konzervatoř pro zrakově postižené. Žáci a studenti, kteří nemohou číst běžné písmo zrakem,

mají právo na vzdělávání s použitím Braillova hmatového písma¹¹ (§ 16 odst. 7 zák. č. 561/2004 Sb.).¹²

Podobně jako v případech jiných druhů postižení je i pro studenty se zrakovým handicapem přístupné vysokoškolské studium. Ztíženou situaci jim i jejich pedagogům pomáhají zvládat podpůrná centra, např. formou poradenství nebo zprostředkování digitalizace dokumentů, speciálních tisků, zajištění vhodného softwarového počítačového vybavení atd. (Valenta, 2003)

Předpokladem úspěšného vzdělávání zrakově postižených osob jsou opět různé formy kompenzace, představené širokým výběrem speciálních pomůcek. Kromě optických a digitálních přístrojů se využívají také pomůcky daleko jednodušší, ale přitom velmi účinné – např. kontrastní fixy se silnou stopou, vhodné kombinace barev pro zlepšování zrakového vnímání (např. žlutá křída na zelenou tabuli), barevné fólie apod. Při vzdělávání jedinců s tímto postižením je také nutno dodržovat jisté základní zásady:

- dostatek světla (při vzdělávání slabozrakých osob)
- přiměřená (pokojová) teplota – potřebná pro optimální schopnost hmatového vnímání
- omezení hluku (pro nerušené sluchové vnímání a orientaci)
- vhodná úprava prostoru (pro bezpečný pohyb a snadnou orientaci)

Olina (40 let, těžce slabý zrak) na své studium vzpomíná: *„Doktor rodiče přesvědčil, že by normální škola byla pro mě za trest, že bych měla jít do školy pro děti s vadami zraku. Což bylo úžasné, výuka byla pro nás přizpůsobena. Horší bylo, když přešel člověk do normálního života. Já jsem absolvovala i gymnázium pro mládež s vadami zraku, ale už od první třídy jsem se setkávala s dětmi, které měly normální zrak. Tam jsem pochopila, že špatně vidím, když jsem si měla něco přečíst.“*

Žaneta (25 let, nevidomá): *„Chodila jsem do mateřské školy s nevidomýma dětma, pak jsem studovala základní školu a i jsem byla v integraci s vidícími lidmi. Pak jsem byla na*

¹¹ Braillovo písmo – Louis Braille (1809–1852), sám nevidomý vytvořil speciální systém bodového písma. Kombinace vytlačených bodů v základní šestibodové struktuře každého znaku dovoluje zapisovat nejenom kompletně jakoukoliv abecedu, ale i např. matematické operace, nebo dokonce hudební notové party. Pro rychlejší a snadnější zapisování znaků Braillova písma je už od roku 1897 k dispozici speciální psací stroj (zkonstruovaný německým tyflopem Oskarem Pichtem – proto se používá také název Pichtův psací stroj), který je vybaven 6 klávesami pro zápis jednotlivých bodů ve struktuře každého znaku.

¹² <http://www.msmt.cz/vzdelavani>

Gymnáziu v Butovicích pro nevidomé a nyní studuji Konzervatoř Jana Deyla v Praze a to je také pro nevidomé, jsem ve 4. ročníku a ještě mi chybí tedy 3 roky. V 5. ročníku je maturita a pak ještě 2 roky absolutoria. Chtěla bych být učitelkou hudby, pak by mě třeba mohli zaměstnat v nějako lidovce. Chtěla bych studovat hudební vědu v Brně, rodiče jsou rádi, že se osamostatním. Teď už je internet, skype a není to daleko, tak to bude dobré pro obě dvě strany.“

Michal (25 let, nevidomý): *„Chodíval jsem do školky do Brna. Od 4 let na internátě, už to mi dost pomohlo, pomůže nám to do budoucna v začlenění do společnosti. A pak člověk nemá problémy, hlavně když je třeba introvert, tak mu to hodně pomůže. Pak jsem šel do školky po roce do Budějovic pro nevidomé a slabozraké. Na základní škole udělali dvě třídy, jednu pro nevidomé a druhou pro lidi se zbytky zraku, to bylo normálně při škole. Tam vymysleli skvělý přístup integrace, to pokud vím, nefunguje v celé republice a je to škoda. Nemělo to chybu. Naučili jsme se číst, psát a tyto základní věci a od druhé třídy jsme třeba byli integrováni na jeden předmět do zdravé třídy a postupem roků se to stupňovalo a na druhém stupni nás už zařadili zcela do zdravé třídy s tím, že si dali tu práci a integrovali nás do třídy s klidnými dětmi a pak si dali tu práci a vybrali nám děti v tom druhém stupni, se kterými jsme prakticky vyrůstali. Tak těm dětem nepřišlo vůbec divný, že tam mají „slepouny“, ty děti byly fantastické a dodneška se setkáváme. A podle mě to nemělo chybu. Teď vidím ty děti, co mají na všechno asistenty a mají problém si zavázat i boty, mají problémy cokoli udělat, protože všechno udělá asistent a ty děti jsou v podstatě negramotné, což je velká škoda. Takový typ integrace jsem už nikde neviděl a myslím, že je to velká chyba. V 7. třídě jsem nastoupil na Konzervatoř v Praze a dostudoval a teď začal studovat ladiče piána. Spousta lidí říká, že to byl krok zpátky, že ladická škola je střední škola a konzervatoř má status vyšší odborné školy, ale to už mám dávno. Já si nemyslím, že by to byl krok zpátky, musíte najednou přemýšlet úplně jinak. Vše si musíte ohmatat. Chtěl bych být jednou profesionální zpěvák. Spolupracuju třeba s Evou Urbanovou, Danem Landou, Bárou Basikovou. A to jsou lidi, které v těch Budějovicích nepotkáte, takže bych rád v Praze zůstal dál.“*

3.6.2 Osoby s postižením sluchu

V pedagogice sluchově handicapovaných osob je rozdíl mezi lidmi s vrozeným a získaným postižením. Pokud jsou sluchové vjemy v raném dětství omezeny či naprosto chybí, dochází pak k deficitu ve vývoji myšlení a řeči, zaostává především porozumění pojmům a

souvislostem, schopnost abstrakce, zvládnání logických operací a nevytváří se vnitřní řeč. Tak je narušeno i vnímání osobní identity člověka. Velmi důležité je tedy rozvíjet všechny dostupné náhradní způsoby komunikace jak interpersonální, tak obecně sociální.

Komunikace

Zákon č. 384/2008 Sb. o komunikačních systémech neslyšících a hluchoslepých osob zcela změnil zákon č. 155/1998 Sb. o znakové řeči. Díky tomuto zákonu se za komunikační systémy rozumí: **český znakový jazyk a komunikační systémy vycházející z českého jazyka.**

Český znakový jazyk je základním komunikačním systémem těch neslyšících osob v České republice, které jej samy považují za hlavní formu své komunikace.

Komunikačními systémy neslyšících a hluchoslepých osob vycházejícími z českého jazyka jsou znakovaná čeština, prstová abeceda, vizualizace mluvené češtiny, písemný záznam mluvené řeči, Lormova abeceda, daktylografika, Braillovo písmo s využitím taktilní formy, taktilní odezírání a vibrační metoda Tadoma.¹³

Běžné dorozumívání je u lidí s těžkým sluchovým postižením velice omezené, někdy až zcela nemožné. Musejí se tedy hledat alternativní přístupy a metody v dorozumívání. Existují tedy tyto možnosti:

Český znakový jazyk

Základem znakového jazyka je systém pohybů – gest rukou a dalších doplňujících výrazových (pohybových a mimických) prvků, které vytváří plnohodnotné nezávislé jazykové prostředí. Výhodou je snadná a plynulá komunikace mezi sluchově postiženými. Pro většinu populace to je ale komunikace prakticky nesrozumitelná a v širším interpersonálním kontaktu nepoužitelná.

Znakovaná čeština využívá gramatické prostředky češtiny, která je současně hlasitě nebo bezhlasně artikulována. Spolu s jednotlivými českými slovy jsou pohybem a postavením rukou ukazovány jednotlivé znaky, převzaté z českého znakového jazyka.

Orální metoda

Předpokladem je srozumitelné používání mluvené řeči a dostatečná schopnost odezírání mluvené řeči neslyšícím člověkem z úst druhých lidí. Problémem je náročnost procesu

¹³ <http://www.zakonycr.cz/>

odezírání a také složitost jazykového systému společnosti slyšících lidí. Při komunikaci se sluchově postiženým je třeba vzít v úvahu jisté podmínky, aby odezírání bylo efektivní. Je např. vhodné mluvit pomaleji, používat jednoduché věty a známá slova (odezíráním lze zachytit pouze část sdělení, cca 30-40 % výpovědi, zbytek musí odezírající domýšlet), správně artikulovat a udržovat přiměřenou interpersonální vzdálenost, což se doporučuje max. 4 m. Velmi důležité je také dostatečné osvětlení mluvčího (především obličeje) a velmi pomáhají také podpůrné komunikační prvky jako mimika a gestikulace. Při odezírání je také velmi důležité soustředění – schopnost souvisle odezírat klesá přibližně po 15-20 minutách.

Bilingvální přístup

Výhodný kompromis mezi předcházejícími metodami je jejich kombinace. Při tomto přístupu jsou jedinci s těžkým sluchovým postižením vzdělávání jak s využitím běžného jazyka (odezírání, mluvení, čtení, psaní), tak i pomocí českého znakového jazyka (např. i prostřednictvím tlumočnicka). Mají možnost tak partnersky komunikovat s nepostiženými lidmi a současně mohou být respektováni jako specifická kulturní a jazyková menšina.

Totální komunikace

U mnohých sluchově postižených osob je komunikační deficit tak velký a závažný, že pro jeho kompenzaci nestačí využít jen některé dorozumívací prostředky. Totální komunikace (v současnosti nejrozšířenější přístup v našich školách pro žáky se sluchovým postižením) tedy kombinuje český znakový jazyk, mluvenou řeč, prstovou abecedu, odezírání, psaní, čtení, mimické a gestikulační prvky atd. (Slowík, 2007)

Vzdělávání

Již speciálněpedagogická centra provádějí časnou surdopedickou a logopedickou intervenci, zajišťují poradenské a informační služby rodinám se sluchově postiženými dětmi.

Z historie víme, že ústavy a školy pro sluchově postižené byly zřízeny především na konci 19. stol. a poč. 20. stol. v Brně, Českých Budějovicích a Plzni. Současně inkluzivně orientované školství upřednostňuje vzdělávání takto postižených dětí, žáků a studentů v běžných školách, společně s nepostiženými vrstevníky. Žáci a studenti, kteří nemohou vnímat sluchem řeč, mají právo na bezplatně vzdělávání pomocí nebo prostřednictvím znakového jazyka (§ 16 odst. 7 zák. č. 561/2004 Sb.). Alternativní možností je vzdělávání ve školách se speciálně zaměřeným programem pro sluchově handicapované děti, žáky a studenty. Upravuje to vyhláška MŠMT ČR č. 73/2005 Sb., kde je napsáno, že existuje mateřská škola pro sluchově postižené, základní škola pro sluchově postižené, střední škola pro sluchově postižené (střední odborné učiliště pro sluchově postižené, odborné učiliště pro

sluchově postižené, praktická škola pro sluchově postižené, gymnázium pro sluchově postižené, střední odborná škola pro sluchově postižené). Lidé se sluchovým postižením mají možnost studovat v různých oborech vysokoškolského studia. Univerzity jim většinou poskytují adekvátní podporu. Např. v bakalářských oborech Výchovná dramatika neslyšících na Janáčkově akademii múzických umění v Brně a Čeština v komunikaci neslyšících na Univerzitě Karlově v Praze jsou výukové předměty přednášeny se simultánním překladem do znakového jazyka. (Valenta, 2003)

Alena (25 let, velmi těžká nedoslýchavost): *„Chodila jsem do Mateřské školky pro slyšící na Praze 10. Tam jsem se docela začlenila do kolektivu. Ale tehdy ta doba integrovaným dětem moc nepřála, pak jsem šla na základní školu a měla jsem výbornou učitelku, ta byla mojí největší oporou. S diktáty jsem měla trochu problém, ale ona na mě brala ohledy. Tu jsem měla 5 let, horší to bylo potom. Měli jsme na všechno jiné učitele. Každému jsem potřebovala vysvětlit požadavky, že potřebuju sedět ve druhé lavici uprostřed, protože pro mě jsou moc blízko, musela jsem vysvětlit, že se nemají otáčet k tabuli, když mluví, že když na ně dopadá slunce na diktát, že to musí zopakovat. Nejtraumatičtější pro mě byly diktáty z němčiny. Pak jsem měla dost problémy s učiteli, když jsem třeba říkala, že jim nerozumím a oni mi odpovídali, ale Kmoníčková, Vy rozumíte, Vy se jen vmlouváte. Takže jsem zkusila Gymnázium pro sluchově postižené v Ječné. Bylo to úplně jiné prostředí. V jisté míře tam byl znakový jazyk. Byl to pro mě šok, musela jsem se naučit odezírat, velmi brzo jsem pochopila, že jsem na tom mnohem víc dobře než oni, že je to všechno relativní. Tak jsem se tam rozhodla zůstat, udělala jsem gymnázium a šla jsem na vysokou. Dostala jsem se na žurnalistiku. Většina kamarádů, kteří máme stejné postižení, tak velice rádi od mala čteme, nepotřebujeme se učit, jak to slovo vypadá, s češtinou nemám problémy.“*

Lukáš (33 let, těžká nedoslýchavost): *„Tuto nemoc mám již od narození, ze začátku jsem chodil do mateřské školky pro slyšící, což bylo nepříjemné, samota, oddělenost od slyšících. Naštěstí tam byla dobrá ředitelka a doporučila mé matce Mateřskou školku pro sluchově postižené v Ječné ulici na Praze 2, zde jsem také vystudoval základní školu a pak i gymnázium pro sluchově postiženou mládež. Později jsem vystudoval v Praze na Vysoké škole umělecko průmyslové obor Grafiku, design a vizuální komunikaci.“*

Jirka (25 let, těžká nedoslýchavost): *„Do školy jsem chodil v Ječné, speciální školy pro neslyšící a nedoslýchavé, škola je orální, tak jsme všichni mluvili. Zde jsem absolvoval i*

gymnázium. Již jsem studoval dva semestry na filozofické fakultě obor Čeština v komunikaci neslyšících, pak jsem přerušil, nyní mě zase čekají přijímačky. Přál bych si, aby všichni uměli znakovat, ne jenom mluvit a křičet navzájem, když neslyšíme nebo nedoslýcháme. Ve školách pro neslyšící a nedoslýchavé nemají předmět znakový jazyk, proto je problém, když skončí školu a mezi sebou se setkávají a znakově každý skoro jinak, hlavně na Moravě a v Čechách. Orální metodu má jen pár škol, zbytek totální komunikace.“

3.6.3 Osoby s tělesným postižením

Významnou osobností podílející se na vzdělanosti lidí se zdravotním postižením byl u nás známý lékař a profesor Rudolf Jedlička (1869-1926). V r. 1913 založil v Praze ústav pro tělesně postižené děti, který dodnes vzdělává děti s tělesným či kombinovaným postižením a stále nese jeho jméno. Kromě sociální péče byla a dodnes je klientům Jedličkova ústavu poskytována příležitost adekvátního vzdělání a osobního růstu jako přípravy pro samostatný a plnohodnotný život. Děti, žáci a studenti s tělesným postižením mají dnes teoreticky neomezenou příležitost vzdělávat se v běžných školách všech typů a stupňů. Upřednostňuje se integrace do běžných škol, kde je často zapotřebí využít služby osobní asistence. (Valenta, 2003)

Omezením mohou být různé stěží překonatelné a stěží odstranitelné bariéry, proto existují i školy specificky zaměřené na vzdělávání dětí, žáků a studentů s tělesným handicapem. Dle vyhlášky MŠMT č. 73/2005 jsou mateřská škola pro tělesně postižené, základní škola pro tělesně postižené, střední škola pro tělesně postižené (střední odborné učiliště pro tělesně postižené, odborné učiliště pro tělesně postižené, praktická škola pro tělesně postižené, gymnázium pro tělesně postižené, střední odborná škola pro tělesně postižené).

I u dětí s tělesným postižením je velice důležitá včasná intervence, raná podpora. Tím se rozumí systém služeb a programů poskytovaných dětem ohroženým v sociálním, biologickém a psychickém vývoji, dětem se zdravotním postižením a jejich rodinám s cílem předcházet postižení, eliminovat nebo zmírnit jeho následky a poskytnout rodině i dítěti možnosti sociální integrace.¹⁴

V závislosti na intenzitě pohybového nebo zdravotního postižení potřebuje každý tělesně handicapovaný jedinec pro svůj optimální rozvoj určitou míru a určitý typ podpory. U dětí

¹⁴ <http://www.nrzp.cz/>

s vrozeným tělesným postižením je potřeba orientovat se zejména v raném dětském věku na psychomotorický vývoj. Známým příkladem jsou speciální metody intenzivní rehabilitace používané zvláště u dětí s dětskou mozkovou obrnou (Vojtova metoda atd.) a další zásadní pomoc musí směřovat k psychické a osobností integritě a sociální integraci člověka s tělesným handicapem.

Jan (34 let, DMO) nyní studuje od r. 2001 Filozofickou fakultu Karlovy univerzity v Jinonicích a o svém studiu vypovídá: *„Češtinu jsem dříve studoval na Palachově náměstí, přístup tam nebyl skoro žádný, pouze zadní vchod pro vozíčkáře, problematický byl záchod, ten tam žádný nebyl. Jinonice mají zase problém, že nemají bezbariérový výstup z metra, do školy jezdím s různými přestupama autobusem. Někdy kvůli nedostatku nízkopodlažních autobusů jsem nucen být na přednášce již dvě hodiny předem.“*

Tomáš (36 let, RS): *„Chodím na soukromou vysokou školu. Ve třídě je nás asi 85 a z toho 4 postižení. Po dobu studia máme k dispozici počítač, diktafon, učebnice zdarma. Neplatíme školné, zdraví platí 50 tis. ročně. Metropolitní univerzita Praha má 6 budov, 3 v Praze, 1 v Liberci, 1 v Hradci, 1 v Plzni. Jsou to bezbariérové budovy. Jsou tam plošiny, výtahy, naše škola má 5 tis. studentů, z toho 60 nás je s postižením.“*

3.7 Nezávislý způsob života „Independent Living“

Předpokladem kvalitního života je pro postiženého nezávislost. Patří k ní soběstačnost při všedních denních činnostech, jako je jídlo, oblékání, hygiena, komunikace s okolním světem. Postižený však chce být také ekonomicky nezávislý, moci rozhodovat v běžných denních situacích, organizovat svůj život a plánovat budoucnost.

Samostatný způsob život lidem na vozíku často umožňuje **osobní asistence**. Osobní asistence vznikla již v 60. letech v USA součástí hnutí Independent Living. Toto hnutí vzešlo především od samotných těžce tělesně postižených, protože ti své potřeby znají nejlépe. Je to forma pomoci, při které má člověk se zdravotním postižením k dispozici osobního asistenta a sám určuje, kdy a jakou pomoc potřebuje. Osobní asistent mu pomáhá při základních životních úkonech, při studiu, při různých činnostech v domácnosti, ale funguje i jako doprovod za zábavou, sportem či za rekreací. U nás podala první projekt na poskytování služeb osobní asistence Pražská organizace vozíčkářů. Její pracovníci se poučili

ze švédských a holandských zkušeností, upravili pravidla podle svých představ a v r. 1991 začali poskytovat osobní asistenci deseti klientům Pražské organizace vozíčkářů. (Hrdá, 2006)

Zákonem je nyní ustanovena cena 100 Kč za hodinu osobní asistence. Některé organizace poskytující tuto službu z části hradí a cena je tudíž nižší.

Pro jiné skupiny lidí s postižením, např. pro nevidomé může být ve funkci osobního asistenta potřebný speciální zácvik či vzdělání. U neslyšících působí jako osobní asistent např. při jednání s úřady tlumočnický znakového jazyka.

Alena (25 let, velmi těžká nedoslýchavost): „My osobní asistenci nepotřebujeme, ale potřebujeme tlumočnicka. Pokud někdo potřebuje, objednává si přes Centrum zprostředkování tlumočnicků pro neslyšící, to spadá pod společnost ASNEP. Předem se musí objednat, sdělit datum atd. Tlumočnický proplácí Centrum. Pak také existuje tlumočení online přes Agenturu profesního poradenství pro neslyšící přes kameru. Tam fungují od 9 do 5 hodin, musí se objednat tak dva dny předem.“

Dále asistenční psi jsou dobře známí jako průvodci nevidomých. Pro tuto funkci jsou vybíráni a musí absolvovat speciální výcvik.

Jan, (34 let, DMO): „Osobní asistenci využívám, domlouvám se vždy, tak tři dny předem. U mě spočívá osobní asistence v doprovodu z místa na místo. Tak dvě hodiny ráno, tady v práci v Pražské organizaci vozíčkářů jsem velmi soběstačný. V průměru potřebuju tak pět hodin asistence denně zvenčí. Kdyby nikdo nebyl doma, tak potřebuju, tak jednou za tři dny někoho, kdo mi s jistýma věcmi pomůže, jako vyprat, nakoupit, vyžehlit, uvařit, převlíknout. Já svým asistentům dávám 70 Kč na hodinu. Jako klient se na tom podílím 60 Kč. Jsme nejlevnější organizace. Pražská organizace vozíčkářů dostávala dotace, ale teď už ne, živoříme a přemýšlíme, zda a jak budeme fungovat. Jsem taky nešťastný, že nemůžu jim dát více, protože si myslím, že to není činnost, která by byla penězi zaplatitelná. Je to náročné po fyzické i psychické stránce. Tomu člověku musíte chtít dát ten čas. Dnes je čas pro každého drahý. Děláte mu vlastně i ruce i nohy a zapojujete ho do života dle jeho představ, přestože Vám to nemusí být příjemné. Dnes je to nastavený tak, že mládí, krása výkon a my do toho taky moc nezapadáme, protože pracujeme třeba pomaleji.“

Paní Šubrtová (76 let, DO): „*Osobní asistenci pokaždé potřebuji jinak. Každý den sem někdo chodí. Pomáhají mi s úklidem, koupáním, po úřadech, po doktorech. Já mám problémy s oblékáním, když se to spočítá, tak vždy na kontrolu musím k 8 doktorům. Platíte buď 150 Kč nebo 100 Kč nebo 60 Kč. Teď si představte, že jste s asistentem za 150 Kč u doktora a čekáte...To je v pořádku, to je perfektní věc, kterou máme, to se nedá nic dělat. Je to organizace tady v domě pečovatelská, dále ještě spolupracuji s Jihoměstskou organizací, ty nás koupou, nosí nám obědy. A беру taky asistenci z Pražské organizace vozíčkářů.*“

Lukáš (33 let, těžká nedoslýchavost): „*Na úřady chodím sám, uvítal bych tlumočníka, ale nevyhovuje mi domlouvání se předem, většinou ale ani není třeba.*“

3.8 Partnerství

Partnerský vztah znamená pro postiženého také životní jistotu a do jisté míry jim může nahradit i jiné oblasti života, u někoho sport, u jiného zaměstnání, kde tvoří postižení větší překážku. Přesto však obvykle působí samo postižení při navazování a udržování partnerských vztahů určitou komplikaci, která závisí jednak na typu postižení, jednak na době jeho vzniku.

Častá jsou partnerství mezi dvěma lidmi s podobným postižením. Např. známé jsou stabilní manželství lidí s následky po poliomyelitidě. Výhodou je, že mají často společné zkušenosti, zájmy, problémy, ba i mohou společně jezdit do lázní. Jsou i dobře fungující vztahy mezi dvěma lidmi s různým postižením, např. vozíčkářky, která je schopná řídit auto, a nevidomého muže, který své partnerce pomáhá překonat architektonické bariéry.

Vztah mohou samozřejmě najít také mezi zdravými lidmi. Mezi zdravými partnery to jsou často lidé s pečovatelskými sklony, což je běžnější mezi ženami. Např. řada mužů na vozíku po poranění míchy má přes své těžké postižení manželku. Nejsou výjimkou trvalá partnerství, která se rozvinula ze vztahů profesních, tedy manželství postižené osoby se zdravotní sestrou, fyzioterapeutkou, osobním asistentem apod.

Lidé se zdravotním postižením jsou znevýhodněni při navazování partnerských vztahů již od puberty, jelikož jsou závislí na péči jiných osob a tím jsou pod jejich kontrolou. Především úzký vztah k rodičům a jejich dominance ve vzájemném vztahu brání postiženým v mládí navázat partnerské vztahy a získat první zkušenosti. Mnozí také třeba trpí nedostatkem příležitostí k seznámení, což je důležité i proto, že není snadné najít spolehlivého, na vztah

s postiženým člověkem připraveného partnera. Velmi vhodné jsou zkušenosti získané ve škole, při pobytech na táborech pro postiženou mládež, v lázních a na rekondicích, je velmi dobré rozšíření takových příležitostí a z pozice vedoucího i organizátora tuto možnost podporovat. (Votava, 2003)

Paní Šubrtová (76 let, DO): *„S manželem jsem se seznámila v lázních, měl stejnou dětskou obrnu, dostal ji ve třech letech, ale ten nebyl tak postižený“.*

Michal (25 let, nevidomý): *„Mám jednu hodně špatnou zkušenost, jednoho času jsem našel přes internet přítelkyni zdravou a reakce její matky byla, no já jsem si myslela, že si najdeš normálního chlapa, který se ti bude starat o barák. Hodnoty se ztrácejí, důležité bylo, zda umím opravit barák, zase jsme u předsudků. Vydržel půl roku ten vztah.“*

Lukáš (33 let, těžká nedoslýchavost): *„Bydlím sám a jsem ve vztahu s ženou s podobným handicapem, která má dvě děti.“*

4. Mezinárodní úmluvy a prohlášení

Na práva lidí se zdravotním postižením se začalo teprve upozorňovat v 80. letech 20. stol. díky velkému množství mezinárodních organizací, které přijaly řadu důležitých dokumentů. Především se vycházelo ze **Všeobecné deklarace lidských práv z r. 1948** a řady dalších úmluv např. **Mezinárodní úmluvy o hospodářských, sociálních a kulturních právech, Mezinárodní úmluvy o občanských a politických právech, Úmluvy o pracovní rehabilitaci a zaměstnávání invalidů, Úmluvy o právech dítěte** atd. Komise pro sociální rozvoj Hospodářské a sociální rady OSN ve spolupráci s nevládními organizacemi vytvořila „**Standardní pravidla pro vyrovnání příležitostí pro zdravotně postižené děti, mládež a dospělé osoby**“, která byla schválena Valným shromážděním OSN 28. 10. 1993.

Plnění „Standardních pravidel“ je monitorováno a výsledky toho jsou projednávány na zasedání této Komise.

„Standardní pravidla“ definují rehabilitaci následovně:

„Rehabilitace je proces, jehož cílem je umožnit osobám se zdravotním postižením (disabled), aby dosáhly a zachovaly si optimální fyzickou, smyslovou, intelektovou, psychickou a sociální úroveň funkcí a poskytnout jim prostředky pro změnu jejich života k dosažení vyšší úrovně nezávislosti. Rehabilitace může zahrnovat opatření pro zajištění a obnovu funkcí nebo opatření kompenzující ztrátu nebo absenci funkce nebo funkční omezení.“ (Votava, 2003, s. 82)

Význam „Standardních pravidel“ znamená nové řešení problémů lidí se zdravotním postižením, které mají přispívat především k jejich integraci do aktivní společnosti. Těž apelují na jednotlivé státy k přijetí opatření pro vyrovnání příležitostí osob se zdravotním postižením a poskytují jednotlivým státům návody, jak postupovat v řešení problémů lidí se zdravotním handicapem s cílem vytvořit předpoklady pro jejich rovnoprávné zapojení do života společnosti.

Dalším významným dokumentem je **Madridská deklarace** z r. 2003, která též usiluje o začlenění zdravotně postižených do všech oblastí života. Vyžaduje, aby všechny organizace znovu přezkoumaly svou obvyklou praxi a ujistily se, že probíhá způsobem, který umožňuje lidem se zdravotním postižením podílet se na jejich aktivitách a mít z nich prospěch. Mezi tyto organizace patří např.: spotřebitelské organizace, organizace mládeže, náboženské organizace, kulturní spolky i ostatní společenské organizace, které zastupují specifické

skupiny občanů. Je zapotřebí zapojit také politiky a řídící pracovníky takových zařízení, jako jsou muzea, divadla, kina, parky, stadiony, kongresová centra, nákupní centra a pošty.

Postavení handicapovaných občanů v našem právním řádu by se v současnosti dalo charakterizovat pozvolnými změnami v pozitivním směru.

Vládní výbor pro zdravotně postižené osoby byl zřízen v r. 1991, připravuje a předkládá vládě ČR ke schválení národní plány pro občany se zdravotním postižením. Občané se zdravotním postižením se sami podílejí na činnosti Výboru prostřednictvím Národní rady osob se zdravotním postižením ČR, jejíž předsednictvo je ve Výboru zastoupeno, a která je jeho hlavním poradním orgánem.

V r. 2005 přijala vláda ČR Střednědobou koncepci státní politiky vůči lidem se zdravotním postižením na období 2006-2009. Obsahuje soubor konkrétních termínovaných opatření pro jednotlivé resorty vztahující se k problematice občanů se zdravotním postižením. Národní plán je vládou ČR pravidelně monitorován, kontrolován a každoročně aktualizován. Nyní je nový Národní plán vytváření rovných příležitostí pro osoby se zdravotním postižením na období 2010-2014 projednáván a má navazovat na cíle a úkoly Střednědobé koncepce.¹⁵

¹⁵ [http : //www.nrzp.cz/](http://www.nrzp.cz/)

5. Organizace nabízející pomoc lidem se zdravotním postižením

5.1 Historie

V r. 1948 vznikl **Svaz invalidů (SI)**, který se uvnitř dělil na 4 části „vady“ - tělesně, zrakově, sluchově a vnitřně postižené. Členové byli v průměru jen lehce postižení. Účast vozíčkářů v SI byla zpočátku omezená, též vzhledem k množství bariér a nízké kvalitě vozíků. V 70. letech vznikla v ČR *Základní organizace muskulárních dystrofií*, tedy lidí velmi postižených, kteří jsou schopni se pohybovat jen na elektrickém vozíku. Od 70. let byli nejtíže postižení zájemci o pracovní uplatnění podchyceni jako zaměstnanci **podniku Svazu invalidů Meta**, který krom vlastní organizace zaměstnávání v dílnách i formou domácí práce vytvořil také rozsáhlý sociální program. Ten zahrnoval i péči z oblasti léčebné rehabilitace a psychologické poradenství. Psycholožka Dr. Alena Kábrtová, tehdy zaměstnaná v pražské Metě, zorganizovala skupinu zaměstnanců Mety – vozíčkářů a s nimi se pravidelně setkávala a pořádala opakovaně týdenní kurzy mimo Prahu. Ve spolupráci s rehabilitačním lékařem, sexuologem, fyzioterapeutem a ergoterapeutkami vznikla skupina, v níž stále větší roli sehrávali sami vozíčkáři. Byl založen sportovní oddíl TJ Meta, který od r. 1983 každoročně pořádá setkání vozíčkářů v oboře Hvězda. V polovině 80. let tato skupina založila ještě v rámci Svazu invalidů **Pražskou organizaci vozíčkářů (POV)**, která se v r. 1990 stala samostatným občanským sdružením. Tato organizace zahájila řadu programů, které probíhají až doposud. Dr. Kábrtová začala v polovině 80. let organizovat navíc k předchozí aktivitě kurzy pro osoby, které se ocitly po poranění míchy na vozíku. Původně probíhaly tyto kurzy v Kladrubech ve spolupráci s tamějším Rehabilitačním ústavem. Ve spolupráci s Ing. B. Kábrtem, J. Kašparem a dalšími vozíčkáři založili v r. 1990 Svaz paraplegiků. Tuto iniciativu podpořil svou popularitou a autoritou pan Zdeněk Svěrák a díky podpoře sponzorů a široké veřejnosti tak vzniklo Centrum informací a pomoci Svazu paraplegiků **„Paraple“**. To poskytuje v současnosti řadu programů z oblasti sociální i léčebné rehabilitace. V centru je možnost ubytování pro mimopražské vozíčkáře, pořádají se tam kurzy především pro čerstvé kvadruplegiky. Pro pražské vozíčkáře je zajištěn dovoz, který umožňuje pravidelnou sociální i léčebnou rehabilitaci. (Votava, 2003)

Z těchto počátků vznikaly od r. 1990 desítky různě zaměřených organizací, já jsem pro příklad níže vyjmenovala několik dalších organizací, zaměřených na osoby s tělesným, zrakovým a sluchovým postižením.

Národní rada osob se zdravotním postižením ČR

NRZP ČR vznikla na ustavujícím shromáždění zástupců organizací zdravotně postižených dne 27. 6. 2000. Důvodem vzniku byla snaha o nalezení co nejefektivnějšího způsobu spolupráce organizací zdravotně postižených v rámci ČR. NRZP ČR je dnes uznávaným iniciativním a koordinačním orgánem pro obhajobu, prosazování a naplňování práv a zájmů zdravotně postižených. Vzhledem k tomu, že spolupracuje s orgány státní správy a samosprávy v ČR a mezinárodními organizacemi a institucemi, je NRZP ČR nyní největším a nejrepresentativnějším zástupcem organizací osob se zdravotním postižením v ČR.

5.2 Organizace pro lidi s tělesným postižením

Český svaz tělesně postižených sportovců ČR

Poskytuje širokou nabídku kvalitních a odborně vedených pohybových aktivit, která k pravidelnému sportování přivede co největší počet tělesně postižených osob a zabezpečuje podmínky pro vrcholový sport a reprezentaci ČR navazující na kvalitní rehabilitačně rekreační úroveň, z níž do náročného vrcholového tréninku sportovci dorůstají. Zajišťuje činnost téměř 3000 sportovců sdružených v 82 klubech provozujících 23 sportů z toho 15 paralympijských.

Asistence o. s.

Jejich posláním je hledat s člověkem s tělesným a kombinovaným postižením jeho vlastní cestu jak se zapojit v běžném životě. Občanské sdružení Asistence bylo založeno v roce 1995 několika zaměstnanci Jedličkova ústavu a škol (dále JÚŠ) v Praze, rodiči a přáteli studentů a absolventů JÚŠ.

Pražská organizace vozíčkářů

Pražská organizace vozíčkářů hájí a prosazuje práva všech lidí s postižením a zejména těch na vozíku. Usiluje o odstranění bariér, mezilidských i ostatních, a snaží se vytvořit vhodné podmínky pro nenásilnou integraci. Poskytuje informace a služby, které lidem s postižením usnadňují život, kontaktuje odbornou veřejnost a vítá i iniciativu široké veřejnosti. Cílem organizace je začlenit lidi s postižením mezi ostatní spoluobčany vytvářením stejných příležitostí pro všechny s přihlédnutím ke zvláštním potřebám jednotlivých skupin.

Centrum služeb a pomoci AVAZ Děčín

Asociace vozíčkářů a zdravotně i mentálně postižených sdružuje děti a dospělé se zdravotním nebo smyslovým postižením z krajů celé republiky. Sídlo Centra služeb a pomoci

je v Děčíně, kde poskytuje sociálně zdravotní péči, poradenskou službu, půjčování pomůcek, asistenční službu, rehabilitační cvičení.

Sdružení pro komplexní péči při dětské mozkové obrně (SDMO)

Posláním SDMO, jako občanského sdružení s humanitárním zaměřením, je zlepšování kvality lidí s tímto onemocněním a jejich rodin bez rozdílu věku. Cílem je sledovat poznatky lékařských, pedagogických, sociálních a dalších oborů o příčinách, projevech a možnostech prevence a rehabilitace dětské mozkové obrny a šířit tyto poznatky v odborné i laické veřejnosti.

Unie Roska – česká multiple sclerosis společnost

Se sídlem v Praze, zajišťuje informace o postižení, rekondiční a rehabilitační pobyty, vzdělávání, osvětu, poradenství, stacionáře, kulturní aktivity, asistenční službu pro lidi s roztroušenou sklerózou.¹⁶

5.3 Organizace pro lidi se zrakovým postižením

SONS – Sjednocená organizace nevidomých a slabozrakých ČR

Motto: „Nejsme organizace, která za nevidomé rozhoduje a jedná, jsme nevidomí občané, kteří rozhodují a jednají sami za sebe. Zásady našeho počínání jsou: svépomoc, partnerství, solidarita, úcta k lidské důstojnosti, svobodná volba, zdravý rozum.“

Jedná se o občanské sdružení, které sdružuje přes 12 000 těžce zrakově postižených občanů, jejich rodinných příslušníků a příznivců.

Posláním je sdružovat a hájit zájmy nevidomých a jinak těžce zrakově postižených občanů, dále poskytovat konkrétní služby vedoucí k integraci takto postižených občanů do společnosti.

Olina (40 let, těžce slabý zrak): „Využívám hodně služby organizace SONS, je tam úžasná služba. Mám ji v mobilu uloženou a když nadiktuju, kde jsem, tak oni mi řeknou kam mám jít, jaký autobus mi přijede, kam dojedu atd. Je to bezvadná 12 hodinová služba.“

Michal (25 let, nevidomý): „Spolupracuju s organizací SONS, když mám nějaký problém. Teď jsem začal využívat různé kurzy, které poskytují, aby byl člověk samostatnější, např. kurz vaření, je to zdarma.“

¹⁶ <http://www.nrzp.cz/organizace/>

Tyfloservis, o.p.s.

Posláním obecně prospěšné společnosti Tyfloservis je podpora integrace nevidomých a slabozrakých lidí do společnosti prostřednictvím intervencí zaměřených na samotné nevidomé a slabozraké, osoby jim blízké a širokou laickou veřejnost. Jde o samostatné obecně prospěšné společnosti, každá sídlí v jiném kraji a má krajskou působnost.¹⁷

Žaneta (25 let, nevidomá): „*Někdy jsem zavolala a využila služby Tyfloservisu, taky různé zážitkové kurzy s organizací SONS, spíše ale dříve, teď už ne.*“

5.4 Organizace pro lidi se sluchovým postižením

ASNEP – Asociace organizací neslyšících, nedoslýchavých a jejich přátel

Byla založena v r. 1992 jako servisní organizace zastřešující subjekty pracující ve prospěch sluchově postižených občanů ČR nebo jejich rodičů. Členské organizace mají možnost prostřednictvím ASNEP navrhnout a připomínkovat předpisy, které mají ovlivnit život sluchově postižených občanů. Poskytuje sociální služby ve smyslu zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, osobám se sluchovým postižením po celé ČR a tím předchází sociálnímu vyloučení této skupiny, napomáhá k její seberealizaci a k vyrovnávání příležitostí.

APPN – Agentura profesního poradenství pro neslyšící

Vznikla v r. 2006 jako reakce na stav zaměstnanosti a uplatnění na trhu práce neslyšících občanů v České republice. Cílem je aktivně působit na rozvoj zdravého a stabilního trhu práce a na zvýšení dostupnosti a kvality sociálních služeb pro neslyšící.

Česká unie neslyšících

Vznikla v r. 1990 za účelem ochrany a prosazování práv, zájmů a potřeb osob se sluchovým postižením. Sdružuje všechny, kteří se zajímají o problematiku a specifickou kulturu neslyšících.

ČKO – Český klub ohluchlých

Jde o nezávislé občanské sdružení vzniklé v r. 1991. Pomáhá především osobám, které jsou postiženy náhlou ztrátou sluchu. Pro postižené pracují zcela zdarma, dobrovolnickou činností, bez administrativního aparátu.

ECPN – Evropské centrum pantomimy neslyšících

¹⁷ <http://www.sons.cz/>

Jde o občanské sdružení v Brně. Pomáhá organizovat festivaly, přehlídky, dětské tábory, kurzy znakového jazyka a vzdělávací výměnné akce související s integrací zdravotně postižených a kulturou neslyšících a vzděláváním neslyšících. Vytváří podmínky a možnosti pro vzdělávání dětí, mládeže a dospělých zdravotně postižených.

Svaz neslyšících a nedoslýchavých v České republice

Jde o největší občanské sdružení neziskového charakteru, které pracuje mezi sluchově postiženými v České republice. Hlavním posláním je ochrana a obhajoba potřeb, práv a zájmů všech sluchově postižených občanů ČR, aby bylo dosahováno maximální možné míry rovnosti těchto občanů se zdravou populací. (<http://www.nrzp.cz/>)

Jirka (25 let, těžká nedoslýchavost): „*Spolupracuju např. s European Union of the Deaf Youth, jedu tam v červenci na desetidenní pobyt.*“

6. Kvalita života (pojetí a přístupy k měření kvality)

Otázkou kvality života se zabývali již lidé odedávna. J. Bergsma, holandský psycholog z univerzity v Utrechtu, k problému kvality života píše: „Co lidé existují, byli vždy schopní zamýšlet se a uvažovat o svém životě. Kvalita života byla nejen ohniskem jejich myšlení. Byla i zdrojem jejich inspirace nejen toho, co dělali, ale i změn, k nimž toto pojetí života vedlo.“ (Křivohlavý, 2002, s. 162)

Jedna z prvních monografií zabývajících se kvalitou života byla věnována problematice hodnocení života chronicky nemocných pacientů a starých lidí. Ukázalo se, že úspěšnost léčby chronicky nemocných pacientů zvyšuje jejich počet, a tím i množství problémů, které je možné zařadit pod pojem kvality jejich života. Příkladem může být zvyšování efektivity léčebných metod při léčbě rakoviny atd. Vedle medicínských problémů vstupovaly i do hry otázky psychologické, sociální atd.

Kvalita života může být hodnocena z **objektivního** hlediska či **subjektivního**. Objektivní hledisko zahrnuje určité ekonomické, bytové, informační, zdravotní. Subjektivní hledisko je dáno tím, jak jedinec dané životní podmínky vnímá.

Světová zdravotnická organizace v r. 1994 zveřejnila tuto definici: „*Kvalita života je to, jak jedinec vnímá své postavení ve světě v kontextu kultury a hodnotových systémů, v kterých žije a ve vztahu k jeho cílům, očekáváním, životnímu stylu a zájmům.*“ (Votava, 2003, s. 152)

Aby se kvalita života jako cíl rehabilitace osob se zdravotním postižením mohl ohodnotit, musí se analyzovat. Ve výzkumné a klinické praxi se používají 4 různé metodiky sledování kvality života: spontánní oznamování, aktivní dotazování, psychometrické testy a nepřímá měřítka. Spontánním oznamováním je výpověď pacienta, která je často nepřesná. Aktivní dotazování provádíme ústní formou – rozhovorem, nebo písemnou formou – dotazníky. Jde o poměrně citlivou metodu, ale kvantifikace a komparabilita změn kvality života je nepřesná. Psychometrické testy umožňují sledovat i jemnější změny kvality života. Jde o různé vizuální, numerické a verbální škály. Nepřímá měřítka se používají u osob s omezenou schopností vyjadřování, např. u těžce mentálně postižených.

U nás byl zaveden francouzský dotazník SQUALA (Subjektive Quality of Life Analysis), jehož autorem je Zanotti (1994). Tento dotazník posuzuje 17 oblastí (např. zdraví,

soběstačnost, rodina, přátelské vztahy, partnerský vztah, sexualita, děti, víra, svoboda, krása, peníze, jídlo) a to dvojím způsobem. Jednak důležitost každé oblasti pro respondenta, pak spokojenost v dané oblasti. Pokaždé je hodnocení kvantifikováno v pěti stupnicích a celkový výsledek se hodnotí jako součin obou údajů.

Existuje i řada dalších dotazníků, určených pro hodnocení kvality života. Lidé s těžším stupněm zdravotního postižení mají kvalitu života sniženu, stejně tak omezení životních příležitostí. Negativně je ovlivňuje bolest, únava a další nepříjemné tělesné pocity a občas i závislost na pomoci cizích osob. Na druhé straně to může být pro postižené výzvou i k mobilizování všech sil a tím může i sám postižený zvýšit kvalitu života. Společnost se snaží vytvářet v rámci komplexní rehabilitace podmínky pro osoby se zdravotním postižením, ale i velmi důležitý je přístup k vlastnímu životu.

Tomáš (36 let, RS): *„Snažím se, aby ty lidi v těch bytech nezblbli, takže pořádáme jednou za měsíc či dva různé výlety, na koncerty, do ZOO atd. Kamarádi nebo moje bývalí zákazníci z cukrárny s námi chodí jako asistenti na ty koncerty atd., jezdím také lyžovat. Žijeme poměrně normálním životem, pokud chceme a pokud nám to nemoc dovolí.“*

7. Problematika bezbariérovosti

Tato kapitola je především věnována osobám s tělesným postižením, které se ocitly na vozíčku. Ne každý si dokáže představit, jak takové prostředí vypadá. Mnohý má představu, že bezbariérové úpravy znamenají vytvoření jakýchsi monster, která město jako takové hyzdí. Opak je ale pravdou. Bezbariérové město je vstřícné ke každému. Přiznejme si, že i chodícímu člověku je příjemné, když se po městě pohybuje plynule, bez zdolávání různých schodů nebo terénních nerovností. Navíc město je tvořeno pro všechny, a lidé, kteří potřebují bezbariérové prostředí, nejsou jen osoby s tělesným či smyslovým postižením, ale i rodiče s kočárky, starší lidé, nebo i mladí sportovci se sádrou na noze a o berlích. (Filipiová, 2002)

Vládní výbor pro zdravotně postižené občany a Národní rada zdravotně postižených ČR vyhlásily dne 16. dubna 2002 Program zvyšování bezpečnosti dopravy a jejího zpřístupňování osobám se sníženou schopností pohybu a orientace. V roce 2002 se Vládní výbor pro tělesně handicapované rozhodl změnit název programu na Národní rozvojový program mobility pro všechny. 14. července 2004 se vláda prostřednictvím usnesení vyjádřila k návrhu Vládního plánu financování **Národního rozvojového programu mobility pro všechny**. Vláda schválila Vládní plán financování Národního rozvojového programu mobility pro všechny a uložila uplatnit při sestavování návrhů státních rozpočtů v letech 2005 až 2015 ve svých rozpočtových kapitolách vyčlenění finančních prostředků na zajištění úkolů Vládního plánu. Cílem programu je zvýšení kvality a bezbariérovosti dopravních komunikací ve městech, bezbariérová dostupnost služeb veřejné a státní správy, zdravotních a sociálních služeb a pracovních a vzdělávacích příležitostí v rámci města/regionu, zlepšení přístupu všech obyvatel k dopravě. (Národní rada zdravotně postižených ČR, 2006)

Bezbariérovost infrastruktury a dopravních řetězců je důležitým faktorem kvality života a hraje klíčovou úlohu pro volbu místa bydliště a pracoviště obyvatelstva. Přístupná dopravní infrastruktura je hlavní podmínkou pro zapojení osob se sníženou schopností pohybu do aktivního života a zvýšení jejich ekonomických aktivit.

Dostupnost dopravy v obcích i mimo ně je pro osoby se sníženou schopností pohybu a orientace nedostatečná. Připočteme-li k tomu i současný trend vedoucí k omezování dopravních spojů a místy až k útlumu veřejné autobusové a železniční dopravy, dostává se tato skupina obyvatelstva do vážných problémů. Většinová populace řeší problémy s dostupností dopravy přesunem k osobní automobilové dopravě. Osoby se sníženou

schopností pohybu tuto možnost většinou nemají a dochází tak k jejich vyčleňování ze společnosti.

Městskou hromadnou dopravu v ČR zajišťuje 96 měst. Je provozována dopravou autobusovou, tramvajovou, trolejbusovou a v hlavním městě Praze i metrem. Současným trendem ve větších městech, případně v příměstských oblastech velkých aglomeračních center, je zavádění integrovaného dopravního systému hromadné dopravy. Tyto systémy integrují všechny dostupné druhy veřejné dopravy s preferencí kolejové dopravy a současně umožňují i integraci tarifní politiky. Je třeba využít tohoto trendu a už od samého začátku koncipovat tyto systémy tak, aby byla integrovaná doprava přístupná pro všechny skupiny obyvatelstva.

Dalšími kritickými místy jsou bezbariérové přístupy do budov státních a veřejných institucí a služeb. Jedná se převážně o přístup k úřadům, obchodům, školám, sociálním, zdravotním a rekreačním zařízením. Při zpřístupňování budov je zanedbávána potřeba jejich propojení bezbariérovou pěší trasou či bezbariérovou dopravou v rámci města. Bezbariérový pohyb po městě/obci je třeba řešit v širším pohledu a není možné zaměřit se na realizaci jednotlivých projektů bez jejich vzájemného propojení.

Specifické jsou architektonické bariéry pro lidi se zrakovým postižením, zvláště nevidomé. Při chůzi s bílou holí vyžadují tzv. vodící lištu, tedy hmatatelnou čáru ve směru chůze (jde např. o okraj chodníku, vyfrézovaný žlábek podél nástupiště metra). Do cesty by neměly zasahovat překážky, o které by se mohli poranit. Zvlášť nebezpečné jsou předměty (reklamní panely, poštovních schránky), které jsou umístěny ve výšce a hůl je na úrovni chodníku nenahmatá. Na křižovatce má být zvuková signalizace a důležité informace by měly být dostupné hlasově nebo v Braillově písmu pro nevidomé. V bytě, kde nevidomý člověk žije, by měli všichni okolo dodržovat jistý pořádek věcí, aby je vždy dotyčný našel na stejném místě.

Olina (40 let, těžce slabý zrak): *„Chodníky jsou špatně označený. Já nevidím, kde je konec chodníku, silnice, schody někde jsou žlutě označený a někde ne. Čísla tramvajů, autobusů nebo jízdní řády jsou pro mě strašně malinká. Orientace na nádraží, cedule jsou moc vysoko, tam já nedokoukám. Buď musím číst lupou, nebo mám takový dalekohled, to musíte mít ale sebou. Ale docela to překáží v kabelce. Musíte mít při sobě pořádk lupu, mobil, dalekohled.*

Složení potravin je hrozně malý nebo v drogérii, jsem těžkej alergik a některé věci se mě nesmějí ani dotknout. To je taky hodně těžký. Když se zeptám prodavačky, tak se diví, že tam ta cedulka je, tak proč si to nepřečtu. Spousta lidí nepochopí, že by někdo mohl tak špatně vidět. Myslím si, že ta společnost není tak informována. Používám hodně mobil, kdy si to můžu nafotit a pak mám doma na počítači zvětšovací program, kde si to mohu načíst. Také mě třeba hrozně rozčilují ordinační hodiny u obvodního lékaře, které nepřečtu. Spousta lidí netuší, že kdo nemá bílou hůl, že nemusí ještě vidět. Velmi mi vadí také nečekané reklamy umístěné přímo v cestě nebo výmoly v chodnících, mám z toho problémy s krční páteří, což je pak ošklivé.“

Žaneta (25 let, nevidomá): „Velká bariéra je hluk. Já když jdu, tak potřebuju mít spíše klid a soustředit se. Když mám výkop v cestě, kterou jsem zvyklá chodit, tak to také není dobrý. Když mě nikdo neupozorní, tak se o to můžu přerazit. Když sněží, tak se s tou holí špatně jezdí, nedělá takovou akustiku, jako když je třeba teplo a člověk musí opravdu dávat pozor, aby se neztratil. Vyhovovalo by mi, kdyby bylo v Praze víc ozvučených semaforů, kdyby ty auta nejezdily tak rychle, zbrkle. Já, i když přecházím semafor, nebo se i nechám převést, tak se snažím přejít co nejrychleji. Dvakrát mi auto vyrazilo hůl z ruky, od té doby z toho mám fakt strach.“

Pro neslyšící je třeba nahradit informace, které přicházejí ve formě zvuku, informací zrakovou (jedná se o světelné signalizace, titulky, znakový jazyk).

Alena (25 let, velmi těžká nedoslýchavost): „Velmi mě štví nádraží, metro, rozhlas. V tramvaji už dali pro nás jaká zastávka tam bude. Další problém letiště. Rozhlas na veřejných místech mi vadí. Ještě pro mě bylo bariérou do r. 2007, než začal platit zákon o povinné titulkování českých filmů na DVD, možnost sledování různých filmů. Často jsem na české či zahraniční filmy nemohla chodit do kina. Já jsem filmový maniak a to filmové médium vzdělává. Člověk se chce podívat na nějaký film a nemůže, protože tam nejsou titulky. Televize taky nebyla titulkovaná, ale polepšila se. TV Nova a TV Prima na tom byly hůře, ale TV Nova se polepšila, ČT 1 a ČT 2 titulkuje. U komerčních televizí je teď již povinnost titulkovat 15 % filmů. Vadilo mi, že na nás v tomto ohledu zapomínají.“

Lukáš (33 let, těžká nedoslýchavost): „*Vadí mi, že nemohu telefonovat, komunikace s cizím člověkem je těžší, někdy nepříjemná, protože se mu nechce, nerozumím hlášení zastávek, tak to musím kontrolovat.*“

Jirka (25 let, těžká nedoslýchavost): „*Lidé jsou hodně neinformováni, nevědí jak komunikovat s handicapem, ale já většinou problém nemám. Řeknu, že blbě slyším a oni mluví pomaleji. Hodně tedy pomáhá technologie, např. vibrační budík, tlumočnick, webcam, chat, sms, email. Měly by být také více titulky, jak v televizi, tak na nádražích, v dopravních prostředcích.*“

Výše uvedená charakteristika vede k závěru, že existuje potřeba investic do komplexního řešení svobodného pohybu ve městech i mimo ně. Proto např. program mobility podporuje zpřístupňování dopravy a odstraňování bariér při vstupu do budov státních a veřejných institucí a služeb.

Jako příklad bezbariérového prostředí jsem si vybrala hlavní město Prahu. Zaměřila jsem se především na bezbariérovou dopravu a přístup do jednotlivých veřejných budov.

7.1 Městská hromadná doprava v Praze z hlediska bezbariérovosti

Historie městské hromadné dopravy se v hlavním městě Praze píše už 125 let, ale jen o posledních letech můžeme říci, že se městská hromadná doprava přizpůsobuje také potřebám osob se sníženou pohyblivostí. Řadu let byly zvýhodněny jen některé skupiny invalidních osob, a to pouze v tarifní oblasti. Na počátku slev jízdního byla první světová válka, během které byly zavedeny zlevněné měsíční síťové jízdenky pro válečné invalidy – nevidomé nebo postižené ztrátou dolní končetiny. Teprve o dvacet let později měli nárok na zlevněné měsíční jízdenky také „civilní invalidé“ určitého typu postižení. Všechny jízdní slevy pro invalidy, s výjimkou přepravy nevidomých, jimž byla umožněna cesta zdarma, byly zrušeny při zavedení nového jednotného tarifu 31. prosince 1951. Od 1. ledna 1954 vstoupilo v platnost ustanovení nového přepravního řádu pro městskou hromadnou dopravu osob, které průvodčím ukládalo za povinnost „zajistit místo pro osobu starou, tělesně postiženou, zřejmě nemocnou anebo nastávající matku“. V roce 1957 byly zavedeny tzv. průkazy ZTP a ZTP/P umožňující jejich držitelům, případně i jejich průvodcům (ať již šlo o doprovázející osobu nebo slepeckého psa), bezplatnou jízdu městskou hromadnou dopravou. Teprve přepravní řád z roku 1964 výslovně určil, že v každém voze musí být vyhrazeno a zřetelně označeno

alespoň jedno místo k sezení. V případě potřeby museli cestující uvolnit i další místa. V letech 1930 – 1974 jezdily na pražských tramvajových linkách vlečné vozy se středním vstupem, které měly v celé střední části sníženou podlahu na výšku 390 mm nad kolejí, což značně usnadňovalo nástup cestujících. V nízkopodlažní části ale nebyla místa k sezení. Přepřavit městskou hromadnou dopravou například vozík však prakticky nepřipadalo v úvahu. V současné době je tomu již jinak, přesto je stále co vylepšovat.

Metro

Metro zaujímá v přepravě osob se sníženou pohyblivostí poněkud odlišné postavení od prostředků povrchové dopravy. Zatímco možnost vlastního nástupu do vozidla je vzhledem k charakteru nástupišť zcela bezbariérová, představuje větší problém přeprava postiženého cestujícího z povrchu do prostoru vlastní, většinou podzemní stanice. První traťové úseky pražského metra nebyly speciálně vybaveny pro cestování postižených osob. Přepravu invalidního vozíku bylo možné uskutečnit velmi obtížně jen za pomoci spolucestujících po pohyblivých schodech. Mělce založené stanice, vybavené jen pevným schodištěm, znamenaly téměř nepřekonatelnou překážku. Teprve nové traťové úseky, budované v 90. letech 20. století, mají stanice vybavené osobními výtahy.

Po prostudování příručky o bezbariérovosti městské hromadné dopravy v Praze od Pražské organizace vozíčkářů (viz příloha č. 5) jsem zjistila, že doprava metrem je bezbariérová pouze z 59 %. Co se týče bezbariérovosti metra, tak nejlépe je na tom trasa metra C, kde z celkového počtu 17 stanic je 14 stanic přístupných. Trasy metra A a B jsou již na tom hůře. Metro A je přístupné v 5 stanicích ze 13 a trasa metra B je pouze přístupná ve 13 stanicích (většinou se jedná o nedávno postavené stanice) z 24 stanic.

Tramvaje

Od roku 1996 probíhaly v pražské tramvajové síti první zkušební jízdy s cestujícími prototypu nízkopodlažní tramvaje typu RT6-N1. Výška podlahy od temene kolejnice je 350 mm. V prostoru pod podlahou u druhých dveří je nájezdová rampa, která umožňuje pohodlnější manipulaci s invalidním vozíkem, pro který je ve vozidle vyhrazeno stanoviště s možností zajištění. V současné době je v provozu 13 linek, na kterých jezdí tramvaje typu KT8D5N2, T3R.PLF, 14T. Průběžně probíhají rekonstrukce nástupních ostrůvků v některých tramvajových zastávkách, umožňující bezbariérový přístup. Ve vybraných zastávkách, kde není možné zřídit samostatný nástupní ostrůvek, se počítá se zřízením zvláštního typu nástupišť spočívající ve zvýšení vozovky do úrovně chodníku ve vymezeném úseku. Takové

nástupiště slouží k pohybu cestujících jen v době, kdy je v zastávce tramvajové vozidlo, jinak je určeno běžnému automobilovému provozu. Výškový rozdíl vozovky vede současně ke snížení rychlosti projíždějících automobilů a zvyšuje bezpečnost cestujících čekajících na chodníku.

Autobusy

Autobusová doprava zaznamenala v posledním desetiletí největší pokrok v přepravě osob s omezenou schopností pohybu. V letech 1994 a 1995 zařadila divize Autobusy do provozu tři nízkopodlažní vozy Neoplan N 4014 a v r. 1996 první čtyři nízkopodlažní autobusy Karosa-Renault City Bus. Výška podlahy u obou typů autobusů nad zemí je 320 mm, a to v rozsahu dvou třetin celkové podlahové plochy vozu. Část autobusů Karosa – Renault je navíc vybavena sklopnou nájezdovou rampou u prostředních dveří, která dále usnadňuje přístup invalidních vozíků. V průběhu r. 2000 se zakoupilo 80 nízkopodlažních autobusů, a tím se zvýšil jejich počet z 95 na 175 autobusů. Provoz nízkopodlažními vozy je na 9 linkách v plném rozsahu a na dalších 5 o sobotách a nedělích. Spoje zajištěné nízkopodlažními autobusy jsou vyznačeny v zastávkových jízdních řádech. V případě mimořádného výpadku nízkopodlažního vozu tzv. garantovaného spoje má autobusový dispečink možnost operativně zajistit náhradu jiným nízkopodlažním autobusem buď z garáže, nebo stažením z jiné linky.

Kromě spojů zajišťovaných nízkopodlažními autobusy na pravidelných linkách provozuje Dopravní podnik hl. m. Prahy, akciová společnost dvě zvláštní autobusové linky určené pro osoby s omezenou schopností pohybu, které spojují bezbariérové bytové objekty na sídlištích Černý Most II, Jižní Město II, Nové Butovice a Řepy s centrem města, kde je umožněn vzájemný přestup. Na linky jsou vypracovány 4 speciálně upravené autobusy vybavené speciálními rampami pro nakládání invalidních vozíků. Provoz těchto autobusů zajišťuje dvoučlenná osádka, řidič a asistent pro obsluhu rampy. Bohužel ale frekvence těchto linek je velmi malá, tyto speciální autobusy jezdí jednou za 2 hodiny.¹⁸

Jan (34 let, DMO) tvrdí: *„Architektonické bariéry nejsou v Praze dostačující vůbec, ale mám srovnání s tím, jak to bylo předtím, takže můžu říci, že to jde dopředu. Bezbariérový autobusy jezdí kolem třeba našich bezbariérových bytů častěji, ale měli jsme velký problém je přesvědčit, že např. na druhé straně Prahy tam tolik lidí není co by je potřebovali, ale my ano. Je ale vidět, že se něco děje, ale není to dostačující. Nikdo se vás ale nepříjde zeptat, jak*

¹⁸ <http://www.dpp.cz/bezbarierove-cestovani/>

by měl ten sjezd vypadat, aby to bylo pro toho vozíčkáře příjemný. Je to třeba nevhodný, třeba nebezpečný, protože mají velký sklon.“

Paní Šubrtová (76 let, DO): *„Dobrá je, že tady máme ten bezbariérový autobus. Nízkopodlažní autobus je někdy problém. Vy tam čekáte a je tam už kočár nebo vozík, takže Vy zas další půl hodinu čekáte na další. Já jezdím tím speciálně na vozíky, bez asistenta nejedu.“*

7.2 Bezbariérový přístup do veřejných budov v Praze

Co se týká bezbariérového přístupu do objektů, použití bezbariérového WC, vyhrazeného parkovacího místa pro vozíčkáře jsem dále vybrala ke zmapování místa jako jsou knihovny, pošty, banky, lékárny, polikliniky a úřady podle příručky o bezbariérovosti Prahy od Pražské organizace vozíčkářů (viz příloha č. 5). Vybrané knihovny jsou pro lidi na vozíčku přístupny všechny, pouze ale 4 z 18 mají možnost použít bezbariérové WC, vyhrazené parkovací místo pro vozíčkáře není žádné. Ze 109 pošt je téměř 1/3 bariérových, většina je bez schodů nebo s možností použití plošiny. Opět není dbáno na žádné vyhrazené parkovací místo pro vozíčkáře. Banky jsou přístupny všechny, ze 49 toalet je pouze 8 bezbariérových a pouze 2 vyhrazená parkovací místa pro vozíčkáře. Lékárny jsou též všechny přístupny a z 34 má 6 lékáren místo k zaparkování pro vozíčkáře. Polikliniky jsou též všechny bezproblémově dostupné, ale bezbariérová WC jsou pouze ve 3 ze 14 a vyhrazené parkoviště pouze na 6 místech. Ze 77 úřadů je 5 zcela bariérových, na 37 úřadech je možnost použít bezbariérové WC a u 21 úřadů mají vozíčkáři vyhrazené místo.

Z tohoto malého šetření vyplívá následující, přístup je skoro do všech zařízení bez problémů, ovšem velice se opomíjí vybudování bezbariérového WC a už se skoro vůbec nemyslí na to, aby u každé veřejné budovy bylo vyhrazené místo k parkování pro vozíčkáře. Bezbariérový zákon dle vyhlášky 369/2001 zákona č. 50/1976 o územním plánování a stavebním řádu nám dává povinnost stavět veřejné budovy a prostranství dle platných norem, na těchto příkladech můžeme ale vidět, jak je zákon nedodržován.

7.3 Bezbariérové byty

Součástí bezbariérového prostředí není jen odstraňování architektonických bariér ve veřejných budovách a dopravních prostředcích, ale především v samostatných bytech. Teprve v 80. letech se začaly stavět bezbariérové byty, plně vyhovující i osobám s těžkým postižením. Do té doby byla jedinou možností individuální úprava bytu či rodinného domku, při čemž se obvykle nedařilo architektonické bariéry plně odstranit.

Bydlení pro tělesně postižené osoby je dvojího charakteru. **Bydlení v bezbariérových bytech**, u kterých se předpokládá, že zdravotní stav jejich uživatelů je na takové úrovni, že jsou schopni se postarat o sebe, případně o svoji rodinu sami, pokud jsou odstraněny překážky omezující jejich pohyb.

Jan (34 let, DMO) říká, že: *„Bydlím v bezbariérových bytech na Chodově na Praze 4, to co se mi také nelíbí je to, že tam bydlíme skoro všichni pohromadě s postižením. Měl jsem představu, že to bude více nakombinovaný. Platíme v bytě velmi tržní nájemné. Kolem revoluce jsme podali žádost o byt a čekali jsme na něj 12 let. Jde o byt 3+KK, holé nájemné je asi 6,5 tis. Kč, měsíčně celkově se platí asi 11 tis. Kč. Bydlím stále s rodiči, sám bych to nezvládl.“*

Tomáš (36 let, RS): *„Mám bezbariérový byt v Dolních Počernicích. Jsem nesamostatný, druhým rokem u mě bydlí maminka, která se o mě stará, dováží mě do práce. Bydlím v prostředí, kde je 25 bezbariérových bytů, z toho 2 jsou pro těžce tělesně postižené a zbytek jsou svobodné matky s dětmi.“*

Bydlení v komplexních zařízeních pro těžce pohybově postižené, u kterých je s ohledem na potřebu pomoci druhé osoby uvažováno s komplexním zajištěním základních životních podmínek, tzn., že mimo bydlení je zde počítáno s možností pracovních příležitostí, rozšířené pečovatelské péče (formou asistentské služby), zajištění stravování a dalších služeb občanské vybavenosti.

Bezbariérové byty, které umožňují plnou přístupnost a svým vybavením i maximální soběstačnost se staví především od 80. let v Praze a jiných větších městech (např. v Kladně,

Pardubicích, Brně, Plzni, Ostravě, Otrokovicích, Olomouci, Hradci Králové), kde je pro postižené dobrá dostupnost obchodů, zdravotnických zařízení a dalších služeb, v poslední době i bezbariérová doprava a větší možnost pracovního uplatnění. Přímo v těchto domech zvláštního určení, se pak z větší části svépomocí organizují další specifické služby. Ovšem naději na získání bytu mají jen OZP s trvalým bydlištěm v příslušném městě, takže lidé z menších obcí mohou být znevýhodněni. Hodnocení těchto areálů ze strany postižených občanů je různé, faktem zůstává negativní jev, spočívající ve velké kapacitě, především v areálu v Kladně – Kročehlavech je v jednom panelovém domě 250 bytových jednotek, což mi v rámci integrace nepřijde moc „zdravé“. Mnohem lepší by bylo se snažit začlenit bezbariérové byty v rámci bytů, kde bydlí zdraví občané.

Paní Šubrtová (76 let, DO): *„Bydlíme v bezbariérovém bytě s pečovatelskou službou, kterou velmi využíváme. Když mám nějaký problém, jdu na Pražkou organizaci vozíčkářů, tam jsou výborní a vždy ochotní pomoci. Teď mám takový plán na Městskou část Prahy 11, aby nám tu trasu tady dolů na polikliniku mohli vždy vyhrnovat, abychom se dobře dostali k lékaři, nakoupit. Tady lidi by se i dobře dostali na autobus. Jezdí zde nízkopodlažní autobusy a speciální autobus, co je pro nás. Pak je důležité, abychom se dostali do lékárny, na poštu. Tak to je ten požadavek, který k nim mám.“*

8. Sociální pomoc pro osoby se zdravotním postižením

Sociální dávky, která náš stát poskytuje osobám zdravotně postiženým, se skládají především z invalidního důchodu pro invaliditu prvního, druhého či třetího stupně, který plyne z důchodového pojištění, dále dávek sociální péče a příspěvku na péči. Níže popisuji jejich možnosti využití, výši, včetně změn, které proběhly v našem sociálním systému v uplynulých letech.

8.1 Invalidní důchody

Právní úprava do 31.12.2009

8.1.1 Plný invalidní důchod (§ 39 zákona o důchodovém pojištění)

Pojištěnec je plně invalidní, jestliže z důvodů dlouhodobě nepříznivého stavu

- a. poklesla jeho schopnost soustavné výdělečné činnosti nejméně o 66 % nebo
- b. je schopen pro zdravotní postižení soustavné výdělečné činnosti jen za zcela mimořádných podmínek

Potřebná doba pojištění pro nárok na plný invalidní důchod (§ 40 zákona o důchodovém pojištění)

Potřebná doba pojištění činí u pojištěnce ve věku:

- a. do 20 let méně než jeden rok,
- b. od 20 let do 22 let jeden rok,
- c. od 22 let do 24 let dva roky,
- d. od 24 let do 26 let tři roky,
- e. od 26 let do 28 let čtyři roky a
- f. nad 28 let pět roků.

Potřebná doba pojištění se zjišťuje z období před vznikem plné invalidity, a jde-li o osoby ve věku nad 28 let, z posledních 10 let před vznikem plné invalidity. Podmínka potřebné doby pojištění se považuje za splněnou, byla-li získána v kterémkoliv období 10 roků po vzniku plné invalidity (u pojištěnce mladšího 24 let činí přitom potřebná doba pojištění dva roky). Podmínka potřebné doby pojištění se považuje za splněnou, vznikla-li plná invalidita následkem pracovního úrazu (nemoci z povolání).

8.1.2 Částečný invalidní důchod (§ 44 zákona o důchodovém pojištění)

Pojištěnec je částečně invalidní, jestliže

a. z důvodu dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu poklesla jeho schopnost soustavné výdělečné činnosti o 33 %, nebo

b. mu dlouhodobě nepříznivý zdravotní stav značně ztěžuje obecné životní podmínky

Potřebná doba pojištění pro nárok na částečný invalidní důchod (§ 44 zákona o důchodovém pojištění)

Potřebná doba pojištění činí u pojištěnce ve věku:

a. do 20 let méně než jeden rok,

b. od 20 let do 22 let jeden rok,

c. od 22 let do 24 let dva roky,

d. od 24 let do 26 let tři roky,

e. od 26 let do 28 let čtyři roky a

f. nad 28 let pět roků.

Potřebná doba pojištění se zjišťuje z období před vznikem částečné invalidity, a jde-li o pojištěnce ve věku nad 28 let, z posledních 10 let před vznikem částečné invalidity. Podmínka potřebné doby pojištění se považuje za splněnou, byla-li získána v kterémkoliv období 10 roků po vzniku plné invalidity (u pojištěnce mladšího 24 let činí přitom potřebná doba pojištění dva roky). Podmínka potřebné doby pojištění se považuje za splněnou, vznikla-li plná invalidita následkem pracovního úrazu (nemoci z povolání).

8.1.3 Právní úprava účinná od 1.1. 2010 k invalidním důchodům

Zákonem č. 306/2008 Sb., kterým byl novelizován zákon o důchodovém pojištění, se nově vymezuje invalidita. Místo dosavadní plné a částečné invalidity byla zavedena jedna dávka, a to invalidní důchod (pro invaliditu třetího, druhého nebo prvního stupně).

Pokud jde o důchody přiznané před 1. 1. 2010 považuje se s účinností od 1. 1. 2010 plný invalidní důchod ve výši, v jaké náležel ke dni 31. 12. 2009, za invalidní důchod pro invaliditu třetího stupně. Částečný invalidní důchod se ve výši, v jaké náležel ke dni 31. 12. 2009, považuje od 1. 1. 2010 za invalidní důchod pro invaliditu druhého stupně, byl-li důvodem částečné invalidity pokles schopnosti soustavné výdělečné činnosti nejméně o 50 %, a za invalidní důchod pro invaliditu prvního stupně v ostatních případech.

Podmínky nároku na invalidní důchod (§ 38 zákona o důchodovém pojištění)

Pojištěnec má nárok na invalidní důchod, jestliže nedosáhl věku 65 let a stal se

- a. invalidním a získal potřebnou dobu pojištění, pokud nesplnil ke dni vzniku invalidity nárok na řádný starobní důchod, popřípadě, byl-li přiznán předčasný trvale krácený starobní důchod, pokud nedosáhl důchodového věku, nebo
- b. invalidním následkem pracovního úrazu

Invalidita (§ 39 zákona o důchodovém pojištění)

Pojištěnec je invalidní, jestliže z důvodu dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu nastal pokles jeho pracovní schopnosti nejméně o 35 %.

Jestliže pracovní schopnost pojištěnce poklesla

- a. nejméně o 35 %, avšak nejvíce o 49 %, jedná se o invaliditu prvního stupně,
- b. nejméně o 50 %, avšak nejvíce o 69 %, jedná se o invaliditu druhého stupně,
- c. nejméně o 70 %, jedná se o invaliditu třetího stupně.

Výše invalidního důchodu

Výše důchodu se skládá ze dvou složek, a to ze základní výměry a z procentní výměry.

Výše procentní výměry činí od 1. 8. 2008 2 170 Kč měsíčně.

Výše procentní výměry invalidního důchodu činí za každý celý rok doby pojištění

- a. 0,5 % výpočtového základu měsíčně, jedná-li se o invalidní důchod pro invaliditu prvního stupně,
- b. 0,75 % výpočtového základu měsíčně, jedná-li se o invalidní důchod pro invaliditu druhého stupně,
- c. 1,5 % výpočtového základu měsíčně, jedná-li se o invalidní důchod pro invaliditu třetího stupně.

Při změně stupně invalidity se nově stanoví výše invalidního důchodu, a to ode dne, od něhož došlo ke změně stupně invalidity (způsob stanovení nové výše procentní výměry je upraven v § 41 odst. 3 zákona o důchodovém pojištění, ve znění účinném po 31.12. 2009).¹⁹

¹⁹ <http://www.mpsv.cz/>

8.2 Zaměstnávání osob se zdravotním postižením

Lidem se zdravotním postižením se poskytuje zvýšená ochrana na trhu práce.

Pracovní rehabilitace – souvislá činnost zaměřená na získání a udržení vhodného zaměstnání osoby se zdravotním postižením, kterou na základě její žádosti zabezpečují úřady práce a hradí náklady s ní spojené. Úřad práce v součinnosti s osobou se zdravotním postižením sestaví individuální plán pracovní rehabilitace.

Příprava k práci - zapracování osoby se zdravotním postižením na vhodné pracovní místo na základě dohody s úřadem práce. Příprava k práci může být prováděna s podporou asistenta. Tato příprava trvá nejdéle 24 měsíců.

Specializované rekvalifikační kurzy – jsou uskutečňovány za stejných podmínek jako ostatní rekvalifikace.

8.2.1 Chráněné pracovní místo a chráněná pracovní dílna

Chráněné pracovní místo je pracovní místo vytvořené zaměstnavatelem pro osobu se zdravotním postižením na základě písemné dohody s úřadem práce. Chráněné pracovní místo musí být provozováno po dobu nejméně 2 let ode dne sjednaného v dohodě. Chráněná pracovní dílna je pracoviště zaměstnavatele, kde je zaměstnáno nejméně 60 % zaměstnanců se zdravotním postižením.

8.2.2 Příspěvky pro zaměstnavatele

Úřad práce může poskytnout příspěvek zaměstnavateli na vytvoření chráněného pracovního místa a chráněné pracovní dílny. Zaměstnavateli zaměstnávajícímu více než 50 % osob se zdravotním postižením z celkového počtu svých zaměstnanců se poskytuje příspěvek na podporu zaměstnávání těchto osob.

8.2.3 Povinný podíl zaměstnávání osob se zdravotním postižením

Zaměstnavatelé s více než 25 zaměstnanci v pracovním poměru jsou povinni zaměstnávat osoby se zdravotním postižením ve výši 4 % z celkového počtu svých zaměstnanců. Způsoby plnění, tj. zaměstnávání v pracovním poměru, odběr výrobků a služeb nebo odvod do státního rozpočtu, jsou považovány za rovnocenné a lze je vzájemně kombinovat.

8.3 Posudková služba

Pro účely sociálního zabezpečení vypracovávají posudky o zdravotním stavu ve vymezeném rozsahu okresní správa sociálního zabezpečení (OSSZ), Česká správa sociálního zabezpečení a posudkové komise Ministerstva práce a sociálních věcí ČR.

Posudek orgánu posudkové služby musí vycházet z objektivně zjištěného zdravotního stavu občana a musí odpovídat posudkovým kritériím zakotveným v obecně závazných právních předpisech.²⁰ Při posuzování musí posudkový orgán vycházet z lékařských zpráv a posudků vypracovaných odbornými lékaři o zdravotním stavu občanů a přihlídnout k výsledku vlastního vyšetření. Může též posuzovanou osobu vyzvat, aby se podrobila vyšetření v určeném zdravotnickém zařízení. Posuzovanou osobu seznámí s výsledkem posouzení včetně poučení o možnostech dalšího postupu.

8.4 Dávky sociální péče pro osoby se zdravotním postižením

Podmínky, za kterých se poskytují dávky sociální péče pro osoby se zdravotním postižením, jsou upraveny ve vyhlášce Ministerstva práce a sociálních věcí ČR č. 182/1991 Sb., kterou se provádí zákon o sociálním zabezpečení a zákon o působnosti orgánů ČR v sociálním zabezpečení, ve znění pozdějších předpisů.

Výčet dávek

- jednorázové příspěvky na opatření zvláštních pomůcek
- příspěvek na úpravu bytu
- příspěvek na zakoupení motorového vozidla
- příspěvek na celkovou opravu motorového vozidla
- příspěvek na zvláštní úpravu motorového vozidla
- příspěvek na provoz motorového vozidla
- příspěvek na individuální dopravu
- příspěvek na úhradu za užívání bezbariérového bytu
- příspěvek na úhradu za užívání garáže
- příspěvek úplně nebo prakticky nevidomým občanům

²⁰ <http://www.mpsv.cz/>

Vedle dávek sociální péče se poskytují rovněž:

- mimořádné výhody (průkazy TP, ZTP a ZTP/P)
- bezúročné půjčky

Jednorázové příspěvky na opatření zvláštních pomůcek (§ 33)

- jednorázová, nenároková dávka sociální péče
- poskytuje obecní úřad obcí s rozšířenou působností
- občanu těžce zdravotně postiženému peněžitý příspěvek na opatření pomůcky, kterou potřebuje k odstranění, zmírnění nebo překonání následků svých postižení
- příspěvek lze poskytnout na opatření zvláštních pomůcek uvedených ve vyhlášce č. 182/1991 Sb. (viz příloha č. 1)

Příspěvek na úpravu bytu (§ 34)

- jednorázová, nároková dávka sociální péče
- poskytuje obecní úřad s rozšířenou působností
- občanům s těžkými vadami nosného nebo pohybového ústrojí omezující ve značném rozsahu jejich pohyblivost (příloha č. 5 písm. a) až g) k vyhlášce č. 182/1991 Sb.)
- občanům úplně nebo prakticky nevidomým
- rodičům nezaopatřeného dítěte (dítě je starší 3 let a má těžkou vadu nosného nebo pohybového ústrojí nebo je úplně nebo prakticky nevidomé)
- neslyšícím občanům nebo rodičům neslyšícího nezaopatřeného dítěte (pouze pro úpravu – instalace potřebné zvukové nebo světelné signalizace)

Za úpravu bytu se považuje:

- a. úprava přístupu do domu, garáže, k výtahu včetně schodů, k oknům a na balkón,
- b. úprava povrchu podlahy, ovládacích prvků domovní a bytové elektroinstalace, kuchyňské linky, popřípadě dalšího nábytku,
- c. rozšíření a úprava dveří
- d. odstranění prahů
- e. přizpůsobení koupelny a záchodu včetně vybavení vhodným sanitárním zařízením a lehce ovladatelnými bateriemi,
- f. instalace potřebné zvukové nebo světelné signalizace,
- g. zavedení vhodného vytápění
- h. vybudování telefonního vedení

ch) stavební úpravy spojené s instalací výtahu.

Rozsah úprav se posoudí se zřetelem na závažnost a druh zdravotního postižení občana. Výše příspěvku na úpravu bytu se určí se zřetelem na příjmy a majetkové poměry občana a jeho rodiny, a to až do výše 70 % prokázaných nákladů účtovaných fyzickými nebo právnickými osobami za materiál a práce spojené s nezbytnými výdaji, včetně projektových prací, nejvýše 50 000 Kč nebo 100 000 Kč u příspěvku na stavební úpravy spojené s instalací výtahu, který je poskytován z toho důvodu, že nelze použít šikmou schodišťovou plošinu.

Příspěvek na zakoupení motorového vozidla a příspěvek na celkovou opravu motorového vozidla (§ 35)

- jednorázová, obligatorní dávka sociální péče
- poskytuje obecní úřad obce s rozšířenou působností
- příspěvek se poskytuje na období 5 let
- výše příspěvku na zakoupení motorového vozidla činí nejvýše 100 000 Kč, výše příspěvku na celkovou opravu motorového vozidla činí nejvýše 60 000 Kč
- součet příspěvků na zakoupení motorového vozidla, příspěvků na celkovou opravu motorového vozidla a příspěvků na zvláštní úpravu motorového vozidla nesmí v období 10 let po sobě jdoucích přesáhnout částku 200 000 Kč

Příspěvek na zvláštní úpravu motorového vozidla (§ 35)

- jednorázová, obligatorní dávka sociální péče
- obecní úřad obce s rozšířenou působností
- příspěvek se poskytne v plné výši ceny takovéto úpravy, výjimkou je situace, kdy by součet vyplacených příspěvků na zakoupení, celkovou opravu a zvláštní úpravu motorového vozidla v posledních 10 letech přesáhl částku 200 000 Kč

Příspěvek na provoz motorového vozidla (§ 36)

- jednorázová, nároková dávka sociální péče
- poskytuje obecní úřad s rozšířenou působností
- občanu, jehož zdravotní postižení odůvodňuje přiznání mimořádných výhod pro těžce zdravotně postižené občany II. nebo III. stupně
- dávka se poskytuje na období kalendářního roku
- pro občany, jejichž zdravotní postižení odůvodňuje přiznání mimořádných výhod pro těžce zdravotně postižené občany III. Stupně, a pro rodiče dítěte uvedeného v odstavci 1 písm. c)

3 360 Kč u jednostranného vozidla a 7 920 Kč u ostatních vozidel

- pro občany, jejichž zdravotní postižení odůvodňuje přiznání mimořádných výhod pro těžce zdravotně postižené občany II. stupně, 1 150 Kč u jednostranného vozidla a 3 000 Kč u ostatních vozidel

Výše uvedeným občanům se příspěvek na provoz motorového vozidla vypláceného na r. 2010 zvýší, jestliže v r. 2010 ujedou ze závažných důvodů více než 7 000 km.

Příspěvek na individuální dopravu (§ 37)

- jednorázová, nároková dávka sociální péče
- poskytuje obecní úřad obce s rozšířenou působností
- občanu s těžkou vadou nosného nebo pohybového ústrojí (příloha č. 5 písm. a) až g) vyhlášky č. 182/1991 Sb.), který se pravidelně individuálně dopravuje, není vlastníkem nebo provozovatelem motorového vozidla, není občanem, který je dopravován motorovým vozidlem, na jehož provoz je přiznán příspěvek
- občanu úplně nebo prakticky nevidomému nebo
- rodiči nezaopatřeného dítěte, které je léčeno na klinice fakultní nemocnice pro onemocnění zhoubným nádorem nebo hemoblastosou (v době nezbytného léčení akutní fáze onemocnění v tomto zdravotnickém zařízení)
- dávka se poskytuje na období kalendářního roku a činí 6 500 Kč

Příspěvek na úhradu za užívání bezbariérového bytu (§ 45)

- opakující se, obligatorní dávka sociální péče
- poskytuje pověřený obecní úřad
- občanům s těžkými vadami nosného nebo pohybového aparátu (příloha č. 5 k vyhlášce č. 182/ 1991 Sb.)
- občanům úplně nebo prakticky nevidomým
- výše dávky činí 400 Kč měsíčně

Příspěvek na úhradu za užívání garáže (§ 45)

- opakující se, nenároková dávka sociální péče
- poskytuje pověřený obecní úřad
- občanům s těžkými vadami nosného nebo pohybového aparátu (příloha č. 5 k vyhlášce č. 182/ 1991 Sb.)
- občanům úplně nebo prakticky nevidomým

- výše dávky činí až 200 Kč měsíčně

Příspěvek úplně nebo prakticky nevidomým občanům (§ 46)

- opakuje se, nenároková dávka sociální péče
- poskytuje pověřený obecní úřad
- poskytuje úplně nebo prakticky nevidomému vlastníku vodícího psa. Dávka je určena na krmivo pro tohoto psa.
- výše dávky činí 800 Kč měsíčně

Mimořádné výhody pro těžce zdravotně postižené občany

- poskytuje obecní úřad obce s rozšířenou působností
- občanům starším jednoho roku s těžkým zdravotním postižením (uvedeným v příloze č. 2 k vyhlášce č. 182/1991 Sb.), které podstatně omezuje jejich pohybovou nebo orientační schopnost, se podle druhu a stupně postižení poskytují mimořádné výhody I. (průkaz TP), II. (průkaz ZTP) nebo III. Stupně (průkaz ZTP/P). Podrobnější informace uvádí příloha č. 1.

Bezúročné půjčky

- poskytuje obecní úřad obce s rozšířenou působností
- bezúročná půjčka může být poskytnuta občanům, kteří splňují podmínky pro přiznání příspěvku na zakoupení motorového vozidla
- výše půjčky je až 40 000, půjčku je nezbytné splatit nejpozději do 5 let²¹

Olina (40 let, těžce slabý zrak), na otázku jak je spokojena se sociální politikou státu mi odpověděla následovně: *„Já беру jen plný invalidní důchod a pak jednorázové příspěvky, např. na motorové vozidlo. Mám problém vše zjišťovat, vyhovovalo by mi, kdyby veškeré požadované informace o dávkách a novinkách říkali na kontrole v Centru zrakových vad v Motole, kam chodím pravidelně na kontroly. Aby ta lékařská a sociální služba byla propojena.“*

Tomáš (36 let, RS): *„Nemůžeme dostávat takové příspěvky jako Němci, Angličani, kde ta ekonomika je úplně někde jinde. Ale myslím, že naše země podepsala spoustu přihlášek, kde podle různých chart musí zabezpečit svým spoluobčanům nějaká práva. Důchod mi vyjde tak*

²¹ <http://www.mpsv.cz/>

na pokrytí nájmu a z toho příspěvku na péči bych mohl existovat asi tak 5-6 dnů. Já mám 3. stupeň to je 8 tis. Kč. V tomhle je nějaký problém, že to nemůžeme ufinancovat, ale dostaneme zase každých 5 let příspěvek na auto, nemusíme platit pevnou linku u O2, jezdíme zadarmo v MHD, máme slevu na Český dráhy.“

Žaneta (25 let, nevidomá): „Když to srovnám s cizinou tak je vidět, že ten komunismus tady byl a že jsme pozadu, co se týče třeba učebnic v Braillovu písmu. Na úřadě vždy dávají většinou bez problémů příspěvek na pomůcku. Ted' jsem byla u posudkové komise, odvolávala jsem se, protože mi snížili příspěvek z třetího stupně na druhý. Tak jsme se naštváli a dali odvolání, tak k nám přišla soc. pracovnice. Podle mě, dávají hloupé otázky, oni mi poslali v bodech rozepsané úkony, co já můžu a nemusím dělat, co zvládnu. Ale to jsou nějaké úkony, dle nějakého těžce ležícího mentálně postiženého člověka a oni to podle toho dělají. Z mého pohledu, to je úplně neobjektivní. Třeba jestli zvládnu zvednout předmět, který mi upadne, no zvládnu, ale když mi to nezalítne někde pod ledničku... A já tam zaškrtnu, že zvládnu, tak oni hned jako, že to umím. Když jsem doma, tak si zvládnu dojít na toaletu, ale když jsem někde venku, tak to samozřejmě nezvládnu. Oni na to, no ale my to bereme jako v případě jenom, kdy je člověk doma. Z kompenzačních pomůcek používám notebook. Stál asi 70 tis. Kč a soc. pracovnice mi říkala, tak 18 tis. Kč si doplatím, to je taková malá spoluúčast. Tak jsem jí říkala, podívejte se z invalidního důchodu, který je asi 7 tis. Kč a musíme z toho nějak vyžít, tak nakonec jsem musela asi 7 tis. Kč doplatit. Používám také vysílačku na metro a tramvaj, mluvící telefon, ten mluvící program do telefonu je drahý asi 9 tis. Kč, ale hrozně to pomůže, můžu si sama číst smsky atd. Jsem byla dřív hrozně závislá, museli mi je číst, vždycky to člověka potěší, třeba jen malý krůček, který se zlepšil v té technice, že si to můžu udělat sama. Ještě také používám ručičkové hodinky. Na podepisování mám šablonku z umělé hmoty, abych se trefila, když něco podepisuji. Při podpisu požádám někoho, aby mi to přečetli, ale musím mu důvěřovat. To by se mělo zlepšit, aby na úřadech nám to posílali na mail nebo Braillovým písmem, ale oni to posílají normálně na papíru, kdybych neměla mámu, tak si to nepřečtu. To je dost nedomyšlený, to by se mělo zlepšit. Ještě žádání o tu kompenzační pomůcku je vždy běh na dlouhou trať. První věc je to, že na cokoliv musím přinést potvrzení od doktora za 150 Kč na to, že jsem asi tzv. „neprohlédla“, že se můj zdrav. stav nezměnil.“

Michal (25 let, nevidomý): „Oproti ostatním státům si myslím, že náš stát lidem s handicapem přeje. Má chuť se o ně starat. Jednou za čas si můžem koupit počítač,

notebook, různé teploměry, váhy. V Rakousku či Německu to takhle nefunguje, takže z toho důvodu je to dobře. Je nespravedlivý, že někdo, kdo nevidí, má třeba 4 tis. Kč, a kdo vidí má třeba 8 tis. Kč. To by se mělo nějak zredukovat, aby to bylo dobře. Já jsem měl 4 tis. Kč, chtěl jsem 8 tis. Kč, abych ty peníze dostal, jsem ze sebe musel udělat chudinku. Jim nestačí, že nevidíte, oni potřebují vědět, zda jste schopná si vyprat prádlo atd. Ten dotazník je dost ponižující, je to všeobecně dělaný dotazník. Plný invalidní důchod je asi 7,5 tis. Kč, a když bych měl jen 4 tis. Kč, tak bych opravdu nevyšel. Musím si platit internet, telefon a další věci. Lidi, kteří to dělají, tak o tom vůbec nepřemýšlí.“

Lukáš (33 let, těžká nedoslýchavost): *„V podstatě mi sociální péče o sluchově postižené přijde dostatečná. Ale určitě je potřeba větší podpory tlumočnických služeb pro neslyšící a sluchově postižené tak, aby byli všeobecně dostupné každému, kdo je potřebuje (studium, jednání s úřady, v práci atd.).“*

Jirka (25 let, těžká nedoslýchavost): *„Pobírám částečný invalidní důchod, něco přes 5 tis. Kč, příspěvky jsem využíval např. na počítač, světelný zvonek, teď půjdu znova požádat o nový notebook. Vždy je to hrazeno tak většinou od 25 do 75 %. Zvonek by měl být hrazen do 100 %, otec ho tak na Praze 9 dostal, já jsem na Praze 5 dostal jen 75 %, tomu moc nerozumím.“*

V roce 2006 byl schválen zákon o sociálních službách č. 108/2006 Sb., který je platný od 1. 1. 2007. Jeho vlivem dochází v systému sociálních služeb ke zcela zásadním změnám, jejichž cílem je především posílit postavení osob, které jsou z důvodu svého zdravotního stavu a věku závislé na pomoci jiné osoby. Jednou změnou je postavení dřívějšího klienta sociální péče v osobu, kterou nové sociální služby označují jako uživatele. Až do roku 2006 bylo třeba o poskytnutí služby sociální péče požádat a potom občan obdržel zprávu určující mu ústav, do něhož se má „dostavit“. Od začátku roku 2007 je situace zcela jiná. Občan hodlající využívat sociální služby si musí sám najít vhodného poskytovatele, musí sám s tímto poskytovatelem vést jednání o podmínkách a obsahu poskytované služby, včetně platby za službu a mnoho dalších skutečností. Namísto dřívějšího rozhodnutí orgánu veřejné správy musí občan uzavřít s poskytovatelem soukromoprávní smlouvu o poskytování sociální služby. Z ní se tak stává dokument rozhodující „de facto“ o základních otázkách života občana, který potřebuje péči jiné osoby ve formě příslušné sociální služby.

Tímto zákonem ke dni 1. 1. 2007 byly také zrušeny dva příspěvky. **Příspěvek na bezmocnost a příspěvek při péči o osobu blízkou a jinou osobu.**

Příspěvek na bezmocnost byl určen příjemci důchodu, který byl:

- a) částečně bezmocný (potřeboval dlouhodobě pomoc jiné osoby při některých životních úkonech) – 300 Kč
- b) převážně bezmocný (kromě pomoci již uvedené potřebuje pravidelnou pomoc, popřípadě soustavný dohled jiné osoby při hlavních životních úkonech) – 600 Kč
- c) úplně bezmocný (pozbyl zcela schopnosti sebeobsluhy) – 900 Kč

Příspěvek při péči o osobu blízkou a jinou osobu byl poskytnut občanu sociálně potřebným z důvodů péče o osobu blízkou či jinou osobu, která je převážně nebo úplně bezmocná. Výše příspěvku činila 1,6 násobku životního minima na zajištění osobních potřeb.

Tyto dva příspěvky zcela nahradil příspěvek na péči.

8.5 Příspěvek na péči

Zákon č. 108/2006 Sb. (dále jen zákon) definuje čtyři stupně závislosti, do nichž jsou zařazovány osoby, které z důvodu dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu potřebují pomoc jiné fyzické osoby při péči o vlastní osobu a při zajištění soběstačnosti v rozsahu stanoveném stupněm závislosti (podle § 8). Jednotlivým stupňům závislosti (lehká, středně těžká, těžká, úplná) odpovídá určitý finanční obnos (2, 4, 8 a 12 tis. Kč měsíčně). Příspěvek na péči má osoba v nepříznivé sociální situaci využít k zaplacení služeb sociální péče, které bude využívat, aby se co nejlépe začlenila do většinové společnosti.

Zákon č. 108/2006 Sb. o soc. službách dále v § 32 uvádí další formy poskytování soc. služeb, díky nimž je zajišťována pomoc při péči o vlastní osobu, zajišťování stravování, ubytování, pomoc při zajištění chodu domácnosti, ošetřování, pomoc při prosazování práv a zájmů. Jednou velice využívanou službou u těžce zdravotně postižených osob je dle § 40 **pečovatelská služba**, která za úplatu pomáhá při osobní hygieně, poskytuje stravování nebo pomoc při zajištění stravy, atd.

Jan (34 let, DMO) na otázku, zda zákon č. 108/2006 Sb. změnil věci k lepšímu odpovídá takto: *„Změnil věci k lepšímu, lidé mají možnost ten příspěvek mít a nějak ho využít a ne třeba být jen i v ústavu. Ale má taky spoustu chyb a s mnoha věcmi nesouhlasím. Je celkem dobře uzpůsobený pro lidi s tělesným či mentálním onemocněním, ale dost se už zapomnělo*

na lidi s progresivním typem onemocněním, např. roztroušená skleróza. Jeden den se o sebe postará velmi dobře a druhý den se může cítit zas velmi špatně a potřebuje 24 hod. péči. To samé s lidmi s psychickým onemocněním. Spíš je to upravený na lidi, kteří ten handicap už mají a v tomto případě to moc ošetřený není. Zákon o soc. službách vznikl 15 let. Neziskovým organizacím např. našeho typu to třeba komplikuje život. Dříve jsme třeba zaměstnali lidi na osobní asistenci z ulice. Nemám rád moc rozdělování, ještě titul neznamená, že bude lepší. Záleží, jaký bude mít vztah k této práci. Jinak, co se týče příspěvku na péči, zde mi vadí spousta administrativ. Vadí mi dokazovat, že váš zdravotní stav je neměnný. Příspěvky na kompenzační pomůcky využívám, elektrický vozík platila pojišťovna, ale chce to různé zdravotní potvrzení, různé testy, zda můžete vozík ovládat či ne, např. i podstoupení psychologického testu na 4 hodiny. Ještě jednu nevýhodu vidím v tomto zákonu o soc. službách, neposkytuje dopravu jako soc. službu. Spousta organizací poskytovala spec. dopravu na požádání speciálně upraveným mikrobusem a od té doby co platí zákon, tak se tato služba zrušila. Protože nemohli žádat o žádné granty. Je to problém, existuje zde spousta akcí pro lidi s handicapem, ale nikoho pořádně nenapadne, že ty lidi se tam nějak potřebují dostat.“

Tomáš (36 let, RS): *„Dřív to bylo hodně málo peněz, určitě to je lepší. Vy si o těch penězích můžete rozhodovat sami. Spousta lidí je zvyklá ze socialismu, že je pořád někdo vede za ručičku. Takhle tu zodpovědnost máme na své straně a musíme s těmi penězi hospodařit sami.“*

Paní Šubrtová (76 let, DO) o zákonu říká: *„Je to výhoda nyní, když člověku ta služba nevyhovuje, tak může hledat náhradu, má tu volnost. Výhoda najít si to, co Vám vyhovuje.“*

8.6 Standardy kvality sociálních služeb

Na tvorbě standardů začalo pracovat v roce 1999 Ministerstvo práce a sociálních věcí výzkumnými zprávami. Rok na to vzniklo dvacet pracovních skupin podle typů pokrokových sociálních služeb, které v té době poskytovaly téměř výhradně neziskové informace. Zástupci těchto organizací byli vyzváni, aby shromáždili ostatní poskytovatele stejného typu služby a aby společně vytvořili typové standardy. Standardy sociálních služeb tedy nevznikly od „zeleného stolu“, nýbrž z živé zkušenosti přímo tam, kde se služby poskytují. To, co bylo společné v typových standardech všech sociálních služeb, tedy principy, bylo potom zformulováno v jedněch společných **národních standardech**. Výsledkem služby, která se poskytuje podle těchto standardů, má být sociální inkluze klienta. Kritéria ve standardech obsažená jsou měřitelná tak, aby bylo možné objektivně posoudit, zda se standardy v určitém zařízení naplňují. Standardy se vyznačují orientací na klienta (uspokojování individuálních potřeb, podpora začlenění, volba, participace v celém procesu, autonomie), důrazem na zachování jeho důstojnosti a ochranu jeho práv. (Hrdá, 2006)

Každý poskytovatel má mít psanou metodiku pro službu, kterou poskytuje. Vznikne tak, že když se všichni, kdo na sociální službě mají podíl, dohodnou na nějakých pravidlech pro její realizaci, formuluje se to také písemně. Obsah standardů kvality sociálních služeb obsahuje příloha č. 2 k vyhlášce č. 505/2006 Sb., kterou se provádějí některá ustanovení zákona o sociálních službách. (viz příloha č. 2)

9. Základní charakteristika dotazovaných osob

Jan, 34 let, diagnóza: dětská mozková obrna, kvadruplegie (vrozené postižení)

Narodil se v úplné rodině o měsíc a půl dříve. Rodiče měli velký zájem na jeho uzdravení a rehabilitaci. Jezdil často jako malý do Dětské ozdravovny do Železnice u Jičína, kterou jako dítě občas špatně snášel, s odstupem času na pobyt ale rád vzpomíná. Má o 12 let starší sestru, která se o něho velmi starala. Bydlí s rodiči v bezbariérovém bytě na Chodově v Praze.

Vystudoval základní a střední školu v Jedličkově ústavu. Nyní studuje na Filozofické fakultě na Karlově univerzitě, obor Sociální práci. Současně je zaměstnán na poloviční úvazek v Pražské organizaci vozíčkářů. Pobírá invalidní důchod pro invaliditu třetího stupně (dříve známý jako plný invalidní důchod) a příspěvek na péči III. stupně. Osobní asistenci potřebuje denně.

Paní Šubrtová, 76 let, diagnóza: dětská obrna, kvadruplegie (získané postižení)

Onemocněla ve svých 9 letech infekční obrnou. Jak sama říká, rekonvalescence byla velmi těžká. Velice jí pomáhali rodiče, především matka. Z nemoci se částečně uzdravila, ale v r. 1979 měla autobusovou nehodu a od té doby se jí její zdravotní stav opět velmi zhoršil. Vystudovala střední školu. Do lázní v tehdejší době jela jen jednou, jelikož se na to muselo hodně připlácet a jako rodina si to nemohli dovolit. S manželem se seznámila v Jánských Lázních, má také obrnu. Jsou bezdětní. Dříve vstoupila do Svazu tělesně postižených, dle jejich slov měla vždy pocit, že by bylo potřeba něco dělat, nejen říkat. Volných chvílí moc nemá, je velmi aktivní. Spolupracuje s Pražskou organizací vozíčkářů a dalšími organizacemi. Do lázní jezdí velmi pravidelně. Nyní pár let bydlí v bezbariérovém bytě v domě s pečovatelskou službou a pravidelně několikrát denně využívá služeb osobní asistence. Pobírá invalidní důchod pro invaliditu třetího stupně a příspěvek na péči III. stupně.

Tomáš, 36 let, diagnóza: roztroušená skleróza, kvadruplegie (získané postižení)

Onemocněl ve svých 24 letech, předtím byl velmi aktivní, měl s přítelkyní 4 obchody a pracoval skoro 16 hodin denně. Po onemocnění žil s přítelkyní dalších 8 let, když již byl na tom hodně špatně, nemohl chodit, jen ležel, došlo k rozchodu. Pro něho hodně těžké období, pomohla mu hodně matka. Podstoupil rehabilitaci v Kladrubech. V r. 2005 už jen ležel

v posteli a měl pouze 49 kg, nyní má 66 kg. Podstoupil jistý výzkumný program. Díky látce, která mu je vpouštěna do míchy, je uveden zpět do života.

Bydlí s matkou v bezbariérovém bytě v Dolních Počernicích. V současné době dokončuje vysokou školu - Metropolitní univerzitu v Praze, díky praxi se dostal do nemocnice na Karlově náměstí a pracuje zde již 2,5 roku jako soc. pracovník jednou týdně, vyřizuje poukázky na kompenzační pomůcky. Je členem organizace Unie Roska. Velice se angažuje v různých projektech a volnočasových aktivitách. Snaží se o plnohodnotný život a snaží se do něho zapojit i jiné pacienty s roztroušenou sklerózou. Placenou osobní asistenci nevyužívá, asistentkou je mu matka, která šla do předčasného důchodu. Pobírá invalidní důchod pro invaliditu třetího stupně a příspěvek na péči III. stupně.

Žaneta, 25 let, diagnóza: úplná nevidomost (retinopatie nedonošenců)

Žaneta má prakticky své onemocnění od svého narození. Vyrůstala v úplné rodině, sourozence nemá. Vystudovala Gymnázium v Butovicích v Praze pro nevidomé. Nyní studuje Konzervatoř Jana Deyla v Praze a chtěla by v příštím roce se osamostatnit a odejít na Masarykovu univerzitu, kde má záměr studovat hudební vědu. Je velmi samostatná, osobní asistenci nevyužívá, občas jí pomáhá matka či kamarádi. Je hodně zaměstnaná školou, volného času moc nemá, jednou týdně soukromě vyučuje hru na kytaru. Občas využívá služby organizace Tyfloservisů či organizace SONS. Velmi ráda a často cestuje po České republice i zahraničí. Pobírá invalidní důchod pro invaliditu třetího stupně a nyní jí byl snížen příspěvek na péči ze III. stupně na II. stupeň.

Michal, 25 let, diagnóza: úplná nevidomost (retinopatie nedonošenců)

Michal vyrostl v jedné vesnici u Českých Budějovic v úplné rodině. Již od 4 let byl na internátě ve školce v Brně. V první třídě nastoupil do školy pro nevidomé a slabozraké do Českých Budějovic, integraci v této škole popisuje velice pozitivně (více popisováno v textu). V sedmé třídě nastoupil na Konzervatoř Jana Deyla v Praze, kterou dostudoval a nyní na této škole studuje ladiče piána. Soukromě zpívá a spolupracoval s mnoha významnými osobnostmi naší hudební scény, např. s Evou Urbanovou, Danem Landou a dalšími. V budoucnosti by se chtěl věnovat zpěvu na profesionální úrovni. Velmi mu pomáhá rodina, za kterou dle jeho časových možností jezdí. Hodně spolupracuje s organizací SONS, nyní od nich v současnosti využívá kurz vaření. Jezdí hodně po pěveckých mezinárodních soutěžích. Pobírá invalidní důchod pro invaliditu třetího stupně a příspěvek na péči III. stupně

Olina, 40 let, diagnóza: silná slabozrakost (vrozené postižení)

Vyrůstala v úplné rodině, díky tomu, že chodila do školky s vadami zraku, tak vůbec nevnímala, že špatně vidí. Později již od první třídy začala navštěvovat též školu i gymnázium pro děti s vadami zraku, ale setkávala se i s dětmi, které měli normální zrak. Zde až pochopila, že špatně vidí, když si potřebovala něco přečíst. Dostala průkazku ZTP/P, dřív jí ale bylo řečeno, že od svých 18 let se o ni stát starat nebude, přestože se její stav nezměnil. Našla si práci v pečovatelské službě. Je vdaná, manžel má také zrakové postižení, ale menšího rozměru. Manžel je zaměstnán. První dítě se jí narodilo ve 22 a druhé v 26 letech, obě jsou zdravé. Po mateřské dovolené měla nějaké časově omezené práce, např. pro Národní radu osob se zdravotním postižením. Nyní je nezaměstnaná a hledání práce vidí jako velký problém. Hodně spolupracuje s organizací SONS a s Centrem zrakových vad v Motole.

Nyní pár měsíců pobírá invalidní důchod pro invaliditu třetího stupně, o příspěvku na péči dle jejích slov neví. Uvítala by lepší propojení lékařské a sociální služby.

Alena, 25 let, diagnóza: těžká nedoslýchavost (vrozené postižení)

Alena se narodila v rodině slyšících rodičů, na její postižení se přišlo náhodně ve 4 letech, kdy jedné známé paní se její chování již zdálo divné a začala jí tleskat u ucha a ona neslyšela. To byl moment, kdy se přišlo na to, že neslyší. Chodila do mateřské školky pro slyšící, začlenění do kolektivu proběhlo bez problémů. Svoje postižení koriguje sluchadly. Základní školu vystudovala pro slyšící děti, první stupeň, kde měla jen jednu paní učitelku hodnotí velmi kladně, protože na ní brala ohledy. S postupem, jak se měnili učitelé, začala mít problémy. Nakonec chodila na Gymnázium v Ječné pro sluchově postižené. Nyní studuje obor Čeština v komunikaci neslyšících na Karlově univerzitě. Částečně pracuje jako šéfredaktorka v České unii neslyšících. Je ve vztahu s partnerem bez postižení. Pobírá invalidní důchod pro invaliditu prvního stupně (dříve známý pod názvem částečný invalidní důchod).

Jirka, 25 let, diagnóza: těžká nedoslýchavost (vrozené postižení)

Jirka se narodil v rodině neslyšících a již od narození je nedoslýchavý. Znakový jazyk je jeho mateřský jazyk. Střední školu vystudoval v Ječné ulici pro sluchově postižené. Studoval dva semestry na Karlově univerzitě obor Čeština v komunikaci neslyšících, nyní se opět připravuje na přijímací řízení. Pracuje částečně jako lektor a redaktor v České unii neslyšících. Je velmi aktivní, spolupracuje s různými organizacemi, jezdí do zahraničí, např.

s organizací European Union of the Deaf Youth, v létě se s nimi chystá na deseti denní letní pobyt. Stěžuje si na malé procento neslyšících, kteří neumí znakovat a že je to pak v komunikaci problém. Především se hodně pohybuje a má i kamarády v komunitě neslyšících. Pobírá invalidní důchod pro invaliditu prvního stupně.

Lukáš, 33 let, diagnóza: těžká nedoslýchavost (vrozené postižení)

Narodil se v rodině slyšících rodičů, do mateřské školky chodil pro slyšící děti, což pro něho bylo velmi nepříjemné neboť pociťoval samotu a oddělenost. Nakonec přešel do mateřské školky v Ječné ulici, kde i vystudoval střední školu. Vystudoval obor Grafiky, designu a vizuální komunikace na Vysoké škole uměleckoprůmyslové v Praze. Občas pociťuje těžkou komunikaci o poradách ve skupině. Je částečně zaměstnán v České komoře tlumočnicků znakového jazyka jako grafik a upravuje časopis Unie, který je určen právě neslyšícím čtenářům a částečně pracuje na „volné noze“. Je ve vztahu se ženou podobného postižení se dvěma dětmi. Pobírá invalidní důchod pro invaliditu prvního stupně.²²

²² Pozn. Všechny jména osob uvedená v této diplomové práci jsou pozměněna.

9.1 Dotazník kladených otázek, kterými jsem zjišťovala potřeby a názory osob se zdravotním postižením

- 1a) Mohl/a byste mi říci něco o svém životě před onemocněním a jak to později ovlivnilo Váš život? (pro lidi se získaným postižením)
- 1b) Mohl/a byste mi říci, jak jste se vyrovnával/a s Vaším onemocněním a jak jím byl Váš život ovlivněn? (pro lidi s vrozeným postižením)
- 2) Jaké podpory se Vám dostalo v tomto těžkém období?
- 3) Jaké bariéry podle Vás stěžují život lidem s handicapem?
- 4) Co naopak může pomoci?
- 5) Jaké problémy si podle Vás neuvědomují lidé v souvislosti s handicapem. Jste spokojen/a s jejich přístupem? Co byste změnil/a?
- 6) Jaký je Váš názor na pracovní možnosti ve Vašem okolí? Jste někde zaměstnán/a?
- 7) Jste spokojen/a se zájmem státu o problémy lidí s handicapem, víte o jaké všechny příspěvky můžete žádat a kde?
- 8) Jaký je Váš názor na zákon 108/2006 Sb. o sociálních službách? Změnil věci k lepšímu či nikoliv?
- 9) Spolupracujete s některými organizacemi, které se zabývají Vaším typem postižení?
- 10) Využíváte služeb placené osobní asistence či tlumočnicků?
- 11) Jak shledáváte bezbariérovost ve Vašem okolí? (tato otázka kladena především tělesně postiženým osobám)
- 12) Jaké změny byste doporučil/a pro lidi s Vaším postižením?

Závěr

V rámci své diplomové práce jsem se snažila zmapovat potřeby osob se zdravotním postižením. Za cíl jsem si dala upozornit na rozdílné potřeby lidí se zrakovým, sluchovým a tělesným handicapem a na jejich problémy se začleňováním do společnosti. Oslovila jsem tři organizace, které mi poskytly kontakty na osoby, se kterými jsem později udělala rozhovory a jejichž krátké kazuistiky uvádím v závěru své práce.

Během více než čtyřicetileté vlády socialistického režimu byli tělesně a duševně postižení lidé spíše na okraji běžného dění bez možnosti integrace mezi zdravou část populace. Monotónnost naší společnosti se podepsala i na našem myšlení a vnímání osob s handicapem. Z většiny výpovědí bylo zřejmé, že někteří, ačkoliv by pomoc uvítali, jsou v rozpacích z toho, jak je jim pomoc nabízena. Člověk, který nikdy pomoc nenabízel, je najednou konfrontován se situací, ve které je nesvůj a neví, co má dělat. Tím dochází ke komickým a trapným situacím. Jan (34 let, DMO): *„Musíme je stále přesvědčovat, že se můžeme zapojit do normálního života. To, že jsme tělesně postižení, neznamená, že máme i mentální postižení. Je stále strašně těžké je přesvědčovat, že nejsme blbí“*. Těchto předsudků je velmi těžké se zbavit. Jsou v nás hluboko zakořeněny. Díky akcím jako např. „Jedeme v tom s vámi“ – přiblížení světa na vozíčku, nebo každoročně pořádanému hudebnímu a divadelnímu festivalu „Mezi Ploty dochází“ k vzájemnému promíchání „světa s postižením“ a „světa zdravých“ k oboustrannému obohacování obou společností.

Již více než dvacet let od „sametové revoluce“ se snažíme o integraci osob s postižením. Vzniká velké množství společností hájící práva a zájmy handicapovaných, které organizují jejich volný čas a které jim umožňují a zprostředkovávají pracovní nabídky. Někteří dotázaní těchto služeb ve veliké míře využívají a snaží se o plnohodnotný život. Kritizují na druhou stranu své kolegy, kteří se společnosti záměrně straní a upadají do pasivity. Bez pomoci okolí, rodiny nebo přátel vede tento začarovaný kruh k depresím, pocitům sebelítosti a odloučení od okolního světa.

Z hlediska bezbariérovosti již došlo k výrazným úspěchům. Tělesně postiženými jsou celkem kladně hodnoceny změny, které zabezpečují možnosti bezbariérové dopravy, přístup do veřejných budov či výstavbou bezbariérových bytů. Dle výpovědí zrakově znevýhodněných je zřejmé, že je kladen velmi malý důraz na jejich zvýšené potřeby např. značení začátku a

konce schodiště není označeno výraznými barvami nebo reklamy, či práce na chodnících mohou lehko přivodit úraz. Problematikou pro neslyšící v dopravě se stávají např. hlášení o příštích zastávkách bez možnosti si tuto informaci na světelné tabuli přečíst. Katastrofou bývají nestandardní situace nebo změny, které jsou hlášeny rozhlasem, kdy neslyšící nemá žádnou možnost danou informaci přijmout nebo se podle ní zachovat. Problémem se zde stává i neznalost znakového jazyka a to nejen mezi slyšící částí populace. Nemožnost komunikace je poté velmi frustrující. Na snížení bariér u sluchově postižených přispívá např. zákon o povinném titulkování všech nově vzniklých DVD české výroby od 1. 1.2007 a u provozovatele celoplošného televizního vysílání s licencí (Nova a Prima) jde o povinnost titulkovat nejméně 15 % vysílaných pořadů a provozovatel celoplošného televizního vysílání ze zákona (Česká televize) je povinen opatřit minimálně 70 % pořadů s titulky. Vtipně dále může působit velká vizitka očního lékaře s černým písmem na žlutém papíře, ale ostatní lidé si neuvědomují, jak těžké je pro slabozrakého člověka správně přečíst ordinační hodiny, luštit malá čísla jízdního řádu nebo datum spotřeby na potravinách, nebo dohlédnout na číslo příjíždějící tramvaje. Při všech těchto aktivitách potřebují handicapovaní naši pomoc.

U některých výpovědí se shoduje nevole při posuzování příspěvku na péči dle zákona 108/2006 Sb. o sociálních službách. Stávající příspěvek je podle mínění konstruován pro těžce tělesně nebo mentálně postižené a je především zaměřený na domácí prostředí. Je proto diskriminační pro ty, kteří by se, byť s částečným ale stále ještě velmi omezujícím postižením, snažili o plnohodnotný život. Výše finančního příspěvku tak někdy neodpovídá reálným potřebám dotázaných. Bez pomoci rodiny nebo přátel by někteří z nich nebyli schopni svoji finanční situaci sami zvládnout.

Kdybych měla porovnat nejsnadnější začlenění do společnosti z kategorie těchto tří postižení, asi by nejlépe byli, dle mého názoru, na uspokojování svých potřeb sluhově postižení (jak s hledáním práce, finančního zabezpečení či pokud jde o problémy různých bariér).

Naše společnost se na jednu stranu snaží o to, aby byli lidé s handicapem aktivní a naplno se začlenili a žili plnohodnotným životem, na druhou stranu máme stále problémy s předsudky, komunikací a je stále mnoho bariér, na kterých je třeba pracovat.

Literatura

Monografie:

VOTAVA, J. a kol. *Ucelená rehabilitace osob se zdravotním postižením*. 1. vyd. Praha: Karolinum, 2003. 207 s. ISBN 80-246-0708-5.

SLOWÍK, J. *Speciální pedagogika*. 1. vyd. Havlíčkův Brod: Grada, 2007. 160 s. ISBN 978-80-247-1733-3.

MATOUŠEK, O. *Sociální práce v praxi*. 1. vyd. Praha: Portál, 2005. 343 s. ISBN 80-7367-002.

KŘIVOHLAVÝ, J. *Psychologie zdraví*. 3. vyd. Praha: Portál, 2009. 280 s. ISBN 78-80-7367-568-4.

VÁGNEROVÁ, M., HADJ – MOUSSOVÁ, Z., Štech, S. *Psychologie handicapu*. 2. vyd. Praha: Karolinum, 2000. 230 s. ISBN 80-7184-929-4.

VÁGNEROVÁ, M. *Psychopatologie pro pomáhající profese*. 3. vyd. Praha: Portál, 1999. 444 s. ISBN 80-7178-678-0.

STRUK, P. a kol. *Vybrané kapitoly ze sociální medicíny*. 1. vyd. Praha: Karolinum, 1993. 99 s. ISBN 80-7066-737-0.

PAYNE, J. a kol. *Kvalita života a zdraví*. 1. vyd. Praha: Triton, 2005. 629 s. ISBN 80-7254-657-0.

VÍTKOVÁ, M. *Integrativní speciální pedagogika, Integrace školní a sociální*. 2. vyd. Brno: Paido, 2004. 463 s. ISBN 80-7315-071-9.

KÁBELE, F. a kol. *Somatopedie*. 2. vyd. Praha: Státní pedagogické nakladatelství, 1970. 224 s. ISBN 14-381-82.

JESENSKÝ, J. *Uvedení rehabilitace zdravotně postižených*. 1. vyd. Praha: Karolinum, 1995. 159 s. ISBN 80-7066-941-1.

JESENSKÝ, J. a kol. *Kontrapunktů integrace zdravotně postižených*. 1. vyd. Praha: Karolinum, 1995. 175 s. ISBN 80-7184-030-0.

JESENSKÝ, J. *Prostor pro integraci*. 1. vyd. Praha: Comenia Consult, 1993. 132 s. ISBN 80-7867-020-8.

TITZL, B. *Postižený člověk ve společnosti*. 1. vyd. Praha: Karolinum, 2000. 250 s. ISBN 80-86039-90-0.

KŘIVOHLAVÝ, J. *Vážně nemocný mezi námi*. 1. vyd. Praha: Avicenum, 1989. 107 s. ISBN 08-065-89.

- NOVOSAD, L. *Základy speciálního poradenství*. 1. vyd. Praha: Portál, 2000. 159 s. ISBN 80-7178-197-5.
- VALENTA, M. a kol. *Přehled speciální pedagogiky a školská integrace*. 1. vyd. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2003. 322 s. ISBN 80-2440698-5.
- KVĚTOŇOVÁ – ŠVECOVÁ, L. *Edukace dětí se speciálními potřebami v raném a předškolním věku*. 1. vyd. Brno: Paido, 2004. 126 s. ISBN 80-7315-063-8.
- BAUEROVÁ, D., PEŠKOVÁ, K., VAHALÍKOVÁ, M. a kol. *Handicap v přibězích*. 2. vyd. Ostrava: Centrum Slunečnice, 2008. 299 s. ISBN 978-80-248-1771-2.
- PAVLATOVÁ, E. *Život napodruhé*. 1. vyd. Praha: Fragment, 1996. 112 s. ISBN 80-7200-075-6.
- STRNADOVÁ, V. *Komunikace neslyšících*. 1. vyd. Liberec: TU, 1996. 110 s. ISBN 86-999-65-9.
- MACHOVÁ, J. *Biologie člověka pro speciální pedagogy*. 2. vyd. Praha: Karolinum, 1994. 263 s. ISBN 80-7066-980-2.
- ŘÍČAN, P., KREJČÍŘOVÁ, D. a kol. *Dětská klinická psychologie*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 1995. 603 s. ISBN 80-7169-168-2.
- PRAŽSKÁ ORGANIZACE VOZÍČKÁŘŮ. *Bezbariérová Praha*. Liberec: Umún, 2008. 46 s.
- FILIPIOVÁ, D. *Projektujeme bez bariér*. 1. vyd. Praha: Ministerstvo práce a sociálních věcí, 2002. 104 s. ISBN 80-86552-187.
- HUTAŘ, J. *Pomůcky pro zdravotně postižené*. 2. vyd. Praha: Národní rada osob zdravotně postižených ČR, 2005. 38 s. ISBN 80-903640-1-2.
- HRDÁ, J. *Osobní asistence, poradenství a zprostředkování*. 1. vyd. Praha: Asociace poraden pro zdravotně postižené za podpory Ministerstva zdravotnictví ČR, 2006. 77 s. ISBN 80-239-6415-1.
- NÁRODNÍ RADA OSOB ZDRAVOTNĚ POSTIŽENÝCH ČR. *Národní rozvojový program mobility pro všechny*. 2. vyd. Praha: Národní rada osob zdravotně postižených ČR, 2006. 50 s. ISBN 80-87041-09-7

Časopisecké články:

- ŠVESTKOVÁ, O. Dlouhá cesta k zákonu o ucelené rehabilitaci. *Zdravotnické noviny*, 2002, roč. 8, č. 10, s. 14. ISSN 8977.
- DZIDO, P. Sexuální život po poranění míchy. *Vozka*, 2002, roč. 15, č. 5, s. 13. ISSN 5543.
- BARTUŠKOVÁ, E. Sny se dají plnit i na vozíku. *Vozíčkář*, 2007, roč. 16, č. 3, s. 25. ISSN 2344.

Internetové zdroje:

Zdravotní postižení [on-line]. Praha: Ministerstvo práce a sociálních věcí, 2010 [cit. 2010-02-05]. Dostupné z: <<http://www.mpsv.cz/cs/8>>.

Organizace [on-line]. Praha. Národní rada osob se zdravotním postižením ČR, 2007 [cit. 2010-01-10]. Dostupné z: <<http://www.nrzp.cz/organizace/>>.

Bezbariérové cestování [on-line]. Praha. Dopravní podnik hlavního města Prahy, a. s., 2010 [cit. 2010-03-15]. Dostupné z <<http://www.dpp.cz/bezbarierove-cestovani/>>.

Medicina [on-line]. Praha: Medicom International s.r.o., 2010 [cit. 2010-01-08]. Dostupné z: <<http://www.medicina.cz/>>.

Co je to roztroušená mozkomíšní skleróza [on-line]. Ereska, 2009 [cit. 2010-04-01]. Dostupné z: <<http://www.ereska.cz/>>.

Pomůcky [on-line]. Praha: Sjednocená organizace slabozrakých a nevidomých ČR, 2002-2010 [cit. 2010-03-02]. Dostupné z: <<http://www.sons.cz/pomucky.php>>.

Vzdělávání [on-line]. Praha. Ministerstvo školství, mládeže a tělovýchovy, 2006 [cit. 2010-02-18]. Dostupné z: <<http://www.msmt.cz/vzdelavani>>.

ZákonyČR [on-line]. Praha. Arnet onLine, a. s., 2004 – 2010 [cit. 2010-02-07]. Dostupné z: <<http://www.zakonycr.cz/>>.

Seznam příloh

Příloha č 1. Přílohy k vyhlášce č. 182/1991 Sb., kterou se provádí zákon o sociálním zabezpečení (str. 107)

Příloha č 2. Standardy kvality sociálních služeb, které upravuje příloha č. 2 k vyhlášce č. 505/2006 Sb, kterou se provádějí některá ustanovení zákona o sociálních službách (str. 112)

Příloha č. 3 zákon o sociálních službách č. 108/2006 Sb. (Příspěvek na péči) (str. 113)

Příloha č. 4 k vyhlášce č. 505/2006 Sb., kterou se provádějí ustanovení zákona o soc. službách (Činnosti pro hodnocení schopnosti zvládat úkony péče o vlastní osobu a úkony soběstačnosti....) (str. 116)

Příloha č 5. Bezbariérová Praha (doprava, veřejné budovy) (str. 123)

Příloha č. 1 Přílohy k vyhlášce č. 182/1991 Sb., na kterou se vztahuje zákon o sociálním zabezpečení

Příloha č. 2 k vyhlášce č. 182/1991 Sb.

Zdravotní postižení odůvodňující přiznání mimořádných výhod

1. Mimořádné výhody I. stupně (průkaz TP) se přiznávají v těchto případech postižení:

- a. ztráta úchopové schopnosti nebo podstatné omezení funkce horní končetiny (například na podkladě anatomické ztráty, ochrnutí, mízního edému),
- b. anatomická ztráta několika prstů na obou nohou nebo ztráta nohy v kloubu Lisfrankově nebo Chopartově a výše, až po bérec včetně,
- c. podstatné omezení funkce jedné dolní končetiny (například na podkladě funkčně významné parézy, arthrózy kolenního a kyčelního kloubu nebo ztuhnutí kolenního nebo kyčelního kloubu, stav po endoprotéze, pakloub bércové nebo stehenní kosti),
- d. omezení funkce dvou končetin (například na podkladě lehké hemiparézy nebo paraparézy, arthrotického postižení nosných kloubů obou dolních končetin, těžší formy osteoporózy, polyneuropathií, nestability kloubů nebo zánětlivého postižení kloubů),
- e. zkrácení jedné dolní končetiny přesahující 5 cm,
- f. onemocnění páteře, stavy po operacích a úrazech páteře s přetrvávajícími projevy nervového a svalového dráždění, insuficiencí svalového korzetu a omezením pohyblivosti dvou úseků páteře,
- g. postižení cév jedné dolní končetiny s těžkou poruchou krevního oběhu (například s trofickými změnami, mízním edémem, klaudikacemi, s těžkým varikózním komplexem),
- h. záchvatová onemocnění různé etiologie spojená s opakovanými poruchami vědomí, závrativé stavy.

2. Mimořádné výhody II. stupně (průkaz ZTP) se přiznávají v těchto případech postižení:

- a. anatomická ztráta jedné dolní končetiny v kolenním kloubu nebo ve stehně,
- b. anatomická ztráta dvou dolních končetin v úrovni Lisfrankova nebo Chopartova kloubu a výše,
- c. funkční ztráta jedné dolní končetiny (například na podkladě těžkého ochrnutí nebo plegie této končetiny, těžké poruchy funkce dvou nosných kloubů se ztrátou oporné funkce končetiny, stav po implantaci endoprotézy kyčelního nebo kolenního kloubu s výrazně porušenou funkcí operované končetiny),
- d. současné funkčně významné anatomické ztráty části jedné dolní a jedné horní končetiny nebo obou horních končetin v úrovni bérce a předloktí,
- e. podstatné omezení funkce dvou končetin se závažnými poruchami pohybových schopností při neurologických, zánětlivých, degenerativních nebo systémových onemocněních pohybového aparátu (například na podkladě středně těžké hemiparézy nebo paraparézy, podstatného omezení hybnosti kyčelních a kolenních kloubů zpravidla o polovinu rozsahu kloubních exkurzí),
- f. onemocnění páteře, stavy po operacích a úrazech páteře se středně těžkými parézami, výraznými svalovými atrofiemi nebo se závažnými deformitami páteře s omezením exkurzí hrudníku, ztuhnutím tří úseků páteře,

g. těžké obliterace cév obou dolních končetin s výrazným trofickým postižením a výrazným funkčním postižením hybnosti,

h. chronické vady a nemoci interního charakteru značně ztěžující pohybovou schopnost (například vady a nemoci srdce s recidivující oběhovou nedostatečností trvající i při zavedené léčbě, dechová nedostatečnost těžkého stupně, selhání ledvin ve stadiu dialýzy, provázené závažnými tělesnými komplikacemi, onkologická onemocnění s nepříznivými průvodními projevy na pohybové a orientační schopnosti),

i. oboustranná praktická hluchota nebo oboustranná úplná hluchota, kterou se rozumí celková ztráta slyšení podle Fowlera 85 % a více, více než 70 dB,

j. kombinované postižení sluchu a zraku (hluchoslepota) funkčně v rozsahu oboustranné středně těžké nedoslýchavosti, kterou se rozumí ztráta slyšení podle Fowlera 40 až 65 %, a oboustranné silné slabozrakosti, kterou se rozumí zraková ostrost s nejlepší možnou korekcí na lepším oku, kdy maximum je menší než 6/60 a minimum rovné nebo lepší než 3/60, nebo oboustranné koncentrické omezení zorného pole v rozsahu 30 až 10 stupňů, i když centrální ostrost není postižena,

k. oboustranná těžká ztráta zraku, kterou se rozumí zraková ostrost s korekcí, kdy maximum je menší než 3/60, minimum rovné nebo lepší než 1/60.

3. Mimořádné výhody III. stupně (průkaz ZTP/P) se přiznávají v těchto případech postižení:

a. anatomická ztráta dolní končetiny vysoko ve stehně s anatomicky nepříznivým pahýlem nebo v kyčli,

b. anatomická ztráta obou končetin v bércích a výše nebo ztráta podstatných částí horní a dolní končetiny v úrovni pažní a stehenní kosti nebo obou horních končetin v úrovni paže,

c. funkční ztráta jedné dolní a jedné horní končetiny (například hemiplegie nebo těžká hemiparéza) nebo obou dolních končetin (například paraplegie nebo těžká paraparéza, těžká destrukce kolenních a kyčelních kloubů),

d. těžká porucha pohyblivosti na základě závažného postižení několika funkčních celků pohybového ústrojí s odkázaností na vozík pro invalidy; funkčním celkem se přitom rozumí trup, páteř, pánev, končetina,

e. disproporční poruchy růstu provázené závažnými deformitami končetin a hrudníku, pokud tělesná výška po ukončení růstu nepřesahuje 120 cm,

f. dlouhodobé multiorgánové selhávání dvou a více orgánů, pokud podstatně omezuje pohybové nebo orientační schopnosti,

g. neúplná (praktická) nevidomost obou očí, kterou se rozumí zraková ostrost s nejlepší možnou korekcí 1/60, 1/50 až světlocit nebo omezení zorného pole do 5 st. kolem centrální fixace, i když centrální ostrost není postižena, nebo úplná nevidomost obou očí, kterou se rozumí ztráta zraku zahrnující stavy od naprosté ztráty světlocitu až po zachování světlocitu s chybou světelnou projekcí,

h. oboustranná praktická hluchota nebo oboustranná úplná hluchota u dětí do ukončení povinné školní docházky,

i. střední, těžká a hluboká mentální retardace nebo demence, je-li IQ horší než 50, psychické postižení s dlouhodobými těžkými poruchami orientace a komunikace,

j. kombinované těžké postižení sluchu a zraku (hluchoslepota) funkčně v rozsahu oboustranné těžké nedoslýchavosti až hluchoty, kterou se rozumí ztráta slyšení podle Fowlera horší než 65 %, a oboustranné těžké ztráty zraku.

4. Mimořádné výhody I., II. nebo III. stupně lze přiznat také v případech nemocí a vad neuvedených v bodech 1 až 3, pokud podstatně omezují pohybovou nebo orientační

schopnost, a to podle rozsahu a tíže funkčních důsledků srovnatelných s indikacemi uvedenými v bodech 1 až 3.

Příloha č. 3 k vyhlášce č. 182/1991 Sb.

Mimořádné výhody pro těžce zdravotně postižené občany

1. Mimořádné výhody I. stupně (průkaz TP):

- a. nárok na vyhrazené místo k sedění ve veřejných dopravních prostředcích pro pravidelnou hromadnou dopravu osob kromě autobusů a vlaků, v nichž je místo k sedění vázáno na zakoupení místenky,
- b. nárok na přednost při osobním projednávání jejich záležitostí, vyžaduje-li toto jednání delší čekání, zejména stání; za osobní projednávání záležitostí se nepovažuje nákup v obchodech ani obstarávání placených služeb ani ošetření a vyšetření ve zdravotnických zařízeních.

2. Mimořádné výhody II. stupně (průkaz ZTP):

- a. výhody uvedené v bodu 1,
- b. nárok na bezplatnou dopravu pravidelnými spoji místní veřejné hromadné dopravy osob (tramvajemi, trolejbusy, autobusy, metrem),
- c. sleva 75 % jízdného ve druhé vozové třídě osobního vlaku a rychlíku ve vnitrostátní přepravě a 75 % sleva v pravidelných vnitrostátních spojích autobusové dopravy.

3. Mimořádné výhody III. stupně (průkaz ZTP/P):

- a. výhody uvedené v bodech 1 a 2,
- b. nárok na bezplatnou dopravu průvodce veřejnými hromadnými dopravními prostředky v pravidelné vnitrostátní osobní hromadné dopravě
- c. u úplně nebo prakticky nevidomých nárok na bezplatnou přepravu vodícího psa, pokud je nedoprovází průvodce.

4. Dále může být držitelům průkazů ZTP a ZTP/P poskytnuta sleva poloviny vstupného na divadelní a filmová představení, koncerty a jiné kulturní a sportovní podniky. Při poskytování slevy držitelům průkazu ZTP/P se poskytne sleva poloviny vstupného i jejich průvodci.

Příloha č. 4

Rehabilitační a kompenzační pomůcky pro těžce zdravotně postižené občany

Název pomůcky (Nejvyšší výše příspěvku z ceny)

I. Rehabilitační a kompenzační pomůcky pro tělesně postižené občany

1. Polohovací zařízení do postele (100%)
2. Obracecí postel (50%)
3. Vodní zvedák do vany (50%)
4. vypuštěno

5. Přenosný WC (100%)
6. Psací stroj se speciální klávesnicí (50%)
7. Motorový vozík pro invalidy (50%)
8. Židle na elektrický pohon (50%)
9. Přenosná rampa (pro vozíčkáře) (100%)
10. Zvedací zařízení vozíku na střechu automobilu (100%)
11. Zařízení pro přesun vozíčkáře do automobilu (100%)
12. Individuální úpravy automobilu (100%)
13. vypuštěno
14. Dvoukolo (50%)
15. Šikmá schodišťová plošina (100%)
16. Signalizační pomůcka SYM-BLIK (80%)
17. Koupací lůžko (50%)
18. Nájezdové lyžiny pro vozíčkáře (100%)

II. Rehabilitační a kompenzační pomůcky pro sluchově postižené občany

Název pomůcky (Nejvyšší částka příspěvku z ceny)

1. Víceúčelová pomůcka pro sluchově postižené děti (100%, nejvýše 3 000 Kč)
2. Signalizace bytového a domovního zvonku včetně instalace (100%)
3. Signalizace telefonního zvonku (100%)
4. Světelný nebo vibrační budík (50%)
5. Telefonní přístroj se zesílením zvuku pro nedoslýchavé včetně světelné indikace zvonění (75%, nejvýše 7000 Kč)
6. Psací telefon pro neslyšící včetně světelné indikace zvonění^{*)} (75%)
7. Přídavná karta k osobnímu počítači a programové vybavení emulující psací telefon pro neslyšící^{*)} (75%)
8. Fax^{**)} (75%)
9. Faxmodemová karta k počítači a programové vybavení emulující fax^{**)} (75%)
10. Videorekordér (50%, nejvýše 7 000 Kč)
11. Televizor s teletextem (50%, nejvýše 7 000 Kč)
12. Doplnění stávajícího televizoru o dekodér teletextu včetně montáže (50%)
13. Přenosná naslouchací souprava s rádiovým nebo infračerveným přenosem (75%)
14. Přístroj k nácviku slyšení (50%)
15. Bezdrátové zařízení umožňující poslech televizního přijímače nebo jiného zdroje zvuku (50%)
16. Individuální přenosný naslouchací přístroj (nejde o elektronické sluchadlo) (50%)
17. Individuální indukční smyčka (50%)
18. Indikátor hlásek pro nácvik v rodině (75%)

^{*)} Příspěvek lze poskytnout pouze na jednu z pomůcek uvedených v bodech 6 a 7.

^{**)} Příspěvek lze poskytnout pouze na jednu z pomůcek uvedených v bodech 8 a 9.

III. Rehabilitační a kompenzační pomůcky pro zrakově postižené občany

Název pomůcky (Nejvyšší částka příspěvku z ceny)

1. Kancelářský psací stroj (50%)
2. Slepecký psací stroj (100%)
3. Magnetofon, diktafon (100%, nejvýše 4500 Kč)
4. Čtecí přístroj pro nevidomé s hmatovým výstupem (100%)
5. Digitální čtecí přístroj pro nevidomé s hlasovým výstupem (100%)

6. Kamerová zvětšovací televizní lupa (100%)
7. Digitální zvětšovací televizní lupa (100%)
8. Adaptér hlasového syntetizátoru pro nevidomé (100%)
9. Programové vybavení pro digitální zpracování obrazu (100%)
10. Tiskárna reliéfních znaků pro nevidomé (100%)
11. Jehličková jednobarevná tiskárna (50%)
12. Zařízení pro přenos digitálních dat (100%)
13. Elektronický zápisník pro nevidomé s hlasovým nebo hmatovým výstupem (100%)
14. Elektronická komunikační pomůcka pro hluchoslepé (100%)
15. Kapesní kalkulátor s hlasovým výstupem (100%)
16. Slepcké hodinky a budíky s hlasovým nebo hmatovým výstupem (50%)
17. Měřicí přístroje pro domácnost s hlasovým nebo hmatovým výstupem (50%)
18. Indikátor barev pro nevidomé (100%)
19. Elektronická orientační pomůcka pro nevidomé a hluchoslepé (100%)
20. Dvoukolo (50%)

Příloha č.5 k vyhlášce č. 182/1991 Sb.

Těžké vady nosného nebo pohybového ústrojí

- a. amputační ztráta dolní končetiny ve stehně,
- b. amputační ztráta obou dolních končetin v bérkách a výše,
- c. funkční ztráta obou dolních končetin na podkladě úplné obrny (plegie) nebo těžkého ochrnutí,
- d. ankyloza obou kyčelních kloubů nebo obou kolenních kloubů nebo podstatné omezení hybnosti obou kyčelních nebo kolenních kloubů pro těžké kontraktury v okolí,
- e. současné ztuhnutí všech úseků páteře s těžkým omezením pohyblivosti alespoň dvou nosných kloubů dolních končetin,
- f. těžké funkční poruchy pohyblivosti na základě postižení několika funkčních celků pohybového ústrojí s případnou odkázaností na vozík pro invalidy; funkčním celkem se přitom rozumí trup, pánev, končetina,
- g. disproporční poruchy růstu provázané deformitami končetin a hrudníku, pokud tělesná výška postiženého po ukončení růstu nepřesahuje 120 cm,
- h. anatomická nebo funkční ztráta končetiny.

Příloha č. 2 Standardy kvality sociálních služeb, které upravuje příloha č. 2 k vyhlášce č. 505/2006 Sb., kterou se provádějí některá ustanovení zákona o sociálních službách

První standard nás seznamuje s poskytovatelskou organizací.

Druhý standard je vlastně standard standardů, proto se u něj pozastavme. Poskytovatel má písemně zpracována vnitřní pravidla pro předcházení situacím, při nichž by v souvislosti s poskytováním sociální služby mohlo dojít k porušení základních lidských práv a svobod, a pro další postup, pokud k takovému porušení dojde. Má rovněž pravidla pro vymezení situací, při nichž by mohlo dojít ke střetu jeho zájmů se zájmy osob, jimž poskytuje sociální službu; včetně pravidel řešení těchto situací. Zároveň má i pravidla pro přijímání darů. Podle všech těchto pravidel poskytovatel postupuje.

Třetí standard se soustředí na zájemce o službu, na jednání s ním a na jeho informovaný souhlas se službou a jejími podmínkami.

Čtvrtý standard, tedy smlouva o poskytování služby, má především vyjasnit vztahy mezi uživatelem a poskytovatelem, stanovit podmínky poskytování služby, upřesnit práva a povinnosti.

Pátý standard zdůrazňuje, že plánovaný průběh služby vychází především z vnitřních zdrojů a možností uživatele, sleduje dosažení dohodnutých osobních cílů a je připravován společně s uživatelem.

V šestém standardu najdeme pravidla, která doplňují zákony o nakládání s dokumenty, daty apod.

Sedmý standard patří také ke stěžejním, protože zakotvuje jakousi pojistku pro ty, jichž se služba týká. Umožňuje jim zasáhnout, když se služba neděje tak, jak potřebují. Stížnostní postupy mají především zajistit bezpečí pro stěžovatele a mají být zároveň pro poskytovatele podnětem ke zlepšování kvality služby.

Naplněním **osmého standardu**, tj. návazností na další zdroje, se nejvíc přiblížíme k cíli sociálních služeb, totiž k začlenění uživatele do společnosti. Existují služby, kde se to daří lépe, a jiné, kde již sama povaha služby může svádět k vyloučení. Avšak v každé sociální službě je zakotven způsob, jak z jedince potřebujícího pomoc neudělat druhořadého člověka, nebo dokonce vězně.

Devátý a desátý standard stanovují pravidla týkající se řízení organizace poskytující služby a personalistiky.

Jedenáctý standard určuje požadavky na dostupnost služby z hlediska místa a z hlediska času.

Dvanáctý standard upravuje pravidla o informování o službě nejen navenek, ale i uvnitř poskytovatelské organizace.

Třináctý standard stanovuje, jak má vypadat prostředí, v němž se služba poskytuje, a jak posoudit, zda služba umožňuje uživateli naplnění jeho lidských práv.

Účelem **čtrnáctého standardu** je zajištění bezpečnosti v nejširším slova smyslu: jde o splnění zákonných norem, o bezpečí na pracovišti pro všechny pracovníky (management, všechny týmy, pečující atd.) a o bezpečí pro uživatele.

Patnáctý standard vlastně popisuje standardy ve standardech, tzn. že jeho prostřednictvím hodnotíme kvalitu služby a hlavně má být nástrojem pro její zlepšování. Poskytovatel podle znění standardu průběžně kontroluje a hodnotí, zda je způsob poskytování sociální služby v souladu s definovaným posláním, cíli a zásadami sociální služby a osobními cíli jednotlivých osob. Má písemně zpracována vnitřní pravidla pro zjišťování spokojenosti se způsobem poskytování sociální služby; zapojuje do hodnocení také zaměstnance a další zainteresované fyzické a právnické osoby a využívá stížností na kvalitu nebo způsob poskytování sociální služby jako podnět pro její rozvoj a zvyšování její kvality.

ČÁST DRUHÁ

PŘÍSPĚVEK NA PÉČI

HLAVA I

PODMÍNKY NÁROKU NA PŘÍSPĚVEK NA PÉČI

§ 7

(1) Příspěvek na péči (dále jen "příspěvek") se poskytuje osobám závislým na pomoci jiné fyzické osoby za účelem zajištění potřebné pomoci. Náklady na příspěvek se hradí ze státního rozpočtu.

(2) Nárok na příspěvek má osoba uvedená v § 4 odst. 1, která z důvodu dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu potřebuje pomoc jiné fyzické osoby při péči o vlastní osobu a při zajištění soběstačnosti v rozsahu stanoveném stupněm závislosti podle § 8.

(3) Nárok na příspěvek nemá osoba mladší jednoho roku.

(4) O příspěvku rozhoduje obecní úřad obce s rozšířenou působností.

§ 8

Osoba se považuje za závislou na pomoci jiné fyzické osoby ve

- a) stupni I (lehká závislost), jestliže z důvodu dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu potřebuje každodenní pomoc nebo dohled při více než 12 úkonech péče o vlastní osobu a soběstačnosti nebo u osoby do 18 let věku při více než 5 úkonech péče o vlastní osobu a soběstačnosti,
- b) stupni II (středně těžká závislost), jestliže z důvodu dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu potřebuje každodenní pomoc nebo dohled při více než 18 úkonech péče o vlastní osobu a soběstačnosti nebo u osoby do 18 let věku při více než 10 úkonech péče o vlastní osobu a soběstačnosti,
- c) stupni III (těžká závislost), jestliže z důvodu dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu potřebuje každodenní pomoc nebo dohled při více než 24 úkonech péče o vlastní osobu a soběstačnosti nebo u osoby do 18 let věku při více než 15 úkonech péče o vlastní osobu a soběstačnosti,
- d) stupni IV (úplná závislost), jestliže z důvodu dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu potřebuje každodenní pomoc nebo dohled při více než 30 úkonech péče o vlastní osobu a soběstačnosti nebo u osoby do 18 let věku při více než 20 úkonech péče o vlastní osobu a soběstačnosti.

§ 9

(1) Při posuzování péče o vlastní osobu pro účely stanovení stupně závislosti se hodnotí schopnost zvládat tyto úkony:

- a) příprava stravy,
- b) podávání, porcování stravy,
- c) přijímání stravy, dodržování pitného režimu,
- d) mytí těla,
- e) koupání nebo sprchování,
- f) péče o ústa, vlasy, nehty, holení,
- g) výkon fyziologické potřeby včetně hygieny,
- h) vstávání z lůžka, uléhání, změna poloh,
- i) sezení, schopnost vydržet v poloze v sedě,
- j) stání, schopnost vydržet stát,
- k) přemisťování předmětů denní potřeby,
- l) chůze po rovině,
- m) chůze po schodech nahoru a dolů,
- n) výběr oblečení, rozpoznání jeho správného vrstvení,
- o) oblékání, svlékání, obouvání, zouvání,
- p) orientace v přirozeném prostředí,
- q) provedení si jednoduchého ošetření,
- r) dodržování léčebného režimu.

(2) Při posuzování soběstačnosti pro účely stanovení stupně závislosti se hodnotí schopnost zvládat tyto úkony:

- a) komunikace slovní, písemná, neverbální,
- b) orientace vůči jiným fyzickým osobám, v čase a mimo přirozené prostředí,
- c) nakládání s penězi nebo jinými cennostmi,
- d) obstarávání osobních záležitostí,
- e) uspořádání času, plánování života,
- f) zapojení se do sociálních aktivit odpovídajících věku,
- g) obstarávání si potravin a běžných předmětů (nakupování),
- h) vaření, ohřívání jednoduchého jídla,
- i) mytí nádobí,
- j) běžný úklid v domácnosti,
- k) péče o prádlo,
- l) přepírání drobného prádla,
- m) péče o lůžko,
- n) obsluha běžných domácích spotřebičů,
- o) manipulace s kohouty a vypínači,
- p) manipulace se zámky, otevírání, zavírání oken a dveří,
- q) udržování pořádku v domácnosti, nakládání s odpady,
- r) další jednoduché úkony spojené s chodem a udržováním domácnosti.

(3) Při hodnocení úkonů pro účely stanovení stupně závislosti podle § 8 se hodnotí funkční dopad dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu na schopnost zvládat jednotlivé úkony podle odstavců 1 a 2.

(4) Při hodnocení úkonů pro účely stanovení stupně závislosti podle § 8 se úkony podle

odstavců 1 a 2 sčítají. Při hodnocení úkonů podle odstavců 1 a 2 se úkony uvedené v jednotlivých písmenech považují za jeden úkon. Pokud je osoba schopna zvládnout některý z úkonů uvedených v odstavcích 1 a 2 jen částečně, považuje se takový úkon pro účely hodnocení za úkon, který není schopna zvládnout.

(5) Bližší vymezení úkonů uvedených v odstavcích 1 a 2 a způsob jejich hodnocení stanoví prováděcí právní předpis.

§ 10

U osoby do 18 let věku se při posuzování potřeby pomoci a dohledu podle § 9 pro účely stanovení stupně závislosti porovnává rozsah, intenzita a náročnost pomoci a dohledu, kterou je třeba věnovat posuzované osobě, s pomocí a dohledem, který je poskytován zdravé fyzické osobě téhož věku. Při stanovení stupně závislosti u osoby do 18 let věku se nepřihlíží k pomoci a dohledu při péči o vlastní osobu a při zajištění soběstačnosti, které vyplývají z věku osoby a tomu odpovídajícímu stupni biopsychosociálního vývoje.

Příloha č. 4 k vyhlášce č. 505/2006 Sb., kterou se provádějí ustanovení zákona o soc. službách (Činnosti pro hodnocení schopnosti zvládat úkony péče o vlastní osobu a úkony soběstačnosti....)

Příloha č. 1 k vyhlášce č. 505/2006 Sb.

Činnosti pro hodnocení schopnosti zvládat úkony péče o vlastní osobu a úkony soběstačnosti a odchylný způsob hodnocení těchto úkonů u osob do 18 let věku

I. Úkony péče o vlastní osobu

a) příprava stravy:

1. rozlišení jednotlivých druhů potravin a nápojů,
2. výběr nápojů,
3. výběr jednoduchých hotových potravin podle potřeby a účelu,
4. vybalení potravin,
5. otevírání nápojů;

u osob do 5 let věku se nepřihlíží k potřebě pomoci a dohledu při úkonu; u osob do 18 let věku se hodnotí, zda z důvodu zdravotního postižení potřebují při úkonu mimořádnou pomoc, a to i u osob do 5 let věku, kdy se jinak nepřihlíží k potřebě pomoci a dohledu při tomto úkonu;

b) podávání a porcování stravy:

1. podávání stravy v obvyklém denním režimu,
2. schopnost dát stravu na talíř nebo misku a jejich přenesení,
3. rozdělení stravy na menší kousky za používání alespoň lžice,
4. míchání, lití tekutin,
5. uchopení nádoby s nápojem,
6. spolehlivé a bezpečné přenesení nápoje, lahve, šálku nebo jiné nádoby;

u osob do 3 let věku se nepřihlíží k potřebě pomoci a dohledu při úkonu;

c) přijímání stravy, dodržování pitného režimu:

1. přenesení stravy k ústům alespoň lžící,
2. přenesení nápoje k ústům,
3. konzumace stravy a nápojů obvyklým způsobem;

d) mytí těla:

1. umytí rukou, obličeje,
2. utírání se;

u osob do 3 let věku se nepřihlíží k potřebě pomoci a dohledu při úkonu;

e) koupání nebo sprchování:

1. provedení celkové hygieny, včetně vlasů,
2. péče o pokožku;

u osob do 6 let věku se nepřihlíží k potřebě pomoci a dohledu při úkonu;

f) péče o ústa, vlasy, nehty, holení:

1. čištění zubů nebo zubní protézy,

2. česání vlasů,
3. čištění nehtů, stříhání nebo opilování nehtů,
4. holení;

u osob do 3 let věku se nepřihlíží k potřebě pomoci a dohledu při úkonu;

u osob do 7 let věku se nepřihlíží k potřebě pomoci a dohledu při činnostech uvedených v bodech 2 až 4;

u osob do 15 let věku se nepřihlíží k potřebě pomoci a dohledu při činnostech uvedených v bodě 4;

g) výkon fyziologické potřeby včetně hygieny:

1. regulace vyprazdňování moče a stolice,
2. zaujetí vhodné polohy při výkonu fyziologické potřeby,
3. manipulace s oděvem před a po vyprázdnění,
4. očista po provedení fyziologické potřeby,
5. vyhledání WC;

u osob do 3 let věku se nepřihlíží k potřebě pomoci a dohledu při úkonu;

h) vstávání z lůžka, uléhání, změna poloh:

1. změna polohy těla z polohy v leže do polohy v sedě nebo ve stoji a opačně, popřípadě s přidržováním nebo s oporou,
2. změna polohy ze sedu a do sedu,
3. změna polohy z boku na bok;

i) sezení, schopnost vydržet v poloze v sedě:

1. schopnost vydržet v poloze v sedě po dobu alespoň 30 minut,
2. udržování polohy těla v požadované poloze při delším sezení;

j) stání, schopnost vydržet stát:

1. stání, popřípadě s přidržováním nebo s oporou o kompenzační pomůcku,
2. setrvání ve stoji, popřípadě s přidržováním nebo s oporou po dobu alespoň 10 minut;

u osob do 2 let věku se nepřihlíží k potřebě pomoci a dohledu při činnosti uvedené v bodě 2;

k) přemísťování předmětů denní potřeby:

1. vykonávání koordinovaných činností při manipulaci s předměty,
2. rozlišení předmětů,
3. uchopení předmětu rukou nebo oběma rukama,
4. zdvihnutí předmětu ze stolu, ze země,
5. přenášení předmětu z jednoho místa na druhé,
6. vyhledání předmětů;

u osob do 2 let věku se nepřihlíží k potřebě pomoci a dohledu při činnostech uvedených v bodech 1, 2 a 4 až 6;

l) chůze po rovině:

1. chůze, popřípadě s použitím kompenzačních pomůcek krok za krokem,
2. chůze v bytě,

3. chůze v bezprostředním okolí bydliště,
 4. udržení požadovaného směru chůze,
 5. chůze okolo překážek;
- u osob do 2 let věku se nepřihlíží k potřebě pomoci a dohledu při úkonu;
- m) chůze po schodech nahoru a dolů:
 chůze po stupních směrem nahoru a dolů, popřípadě s použitím opory o horní končetiny nebo kompenzační pomůcky;
- u osob do 2 let věku se nepřihlíží k potřebě pomoci a dohledu při úkonu;
- n) výběr oblečení, rozpoznání jeho správného vrstvení:
1. výběr oblečení odpovídajícího situaci, prostředí a klimatickým podmínkám,
 2. rozeznání jednotlivých částí oblečení,
 3. vrstvení oblečení ve správném pořadí;
- u osob do 6 let věku se nepřihlíží k potřebě pomoci a dohledu při úkonu;
- o) oblékání, svlékání, obouvání, zouvání:
1. oblékání spodního a vrchního oděvu na různé části těla,
 2. obutí vhodné obuvi,
 3. svlékání oděvu z horní a dolní části těla,
 4. zouvání;
- u osob do 3 let věku se nepřihlíží k potřebě pomoci a dohledu při úkonu;
- p) orientace v přirozeném prostředí:
1. orientování se v prostoru bytu, popřípadě i s použitím kompenzační pomůcky,
 2. orientování se v okolí domu, popřípadě i s použitím kompenzační pomůcky,
 3. poznávání blízkých osob,
 4. opuštění bytu nebo zařízení, ve kterém je osoba ubytována,
 5. opětovný návrat do bytu nebo do zařízení, ve kterém je osoba ubytována,
 6. rozlišování zvuků a jejich směru;
- u osob do 2 let věku se nepřihlíží k potřebě pomoci a dohledu při činnostech uvedených v bodech 1, 2, 4 a 5;
- u osob do 7 let věku se nepřihlíží k potřebě pomoci a dohledu při činnostech uvedených v bodech 2, 4 a 5;
- q) provedení si jednoduchého ošetření:
1. ošetření kůže,
 2. použití nebo výměna ortopedické nebo kompenzační pomůcky nebo jiného zdravotnického prostředku,
 3. dodržování diety,
 4. provádění cvičení,
 5. měření tělesné teploty,
 6. vyhledání nebo přivolání pomoci;
- u osob do 7 let věku se nepřihlíží k potřebě pomoci a dohledu při úkonu; u

osob do 18 let věku se hodnotí, zda z důvodu zdravotního postižení potřebují při úkonu mimořádnou pomoc, a to i u osob do 7 let věku, kdy se jinak nepřihlíží k potřebě pomoci a dohledu při tomto úkonu;

r) dodržování léčebného režimu:

1. dodržování pokynů ošetřujícího lékaře,
2. příprava léků, rozpoznání správného léku,
3. pravidelné užívání léků,
4. aplikace podkožních injekcí,
5. provádění inhalací, převazů,
6. rehabilitace nebo provádění logopedických cvičení;

u osob do 7 let věku se nepřihlíží k potřebě pomoci a dohledu při úkonu; u osob do 18 let věku se hodnotí, zda z důvodu zdravotního postižení potřebují při úkonu mimořádnou pomoc, a to i u osob do 7 let věku, kdy se jinak nepřihlíží k potřebě pomoci a dohledu při tomto úkonu;

II. Úkony soběstačnosti

a) komunikace slovní, písemná, neverbální:

1. přijímání a vytváření smysluplných mluvených zpráv a srozumitelné řeči s použitím kompenzačních pomůcek, například naslouchadel,
2. přijímání a vytváření smysluplných písemných zpráv, popřípadě s použitím kompenzační pomůcky, například brýlí,
3. pochopení významu a obsahu přijímaných a sdělovaných zpráv a informací,
4. komunikace prostřednictvím gest a zvuků;

u osob do 2 let věku se nepřihlíží k potřebě pomoci a dohledu při činnostech uvedených v bodech 1 až 3;

u osob do 8 let věku se nepřihlíží k potřebě pomoci a dohledu při činnostech uvedených v bodě 2;

b) orientace vůči jiným fyzickým osobám, v čase a mimo přirozené prostředí:

1. rozlišování známých osob a cizích osob,
2. znalost hodin,
3. rozlišení denní doby,
4. orientování se v místě bydliště, prostředí školy nebo školského zařízení nebo zaměstnání,
5. dosažení cíle své cesty,
6. rozlišení zvuků mimo přirozené prostředí;

u osob do 3 let věku se nepřihlíží k potřebě pomoci a dohledu při úkonu;

u osob do 7 let věku se nepřihlíží k potřebě pomoci a dohledu při činnostech uvedených v bodech 2 a 4 a 5;

c) nakládání s penězi nebo jinými cennostmi:

1. znalost hodnoty peněz,
2. rozpoznání jednotlivých bankovek a mincí,
3. rozlišení hodnoty věcí;

- u osob do 7 let věku se nepřihlíží k potřebě pomoci a dohledu při úkonu;
- d) obstarávání osobních záležitostí:
1. styk a jednání se školou nebo školským zařízením, zájmovými organizacemi,
 2. jednání se zaměstnavatelem, orgány veřejné moci, zdravotnickými zařízeními, bankou,
 3. obstarání si služeb,
 4. rozlišení a vyplnění dokumentů a tiskopisů;
- u osob do 7 let věku se nepřihlíží k potřebě pomoci a dohledu při úkonu;
- u osob do 15 let věku se nepřihlíží k potřebě pomoci a dohledu při činnostech uvedených v bodech 2 až 4;
- e) uspořádání času, plánování života:
1. dodržování denního a nočního režimu,
 2. plánování a uspořádání osobních aktivit během dne a během týdne,
 3. rozdělení času na pracovní a domácí aktivity a na volný čas;
- u osob do 3 let věku se nepřihlíží k potřebě pomoci a dohledu při úkonu;
- u osob do 7 let věku se nepřihlíží k potřebě pomoci a dohledu při činnostech uvedených v bodech 2 a 3;
- f) zapojení se do sociálních aktivit odpovídajících věku:
1. předškolní vzdělávání a výchova, školní vzdělávání a výchova, získávání nových dovedností,
 2. aktivity podle zájmů a místních možností, zejména hry, sport, kultura, rekreace,
 3. vstupování do vztahů a udržování vztahů s jinými osobami podle potřeb a zájmů;
- u osob do 3 let věku se nepřihlíží k potřebě pomoci a dohledu při úkonu;
- g) obstarávání si potravin a běžných předmětů (nakupování):
1. plánování nákupu,
 2. vyhledání příslušného obchodu,
 3. výběr zboží,
 4. zaplacení nákupu,
 5. přinesení běžného nákupu,
 6. uložení nákupu;
- u osob do 7 let věku se nepřihlíží k potřebě pomoci a dohledu při úkonu;
- h) vaření, ohřívání jednoduchého jídla:
1. sestavení plánu jídla,
 2. očištění a nakrájení potřebných surovin,
 3. dávkování surovin a přísad,
 4. vlastní příprava jednoduchého teplého jídla s malým počtem surovin a přísad, na jehož úpravu jsou potřebné jednoduché postupy za použití spotřebiče,
 5. ohřívání jednoduchého jídla;
- u osob do 7 let věku se nepřihlíží k potřebě pomoci a dohledu při úkonu;

u osob do 15 let věku se nepřihlíží k potřebě pomoci a dohledu při činnostech uvedených v bodech 1 až 4;

i) mytí nádobí:

1. umytí a osušení nádobí,
2. uložení použitého nádobí na vyhrazené místo;

u osob do 10 let věku se nepřihlíží k potřebě pomoci a dohledu při úkonu;

j) běžný úklid v domácnosti:

mechanická nebo přístrojová suchá a mokrá očista povrchů, nábytku, podlahy v bytě;

u osob do 12 let věku se nepřihlíží k potřebě pomoci a dohledu při úkonu;

k) péče o prádlo:

1. třídění prádla na čisté a špinavé,
2. skládání prádla,
3. ukládání prádla na vyhrazené místo;

u osob do 10 let věku se nepřihlíží k potřebě pomoci a dohledu při úkonu;

l) přepírání drobného prádla:

1. rozlišení jednotlivých druhů prádla,
2. praní drobného prádla v ruce,
3. sušení prádla;

u osob do 10 let věku se nepřihlíží k potřebě pomoci a dohledu při úkonu;

m) péče o lůžko:

1. ustlání, rozestlání lůžka,
2. výměna lůžkovin;

u osob do 7 let věku se nepřihlíží k potřebě pomoci a dohledu při úkonu;

u osob do 15 let věku se nepřihlíží k potřebě pomoci a dohledu při činnosti uvedené v bodě 2;

n) obsluha běžných domácích spotřebičů:

1. zapnutí, vypnutí běžných domácích spotřebičů, například rozhlasu, televize, ledničky, varné konvice, mikrovlnné trouby,
2. telefonování;

u osob do 7 let věku se nepřihlíží k potřebě pomoci a dohledu při úkonu;

o) manipulace s kohouty a vypínači:

1. ovládání manipulace s kohouty a vypínači,
2. rozlišení kohoutů a vypínačů,
3. ruční ovládání vodovodních kohoutů nebo pákových baterií a elektrických vypínačů;

u osob do 7 let věku se nepřihlíží k potřebě pomoci a dohledu při úkonu;

p) manipulace se zámky, otevírání, zavírání oken a dveří:

1. zamykání a odemykání dveří,
2. ovládání klik, otevíracích a zavíracích mechanismů u oken;

u osob do 7 let věku se nepřihlíží k potřebě pomoci a dohledu při úkonu;

q) udržování pořádku v domácnosti, nakládání s odpady:

1. udržování vybavení domácnosti v čistotě,
2. třídění odpadů,
3. vynášení odpadů na vyhrazené místo;























u osob do 7 let věku se nepřihlíží k potřebě pomoci a dohledu při úkonu;

r) další jednoduché úkony spojené s chodem a udržováním domácnosti:

1. obsluha topení,
2. praní prádla,
3. žehlení prádla;

u osob do 15 let věku se nepřihlíží k potřebě pomoci a dohledu při úkonu.

Příloha č. 5 Bezbariérová Praha (doprava, veřejné budovy)

VYSVĚTLIVKY	
Vstup	
	objekt je přístupný
	objekt není přístupný
	vstup do objektu je užší než 80 cm, ale širší než 65 cm
	vstup s překážkou max. 10 cm vysokou
	boční vstup
Vnitřní komunikace	
	v objektu jsou schody, patrová budova
	objekt bez schodů
	lyžiny
	možnost použití plošiny
	sklon nájezdu větší než 12 procent
Výtah	
	možnost použití výtahu
	vstup do výtahu je užší než 80 cm, ale širší než 65 cm
	vnitřní prostor výtahu je menší než 140cm x 140 cm, ale větší než 110cm x 110cm
	výtah v budově není nebo je nepřístupný
Toaleta	
	bezbariérová toaleta
	toaleta s překážkou max. 10 cm vysokou
	dveře toalety jsou užší než 80 cm, ale širší než 65 cm
	vnitřní prostor toalety je menší než 140cm x 140 cm, ale větší než 110cm x 110cm
	toaleta v objektu není nebo je nepřístupná
Parkování	
	vyhrazené parkovací místo pro vozíčkáře
	běžné parkovací místo
	bez parkoviště

METRO

TRASA A

Dejvická → Hradčanská → Malostranská → Staroměstská → Můstek → Muzeum → Náměstí Míru → Jiřího z Poděbrad → Flora → Želivského → Strašnická → Skalka → DEPO Hostivař

DEPO Hostivař - přístupná

Skalka - přístupná výtahem

Strašnická – přístupná schodišťovou plošinou

Želivského – nepřístupná

Flora – nepřístupná

Jiřího z Poděbrad – nepřístupná

Náměstí Míru – nepřístupná

Muzeum – přístupná osobním výtahem

Můstek – nepřístupná

Staroměstská – nepřístupná

Malostranská – nepřístupná, návazná doprava, speciální autobusová linka č. 3 (798)

Hradčanská – nepřístupná, návazná doprava, speciální autobusová linka č. 3 (798)

Dejvická – přístupná osobním výtahem

TRASA B

Zličín → Stodůlky → Luka → Lužiny → Hůrka → Nové Butovice → Jinonice → Radlická → S míchovské nádraží → Anděl → Karlovo náměstí → Národní třída → Můstek → Náměstí Republiky → Florenc → Křížíkova → Invalidovna → Palmovka → Českomoravská → Vysočanská → Kolbenova Hloubětín → Rajská zahrada → Černý Most

Černý Most - přístupná osobním výtahem, návazná doprava, speciální autobusová linka č.1 (799)

Rajská zahrada – přístupná, návazná doprava, speciální autobusová linka č. 1 (799)

Hloubětín – přístupná osobním výtahem

Kolbenova – přístupná osobním výtahem

Vysočanská – přístupná osobním výtahem

Českomoravská – nepřístupná, návazná doprava, speciální autobusová linka č. 1 (799)

Palmovka – nepřístupná

Invalidovna – nepřístupná, návazná doprava, speciální autobusová linka č. 1 (799)

Křížíkova – nepřístupná, návazná doprava, speciální autobusová linka č. 1 (799)

Florenc – přístupná osobním výtahem, návazná doprava, speciální autobusové linky č. 1 (799) a č. 3 (798)

Náměstí Republiky – nepřístupná, návazná doprava, speciální autobusové linky č. 1 (799) a č. 3 (798)

Můstek – nepřístupná

Národní třída – nepřístupná

Karlovo náměstí – nepřístupná

Anděl – nepřístupná

Smíchovské nádraží – přístupná systémem schodišťových plošin

Radlická – nepřístupná

Jinonice – nepřístupná

Nové Butovice – přístupná schodišťovou plošinou

Hůrka – přístupná osobním výtahem

Lužiny – přístupná osobním výtahem

Luka – přístupná osobním výtahem

Stodůlky – přístupná osobním výtahem

Zličín – přístupná osobním výtahem, návazná doprava, speciální autobusová linka č. 3 (798)

TRASA C

Ládví → Kobylisy → Nádraží Holešovice → Vltavská → Florenc → Hlavní nádraží → Muzeum → I.P.Pavlova → Vyšehrad → Pražského povstání → Pankrác → Budějovická → Kačerov → Roztyly → Chodov → Opatov → Háje

Háje – přístupná pouze technickým výtahem

Opatov – přístupná pouze technickým výtahem

Chodov – přístupná schodišťovou plošinou a navazujícím osobním výtahem, návazná doprava, speciální autobusová linka č. 1 (799)

Roztyly – přístupná pouze technickým výtahem

Kačerov – nepřístupná

Budějovická – přístupná osobním výtahem, návazná doprava, speciální autobusové linky č. 3 (798)

Pankrác – přístupná výtahem, návazná doprava, speciální autobusová linky č. 1 (799)

Pražského povstání – nepřístupná

Vyšehrad - přístupná pouze ve směru Háje, výstup přímo na úroveň ulice, všechny nájezdy upraveny pro vozíčkáře, z druhého nástupiště směrem do Ládví výstup pevným schodištěm, návazná doprava, speciální autobusová linky č. 1 (799)

I.P. Pavlova – nepřístupná, návazná doprava, speciální autobusová linky č. 1 (799)

Muzeum – přístupná osobním výtahem

Hlavní nádraží – přístupná osobním výtahem

Florenc – přístupná osobním výtahem, návazná doprava, speciální autobusové linky č.1 (799) a č.3 (798)

Vltavská – přístupná osobním výtahem a svislou plošinou

Nádraží Holešovice – přístupná svislou plošinou, návazná doprava, speciální autobusová linka č. 3 (798)

Kobylisy – přístupná osobním výtahem

Ládví – přístupná osobním výtahem

Důležité informace:

Technické výtahy na některých stanicích lze stále používat pouze s doprovodem oprávněným obsluhovat technické výtahy metra. Toto oprávnění dokladuje průkazka, kterou lze získat po odborném školení zajištěném přímo zaměstnanci DP Metro. (Informace v Pražské organizaci vozíčkářů – pí.Jaroslava Franková.)

Několik bariérových stanic bylo v minulých letech zpřístupněno schodišťovými plošinami. Jsme sice rádi, že se dostaneme do metra na více stanicích, nicméně se až příliš často setkáváme s poruchami na plošinách, jejichž opravy jsou většinou zdlouhavé. Setkáte-li se s nefunkční plošinou, můžete kontaktovat dispečery na tel. 222 684 100 – 103.

Podrobné informace o bezbariérové dopravě včetně jízdních řádů nízkopodlažních autobusů v Praze naleznete na internetových stránkách Dopravního podniku hl. m. Prahy, www.dpp.cz .

KNIHOVNY

Název	Adresa	Telefon						Poznámky
KNIHOVNA AKADEMIE VĚD	Praha 1 Národní 3	221403111						bb vstup je z Národní ul. vpravo od hlavní vchodu
MĚSTSKÁ KNIHOVNA	Praha 1 Mariánské nám.1	222113111						
OBVODNÍ KNIHOVNA	Praha 2 Dittrichova 2/1543	224916521						
OBVODNÍ KNIHOVNA	Praha 2 Ostrčilovo nám. 1							
OBVODNÍ KNIHOVNA	Praha 3 Lucemburská 1	222719184						
OBVODNÍ KNIHOVNA	Praha 3 Vinohradská 172	271733277						
OBVODNÍ KNIHOVNA	Praha 4 Michelská 7/1	244029142						
OBVODNÍ KNIHOVNA	Praha 6 Mahulenina 31	235358670						
OBVODNÍ KNIHOVNA	Praha 6 Vlastina 888	233310462						
OBVODNÍ KNIHOVNA	Praha 6 Bělohorská							
OBVODNÍ KNIHOVNA	Praha 7 Milady Horákové 56	233379186						
OBVODNÍ KNIHOVNA	Praha 8 Binarova 1661							
OBVODNÍ KNIHOVNA	Praha 8 Těšínská 600							
OBVODNÍ KNIHOVNA	Praha 9 Mimoňská 645	286881064						
OBVODNÍ KNIHOVNA	Praha 10 Durerova 2237							
OBVODNÍ KNIHOVNA	Praha 10 Ruská 192	272736457						
OBVODNÍ KNIHOVNA	Praha 12 Vazovova 3229							
OBVODNÍ KNIHOVNA	Praha 13 Kovářova 1615							
ÚSTAV MEZINÁRODNÍCH VZTAHŮ	Praha 1 Nerudova 3	251108405 www.czechia.com/ir						

POŠTY

Obvod	Adresa	Telefon					Poznámky
Praha 1	Praha 1 Jindřišská 14	221131111					plošina s obsluhou, Vchodové dveře 150cm, výtah 120x110cm - dveře výtahu 80cm
	Praha 1 Kaprova 12	224811261					
	Praha 1 Rybná 14	224813450					
	Praha 1 Hyberská 15	222240271					
	Praha 1 Wilsonova 300/8	224221925					
	Praha 1 - Malá Strana Josefská 43/4	257199637 257199634					
	Praha 1 - Hradčany Hrad III. nádvoří	257320778 257320606					bariérový objekt
	Praha 1 - Staré Město Na Františku 32	224827406 222317928					dvoukřídlové dveře, 1 křídlo 84cm, schod 10cm, parkovat možné Magistrátu
	Praha 1 - Nové Město Petrská 12	221851200 224813306					dvoukřídlové dveře, 1 křídlo 78cm, možnost parkování na vyhrazeném místě u knihkupectví a u pizzerie
	Praha 1 - Nové Město Příčná 668/1	222111940 222111931					
	Praha 2	224246036					
	PRAHA 2	Belgická 21					
Praha 2 - Vinohrady Wilsonova 301/10		221432229 221432111					Vstupní dveře jednokřídlové, otočné, šířka 0,8 m.
Praha 2 - Vinohrady Moravská 1530/9		224250174 224252410					Šířka vstupních dveří 1,8 m. Za vstupními dveřmi je 10 schodů, s plošinou pro vozíčkáře, se signálním zařízením ve výšce 0,5 m; pošta má pořadník na čísla ve výšce 1,2 m. vozíčkáře či maminky s dětmi obsluhuje speciálně
Praha 2 - Nusle Jaromírova 22/26		261226923 224936865					
Praha 2 - Vinohrady Italská 384/3		222519574 224247570					
Praha 2 - Nové Město Na Hrádku 1710/2		224920616 224923276					bariérový objekt
Praha 3		267196111					chybí nájezd na chodník
Praha 3 Olšanská 9							
PRAHA 3	Praha 3 Slezská 107	267311626					vysoké přeprážky
	Praha 3 Zelenky Hajského 12	271770457					
	Praha 3 - Vinohrady Chrudimská 2526/2a	267312271 267311626					
	Praha 3 - Žižkov Roháčova 263/23	222712812 222712811					
	Praha 3 - Žižkov Koněvova 2496/223	266316216					bariérový objekt
	Praha 3 - Žižkov Kubelíkova 1155/44	222716367 221412912					bariérový objekt
	Praha 4	261004602					
	Praha 4 Na Strži 42	261004600					
PRAHA 4	Praha 4 Durychova 72/972	241725938 241725988					
	Praha 4 Hrázského 2231	271914594 271913749					
	Praha 4 Křesomyslova 12/593	261219276 261219281					schod cca 15cm
	Praha 4 Novodvorská 434/7	241493979 241493329					prudké nájezdy v okolí
	Praha 4 Sofijské nám.3406	241768423 241768429					

	Praha 4 Mikulova 18/2118	272099419 272926606							
	Praha 4 - Spořilov Hlavní 2459/108	272766838 272763000							dveře 90cm
	Praha 4 - Libuš Libušská 1/202	241727842 241470154							bariérový objekt
	Praha 4 - Háje Opatovská 874/25	272915936 272914702							bariérový objekt
	Praha 4 - Krč Rabasova 1081/1	241442203 241442353							bariérový objekt
	Praha 4 - Chodov Benkova 340/2	272926780 267914539							bariérový objekt
	Praha 4 - Kunratice K Libuši 10/7	244910930							bariérový objekt
	Praha 4 - Michle U Plynárny 757/6	241410133 241410133							bariérový objekt
	Praha 4 - Braník Jiskrova 750/5	224227153 244460341							rampa u hlavního vchodu se zábradlím, dveře hlavní 90cm
	Praha 4 - Podolí Podolska 322/21	241433136 241432766							vstupní dveře 78cm, schod 8,3cm + 4cm, vhod možný z ulice Vodárenská, signální zařízení není
PRAHA 5	Praha 5 Nádražní 150	257310303							přístupné pouze přízemí
	Praha 5 - Stodůlky Archeologická 2256/1	251612866							
	Praha 5 - Smíchov Preslova 73/12	257320349 257320271							bariérový objekt
	Praha 5 Plzeňská 139	257019206 257222359							šířka dveří u vstupu 80cm, výtah 130x95cm, signální značení za rampou ve výšce 85cm (napravo za vstupními dveřmi)
	Praha 5 - Malá Strana Újezd 415/15	257322795 257322796							
	Praha 5 - Lipence Na Bambouzku 500	257921161 257921343							šířka vstupních dveří 100cm - do pošty 90cm, možnost parkovat na veřejném parkovišti (podélné stání)
	Praha 5 - Radotín náměstí Osvoboditelů	257810913 257910928							šířka vstupních dveří 80cm - do pošty 90cm
	Praha 5 - Řeporyje Hasičů 46/3	251613766 251613767							bariérový objekt
	Praha 5 - Slivenec K Lochkovu 6/0	251682071 251816595							bariérový objekt
	Praha 5 - Stodůlky Hábova 1516/3	251612666 235518691							bariérový objekt
	Praha 5 - Zbraslav Elišky Přemyslovny 446/0	257921178 257921735							bariérový objekt
	Praha 5 - Zličín Křivatcová 244	257950115 257951993							vchodové dveře 89cm, druhé dveře 85cm, možnost parkování vyhrazené u kadeřnictví - 2mista
	Praha 5 - Hlubočepy Tilleho nám. 792/2	251680071 251815915							dvoukřídlé dveře, jedno křídlo 80cm, vysoké přepážky
	Praha 5 - Smíchov Ostrovského 1823/32	251565564 251566239							bariérový objekt
	Praha 5 - Jinonice Pod Vidoulí 500/28	251013541 251013542							bariérový objekt
	Praha 5 - Stodůlky Sluneční nám. 2567/8	251081211 251081210							
	Praha 5 - Velká Chuchle Starochuchelská 7	257940096 257940097							šířka vstupních dveří 95cm
PRAHA 6	Praha 6 Kafkova 19	220312400 220312420							
	Praha 6 Makovského 1349/2a	235313200 233312877							
	Praha 6 - Střešovice Parléřova 681/8	233353132 233350934							bariérový objekt
	Praha 6 - Ruzyně Vlastina 887/34	233090630 233090632							šířka vstupních dveří 90cm, dveře do pošty 90cm, možnost zaparkovat na veřejném parkovišti
	Praha 6 - Veveřslavín Na Petřinách 302/42	235359549 233325761							bariérový objekt
	Praha 6 - Břevnov Vaníčкова 2343/2	220513443 220513433							bariérový objekt

	Praha 6 - Nebušice Nebušická 128	220513660 220961800					bariérový objekt
	Praha 6 - Suchdol Internacionální 734/0	233920011 233920013					
	Praha 6 - Vokovice Kladenská 538/18	233325771 235356873					bariérový objekt, ošta má signální zařízení označené piktogramem k přivolání obsluhy
	Praha 6 - Ruzyně Aviatická 1048/12	222241180 222241180					
	Praha 6 - Břevnov Břevnovská 1692/6	233358897 233358898					bariérový objekt, pošta má signální zařízení označené piktogramem k přivolání obsluhy
PRAHA 7	Praha 7 Milady Horákové 81	224397158					
	Praha 7 - Troja Trojská 632/173b	283850216 233544464					
	Praha 7 Bubenské nábř.306	220808224					
PRAHA 8	Praha 8 - Libeň Sokolovská 260/143	284023400 284023420					
	Praha 8 - Bohnice Lodžská 598/3	283850388 233554802					
	Praha 8 - Kobylisy Burešova 1663/6	286019001 286019002					
	Praha 8 - Dolní Chabry Spořická 400/34	233544580 283851006					
	Praha 8 - Kobylisy U Třešňovky 492/1	286840252					
	Praha 8 Karlínské nám.1	224816988					
	Praha 8 - Ďáblice Ďáblická 339/14	283910747 283911374					bariérový objekt, ošta má signální zařízení označené piktogramem k přivolání obsluhy
	Praha 8 - Čimice Čimická 780/61	233559755 233556014					
PRAHA 9	Praha 9 - Střížkov Verneřická 407/6	286019050 286019051					
	Praha 9 - Hrdlořezy Českokobrodská 69/7	284811194 284817034					bariérový objekt, ošta má signální zařízení označené piktogramem k přivolání obsluhy
	Praha 9 - Běchovice Českokobrodská 516	281931582					
	Praha 9 - Dolní Počernice Českokobrodská 46	281930594 281831280					bariérový objekt, ošta má signální zařízení označené piktogramem k přivolání obsluhy
	Praha 9 - Horní Počernice Náchodská 701/95	281921740 281925194					bariérový objekt, ošta má signální zařízení označené piktogramem k přivolání obsluhy
	Praha 9 - Klánovice Slavětínská 33	281961244 281962259					bariérový objekt, ošta má signální zařízení označené piktogramem k přivolání obsluhy
	Praha 9 - Satalice K Radonicům 81/3	266317516 266317518					
	Praha 9 - Újezd nad Lesy Staroujezdská 23	281970739 281973691					
	Praha 9 - Vinoř Bohdanečská 97	266317521 266317519					
	Praha 9 - Vysočany Nemocniční 781/14	283893241 283891252					bariérový objekt, ošta má signální zařízení označené piktogramem k přivolání obsluhy
	Praha 9 - Vysočany Sokolovská 567/306	283892038 283890035					
	Praha 9 - Hloubětín Poděbradská 489	281868226 281867067					bariérový objekt, ošta má signální zařízení označené piktogramem k přivolání obsluhy
	Praha 9 - Vysočany Na Harfě 694/4	284818757 284818852					bariérový objekt, ošta má signální zařízení označené piktogramem k přivolání obsluhy
	Praha 9 - Čakovice Cukrovarská 2	283933549 283932561					
	Praha 9 - Kbely Semilská 885/4	286851736 266317513					bariérový objekt, ošta má signální zařízení označené piktogramem k přivolání obsluhy
	Praha 9 - Černý Most Bratří Vencíků 1139/3	281867427 281866995					
	Praha 9 - Letňany Bechyňská 638	283923453					

PRAHA 10	Praha 10 - Malešice Sazečská 603/9	281016851 281016822					bariérový objekt, ošta má signální zařízení označené piktogramem k přivolání obsluhy
	Praha 10 - Malešice Sazečská 603/9	281016851 281016822					bariérový objekt, ošta má signální zařízení označené piktogramem k přivolání obsluhy
	Praha 10 Litevská 1	271732513 267310737					schod u vchodu cca 15 cm
	Praha 10 Moldavská 2	267311864 272731567					
	Praha 10 Malinová 3	272653482 272659375					
	Praha 10 Černokostecká 2020/20	274776503 274774998					plošina s obsluhou
	Praha 10 - Vršovice Sportovní 846/22	271723720 271721457					bariérový objekt, ošta má signální zařízení označené piktogramem k přivolání obsluhy
	Praha 10 - Hostivař plk.Mráze 1182/24	271001411 271962241					
	Praha 10 - Hostivař Švehlova 1391/32	271752065 271752066					
	Praha 10 - Malešice Počernická 518	274770994 274012847					
	Praha 10 - Horní Měcholupy	274862439 274863090					
	Praha 10 - Dubeč Netlucká 11/2	271961427 271961428					
	Praha 10 - Kolovraty K Poště 416 /3	267710745 267711071					
	Praha 10 - Uhřetěves Přátelství 192/63	267710918 267713087					

BANKY

Název	Adresa	Telefon/Kontakt						Poznámky
AUSTRIA BANK	Praha 1 Havelská 19					WC		
BANK AUSTRIA CREDITANSTALDT	Praha 1 Revoluční 7	222853111				WC		
BANK AUSTRIA CREDITANSTALDT	Praha 1 Revoluční 15	222854114				WC		
BANKA HANÁ	Praha 1 Senovážné nám. 19	221616111				WC		
COMMERZ BANK	Praha 2 Jugoslávská 1	221193111				WC		
COOP BANKA a.s.	Praha 2 Bělehradská 100					WC		
COOP BANKA a.s.	Praha 8 Thámová 23					WC		
CREDITANSTALT	Praha 2 Jugoslávská 29					WC		
ČESKÁ SPORITELNA a.s.	Praha 1 Václavské nám. 16	224402111				WC		
ČESKÁ SPORITELNA a.s.	Praha 1 Pařížská 68/9					WC		
ČESKÁ SPORITELNA a.s.	Praha 1 Vodičkova 33					WC		
ČESKÁ SPORITELNA a.s.	Praha 1 Vodičkova 9	224946834				WC		
ČESKÁ SPORITELNA a.s.	Praha 1 Štěpánská 17	222232735				WC		
ČESKÁ SPORITELNA a.s.	Praha 2 Jugoslávská 19	221634111				WC		
ČESKÁ SPORITELNA a.s.	Praha 5 Štefánikova 247/17	261097111				WC		
ČESKÁ SPORITELNA a.s.	Praha 5 Újezd 12	257329430				WC		
ČESKÁ SPORITELNA a.s.	Praha 6 Dejvická 50	224317565				WC		
ČESKÁ SPORITELNA a.s.	Praha 6 Makovského 1349					WC		
ČESKÁ SPORITELNA a.s.	Praha 6 Internacionální 801	220921549				WC		
ČESKÁ SPORITELNA a.s.	Praha 8 Karlínské nám. 2	224816973				WC		
ČESKÁ SPORITELNA a.s.	Praha 9 Verneřická 408	286884265				WC		přístupné pouze přezemí
ČESKÁ SPORITELNA a.s.	Praha 15 Milánská 417					WC		
ČESKOMORAVSKÁ HYPOTEČNÍ BANKA	Praha 1 Rybná 14					WC		v pasáži Burzovního paláce
ČS. OBCHODNÍ BANKA	Praha 1 Poříčí 1046/24	Na 224111111				WC		
ČS. OBCHODNÍ BANKA	Praha 7 Jankovcova 2/1518					WC		budova KOVO 14,poschodí
ČS. OBCHODNÍ BANKA	Praha 1 Senovážné nám. 32	222041111				WC		
ČS. OBCHODNÍ BANKA	Praha 1 Na poříčí 1051/40					WC		
ČS. OBCHODNÍ BANKA	Praha 6 Bělohorská 1686/118	224311820				WC		

ČS. OBCHODNÍ BANKA	Praha 8 Křižkova 40					WC		
ČS. OBCHODNÍ BANKA	Praha 10 Tuklatská 2104/10	274772053				WC		
FOREST BANK	Praha 3 Táboritská 23	267092746				WC		
KOMERČNÍ BANKA a.s.	Praha 1 Národní 31	222078111				WC		
KOMERČNÍ BANKA a.s.	Praha 1 Celetná 567/30	222432111				WC		
KOMERČNÍ BANKA a.s.	Praha 1 Spálená 51	221903111				WC		
KOMERČNÍ BANKA a.s.	Praha 1 Staroměstské nám.	221190111				WC		
KOMERČNÍ BANKA a.s.	Praha 6 Dejvická 5	220186111				WC		
KOMERČNÍ BANKA a.s.	Praha 1 Na Příkopě 33	222432111				WC		
KOMERČNÍ BANKA a.s.	Praha 1 Havlíčkova 1680/13	224896111				WC		
KOMERČNÍ BANKA a.s.	Praha 1 Pohořelec 22	224303111				WC		
KOMERČNÍ BANKA a.s.	Praha 4 Roztyská 2231					WC		
KOMERČNÍ BANKA a.s.	Praha 5 Štefánikova 267/22	257194111				WC		
KONSOLIDAČNÍ BANKA a.s.	Praha 7 nábř. kap. Jaroše 1000					WC		vchod z ul. Na Ovčínách
PRVNÍ MĚSTSKÁ BANKA	Praha 1 Malé náměstí 459/11	221611111				WC		
RAIFFEISEN BANK a.s.	Praha 1 Vodičkova 1935/38	224407299				WC		
UB UNION BANKA a.s.	Praha 7 M. Horákové 69					WC		
UNION BANKA OSTRAVA a.s.	Praha 7 nábř. kap. Jaroše 1000					WC		vchod z ul. Na Ovčínách
UNIVERSAL BANKA a.s.	Praha 1 Lazarská 1719/5					WC		
VELKOMORAVSKÁ BANKA	Praha 1 Jindřišská 873/27					WC		
VEREINS BANK	Praha 1 Jungmannova 31					WC		

LÉKÁRNY

Název	Adresa	Telefon					Poznámky
LÉKÁRNA U ČERVENÉHO ORLA	Praha 1 Hyberská 12	224211539					
LÉKÁRNA V REVOLUČNÍ	Praha 1 Revoluční 19	224827360					
LÉKÁRNA VE SPÁLENÉ	Praha 1 Spálená 12	224948122					
LÉKÁRNA TĚŠNOV	Praha 1 Těšnov 5	224805135 www.lloydspharmacy.cz					
LÉKÁRNA OD KOTVA	Praha 1 Nám.Republiky 8	224801675					
LÉKÁRNA KLIMENTSKÁ	Praha 1 Klimentská 9						
LÉKÁRNA PALACKÉHO	Praha 1 Palackého 5	224946982					
LÉKÁRNA IGNACIA	Praha 2 Ječná 1	224919576					
LÉKÁRNA FAUSTŮV DŮM	Praha 2 Karlovo náměstí 40	24923483 24917579					ve dvoře
LÉKÁRNA ALVISA	Praha 3 Olšanská 7						bb toaleta
LÉKÁRNA	Praha 4 Antala Staška 80	261006336					v poliklinice
LÉKÁRNA LUŽINY	Praha 5 Archeologická 2256	235515031					horní část obchodního centra
LÉKÁRNA U ANDĚLA	Praha 5 Štefánikova 6	257320918					metro Anděl
ÚSTAVNÍ LÉKÁRNA FN MOTOL	Praha 5 V Úvalu 84	224431111					
LÉKÁRNA STODŮLKY	Praha 5 Hostinského 1533						
LÉKÁRNA JARO ČERVENÝ BOD	Praha 5 hypermarket GLOBUS	251612142 251613385					
LÉKÁRNA NA ÚJEZDĚ	Praha 5 Vítězná ul. 13	224510276					
LÉKÁRNA	Praha 5 Kartouzská 6	257321571					v poliklinice
LÉKÁRNA	Praha 5 - Zličín Skandinávská						
LÉKÁRNA BUTOVICKÁ	Praha 5 - Nové Butovice Seydlerova 2151	251622986					v poliklinice
LÉKÁRNA KULATÁ	Praha 6 Vítězná nám. 9	224307231					
LÉKÁRNA PODNECKÁ	Praha 6 Makovského 1349	261223403					
LÉKÁRNA	Praha 6 Na Dlouhém Lánu 11	235350293					v poliklinice
LÉKÁRNA	Praha 7 Janovského 48	220808823					přístupná jen část lékárny
LÉKÁRNA OSADNÍ	Praha 7 Osadní 35						
LÉKÁRNA U ZLATÉHO KALICHA	Praha 7 Komunardů 16						
LÉKÁRNA NEMOCNICE BULOVKA	Praha 8 - Libeň Budínova 2/67						možno zaparkovat přímo před vchodem
LÉKÁRNA TESCO LETNANY	Praha 9 Veselská 663	284014323					

LÉKÁRNA JIZERKA	Praha 9 Jablonecká 423							
LÉKÁRNA	Praha 9 Lovosická 440/40							umístěna v poliklinice
LÉKÁRNA V MALEŠICÍCH	Praha 10 Plaňanská 1							
LÉKÁRNA AESCULAP	Praha 11 Šustova 1930	271913307						u vstupu nájezd
EUROLÉKÁRNA	Praha 11 - Uhřetěves Nové náměstí 10/1250							
LÉKÁRNA	Praha 12 Soukalova 3355							v poliklinice

POLIKLINIKY								
Název	Adresa	Telefon						Poznámky
POLIKLINIKA	Praha 2 Karlovo náměstí 32	224904111						možnost zaparkovat ve dvoře, výtah pro mechanický vozík
POLIKLINIKA	Praha 3 Vinohradská 176							u vstupu je malý prudký nájezd, výtah 120x160
CENTROMED, s.r.o.	Praha 4 Antala Staška 80	261006443						3 výtahy (dva 120x120 a jeden 200x140)
POLIKLINIKA	Praha 5 Kartouzská 6	257321263						park. ve dvoře, přístupné od. A,C,D a rehabilitace, pohotovost
POLIKLINIKA	Praha 5 Hostinského 1535-6							výtah malý pouze do 2.patra
POLIKLIBNIKA	Praha 6 Na Dlouhém Lánu 11	951097111						WC ve 2.patře, výtah 130x130,
POLIKLIBNIKA	Praha 6 Vítězné nám. 9	224311185						WC v 1 patře, výtah 130x200,
NPI LÉKAŘSKÝ DŮM, a.s.	Praha 7 Janovského 48							WC v 1 patře, výtah 130x200,
MEDIPO, s.r.o.	Praha 9 Kolbenova 36	266032894						přístupné pouze přízemí, rehabilitace, chirurgie, interna
POLIKLINIKA	Praha 9 Lovosická 440/40	266010128						parkování je vyhrazené, ale neoznačené, WC v 1.patře
MEDICUR	Praha 9 Kpt. Stránského 996	281911490						
POLIKLINIKA	Praha 9 Živonínská							U vstupu malý betonový nájezd.
CODUM, s.r.o.	Praha 12							bb pohotovost
POLIKLINIKA MODŘANY	Soukalova 3355							
POLIKLINIKA LÍPA	Praha 13							
CENTRUM	Seydlerova 2451							

ÚŘADY

Název	Adresa	Telefon							Poznámky
MAGISTRÁT HLAVNÍHO MĚSTA									
Úřadovna - Franze Kafky	Praha 1 Kafky 1	Franze 224482376							
ÚŘADY MĚSTSKÝCH ČÁSTÍ									
ÚMČ Praha 1	Praha 1 Vodičkova 18	221097111 www.praha1.cz							
ÚMČ Praha 2	Praha 2 náměstí Míru 20	224947131 www.praha2.cz							
ÚMČ Praha 3	Praha 3 Havlíčkovo nám. 9	222116111 www.praha3.cz							Bariérový objekt
ÚMČ Praha 3	Praha 3 Seifertova	222116460 www.praha3.cz							60 cm dveře do kanceláří
ÚMČ Praha 4	Praha 4 Táborská 350	261192111 www.praha4.cz							
ÚMČ Praha 5	Praha 5 nám. 14 října č. 4	257000111 www.praha5.cz							
ÚMČ Praha 5	Praha 5 Štefánikova 15	257000111 www.praha5.cz							
ÚMČ Praha 5 - odbor sociální a zdravotnický	Praha 5 Plzeňská 115	234 378 111 www.praha5.cz							parkovací místa v ul. Holečkova
ÚMČ Praha 6	Praha 6 Čsl. armády 23	220189111 www.praha6.cz							
ÚMČ Praha 6	Praha 6 Jugosl.Partyzánů 15	224316168 www.praha6.cz							Pondělí: 8:00 - 18:00 hod Středa: 8:00 - 18:00 hod
ÚMČ Praha 6	Praha 6 - Nebušice Nebošická 128								Bariérový objekt (3 schody -14,14,16 cm)
ÚMČ Praha 6	Praha 6 - Přední Kopanina K Padesátníku 10								U vchodu 1 schod 22cm. Sítka dveří 80cm ven (navazuje úzká chodbička)
ÚMČ Praha 7	Praha 7 - Troja Trojská 230/96								bariérový objekt (vstup po prudkém chodníku, 2 schody(9x35, 15cm))
ÚMČ Praha 7	Praha 7 Nábřeží kpt.Jaroše 1000	220141111 www.praha7.cz							Vstup z ulice Na Ovčínách. Parkování možné na placeném parkovišti.
ÚMČ Praha 8	Praha 8 Zenklova 35	222805111 www.praha8.cz							chybí nájezd na chodník
ÚMČ Praha 9	Praha 9 Sokolovská 324/14	283 091 111 www.praha9.cz							
ÚMČ Praha 10	Praha 10 Vršovická 68	267093111 www.praha10.cz							
ÚMČ Praha 11 - Odbor územního rozvoje	Praha 4 Ocelíkova 672	267902111 www.praha11.cz							
ÚMČ Praha 11 - Odbory živnost., školství a kult., dopr., živ. prostředí	Praha 4 Vidímova 1324 - 1325	267902111 www.praha11.cz							občanské průkazy, pasy
ÚMČ Praha 11 - Odbor státní sociální podpory	Praha 4 Bohůňova 1553	267914067 www.praha11.cz							
ÚMČ Praha 11 - Odbor sociálních věcí a zdravotnictví	Praha 4 Nad Opatovem 2140	267902111 www.praha11.cz							chybí nájezd na chodník
ÚMČ Praha 12	Praha 4 Písková 830/25	241763172-3 www.praha12.cz							Přístupné pouze přízemí
ÚMČ Praha 12	Praha 4 Čechtická 6/758	241471326 www.praha12.cz							pavilon A
ÚMČ Praha 13	Praha 5 Hostinského 1535	235519622							
ÚMČ Praha 13	Praha 5 Sluneční náměstí 13/2580	235 011 111 www.praha13.cz							

ÚMČ Praha 13	Praha 5 Ovčích Hájek 2159	235011111						uvnitř OK, vstup možný jen s pomocí 3 schody
ÚMČ Praha 14 - Odbor sociálních věcí a zdravotnictví	Praha 9 Bratří Vencíků 1073	225295111 www.praha14.cz				WC	P ₆	bezbariérový vjezd není označen
ÚMČ Praha 14 - Odbor státní sociální podpory	Praha 9 Bojčenkova 1099	281917473 www.praha14.cz				WC	P ₆	
ÚMČ Praha 14	Praha 14 - Černý Most II. Generála Janouška 844					WC	P ₆	
ÚMČ Praha 15	Praha 10 Boloňská 478/1	281003104 www.praha15.cz				WC	P ₆	
ÚMČ Praha 15	Praha 15 - Dolní Měchol. Dolnoměcholupská 168/37					WC	P ₆	Krytá rampa (sklon 1:12), šířka dveří 85cm
ÚMČ Praha 15	Praha 15 - Dubeč Starodubečská 401/36					WC	P ₆	Přístupné pouze přízemí,
ÚMČ Praha 15	Praha 15 - Petrovice Morseova 251							Bariérový vstup (u vchodu 6 schodů - nájezdové lišty velmi prudké)
ÚMČ Praha 16 - odbor sociální a zdravotní	Praha 5 Náměstí Osvoboditelů 21	257810662 www.mcpraha16.cz				WC	P ₆	Přístupné pouze přízemí
ÚMČ Praha 16 - Odbor občansko správní, ekonomický	Praha 5 Náměstí Osvoboditelů	www.mcpraha16.cz				WC	P ₆	Možnost využít velké veřejné parkoviště. Výtah na klíč, doporučujeme předem domluvit návštěvu.
ÚMČ Praha 16 - odbor občansko správní	Praha 5 Václava Balého 23	257911687 www.mcpraha16.cz				WC	P ₆	Možnost využít veřejné parkoviště. Přístupné pouze přízemí.
ÚMČ Praha 17 - odbor sociální péče	Praha 6 Španielova 1280	234683111 www.repy.cz				WC	P ₆	Problém při vjezdu ze silnice na chodník, Výtah malých rozměrů cca 80x90
ÚMČ Praha 17 - odbor sociální péče	Praha 6 Žalanského 291/12b	234683111 www.repy.cz				WC	P ₆	Možnost i přes delší nájezd vjezd přímo do 1.patra
ÚMČ Praha 18	Praha 9 Bechyňská 639	284028111 www.letnany.cz				WC	P ₆	U vchodu nájezd z boční strany Výtah cca 90x200
ÚMČ Praha 19 - odbor sociálních věcí	Praha 9 Semilská 43	284080811 www.praha19.cz				WC	P ₆	Výtah cca 90x120
ÚMČ Praha 19 - odbor sociálních věcí	Praha 9 Železnobrodská 764	286 852 888				WC	P ₆	Přístupné pouze přízemí
ÚMČ Praha 20	Praha 9 Jívanská 647	271071611 www.pocernice.cz						bariérový objekt
ÚMČ Praha 21 - odbor soc. věcí	Praha 9 Staroklánovická 260	281971685 www.praha21.cz				WC	P ₆	Přístupné pouze přízemí. Veřejné parkoviště u vchodu.
ÚMČ Praha 22 - odbor soc. věcí	Praha 10 - Uhřetěves Nové náměstí 1250	271071811 www.praha22.cz				WC	P ₆	
OKRESNÍ ÚŘAD Praha - východ	Praha 1 Biskupská 7	224810376				WC	P ₆	správa sociálního zabezpečení
ÚŘADY PRÁCE								
ÚŘAD PRÁCE hl.města Prahy	Praha 1 Štěpánská 57	224 236 938				WC	P ₆	Výtah přístupný za mříží a s jedním schodem
ÚŘAD PRÁCE PRO MČ Praha 1 a 2	Praha 2 Bělehradská 86	221 592 351				WC	P ₆	Výtah 90x2m. Vstů z ulice (cca po 10m nájezd na chodník)
ÚŘAD PRÁCE PRO MČ Praha 3	Praha 3 Roháčova 13	222 781 715				WC	P ₆	Přístupné pouze přízemí
ÚŘAD PRÁCE - CENTRÁLNÍ PRACOVISTĚ	Praha 3 Domažlická 11					WC	P ₆	Vnitřní prostor výtahu je menší než 110cm x 110cm
ÚŘAD PRÁCE PRO MČ Praha 4, 11, 12	Praha 4 Údolní 1147	241 090 066				WC	P ₆	Přístupné pouze přízemí. Přístup z ul. Vavřanova
ÚŘAD PRÁCE PRO MČ PRAHA 5, 13, 16, 17	Praha 5 Štefánikova 21	257 328 157				WC	P ₆	Výtah často mimo provoz. Šířka výtahu 80cm
ÚŘAD PRÁCE PRO MČ Praha 6	Praha 6 Bělohorská 165	220 511 078				WC	P ₆	
ÚŘAD PRÁCE PRO MČ Praha 7 a 8	Praha 8 Stejskalova 7	284 822 660-63				WC	P ₆	
ÚŘAD PRÁCE PRO MČ Praha 9	Praha 9 Jablonecká 421	267 310 976						Bariérový objekt
ÚŘAD PRÁCE PRO MČ Praha 10	Praha 10 Vršovická 68	267 310 976				WC	P ₆	Doporučujeme doprovod - dlouhý betonový nájezd, hodně prudký. Vyhrazená park.místa v ul. Vlánská

Summary

Needs of persons with disabilities in connection with the disability

This thesis is focused on needs of persons with disabilities. I have specialized on disabled persons and persons with visual and hearing failure and their problems with incorporation to everyday life. I have addressed 3 non-profit-organizations and thanks to their recommendation I was able to realize interview with 9 persons, whose short case reports are mentioned in my thesis. In the past were disabled persons usually outside of community without the chance of full-valued life, which we can see on our behavior towards these people until now. Many normal people do not know how can they communicate with disabled people or how can they help in case of needed. These prejudices are deeply indurate in our minds and it is very hard to let them go. Nowadays thanks to many presentations and activities like “Jedeme v tom s vámi” - an illustration of the wheelchair - world and “Mezi ploty” – annually presented musical and theater festival comes to shuffle both worlds – the one “with disability” and the “healthy one”.

More than 20 years are many companies trying to protect rights of handicapped persons, organizing their free time and to integrate them to community. Some of handicapped use these services usually, some of the do not and they decline into passivity. Without help of friends and family they end in depression and self-piteous and separation.

Disabled persons are happy about many changes in wheelchair accessibility, which helps them in public transportations and access to public buildings. More problems have persons with visual and hearing failure with their incorporation. They have difficulties for example with recognition of bus stops without written signs or announcements of sound broadcasting. For persons with visual failure is problem for example with stress signs or not marked first or last step in staircases.

Financial support from government is for many disabled persons not sufficient. This avoids many of disabled persons making them independent. The least problems with finding a job, incorporation into a community have persons with hearing failure. The findings show that disabled persons are able to live an equal life, thanks to conditions and possibilities offered by our society. The life of handicapped can be active in respect to both work and sport. As to the attitude of the public, it is evident that in the recent years our society has made significant progress in the way the disabled are perceived. Nevertheless in their answers the interviewees did express their wish to be treated as fully equal members of society.