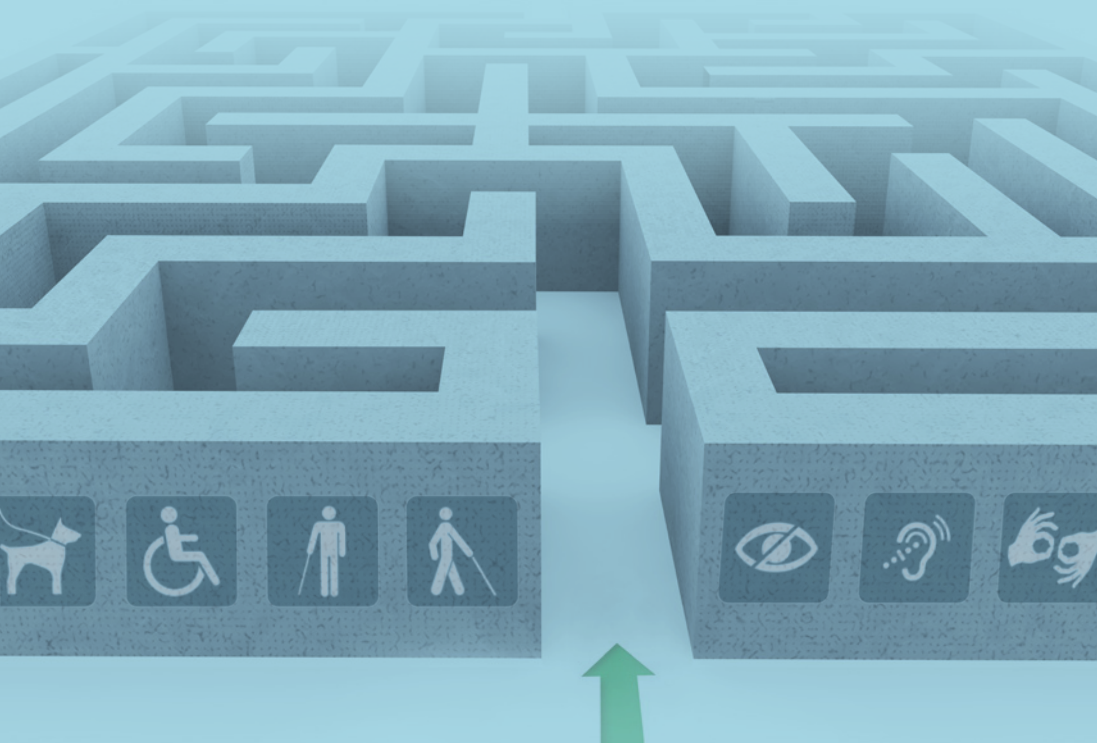


ÚPRAVA PROSTŘEDÍ POHLEDEM OSOB SE ZDRAVOTNÍM POSTIŽENÍM

Kateřina Kroupová, Adéla Hanáková a kol.



Univerzita Palackého v Olomouci
Pedagogická fakulta
Ústav speciálněpedagogických studií

ÚPRAVA PROSTŘEDÍ POHLEDEM OSOB SE ZDRAVOTNÍM POSTIŽENÍM

Kateřina Kroupová, Adéla Hanáková a kol.

Olomouc 2020

Oponenti:

Mgr. et Mgr. Petra Křížkovská, Ph.D.

Mgr. Hana Ryšlavá, Ph.D.

Kolektiv řešitelů:

PhDr. Kateřina Kroupová, Ph.D. (kap. 1, 4, 13, 14, 15, 16, 17)

Mgr. Adéla Hanáková, Ph.D. (úvod, kap. 2, 13, 14, 15, 17, shrnutí)

prof. PhDr. PaedDr. Miloň Potměšil, Ph.D. (kap. 15)

Mgr. Eva Urbanovská, Ph.D. (kap. 6, 10)

Mgr. Bc. Veronika Růžičková, Ph.D. (kap. 3, 5)

Mgr. Jana Zvěďělíková (kap. 7, 8)

Mgr. Ingrid Navrátilová (kap. 9, 10)

Mgr. et Mgr. Bianka Hudcová (kap. 11)

Mgr. Lucie Pazourková (kap. 12)

Mgr. Gabriela Špinarová (kap. 5, 12)

Tato odborná publikace byla financována z prostředků grantového specifického výzkumu (IGA) Úprava prostředí pohledem osob se zdravotním postižením, PdF UP, 2020/2021, PdF_2020_007.

Neoprávněné užití tohoto díla je porušením autorských práv a může zakládat občanskoprávní, správněprávní, popř. trestněprávní odpovědnost.

1. vydání

© Kateřina Kroupová, Adéla Hanáková a kol., 2021

© Univerzita Palackého v Olomouci, 2021

DOI 10.5507/pdf.20.24458977

ISBN 978-80-244-5897-7 (print)

ISBN 978-80-244-5898-4 (online: PDF)

Obsah

Úvod	7
1 Teoretická východiska v implikacích kvality života	10
1.1 Kvalita života jako koncept zdůrazňující multifaktoriální podmíněnost životní spokojenosti	11
2.1 Kvalita života související se zdravím a její dimenze	19
2 Úprava prostředí a koncept univerzálního designu	26
2.1 Prostor	26
2.2 Design	27
2.3 Univerzální design	28
2.3.1 Cíle a principy univerzálního designu	30
2.4 Situace v České republice	33
2.5 Univerzální design a situace ve světě	34
2.6 Design a příklady dobré praxe	36
3 Legislativní zázemí	38
4 Psychosociální aspekty	47
4.1 Mediální reprezentace osob se zdravotním postižením jako jeden z facilitátorů stereotypizace	54
5 Materiálně-technické podmínky	59
5.1 Materiálně-technické zajištění u osob s tělesným postižením	60
5.1.1 Lokomoce	61
5.2 Materiálně-technické zajištění u osob se sluchovým postižením	66
5.2.1 Sluchadla	67
5.2.2 Technické pomůcky	69

5.2.3	Kochleární implantát	72
5.3	Materiálně-technické zajištění u osob se zrakovým postižením	72
5.3.1	Pomůcky všeobecné (informace, komunikace)	73
5.3.2	Pomůcky školní	73
5.3.3	Pomůcky pracovní, pro domácnost a hobby	74
5.3.4	Pomůcky pro orientaci v prostředí	74
5.3.5	Pomůcky diagnostické a reedukační	74
6	Environmentální přístup v kontextu osob se specifickými potřebami	75
6.1	Zdravotní důsledky a rizika znečištění ovzduší	76
6.2	Zdravotní důsledky a rizika znečištění pitné a rekreační vody	79
6.2.1	Kvalita pitné vody	79
6.2.2	Kvalita rekreačních vod ve volné přírodě	80
6.3	Zdravotní důsledky a rušivé účinky hluku	80
6.4	Biologický monitoring	81
6.5	Zdravotní dopady profesionální expozice – rizikové faktory práce	82
6.6	Registr profesionálních expozic karcinogenům REGEX	83
6.7	Vliv vibrací na zdraví a životní pohodu člověka	83
6.8	Úprava prostředí při práci na počítači a jeho vliv na zdraví člověka	84
7	Pracovní prostředí a jeho specifika	88
8	Úpravy domácího prostředí	97
9	Vzdělávací instituce a jejich charakteristika z hlediska modifikace prostředí v inkluzivním kontextu	103
9.1	Bezbariérovost škol, školských zařízení	104
9.2	Úpravy prostředí v rámci podpůrných opatření	105
9.2.1	Obecné úpravy školního prostředí	106
10	Multisenzorický přístup v kontextu úpravy prostředí	118
10.1	Multismyslové prostředí Snoezelen	118
10.1.1	Pojetí multismyslového prostředí Snoezelen	118
10.1.2	Průvodce multismyslovým prostředím a zásady práce ve Snoezelenu	123
10.1.3	Vybavení Snoezelenu	126

10.1.4	Možnost využití prostředí Snoezelenu	128
10.1.5	Limity a rizika smyslové místnosti Snoezelen	129
10.2	Bazální stimulace	131
10.2.1	Prvky bazální stimulace	133
11	Bezpečnost a možnosti evakuace osob se zdravotním postižením – evakuační pomůcky a jejich využití v rezidenčních (sociálních) službách	139
12	Kultura a umění v kontextu modifikací pro potřeby osob se zdravotním postižením	148
12.1	Kultura, umění a osoby se zdravotním postižením	149
12.1.1	Právní kontext kultury	152
12.2	Kulturní instituce ve světě	152
12.2.1	Victoria and Albert Museum	153
12.2.2	The British Museum	153
12.2.3	Louvre	154
12.2.4	The Metropolitan Museum of Art	155
12.2.5	Ohio Library for the Blind & Physically Disabled	155
12.3	Kultura a umění jako prostředek edukace a trávení volného času	156
12.3.1	Muzea, galerie	156
12.3.2	Divadla, koncerty	162
12.3.3	Kino	165
12.3.4	Sportovní události	165
12.3.5	Knihovny	166
12.4	Umění jako prostředek fundraisingu	168
12.4.1	Světluška	169
12.4.2	Centrum Paraple	170
12.5	Umění prezentované lidmi se zdravotním postižením	171
12.5.1	Divadlo vzhůru nohama	171
12.5.2	Divadlo UJETO	171
12.5.3	Divadlo ALDENTE	171
12.5.4	Dr.amAS	172

12.5.5	Jiné jeviště	172
12.5.6	The Tap Tap	172
12.5.7	Mluvící ruce	172
12.5.8	Divadlo Neslyším	172
12.5.9	Hands Dance	173
12.5.10	Organizace Aliterra	173
12.5.11	Okamžik	173
12.5.12	SONS	173
13	Výzkumný záměr – Iniciální analýza	175
14	Metodologie	177
15	Výsledky a jejich interpretace	180
15.1	Rodiče dětí se zdravotním postižením 0–14 let	180
15.2	Osoby se zdravotním postižením 15+	219
16	Diskuse	233
17	Závěr	238
	Shrnutí	240
	Summary	241
	Literatura a zdroje	242

Úvod

Cílem autorů bylo předložit precizní a promyšlenou syntézu informací týkajících se úpravy prostředí osob se zdravotním postižením. Domníváme se, že uvedené téma není prozatím dostatečně saturováno v podmínkách České republiky, a proto může být publikace považována za „základní kámen“ problematiky.

Monografii tvoří celkem 17 kapitol. Kapitoly č. 1–12 jsou teoreticky zaměřené a kladou si za cíl prezentovat faktory prostředí, které mohou ovlivnit socializaci člověka se zdravotním postižením v nejširším slova smyslu. Cílem bylo co nejpodrobněji popsat a postihnout jednotlivé domény i determinanty kvality života, samozřejmě vždy ve vztahu k úpravám prostředí, a poukázat na vzájemnou provázanost.

Autorské úvahy jsou v první kapitole monografie věnovány právě kvalitě života jako konceptu zdůrazňujícímu podmíněnost životní spokojenosti v souvislosti s modifikací životních podmínek v nejširším slova smyslu. Kvalita života je v textu popisována nejen z hlediska individuálního pojetí, ale i pojetí akcentujícího hierarchické a holistické aspekty. Za přínosné je nutné považovat zejména objektivní a subjektivní hodnocení kvality života u osob se zdravotním postižením. Fenomén je v textu popisován z medicínského, psychologického a sociologického pojetí. Podkapitola je věnována kvalitě života související se zdravím jako vyústění snah o její holistické pojetí (bio-psycho-socio-spirituální). Druhá kapitola pracuje s úpravou prostředí a konceptem univerzálního designu. V úvodu diferencuje pojmy prostředí a prostor, zdůrazňuje proces adaptace a preferenci různé úpravy prostředí dle typu zdravotního postižení. Domníváme se, že z pohledu speciální pedagogiky je zapracování univerzálního designu velmi aktuální a zajímavé (podpora vytváření rovných příležitostí ve všech životních oblastech osob se zdravotním postižením, např. móda). Třetí kapitola pojednává o legislativním zázemí. Mimo hlavních závazných legislativních

dokumentů informuje rovněž o „Metodice kategorizace a přístupnosti tras a komunikace“ a také o „Metodice přístupnosti objektů“. Čtvrtá kapitola zpracovává psychosociální aspekty. Za stěžejní prvek lze považovat časový aspekt vzniku zdravotního postižení z hlediska jeho akceptace či nonakceptace včetně otázky sebehodnocení. Autoři přináší v podkapitole informace o mediální prezentaci osob se zdravotním postižením, konkrétně výčet typických stereotypů předkládaných médiu a jeho vliv na specifický sociální prostor pro každodenní fungování osob se zdravotním postižením.

Další (v pořadí pátá) kapitola se zaměřuje na materiálně-technické podmínky, které jsou zde popsány v kontextu osob s tělesným, sluchovým a zrakovým postižením. Environmentální přístup zpracovává šestá kapitola. Na ni navazující sedmá kapitola zmiňuje pracovní prostředí včetně jeho specifik. Její součástí jsou statistické údaje o počtu zaměstnaných osob se zdravotním postižením a formě úvazku, stejně jako obecné přínosy pracovního uplatnění. V osmé kapitole jsou popsány úpravy domácích podmínek včetně jejich vývoje a překážek. Charakter vzdělávacích institucí a modifikace prostředí v inkluzivním kontextu tvoří hlavní téma deváté kapitoly. Bezbariérovost je zde chápána jako základní aspekt samostatnosti. V textu jsou zakomponovány praktické příklady pro osoby s různým typem zdravotního postižení. Desátá kapitola zmiňuje multisenzorický přístup úpravy prostředí, a to Snoezelen a bazální stimulaci. Předposlední kapitola poukazuje na velmi potřebné a aktuální téma – bezpečnost a možnost evakuace osob se zdravotním postižením. Poslední kapitola teoretické části popisuje kulturu a umění v kontextu modifikací pro potřeby osob se zdravotním postižením. Zmiňuje zejména přístupnost kultury stejně jako její pojetí coby prostředku edukace.

Kapitoly č. 13–17 představují výzkumnou část, jejímž cílem byla primární výzkumná sonda do zvolené oblasti zájmu, a to s akcentem na komplexnost ve smyslu holistického pojetí. Tato iniciální analýza byla koncipována jako široce pojaté šetření, které screeningovou formou přineslo rozsáhlé spektrum informací a vyjádření zkušeností pečujících osob, rodičů a samotných osob se zdravotním postižením / specifickými potřebami. Dotazník vlastní produkce autorů byl nabízen i v modifikaci pro specifické požadavky nositelů jednotlivých druhů zdravotního postižení. Následuje diskuse, ve které je čtenáři k dispozici polemika nad dosaženými výsledky a postupy. Snahou autorů bylo vnímat získané výsledky z různých úhlů pohledu s akcentem na praktická využití a doporučení pro praxi. Monografie si klade za cíl nejen podporu dalších výzkumných aktivit, ale především

praktických činností v terénu, které budou mimo jiné využity pro budoucí profesní přípravu speciálních pedagogů a tím i povedou k rozšíření jejich profesního potenciálu. Svým zaměřením je text určen převážně odborné veřejnosti, měl by se stát přínosem pro teorii a praxi speciální pedagogiky.

1

Teoretická východiska v implikacích kvality života

Na nejvyšší rovině obecnosti lze životní podmínky, faktory prostředí a jeho úpravy v souvislosti s individuálními potřebami osob s postižením zasadit do teoretického rámce kvality života a usouvztažnit celý koncept k dimenzím a determinantám subjektivně pojmávané kvality života. Na této znalostní bázi můžeme definovat nejen obecné globální podmínky životní spokojenosti, ale akcentovat i specifické aspekty prostředí, které mohou představovat zásadní premisu životní spokojenosti osob se zdravotním postižením, resp. se specifickými potřebami a nároky.

Tyto specifické aspekty prostředí jsme sestavili do níže uvedeného schématu a zpracovali je do kapitol teoretické části práce.



Schéma 1 – Specifické aspekty prostředí.

1.1 Kvalita života jako koncept zdůrazňující multifaktoriální podmíněnost životní spokojenosti

Aspekty prostředí ve smyslu nezbytnosti jeho úprav lze konsenzuálně usouvztažnit s modely kvality života a jejich hierarchickým pojetím, které akcentuje různé úrovně celkové spokojenosti se životem.

Přestože je v současnosti akcentován individuální koncept kvality života, spektrum přístupů a pojetí je mnohem širší a variabilnější. Hodnocení kvality života může probíhat na několika úrovních – jejich hierarchický model prezentovali Bergsma a Engel (in Vaďurová, 2006). Uvedení autoři rozlišili následující sféry v souvislosti s hodnocením kvality života: makrorovinu, mezorovinu, personální rovinu a rovinu fyzické existence. V intencích makroroviny je hodnocena kvalita života velkých společenských celků ve smyslu jednotlivých zemí či kontinentů. Bergsma (in Vaďurová, 2006) charakterizuje tuto úroveň jako nejhlubší zamyšlení nad problematikou QOL (Quality of Life) směrem k hledání absolutního smyslu života. Kvalita života je v tomto kontextu reflektována základními politickými úvahami, které věnují pozornost například problematice terorismu, hladomoru, epidemií apod. (Vaďurová, Mühlhachr, 2005). V rámci mezoroviny je kvalita života posuzována na úrovni malých sociálních skupin. Akcentovány jsou zejména otázky sociálního klimatu a interpersonálních vztahů, sdílení hodnot či uspokojování základních potřeb každého jedince jako člena dané skupiny. Život jednotlivce je klíčovým zájmem na úrovni personální roviny, respektive mikroroviny. Reflektováno je zde beze zbytku jedincovo subjektivní hodnocení indikátorů typu zdravotního stavu, bolesti, spokojenosti, naděje apod. V tomto kontextu jsou do konceptu QOL na mikroúrovni přirozeně integrovány osobní hodnoty jedince, jeho očekávání a přesvědčení (Vaďurová, 2006).

„V množině teoretických modelů, které popisují základní přístupy k pojmu ‚kvalita života‘, existuje skupina tzv. hierarchických modelů. Zjednodušeně řečeno vytvářejí modely prvků kvality života v uspořádané struktuře, ze které jsou patrné nižší a vyšší úrovně a vazby mezi jednotlivými segmenty“ (Svatoš, Švarcová in Mareš a kol., 2006, s. 171–172). Jedním z nejpropracovanějších je Kováčův hierarchický model. V jeho pojetí je koncept kvality života tvořen třemi navzájem provázanými úrovněmi: bazální (existenční, všelidskou) úrovní, která je diferencována na šest oblastí – somatický stav, rodina, ekonomicko-sociální podmínky, okolí, potřeby a hodnoty, psycho-

logické fungování, mezoúrovni (individuálně specifickou, civilizační) a metaúrovni (kulturně-duchovní, elitní). Jednotlivé indikátory kvality života dostávají na vymezených úrovních specifický rozměr – ilustrativním příkladem může být tělesný stav, který na bazální úrovni představuje dobrý somatický stav, na mezoúrovni pevné zdraví a na metaúrovni bezproblémové stárnutí končící přirozenou smrtí. Další ilustrativní triádou může být rodina–společnost–lidstvo (Salajka, 2006). Kromě možnosti vzájemného prolínání jednotlivých komponent QOL připouští tento koncept i dosažení metaúrovně bez naplnění sfér hierarchicky nižších. Východiskem tohoto modelu je možnost prožívat subjektivně kvalitní život i bez dosažení bazálních indikátorů. Analogicky prezentuje rovněž Schalock (2004) stručný hierarchický třístupňový model: mikrosystém – subjektivní povaha QOL zastoupená osobním hodnocením; mezosystém – objektivní povaha QOL zastoupená funkčním hodnocením; makrosystém – vnější podmínky zastoupené sociálními ukazateli.

Rovněž další autoři nahlízejí na koncept kvality života jako na tříúrovňový, obsahově se však jednotlivé oblasti více či méně liší. Nejvyšší úroveň zastupuje celkové hodnocení kvality života charakterizované jako stav spokojenosti se životem nebo míra pocitu celkové životní spokojenosti. Střední úroveň je vymezena jednotlivými oblastmi kvality života – jejich množství a charakter u jednotlivých autorů značně kolísá, nicméně převážná většina se shoduje na následujících attributech: fyzický stav a funkční schopnosti, psychologické parametry a celková spokojenost, sociální interakce, stavy a faktory týkající se ekonomické situace a práce, religiózní či spirituální stav, přičemž náboženství není v tomto smyslu synonymním výrazem (pojmy zastřešující oblast spirituality: smysl života, bytí, vztahy, osobnost). V rámci třetí úrovně jsou pak obsaženy všechny komponenty jednotlivých domén, které jsou specificky hodnoceny (Salajka, 2006). K frekventovaně citovaným a užívaným patří model prezentovaný Centrem pro podporu zdraví při Univerzitě v Torontu. Zkonstruovaný vícerozměrný model vychází z holistického pojetí kvality života a zahrnuje tři základní domény a devět dílčích domén kvality života. Individuální subjektivní kvalita života je zde určena osobním významem jednotlivých domén a rozsahem, v jakém dochází k jejich naplňování v reálném životě. Akcentovány jsou možnosti, příležitosti a limity, které každý jedinec ve svém životě má a které jsou odrazem vzájemné interakce mezi ním a prostředím (Dostupné z: <http://kvalitazivota.vubp.cz/clanky.php>).

BÝT (BEING) – osobní charakteristiky člověka

Fyzické bytí	Zdraví, hygiena, výživa, pohyb, odívání, celkový vzhled
Psychologické bytí	Psychologické zdraví, vnímání, cítění, sebeúcta, sebekontrola
Spirituální bytí	Osobní hodnoty, přesvědčení, víra

PATŘÍT NĚKAM (BELONGING) – spojení s konkrétním prostředím

Fyzické napojení	Domov, škola, pracoviště, sousedství, komunita
Sociální napojení	Rodina, přátelé, spolupracovníci, sousedé (užší napojení)
Komunitní napojení	Pracovní příležitosti, odpovídající finanční příjmy, zdravotní a sociální služby, vzdělávací, rekreační možnosti a příležitosti, společenské aktivity (širší napojení)

REALIZOVAT SE (BECOMING) – dosahování osobních cílů, naděje a aspirace

Praktická realizace	Domácí aktivity, placená práce, školní a zájmové aktivity, péče o zdraví, sociální začleňování
Volnočasová realizace	Relaxační aktivity podporující redukci stresu
Růstová realizace	Aktivity podporující zachování a rozvoj znalostí a dovedností, adaptace na změny

Tabulka 1 – Model kvality života Centra pro podporu zdraví Univerzity Toronto (Dostupné z: <http://kvalitazivota.vubp.cz/clanky.php>).

Koncept kvality života je současně vymezován pomocí dvou úhlů pohledu na základě subjektivního a objektivního aspektu. „Koncepční diskuse o pojmu kvalita života, případně kvalita života spojená se zdravotním stavem, opakovaně nastolovaly otázku, nakolik je tento pojem individuální, vyrůstající ze zkušeností jediného člověka (pacienta), nebo nakolik se jedná o všeobecnou platnost určitých prožitků a stavů, které jsou pro všechny jedince spojeny s pojmem kvalita života a které tuto kvalitu stejnou nebo podobnou mírou ovlivňují“ (Salajka, 2006, s. 13). Aktuálně odborníci preferují subjektivní dimenzi kvality života, která je určujícím atributem pro život člověka. Tato tendence získala na významu zejména v lékařských vědách, kde došlo k posunu v hodnocení od objektivně měřitelných ukazatelů, které byly doposud měřítkem úspěšnosti lékařské intervence, k subjektivně vnímané kvalitě života pacienta.

Individuální kvalita života představuje mnohostranný jev tvořený klíčovými oblastmi, které jsou ovlivněny osobnostními vlastnostmi a faktory

prostředí. Tyto oblasti jsou univerzální – pro všechny jedince totožné, nicméně se mohou individuálně lišit na základě relativní hodnoty a důležitosti (Schalock, 2004). „Subjektivní kvalita života se týká jedincova vnímání svého postavení ve společnosti v kontextu jeho kultury a hodnotového systému. Výsledná spokojenost je závislá na jeho osobních cílech, očekáváních a zájmech“ (Vymětal in Vaďurová, Mühlpachr, 2005, s. 17). Frost et al. (in Vaďurová, 2006) tuto závislost blíže specifikují – celková spokojenost je podle nich dána zhodnocením jednotlivých aspektů života a jejich důležitosti pro daného jedince. Naproti tomu objektivní kvalita života sleduje atributy materiálního zabezpečení, sociálních podmínek života, sociálního statusu a fyzického zdraví. Představuje spektrum ekonomických, sociálních, zdravotních a environmentálních podmínek, které determinují život člověka (Vaďurová, Mühlpachr, 2005).

Spektrum faktorů ovlivňujících kvalitu života bylo nastíněno, nicméně vzhledem k charakteru této monografie vyvstává do popředí kategorizace činitelů kvality života dle Jesenského (in Vaďurová, 2006). Jeho pojetí QOL je ovlivněno širokým spektrem činitelů a jejich vzájemnou interakcí, které umožňují osobě s postižením žít ve společnosti. Tuto ideu lze zobecnit i na intaktní populaci. Autor v tomto kontextu hovoří o činitelích vnitřních (somatické a psychické vybavení ovlivněné onemocněním či postižením, veškeré aspekty ovlivňující rozvoj a integritu osobnosti jedince) a vnějších (ekologické, společensko-kulturní, výchovně-vzdělávací, pracovní, ekonomické a materiálně technické-faktory; tato sféra obsahově koresponduje s objektivní dimenzí kvality života). Systematickou kategorizaci vnějších a vnitřních determinant v intencích zmíněné problematiky provedl Novosad (2000, s. 12) – ve shodě s Jesenským uvádí, že „determinanty ovlivňující život lidí s postižením lze v zásadě rozdělit na subjektivní a objektivní, z nichž některé je možné změnit či pozitivně ovlivnit a některé jsou neměnné a můžeme je pouze kompenzovat či dodatečně eliminovat jejich negativní působení. Většina uvedených faktorů má smíšený charakter, vzájemně se prolíná a kombinuje“. Autor zde hovoří o činitelích kvality života determinovaného zdravotním postižením.

Subjektivní determinanty	Objektivní determinanty
Zdravotní stav a limity z něj vyplývající (chronické onemocnění, zdravotní postižení, které není možno zcela terapeuticky eliminovat a jehož důsledky se promítají do všech složek osobnosti jedince)	Společenské vědomí – postoje společnosti k osobám s postižením, sociální stigmatizace
Osobnostní rysy jedince (dané vrozenými dispozicemi a ovlivněné socializačními procesy)	Stav životního prostředí (posuzováno z hlediska podílu na četnosti výskytu populace s postižením vlivem zhoršujícího se životního prostředí a na základě přímého vlivu na existenci a život těchto lidí)
Vlastní sebehodnocení ve vztahu ke zdravotnímu znevýhodnění a k reálným možnostem dosahování životních cílů	Sociální politika a sociální služby
Copingové strategie – schopnost zvládnout nepříznivou životní situaci (podmíněno zejména charakterovými vlastnostmi, volní a motivační složkou)	Zdravotní péče
Vnější vlivy , na nichž je jedinec závislý (rodina, komunita, osobní zázemí apod.)	Vzdělávací politika
	Politika zaměstnanosti
	Globální vlivy (politické, geopolitické, národní, filozoficko-etické normy, ekonomické, legislativní, kulturní)

Tabulka 2 – Subjektivní a objektivní činitele kvality života osob s postižením (a populace obecně).

Aby byl koncepční rámec úplný, uvedme ještě další z řady kategorizací dimenzí kvality života, kterou provedla Světová zdravotnická organizace, a to zejména směrem k měření QOL. Komplexní přehled domén a aspektů je uveden v tabulce.

globální pohledy	KVALITA ŽIVOTA	pohledy individua
dospělý jedinec		děti a mladiství
zdravý jedinec		nemocný jedinec
teoretické modely		empirické šetření – nálezy
pohledy jedné vědy		interdisciplinární pohled
ekonomika-environment		socio-spirituální sféra
fenomén uspokojení		deficity a nepohoda
objektivní nálezy a stavy		subjektivní prožívání
laické pohledy		odborné popisy
aktuální stavy		prognózy – budoucí stavy

Tabulka 3 – Protichůdné přístupy k pojmu kvalita života (strom bipolarity).

Faktor	Oblast	Názorné indikátory
Nezávislost	Osobní rozvoj	Postavení podle vzdělání, individuální dovednosti, adaptační chování (každodenní aktivity a instrumentální aktivity)
	Sebeurčení	Volby/rozhodnutí, autonomie, moc nad svým životem, osobní cíle
Sociální zapojení	Mezilidské vztahy	Sociální sítě, přátelství, společenské aktivity, interakce, vztahy
	Sociální inkluze	Integrace/zapojení v komunitě, komunitní role, podpora
	Práva	Lidská (úcta, důstojnost, rovnost)
Pohodlí	Emoční pohodlí	Jistota a bezpečí, pozitivní zkušenosti, spokojenost, sebepojetí, absence stresu
	Tělesné pohodlí	Zdraví a výživa, odpočinek, volný čas
	Materiální pohodlí	Finanční postavení, postavení podle zaměstnání a bydlení, majetek

Tabulka 4 – Faktory, oblasti a názorné indikátory kvality života (Schalock, 2004).

Domény	Aspekty
Fyzické zdraví	Bolest a nepříjemné pocity
	Energie a únava
	Spánek a odpočinek
Prožívání	Pozitivní pocity
	Myšlení, učení, paměť a soustředění
	Sebedůvěra
	Vnímání těla a vzhledu
	Negativní pocity
Nezávislost	Pohyblivost
	Každodenní činnosti
	Závislost na lécích nebo na léčbě
	Pracovní výkonnost
Sociální vztahy	Osobní vztahy
	Sociální podpora
	Sexuální život
Prostředí	Osobní bezpečí
	Domácí prostředí
	Finanční situace
	Zdravotní a sociální péče
	Nové informace a dovednosti
	Volný čas a záliby
	Životní prostředí
	Doprava
Spiritualita	Spiritualita, náboženství, osobní víra
Celkové hodnocení	Celková kvalita života a zdravotní stav

Tabulka 5 – Oblasti QOL určené k měření pomocí nástroje WHOQOL-100 (Dragomírecká, Bartoňová, 2006).

Již několikrát byla v předešlém textu nastíněna multidimenzionalita a interdisciplinarita pojmu kvalita života. V intencích jednotlivých vědních oborů, jejichž spektrum je patrné z definiční rozmanitosti, jsou její charakteristiky více či méně modifikovány tak, aby daná perspektiva reflektovala konkrétní atributy spadající do sféry působnosti daného odvětví.

Fyziologický, respektive medicínský přístup ke kvalitě života je reprezentován pojmy „kvalita života“ a „zdraví“ ve smyslu jejich vzájemné interakce v konceptu kvality života související se zdravím. Ve středu zájmu psychologického pojetí jsou atributy jako prožívání, myšlení a hodnocení člověka, jeho potřeby a přání, sebehodnocení, seberealizace, sebeaktualizace a negativní indikátory ve smyslu životních traumat, krizí, depresí či poruch nálad (Vaďurová, Mühlpachr, 2005). Jako specifická kategorie je vymezen psychoterapeutický přístup ke kvalitě života, jehož základním ideovým principem je dosažení maximální možné úrovně kvality života pacientů v rámci komplexně zaměřeného rehabilitačního procesu. Vymětal (in Vaďurová, Mühlpachr, 2005, s. 30) v intencích tohoto pojetí vymezuje kvalitní život jako dimenzi, kdy „jedinec rozvíjí a naplňuje své pozitivní možnosti, ačkoli mohou být nemocí nebo defektem omezeny“. Sociologický úhel pohledu na kvalitu života je velmi komplexní a kvalita života je zde vymezena proti životní úrovni, způsobu života a životnímu stylu. Prezentované indikátory s kvalitou života velmi úzce souvisí, nejsou však zaměnitelné a nelze je ztotožnit. Pro ilustraci uvádíme Veenhovenovu kategorizaci sociálních činitelů ovlivňujících kvalitu života: materiální bohatství (HDP, kupní síla dané měny v porovnání s dalšími zeměmi); životní standard (výživa, hygiena, bydlení); ochrana osob (bezpečí, vraždy, násilí a vandalismus); svoboda (politická, dodržování lidských práv, individuální a osobní svoboda); sociální rovnost (rovnost mezi pohlavími, postavení menšin); kulturní klima (přístup ke vzdělání a informacím); sociální klima (tolerance, důvěra k institucím a elitám); populační tlak (zvyšující se podíl seniorů); modernizace ve smyslu urbanizace, industrializace a individualizace (Vaďurová, Mühlpachr, 2005). „Ekologicko-environmentální podmínky kvality života mají zásadní význam, neboť přímo ovlivňují život člověka. Jejich aktuálnost v současné době narůstá vzhledem k množství naléhavých ekologických problémů a hrozící ekologické krizi. V souladu s deklarací OSN o životním prostředí má každý jedinec právo na zdravý a produktivní život, který je v souladu s přírodou“ (Halečka in Vaďurová, Mühlpachr, 2005, s. 14).

Zajímavá relace existuje mezi kvalitou života a vzděláním. „Vzdělání je nevyhnutelnou součástí kvality života. Informace a vzdělání v globalizujícím se světě jsou považovány za jednu z priorit pro úspěšný vývoj velkých sociálních skupin (států, národů). Vývojem chápeme konkurenceschopnost, uplatnění se, společenskou a ekonomickou úroveň“ (Vaďurová, Mühlpachr, 2005, s. 36). Dosažené vzdělání a jeho charakter bývají společností hodnoceny jako jeden z atributů úspěšného a kvalitního života. Velmi intenzivně je tento aspekt sledován v intencích problematiky osob s postižením.

2.1 Kvalita života související se zdravím a její dimenze

V medicínské sféře se termín „kvalita života“ ustálil jako protipól ke „kvantitě života“ ve smyslu délky přežití. Pojem kvalita života reprezentuje přístup k léčbě, která bere v potaz takové aspekty jako negativní dopady léčby na pacienta, míru, do níž zachovává pacientovu nezávislost a možnost zastávat běžné životní role. „Zpočátku se diskutovalo především o invazivních typech léčby, jako je chemoterapie, dialýza nebo transplantace, nebo o oprávněnosti život zachraňující léčby u těžce postižených novorozenců. ‚Kvalita života‘ se chápala jako objektivní kritérium, které může být hodnoceno zvenčí jako míra nezávislosti a normálního fungování v běžném životě. Postupně se přesouval důraz na subjektivní stránku kvality života a kvalita života se začala používat pro hodnocení zdravotních a sociálních intervencí u širokého spektra dlouhodobých onemocnění, postižení a nepříznivých životních okolností“ (Dragomirecká, Bartoňová, 2006, s. 9). V názorové shodě s předešlým tvrzením je rovněž Salajka (2006, s. 14): „Koncept hodnocení kvality života spojené se zdravotním stavem vychází z narůstajícího vědomí nedostatečnosti informací o samotném pacientovi ve srovnání s množstvím informací o jeho nemocech. V tomto novém přístupu nemají při posuzování zdravotního stavu zásadní důležitost očekávaná délka života a nepřítomnost choroby (tedy problematika mortality a morbidity), ale zahrnuje se také samotnými pacienty posuzovaný fyzický a duševní stav a možnosti chování v běžném každodenním životě.“

Kvalita života související se zdravím (Health Related Quality of Life, HRQOL) je součástí komplexního konceptu kvality života, který je možné diferencovat na oblast se zdravotním stavem související a oblast nesouvisející. „Ve světle výše uvedeného je sice možné na sílu vzájemného

vztahu jednotlivých domén a kvality života spojené se zdravotním stavem nahlížet jako na kontinuum bez jednoznačné přesné hranice mezi oblastí související a nesouvisející se zdravotním stavem, nicméně v praxi je možné vytipovat ty komponenty, kde je vliv zdravotního stavu významný a zřetelný. Míra vlivu těchto dvou oblastí na celkovou kvalitu života jedince kolísá. Je zřejmé, že u zdravého jedince má HRQOL relativně malý vliv na celkovou kvalitu života, zatímco u osoby se závažným chronickým onemocněním může vliv HRQOL vysoce převažovat“ (Salajka, 2006, s. 14). Kvalita života spojená se zdravotním stavem je mnohorozměrná konstrukce zahrnující celou škálu vlivů včetně fyzických, funkčních, sociálních a emočních komponent (Salajka, 2006).

HRQOL je chápána jako „hodnota připisovaná životu modifikovanému postižením, funkčním stavem, vnímáním a sociálními příležitostmi, které jsou ovlivněny nemocí, zraněním nebo léčbou“ (Patrick, Erickson in Vaďurová, 2006, s. 26), dále bývá vnímána jako ta část celkové kvality života, která je určována především zdravotním stavem jedince a může být ovlivňována klinickými intervencemi. Gotay et al. (in Vaďurová, 2006) integrují ve své definici dva základní aspekty: kvalita života v jejich pojetí představuje stav celkové pohody (well-being) tvořený dvěma složkami – schopností vykonávat každodenní aktivity, které odráží fyzickou, psychickou a sociální pohodu, druhou složkou je pak spokojenost pacienta s fungováním organismu a úrovní kontroly symptomů nemoci nebo léčby. Vaďurová (2006, s. 64) zdůrazňuje podstatný aspekt, totiž že „HRQOL vystihuje subjektivní prožívání nemoci a poskytované zdravotní péče. Jedná se o porovnání skutečného prožívání jedince a zvládání sociálních rolí se stavem, který považuje za ideální“. Společným bodem uvedených definic je komplexní vliv onemocnění/postižení na osobnost jedince ve smyslu bio-psycho-socio-spirituální entity, s akcentem na subjektivně vnímaný, prožívaný a hodnocený dopad na kvalitu života.

Několikrát zde bylo operováno s pojmem „well-being“ ve vztahu ke kvalitě života. Ekvivalentní český termín „osobní pohoda“ či „životní spokojenost“ v sobě implikuje jak duševní, tak i tělesnou a sociální dimenzi. Mezi odborníky panuje všeobecná shoda, že termín well-being zahrnuje „dlouhodobý emoční stav, ve kterém je reflektována spokojenost jedince s jeho životem“ (Šolcová, Kebza, 2004, s. 21).

Základ definice	Příklad definice	Autoři
Celkové bytí (souhrnná existence)	celkové bytí (souhrnná existence) jedince nebo skupiny, které zahrnuje řadu pozitivních aspektů zdraví	Lindström, Köhler (1991)
Fungování	zahrnuje fungování somatické, emoční a sociální, jakož i plnění určité role	Varni, Burwinkle, Seid et al. (2003)
	multidimenzionální konstrukt, který zahrnuje tři hlavní oblasti: fungování somatické, psychologické a sociální	Speith, Harris (1996); Bouman, Koot, van Gils et al. (1999)
Fungování a jeho subjektivní hodnocení	bývá obvykle definována jako jedincovo subjektivní hodnocení kvality fungování a s ním spojená spokojenost anebo distres	Graham, Stevenson, Flynn (1997)
	multidimenzionální pojem, který zahrnuje širokou oblast funkčního stavu, psychologické a sociální pohody, dále vnímané zdraví a symptomy související s nemocí a jejím léčením	Aaronson et al. (1991)
Vliv nemoci; objektivní i subjektivní hodnocení jeho vlivu	objektivní i subjektivní vliv dysfunkce na somatické, psychologické a sociální aspekty kvality života	Strand, Russell (1997)
Vliv nemoci a jeho subjektivní hodnocení	funkční efekt nějaké nemoci a jejího konsekventního léčení na pacienta, a to z pohledu pacienta samotného	Schipper, Clinch, Olweny (1996)
	pacientovo subjektivní vnímání vlivu jeho nemoci a jejího léčení na jeho každodenní život, somatické, psychologické a sociální fungování i pohodu	Reflection paper (2005)
Fungování a pohoda (well-being)	multidimenzionální konstrukt zahrnující somatické, emoční, mentální, sociální a behaviorální složky pohody a fungování, jak je vnímají pacienti, nebo individuální pocity pacientů spojené se zdravím	Ravens-Sieberer, Gosch, Abel et al. (2001)
Zdravotní stav	zdravotní stav člověka, mající podobu kontinua se vzrůstající komplexností pacientových výsledků; můžeme ho hodnotit na pěti úrovních: biologických/fyziologických faktorů, symptomů, fungování, vnímaného celkového zdraví a celkového pocitu pohody nebo kvality života	Wilson, Cleary (1995)

Zdravotní stav a pocity s ním související	jde o kombinaci zdravotního stavu a afektivních reakcí na problémy se zdravotním stavem	Vogels, Verrips, Verloove-Vanhorick et al. (1998); Fekkes, Theunissen, Brugman et al. (2000); Rosenfeld, Goldsmith, Tetlus et al. (1997)
Složka zdraví	složka celkové kvality života, která je primárně determinována jedincovým zdravím a která může být ovlivněna klinickými intervencemi	Mishoe, Baker, Poole et al. (1998); Juniper (1997)
Hodnota připisovaná životu	hodnota připisovaná životu v jeho průběhu tak, jak je modifikována postiženími, funkčními stavy, vnímáním a sociálními příležitostmi; to vše je ovlivněno nemocí, úrazem, léčbou nebo přístupem člověka	Feeny, Furlong, Boyle et al. (1995); Patrick, Erickson (1993); Furlong et al. (2005)
Spokojenost se životem	úroveň spokojenosti osoby s těmi aspekty jejího života, které jsou ovlivněny důsledky nemoci a jejího léčení	Brouwer, Maillé, Rovers et al. (2005)

Tabulka 6 – Spektrum definic kvality života související se zdravím (Mareš a kol., 2006, s. 7).

Veškerá užívaná definiční vymezení HRQOL v sobě integrují dva základní koncepty – subjektivnost a multidimenzionalitu. Subjektivnost HRQOL je výrazem individualizovaného hodnocení samotného respondenta, případně blízké osoby, týkající se jeho pozitivního nebo negativního hodnocení nemoci a léčby. Aspekt multidimenzionality charakterizuje širší dopadu nemoci a léčby a nutnost měřit kvalitu života i v oblastech, které jsou nemocí zasaženy nepřímo či sekundárně (Cella et al. in Vaďurová, 2006).

Významným faktorem je v tomto kontextu rozdíl mezi vnímáním zdravotního stavu a skutečným zdravím. Akceptace nemoci, vyrovnání se s vlastním stavem a přizpůsobení životních plánů a očekávání ve svém důsledku umožní získat určitý pocit životní pohody a tím i lepší kvalitu života. Podstatnou roli hraje již zmíněné očekávání – kvalita života může být pojímána jako rozdíl mezi pacientovým očekáváním a tím, čeho může reálně dosáhnout. Čím menší je tento rozdíl, tím vyšší je kvalita života (Vaďurová, 2006). „Choroba, její jednotlivé aspekty a důsledky, s nimiž je nemocný konfrontován, na něj klade požadavky týkající se jeho schopnosti se na nemoc adaptovat, vyrovnat se s ní. Skutečnost, zda a nakolik je nemocný schopen se se svou chorobou vyrovnat, závisí na vnějších

i vnitřních faktorech. Mezi ty vnější patří zejména sociální podpora okolí, dostupnost a kvalita zdravotní péče apod. Vnitřní faktory vycházejí ze skutečnosti, že choroba a její příznaky, které mohou být z vnějšího pohledu u jednotlivých pacientů podobné či shodné, jsou vnímány samotným pacientem, čímž je dán zcela jedinečný subjektivní vjem u každého nemocného. Tento subjektivní vjem je určující pro celkovou kvalitu života daného pacienta“ (Salajka, 2006, s. 21).

Libigerová et al. (in Vaďurová, Mühlpachr, 2005) kategorizují dimenze kvality života související se zdravím na čtyři základní oblasti: tělesný stav a funkční schopnosti, psychický stav a pocit pohody (životní spokojenosti), sociální vztahy, ekonomická situace a zaměstnání. Podrobnější členění domén prezentuje WHO v nástrojích měření WHOQOL-100 a WHOQOL-BREF, jejichž přehled byl uveden výše. Na kvalitativní analýze perspektiv pacientů je založen model kvality života vytvořený Ferrelem (in Vaďurová, 2006). Obdobně také Ferrans, který však svůj konstrukt doplňuje o ekonomický aspekt, který v řadě koncepcí chybí. Obě pojetí přehledně prezentují příslušné tabulky.

Doména	Indikátory HRQOL
Fyzická pohoda a projevy nemoci	bolest, funkční schopnost, síla/únava, spánek a odpočinek, nevolnost, chuť k jídlu, zácpa
Psychická pohoda	pocit kontroly, úzkost, deprese, volný čas, strach z navrácení nemoci, štěstí, strach, vnímání/pozornost
Sociální pohoda	nároky na pečovatele, sociální role a vztahy, citové vazby / sexuální funkce, vzhled, finanční zátěž
Duchovní pohoda	naděje, utrpení, význam nemoci, vyznání, nejistota, transcende

Tabulka 7 – Domény Ferrel-Grantova koncepčního modelu kvality života (Vaďurová, 2006, s. 66).

Doména	Indikátory HRQOL
Zdraví a funkční schopnosti	zdraví, bolest, energie (únava), schopnost se o sebe postarat bez pomoci, schopnost zvládnout rodinné povinnosti, užitečnost, obavy, kontrola nad vlastním životem, šance žít tak dlouho, jak by si člověk přál, možnost šťastné budoucnosti, sexuální život, volný čas, zdravotní péče

Rodina	rodinné štěstí, manžel(ka)/partner(ka), děti, emoční podpora od rodiny, rodinné zdraví
Spiritualita	spokojenost se životem, štěstí obecně, dosažení osobních cílů, klid duše, víra v boha, spokojenost se sebou
Sociální a ekonomická oblast	přátelé, emoční podpora, domov, sousedství, zaměstnání, schopnost se postarat o svoje finanční nároky, vzdělání

Tabulka 8 – Ferransův model kvality života související se zdravím (Vaďurová, 2006, s. 67).



Schéma 2 – Schéma vzájemného vztahu základních pojmů subjektivního hodnocení (Curtis, Martin in Salajka, 2006).

Kvalita života související se zdravím se v zásadě vyznačuje stejnými dimenzemi jako kvalita života v obecném pojetí. Oproti obecnému konceptu kvality života však reflektuje dimenze zjišťující vliv fyzického stavu a léčby na celkovou kvalitu života pacienta. Východiska výše prezentovaných definic lze zobecnit do pěti základních dimenzí kvality života pacienta: aktuální zdravotní stav (jak se pacient cítí, jak hodnotí svůj stav), soběstačnost, akceptace a pomoc nejbližší rodiny a okolí, individuální funkční norma a využívání možností pacienta a ekonomická situace. „Celkově tedy může být subjektivní posuzování kvality života rozloženo do několika rovin, zahrnujících informace o fungování (Kolik hodin jste spal včera v noci?), celkové hodnocení fungování (Jak jste spal? – Jak dobře se Vám spalo?) a individualizované hodnocení fungování (Jak spokojen jste se svým spánkem?)“ (WHOQOL Group in Salajka, 2006, s. 17). Vymětal (in Vaďurová, Mühlpachr, 2005) uvádí, že kvalita života pacienta je výslednicí následujících okolností: stav psychické a fyzické pohody (opakem je bolest, nevolnost, deprese, strach atp.), úroveň sebeobsluhy (opakem je závislost

na péči okolí), pohyblivost pacienta (schopnost samostatné lokomoce), zapojení pacienta do života a pozitivní emoční odezva, aktivní spoluúčast na „vytváření vlastního osudu“ (možnost spolurozhodovat o vlastní léčbě a dalších opatřeních), pacient hodnotí svůj život, včetně hospitalizace, za smysluplný, tedy i nezbytný a žádoucí.

„Teoreticky existují dva hlavní mechanismy, pomocí kterých nemocní hodnotí své zdraví – fyzická složka a mentální složka. Fyzická složka sestává z projevů choroby a z potíží a omezení, které vyvolává. Mentální složka vychází z emocí, které tyto projevy a potíže zapříčiňují. Obě tyto složky, z nichž vychází celkové posouzení zdravotního stavu nemocným, jsou ovlivňovány jednotlivými faktory ze všech čtyř dříve uvedených oblastí, na které můžeme HRQOL rozdělit – tělesné potíže, psychický stav, výkonnost a sociální vztahy. Mentální složka pravděpodobně modifikuje celkové vnímání závažnosti choroby a závažnosti zdravotního postižení významným způsobem – nejen ve smyslu interindividuálních rozdílů v intenzitě vnímání jednotlivých příznaků, ale mimo jiné i na základě znalosti vyvolávající choroby“ (Salajka, 2006, s. 19).

2

Úprava prostředí a koncept univerzálního designu

2.1 Prostředí a prostor

Jaké by to bylo žít v prostoru, který nabízí život lidem bez ohledu na pohlaví, specifické potřeby, rasu, hmotnost či věk? Je možné modifikovat veřejné prostory z hlediska přístupnosti a bezpečnosti pro jednotlivé kategorie osob se zdravotním postižením? Jaká je role architektů a designérů při profesionálním řešení úprav prostředí? Nejen na tyto otázky se pokusíme odpovědět na následujících řádcích.

Předmětem zájmu této kapitoly je tedy prostředí, přirozený životní prostor či žitý svět (Baštecká, 2015). Prostředí jako „celkový souhrn fyzikálního a sociálního světa, který ovlivňuje jedince nebo skupinu; soubor všech objektů, jejichž vlastnosti se mění podle chování daného systému“ (Hartl a Hartlová, 2010, s. 450). Jak uvádí Tomandl a Šestáková (2014, 2016), prostředí, ve kterém žijeme, má svůj přirozený historický vývoj a v průběhu dějin si ho lidé vždy přizpůsobovali tak, aby co nejlépe vyhovovalo jejich potřebám.

Dadejčík (2013, s. 71) uvádí, že „prostor a prostředí jsou pojmy v běžném užití v mnoha ohledech zaměnitelné. Na první pohled se zdá, že předmět prvního pojmu je samozřejmým předpokladem možnosti existence předmětu pojmu druhého, že tvoří jakési zvláštní univerzální konkrétum jako podmínku možnosti jakéhokoli individuálního, konkrétního prostředí“.

V souvislosti s úpravami prostředí se logicky vynořuje termín „adaptace“. Koncept adaptace má dva odlišné významy. Jeden je vnímán jako biologická nebo evoluční adaptace, která se vztahuje k funkčním nebo strukturálním změnám celého organismu nebo jeho části. Individuální

adaptace se zaměřuje na vztahy mezi požadavky prostředí a tím, co člověk musí udělat, aby tyto požadavky splnil (Křivošíková, 2011).

Cílem úpravy prostředí je podpora soběstačnosti a bezpečné provádění potřebných denních činností (Hagedorn, 1997).

D'Aubin (2007) se domnívá, že lidé s různým typem zdravotního postižení preferují různá řešení úpravy prostředí a volba, jak toto prostředí upravit a modifikovat, je klíčovým principem rozvoje dostupnosti.

Jak uvádí Kalvach a kol. (2011, s. 28), na kvalitě života lidí se závažným zdravotním postižením, na jejich subjektivním hodnocení zdraví i na účelnosti poskytovaných služeb se podílejí tři faktory – zdravotní stav, interakce funkčních schopností s nároky prostředí a psychický stav.

Podle WHO mají vlastnosti prostředí zásadní vliv i na další složky kvality života, jako je mobilita, nezávislost a sama schopnost „stárnutí v místě“. Podle autorů Čevely a kol. (2014) místo přátelské ke stárnutí je takové, které poskytuje dostatečné podmínky pro zdraví, participaci a bezpečnost při zohlednění sociálních, osobních i ekonomických charakteristik jedince a jejich interakce s prostředím fyzickým. Prostor lze totiž vnímat jako významný mediátor, který může usnadnit „život se zdravotním postižením v přirozeném prostředí“ (Kalvach a kol., 2011, s. 150). Autor (tamtéž) zahrnuje do přirozeného prostředí: bezbariérové prostředí veřejných prostor a dopravy, univerzální design, chráněné bydlení, ambient assisted living (AAL, prostředí podporující život) – informační a komunikační technologie (ICT), tísňovou péči, telemonitoring v rámci home care, centra zaměřená na podporu lidí s určitým zdravotním postižením.

2.2 Design

Zdá se, že v návaznosti na výše uvedené charakteristiky je důležité vytvářet prostředí a výrobky, které vyhovují všem lidem. V souladu s tímto popisem se pro nás staly klíčovými pojmy: univerzální design, universal design, design pro všechny, design for all, design4all, přístupný design, inkluzivní design, design v architektuře.

Jak uvádí Matějková a kol. (2016, s. 7), „design je ve své podstatě navrhováním naší budoucnosti a současnost stále více nazírá na design ne jako na otázku životního stylu, ale jako na otázku naplňování potřeb člověka. Designéři by v tom měli velkou měrou pomáhat“. V současné době pojem design vyjadřuje mnoho tvůrčích oblastí a procesů (například módní de-

sign, grafický design, průmyslový design, univerzální design, inkluzivní design, produktový design apod.) (Špringerová, 2014).

V současné době je podstatné namísto designu pro lidi navrhovat design s lidmi (Myerson in Matějková a kol., 2016). Jak dále uvádí Myerson (tamtéž), vzrůstá zájem o design, který neplní pouze stránky časopisů, ale dokáže efektivně řešit problémy společnosti, zejména pak globální trend stárnutí populace.

Adamíková (in Matějková a kol., 2016, s. 40) poukazuje na skutečnost, že design už se netočí jen kolem produktů, ale víc než kdy dříve se zaměřuje na služby; zároveň zdůrazňuje potřebu inovace: „Design a inovace totiž nejsou dvě rozdílné věci – design a designové metody jsou nedílnou součástí jak technologické, tak sociální inovace. Zároveň to, že když lidé chtějí inovovat, neznamená, že chtějí věci měnit. Inovace přináší nové možnosti, změna přináší problémy a konec starých pořádků a lidé neradi něco mění. I s tím je potřeba počítat. Uvědomila jsem si, že design a výzkum mají k sobě svými metodami a přístupem velmi blízko a lze je uplatňovat napříč specializacemi – od zdravotnictví přes design vozidel, prostorové uspořádání pracovišť, bezpečnost v ulicích až po sociální péči na JIP nebo ve vězeňství. Také mi přijde, že výsledek nemusí být vždy to nejdůležitější. Proces, který přispěje k uvědomění si problému a touze po jeho řešení, může mít mnohem větší váhu a trvalejší hodnotu. Nakonec je to určitě síla kvalitního vhledu – ponořit se do problému, pochopit principy fungování dané tematiky nebo oboru, dívat se na věci v souvislostech, odhodit předsudky, vystoupit z vlastní komfortní zóny, dívat se za hranice oboru, nenechat se svázat bariérami a konvencemi. Kvalitní vhled vám otevře oči a mysl v tom, co lidé potřebují a proč.“

2.3 Univerzální design

Možným přístupem k navrhování věcí, budov a prostředí, který se postupně vyvinul z bezbariérového designu na konci osmdesátých a v průběhu 90. let 20. století, je univerzální design. Univerzální design je směřován na všechny lidi bez ohledu na jejich věk, zdravotní stav, fyzické možnosti, národnost, kulturní, náboženské či sociální zázemí a splňuje požadavky lidské rozmanitosti, sociální rovnosti a rovnocennosti a vytváří rovné příležitosti pro lidi ve všech oblastech života (Kudrnovská, 2016; Dewey, 2018; Adem, Kaya, Dagdeviren, 2019; Gronseth, Hutchins, 2019; Goto, 2019; Fogli, Aren-

ghi, Gentilin, 2019; Kim, Chang, 2018). Tato ambice byla podpořena vazbami na mezinárodní hnutí za lidská práva či hnutí za práva lidí se zdravotním omezením (Boháčová, 2012). I přesto, že se univerzální design zatím nestal standardem v navrhování, některé země pokročily v jeho implementaci do prostředí poměrně daleko. Je to např. Japonsko, Spojené státy americké, Kanada a v Evropské unii především Norsko a Švédsko (Váňová, 2009). Za naplňování Evropské koncepce přístupnosti, obecně přátelského bezbariérového prostředí v duchu univerzálního designu jsou zodpovědné obce. Iniciátorem a zdrojem příkladů dobré praxe je v této oblasti Národní síť zdravých měst ČR (www.zdravamesta.cz) vycházející z projektu Světové zdravotnické organizace (Kalvach a kol., 2011).

Čeledová, Kalvach a Čevela (2016) uvádí, že několikrát modernizovaná Evropská koncepce přístupnosti zdůrazňuje princip univerzálního designu, tedy prostředí i výrobků přátelských všem bez ohledu na věk či zdravotní postižení. „Jde o bezbariérovost veřejných prostor či novostaveb, o ohleduplnou srozumitelnost informačních prvků zahrnující i lidi se zrakovým či sluchovým postižením, u výrobků např. ohled na lidi s poruchou zraku (velikost písma včetně displejů) či jemné motoriky (velikost tlačítek – například u mobilních telefonů či počítačů)“ (Čeledová, Kalvach, Čevela, 2016, s. 55).

„Univerzální design znamená navrhování výrobků, vybavení, programů a služeb tak, aby je mohly v co největší míře využívat všechny osoby bez nutnosti úprav nebo specializovaného designu. Univerzální design zároveň nevylučuje podpůrné pomůcky pro určité skupiny osob se zdravotním postižením, pokud jsou zapotřebí“ (Čeledová, Kalvach, Čevela, 2016, s. 115).

„Nezbytným předpokladem začlenění znevýhodněných starších lidí do života města je stálý důraz na univerzální design – bezbariérové prostředí v duchu Evropské koncepce o přístupnosti. Mělo by se jednat především o realizaci a průběžnou evaluaci uceleného plánu rozvoje přátelského města, na jehož podobě a prioritách by se měly podílet organizace zainteresovaných občanů, včetně sdružení osob se zdravotním postižením. Fyzické a sociální prostředí má význam pro kvalitu života se zvyšujícím se věkem. Speciální pozornost je třeba věnovat problematice zeleně a otázkám pocitů bezpečí jako klíčovým, ale neztřídká opomíjeným, aspektům dobrého stárnutí v místě“ (Čeledová, Kalvach, Čevela, 2016, s. 145).

Kromě zmíněných atributů prostředí by mělo být prostředí bezpečné – nepřijatelné jsou kluzké podlahy, vyčnívající předměty apod. Bezpečné prostředí je prostředí, které neohrožuje zdraví, nezhoršuje zdravotní problémy (v případě alergií) (Kalvach a kol., 2011).

Velmi podstatnou výhodu univerzálního designu ve veřejně přístupném prostoru lze spatřovat v tom, že konkrétní opatření dobře poslouží i široké veřejnosti například v oblasti orientace.

Jak doplňují Kalvach a kol. (2011, s. 176), „nejde o výrobky a úpravy pro postižené, nýbrž o prostředí přátelské všem. Bezbariérové úpravy v případě konceptu univerzálního designu vyhovují lidem na vozíku stejně jako mladým lidem se zlomenou nohou, rodičům s kočárkem nebo turistům s těžkými zavazadly“. Autoři dále dodávají, že prostředí pro všechny by mělo podporovat zdravé užívání prostoru a výrobků, je funkční, přehledné, srozumitelné, umožňuje snadnou orientaci prostřednictvím srozumitelných informací. Autoři Kalvach a kol. (2011, s. 176) uvádí, že podstatné je „užívání mezinárodně srozumitelných symbolů a vyvarování se výrazů a zkratk v místním jazyce, neboť to může uživatele zmást. Příkladem je užití písmena C na vodovodním kohoutku – v angličtině znamená cold (studený), ale ve španělštině caliente (teplý)“.

2.3.1 Cíle a principy univerzálního designu

Níže uvedené schéma znázorňuje cíle, na které je vhodné se zaměřit při návrhu prostředí, budovy či produktu, aby byly v souladu s principy univerzálního designu (srov. Steinfeld, Maisel, 2012):



Schéma 3 – Cíle univerzálního designu.

Termínem *body fit* je zamýšlen návrh, který je vstřícný k širokému spektru velikosti těla a schopností. *Komfort* počítá s limity fyzických možností a vnímání. *Uvědomění* vyjadřuje, že důležité informace musí být snadno vnímatelné. *Porozumění* znamená intuitivní, jasný a jednoznačný způsob použití. *Wellness* vnímáme jako prevenci vedoucí ke zlepšení zdraví a ochraně před riziky. *Sociální začlenění* vyjadřuje respekt ke všem skupinám naší společnosti. *Personalizace* znamená možnost volby a vyjádření individuálních preferencí. *Vhodnost* vyjadřuje posilování kulturní hodnoty a sociální a environmentální kontext návrhu (Navrátilová, 2016).

V roce 1997 bylo v Centru pro univerzální design (Severní Karolína) stanoveno sedm základních principů univerzálního designu (srov. Navrátilová, 2016; Bílková, 2019; Steinfeld, Maisel, 2012):

1. Spravedlivé užívání

Návrh poskytuje stejné možnosti využití a přístup pro všechny.

- Poskytuje stejnou možnost použití pro všechny uživatele.
- Vylučuje segregaci nebo poznamenávání jakéhokoli uživatele.
- Dopřává soukromí a bezpečí ve stejné míře všem uživatelům a je příjemný pro všechny uživatele.

2. Flexibilita v užívání

Návrh počítající s širokým spektrem individuálních možností a schopností.

- Poskytuje výběr v metodách užití.
- Vyhovuje jak pravákům, tak levákům (v přístupu i v užívání).
- Uspodňuje uživateli přesnost a pečlivost.
- Přizpůsobuje se individuálnímu tempu uživatele.

3. Jednoduché a intuitivní užívání

Návrh je snadno pochopitelný a použitelný, nevyžadující uživatelskou zkušenost, znalost, jazykové schopnosti nebo vysoký stupeň soustředění.

- Vyvaruje se zbytečné složitosti.
- Odpovídá uživatelské očekávání a intuici.
- Vybavuje výrobek odpovídajícím textovým popisem ve více jazycích.
- Uspořádává informace v pořadí odpovídajícím jejich důležitosti.
- Poskytuje efektivní nápovědu a zpětnou vazbu během a po zpracování úlohy.

4. Srozumitelné informace

Návrh sděluje důležité informace uživateli efektivně, bez ohledu na okolí nebo na smyslové schopnosti uživatele.

- Umožňuje užívat různé způsoby pro sdělení podstatných informací (piktogramy, hlášením, hmatově).
- Maximalizuje čitelnost podstatných informací.
- Odlišuje prvky způsobem, který může být popsán (tj. jednoduše instruovat nebo ukázat směr).
- Poskytuje kompatibilitu s různou škálou technologií nebo zařízení, která používají lidé s omezenými smysly.

5. Tolerance chyb

Návrh minimalizuje riziko a nepříznivé následky nehod nebo neúmyslných činů.

- Instaluje prvky, které minimalizují riziko a chyby, nejvíce užívané prvky nejlépe přístupné, rizikové prvky vyloučit, izolovat nebo zastínit.
- Poskytuje varování před riziky a chybami.
- Poskytuje záchranné tahy.
- Odrazuje od nevědomých akcí způsobem, který vyžaduje ostražitost.

6. Malá fyzická námaha

Návrh umožňuje efektivní, pohodlné použití s minimem námahy.

- Dovoluje uživateli udržovat neutrální, přirozenou pozici těla.
- Umožňuje užívat odůvodněnou ovládací sílu.
- Minimalizuje opakování akce.
- Minimalizuje dlouhodobé fyzické nároky.

7. Velikost a prostor pro přístup a užívání

Odpovídající velikost a prostor jsou poskytovány pro přístup, dosažení, manipulaci a užití, a to bez ohledu na uživatelskou tělesnou velikost, pozici a pohyblivost.

- Poskytuje jasný výhled na důležité prvky jakémukoliv sedícímu nebo stojícímu uživateli.
- Umožňuje uživateli dosáhnout na všechna místa pohodlně.
- Vyhovuje všem variantám úchopu.

- Poskytuje dostatečný prostor pro použití pomocných zařízení nebo osobní asistenci.

2.4 Situace v České republice

Od roku 1985 se objevuje v českém legislativním prostředí materiál, který upravuje tvorbu prostoru pro osoby s omezenou schopností pohybu a orientace. V současné době tuto problematiku řeší zejména prováděcí vyhláška stavebního zákona č. 398/2009 Sb., o obecných technických požadavcích zabezpečujících bezbariérové užívání staveb (MMR, 2009). Jejím účelem je zajistit, aby nové i rekonstruované stavby a veřejný prostor byly obecně přístupné pro co největší množství lidí včetně obyvatel se zdravotním znevýhodněním, rodičů s kočárky apod. (Více v kapitole Legislativní zázemí.)

Dle Národního plánu podpory rovných příležitostí pro osoby se zdravotním postižením na období 2015–2020 se Česká republika v uplynulých 25 letech zařadila mezi státy, které si uvědomují a přijímají zvýšenou odpovědnost za odstraňování existujících bariér bránících osobám se zdravotním postižením v účasti na plnohodnotném životě a zapojení do společnosti. I přesto, že Česká republika systematicky usilovala o postupné řešení jednotlivých dílčích oblastí, které se bezprostředně osob se zdravotním postižením a jejich rodin dotýkají, s cílem zlepšit podmínky i kvalitu jejich života (především na základě úpravy prostředí), zůstává i nadále řada otevřených a nedořešených témat, která se přímo dotýkají života jednotlivých skupin osob se zdravotním postižením. Národní plán podpory rovných příležitostí pro osoby se zdravotním postižením na období 2015–2020 hovoří o tom, že je nadále třeba systematicky pokračovat v odstraňování bariér u veřejných budov i dopravních staveb postavených ještě před účinností stavebního zákona, který ukládá bezbariérovou výstavbu, a striktně vynucovat dodržování a aplikaci platných předpisů týkajících se bezbariérového užívání staveb.

Česká republika do fáze designu pro všechny zatím nepokročila, a tak se zde neobjevuje v takové míře, jak by měl. Člověk se spíše setká se speciálními úpravami pro určité skupiny lidí, ať už se jedná o vstupy do budov, nebo jiné produkty. Jak bylo uvedeno výše, úpravy by měly být dělány formou tzv. inkluzivního navrhování (Liu, Clarkson, 2019; Gronseth, 2018), kdy se budoucí uživatel stává jedním ze spoluautorů projektu a výsledný návrh je produktem komunikace všech zúčastněných.

Projekty, které se v České republice zabývají tímto způsobem tvorby a propagováním ideje přístupného designu, jsou Equal design (www.artmap.cz/equal-design/) a Czech Design. Equal design prezentoval v roce 2014 výstavu, jejímž hlavním tématem byla „otázka přístupného bydlení a produktového a obalového designu, který zohledňuje potřeby starších a pokročilých. K vidění jsou předměty přístupné jak mladým lidem, kteří ještě žádná omezení nemají, tak starším lidem, kteří již válčí s řadou problémů přicházejících s vyšším věkem. Další skupinu exponátů pak tvoří výrobky, které jsou právě seniorům určené, respektují správnou ergonomii, ale zároveň také dobře vypadají, což není v případě předmětů pro tuto specifickou skupinu pravidlem. Divili byste se, s jakými obyčejnými věcmi může totiž nejstarší generace zápolit – s otvíráním tetrapakových krabic od mléka, s příliš těžkými nákupy, s nepraktickým uspořádáním nábytku, s ovládáním nůžek. Výstava představuje produkty jak českých, tak i zahraničních designérů a výrobců. Výstava vznikla díky iniciativě sdružení Czech Design, které v České republice stejnojmenným projektem propaguje ideje přístupného designu. Projekt Equal design chce dokázat, že předměty, které dokáží snadno používat mimo běžné uživatele i senioři, nevidomí nebo další jinak znevýhodněné skupiny, mohou být nejen vizuálně přitažlivé, ale dokonce dávají výrobcům svojí přístupností náskok oproti konkurenci. Czech Design je také autorem koncepce celé výstavy“ (www.artmap.cz/equal-design/)

2.5 Univerzální design a situace ve světě

Nezbytným legislativním dokumentem, podle něhož je podstatou „přístupnosti“ právo na život uprostřed společnosti bez diskriminačních prvků, je Evropská koncepce přístupnosti (European Concept for Accessibility). „Odstraňování bariér v uměle vytvořeném prostředí nebyla věnována dostatečná pozornost na úrovni národní. Koncepce vychází z principů univerzálního designu a vztahuje se na design staveb, infrastruktury, stavebních a spotřebitelských výrobků. Jde o nástroj umožňující zajistit prostředí, které je vyhovující, bezpečné a příjemné pro všechny – pro seniory, lidi s chronickým zdravotním postižením i s krátkodobou indispozicí, pro maminky s malými dětmi či kočárky i pro lidi přepravující těžká zavazadla. Koncept univerzálního designu neuznává dělení lidské populace na osoby zdravé a osoby se zdravotním postižením“ (Kalvach a kol., 2011, s. 176).

Evropská koncepce přístupnosti byla zveřejněna v letech 1996 a 2003. V roce 2010 Evropská komise přijala European Disability Strategy 2010–2020.

Jednou z profilujících osobností přístupného designu je Jeremy Myerson. Je „zakládajícím členem Helen Hamlyn Centre for Design (dále jen HHCD) při Royal College of Art v Londýně. Toto centrum bylo založeno z iniciativy a díky finanční podpoře filantropky a módní návrhářky Lady Helen Hamlyn v roce 1999. Vzniklo jako jedno z logických vyústění mezinárodního hnutí za přístupný design, které postupně nabíralo na síle od 60. let dvacátého století. Zejména od války ve Vietnamu, kdy se v západní společnosti začalo počítat s raněnými válečnými veterány, kteří přežili díky modernější zdravotní péči a helikoptérám přivážejícím je z válečného pole. Společnost již nemohla připustit, aby z ní byli tito handicapovaní váleční hrdinové vyloučeni kvůli svým zraněním. Zásadním a v současnosti stále aktuálnějším tématem je pro Jeremyho Myersona a tým designérů v HHCD navrhování prostředí, ve kterém mohou rovnocenně fungovat lidé všech věkových kategorií. Hlavním tématem HHCD je inclusive design – tedy design pro nejširší skupiny uživatelů. Aktivita centra se dělí do tří základních oblastí. Age and Ability Lab se zabývá tématem stárnutí a designem pro přístupnější společnost bez ohledu na schopnosti a specifické potřeby. Healthcare Lab se věnuje bezpečnějším a kvalitnějším službám ve zdravotnictví a zdravotní péči. Sekce Work and City provádí výzkum v oblasti měnících se potřeb pracovního prostředí a městského života“ (Myerson in Matějková a kol., 2016, s. 33).

Součástí konference „The Future of Design“ (Budoucnost designu) byl praktický workshop s názvem „Designing for people's need“. „V rámci něj studenti navrhovali řešení pro potřeby konkrétních uživatelů se specifickými potřebami. Na návrhu pracovali společně se seniory z organizace Elpida. Ukázalo se, že řešit podobu výrobku či služby v úzké spolupráci s těmi, kterým je určena, je princip, který studentům nejen pomáhá, ale také je baví“ (Matějková a kol., 2016, s. 37).

Domníváme se, že efektivním řešením situace je multidisciplinární spolupráce spočívající v zapojení studentů, firem, orgánů státní správy, obyvatel města, odborníků z řad speciálních pedagogů a architektů.

2.6 Design a příklady dobré praxe

Do této podkapitoly jsme zařadili příklady dobré praxe z oblasti designu mající přínos v odvětví zdravotní techniky a každodenním životě. Příkladem může být studio Zdravý design, které založila Věra Kunhartová, mladá designérka s otevřenou myslí a smyslem pro lidské potřeby. Jejím cílem je vytvářet každodenní zkušenosti přívětivější a jednodušší pomocí nápadů a inovací v designu. (zdravydesign.com/#spoluprace) Mezi produkty tohoto studia patří například *Libella seat* (antidekubitní sedací systém), *Vážka* (unikátní zádový systém, který byl vyvinut na základě letitých zkušeností paní Zdeňky Faltýnkové, specialistky zdravého sezení na vozíku), *Easy key system* (produkt, který umožňuje intuitivní uspořádání klíčů a každodenní manipulaci s nimi, může se také stát elegantním módním šperkem, který usnadňuje výběr správného klíče pomocí barevných rozlišovačů a reliéfu z Braillových písmen).

Důležitou součástí úprav pro osoby se specifickými potřebami a osoby, které mohou mít potíže s oblékáním kvůli omezené hybnosti, je adaptované oblečení. Móda pro osoby se zdravotním postižením je další oblastí, která si zaslouží svůj zájem nejen v designu. Základními atributy adaptovaného oblečení je přítomnost takových švů, které snižují tření, adaptované oblečení má diskrétní úpravy, které jsou v souladu s módními trendy, snadno se obléká, má suché zipy, je z pružných látek, dokáže se přizpůsobit inkontinenčním pomůckám. Pro osoby, které sedí, se volí vyšší zadní část kalhot a elastický pas pro větší pohodlí a snazší oblékání.

U jedinců s Parkinsonovou chorobou a jinými postiženími, které mají vliv na jemnou motoriku, se ukázalo jako výhodné použití magnetů. Původní technologie byla vyvinuta společností „MagnaReady“ a byla patentována v prosinci roku 2015. (en.wikipedia.org/wiki/Adaptive_clothing)

Následující tabulka uvádí přehled specifických potřeb s možnými přidruženými symptomy a obtížemi a nabízí možnou modifikaci či adaptaci oděvů.

Specifické potřeby	Přidružené symptomy a obtíže	Možné modifikace a adaptace oděvů
Alzheimerova choroba	Individuální svlékání v nevhodnou dobu a na nevhodných místech.	„Uzamykatelné oděvy“ (často jsou navrženy tak, aby měly zepředu klasické vzory, knoflíky apod., ale rozepínání se nachází na zádech).

Otoky	Otoky nohou vedou k obtížím při nošení běžné obuvi nebo kalhot.	Adaptivní boty a kalhoty mají nastavitelnou velikost a nabízejí neomezující zapínání.
Inkontinence	Snížená kontrola vylučování a syndrom dráždivého, citlivého a hyperaktivního močového měchýře.	Oděvy, které lze snadno a rychle svléknout. Oděvy, které jsou pohodlné a diskrétní při inkontinenci.
Parkinsonova choroba a artritida	Ztráta jemné motoriky.	Knoflíky a zipy jsou nahrazeny suchým zipem nebo magnetickým uzávěrem.

Tabulka 9 Specifické potřeby a možnosti adaptace oděvů. (srov. en.wikipedia.org/wiki/Adaptive_clothing)

Mezi společnostmi, které vyrábí adaptované oblečení, patří např. společnost Adaptia (móda, která sedí). Společnost Adaptia móda s. r. o. oficiálně vznikla v polovině roku 2011. Impulsem k tomu bylo zjištění jednatelky společnosti Martiny Václavíkové, že na území České republiky žije více než 30 tisíc osob, které svůj život tráví na invalidním vozíku, a přesto nemají možnost koupit si specifické oblečení, sezení přizpůsobené, jako je to běžné v zahraničí na západ od nás. Běžné oblečení většinou neposkytuje při celodenním sezení na vozíku, oblékání a toaletě dostatečný komfort, samostatnost a pohodlí. Rozhodla se tedy vytvořit značku adaptivního oblečení ADAPTIA, která by tuto situaci u nás napravila. (www.adaptia.cz/o-nas/)

Další česká firma, která se specializuje na speciální střihy pro lidi na vozíku (vypracovaná zadní část přes hýždě, zkrácená přední část, poutka pro jednodušší oblékání), je firma Fzwear založená Martinem Zachem (www.fzwear.cz/).

3

Legislativní zázemí

Záměrem následujícího textu je vytvořit bazální legislativní rámec, v němž budou zmíněny základní normativně právní akty upravující na národní úrovni podmínky, zejména bezbariérovosti, směrem k osobám s postižením / specifickými potřebami. Společným jmenovatelem je vyrovnání příležitostí těchto osob napříč různými oblastmi života. Legislativní zázemí je bazálním předpokladem pro systematické uchopení celé problematiky úprav prostředí a přístupnosti pro osoby se zdravotním postižením / specifickými potřebami. Vzhledem k holistickému pojetí problematiky adaptace prostředí nemůže být legislativní platforma vyčerpána zcela, nicméně základní rámec je na následujících řádcích utvořen.

Bezbariérovost, resp. přístupnost prostředí je pro osoby se zdravotním postižením základním pilířem a předpokladem samostatnosti a soběstačnosti napříč každodenními aktivitami. Wiener (2006) podotýká, že pro samostatnost a soběstačnost jedince je předpokladem jeho schopnosti orientace v mikro- i makroprostoru. Aby byl daný prostor pro jedince se SP (specifickými potřebami) bezbariérový, resp. přístupný, je nutno brát zřetel na řadu opatření, která tuto prostorovou bezbariérovost do jisté míry zajistí. Opatření pro eliminaci zjevných a odstranitelných fyzických a architektonických překážek v okolí pomáhá zajistit, ale také specifikovat, určit a unifikovat vyhláška č. 398/2009 Sb., o obecných technických požadavcích zabezpečujících bezbariérové užívání staveb (dále jen vyhláška č. 398/2009 Sb.). Tato vyhláška nám již v odst. 1 a 2 § 1 udává, že jejím hlavním cílem je stanovení obecných technických požadavků „na stavby a jejich části tak, aby bylo zabezpečeno jejich užívání osobami s pohybovým, zrakovým, sluchovým a mentálním postižením, osobami pokročilého věku, těhotnými ženami, osobami doprovázejícími dítě v kočárku nebo dítě do tří let (dále

jen ,osoby s omezenou schopností pohybu nebo orientace'). Vyhláška je zároveň vydána v souladu se směrnicí Evropského parlamentu a Rady 98/34/ES ze dne 22. června 1998 o postupu při poskytování informací v oblasti technických norem a předpisů a pravidel pro služby informační společnosti, ve znění směrnice 98/48/ES.“

Vyhláška č. 398/2009 Sb. udává v odst. 2, že se podle ní postupuje „při zpracování dokumentace pro vydání územního rozhodnutí nebo při zpracování jednoduchého technického popisu záměru pro vydání územního souhlasu a při zpracování projektové dokumentace, při povolování nebo ohlašování a provádění staveb, při vydávání kolaudačního souhlasu, při užívání a odstraňování staveb nebo zařízení a při kontrolních prohlídkách staveb

- a) pozemních komunikací a veřejného prostranství,
- b) občanského vybavení v částech určených pro užívání veřejností,
- c) společných prostor a domovního vybavení bytového domu obsahujícího více než 3 byty (dále jen ,bytový dům'), upravitelného bytu nebo bytu zvláštního určení,
- d) pro výkon práce celkově 25 a více osob, pokud provoz v těchto stavbách umožňuje zaměstnávat osoby se zdravotním postižením nebo stavby pro výkon práce osob s těžkým zdravotním postižením (dále jen ,stavby pro výkon práce').“ Na následujících řádcích si tedy uvedeme základní úpravy pro jednotlivé skupiny osob se SP, které tato vyhláška stanoví.

Vyhláška č. 398/2009 Sb. tedy stanovuje pravidla a požadavky na úpravu:

- Pozemních komunikací a veřejného prostranství (bezbariérovost chodníků, přechodů pro chodce, nástupišť, parkovišť a zpevněných stání atp.).
- Přístupnosti staveb, staveb občanského vybavení (schodiště, plošiny, rampy, bezpečnostní prvky u vstupu a výstupu atp. / vymezení počtu bezbariérových toalet, míst pro přebalení dítěte, vyhrazených míst pro osoby s poruchou hybnosti).
- V § 9 vyhlášky 398/2009 Sb. se zároveň udává, že „základní informace pro orientaci veřejnosti musí být jak vizuální, tak podle okolností i akustické a hmatné. Vizuální informace musí mít kontrastní a osvětlené nápisy a symboly. Informační a signalizační prvky musí být vnímatelné a srozumitelné pro všechny uživatele, je nutné brát v úvahu zejména zorné pole osoby na vozíku, velikost a vzdálenost písma“.

Z výše uvedeného textu je zřejmé, že vyhláška č. 398/2009 Sb. sama o sobě vymezuje především základní pojmy a údaje, ale parametry bezbariérovosti můžeme nalézt až v jejích přílohách:

- Příloha č. 1 se zabývá obecně technickými požadavky zabezpečujícími bezbariérové užívání staveb.
- Příloha č. 2 se zabývá technickými požadavky zabezpečujícími bezbariérové užívání pozemních komunikací a veřejného prostranství.
- Příloha č. 3 se zabývá technickými požadavky zabezpečujícími bezbariérové užívání staveb občanského vybavení v částech určených pro užívání veřejností, společných prostor a domovního vybavení bytových domů, upravitelného bytu nebo bytu zvláštního určení a staveb pro výkon práce.
- Příloha č. 4 se zabývá symboly užívanými k označení staveb, informování či varování.

Všechny tyto přílohy poté vymezují minimální a maximální sklony terénu (ramp), šíři dveří, vybavenost budov i prostranství patřící k budovám (vyhrazená místa), ovládací prvky v budovách i vně, kluznost povrchu, ozvučení informací (akustické či digitální hlasové majáčky), informace a jejich přístupnost, minimální světelné podmínky v rámci budov či bytu atd. Vyhláška č. 398/2009 Sb. stanovuje následující základní parametry pro bezbariérovost budov a prostor, a to jak ve svém těle, tak také v přílohách:

- Pro osoby se sluchovým postižením
 - Požadavky na stavby občanského vybavení vymezují v § 8 odst. 2 vyhlášky č. 398/2009 Sb. následující: „Prostory pro shromažďování 50 a více osob nebo každé ozvučení či překladatelský servis kin, divadel a sálů musí umožňovat indukční poslech pro nedoslýchavé osoby.“
 - V § 9 odst. 1 vyhlášky č. 398/2009 Sb. poté nalezneme, že „základní informace pro orientaci veřejnosti musí být jak vizuální, tak podle okolností i akustické a hmatné. Vizuální informace musí mít kontrastní a osvětlené nápisy a symboly. Informační a signalizační prvky musí být vnímatelné a srozumitelné pro všechny uživatele, je nutné brát v úvahu zejména zorné pole osoby na vozíku, velikost a vzdálenost písma. Dálkové ovládání akustických informací se řeší způsobem stanoveným v bodě 1.2.9. přílohy č. 1 k této vyhlášce“.
 - V příloze vyhlášky 398/2009 Sb. poté nalezneme následující vymezení:

Řešení pro osoby se sluchovým postižením vychází z dispozic, možností a potřeb jak osob bez sluchového vjemu – osoby neslyšící, tak osob jen s částečným sluchovým vjemem, které využívají indukční poslech – osoby nedoslýchavé.

Jedná se konkrétně o:

- Řešení pokladen a přepážek musí umožňovat indukční poslech a jejich stavebně-technické uspořádání musí umožňovat odezírání.
 - Požaduje se střední hladina osvětlenosti 300 lx.
 - Pro osoby neslyšící musí být elektronický vrátný s akustickou signalizací vybaven také signalizací optickou.
- Pro osoby se zrakovým postižením
- § 5 vyhlášky č. 398/2009 Sb. stanoví, že přístup ke stavbám se musí vytyčit přirozenými nebo umělými vodicími liniemi a přístup k budově se specializovanými službami pro osoby se zrakovým postižením, nemocnici, krajskému úřadu, výpravní budově, odbavovacím terminálu veřejné dopravy a stanici metra také akusticky.
 - V příloze č. 1 vyhlášky č. 398/2009 Sb. se poté stanoví specifika stavebních úprav jak u vodicích linií, tak akustických prvků, signálních, varovných prvků, ozvučení přechodu pro chodce, úpravy schodišť či hmatového označení dveří atp.
- Pro osoby s tělesným postižením
- Vyhláška č. 398/2009 Sb. stanoví v § 4 odst. 1, 2 a 4–6, že chodníky musí umožňovat samostatný, bezpečný, snadný a plynulý pohyb osobám s omezenou schopností pohybu, a zároveň vyhrazuje počet parkovacích míst pro vozidla přepravující osoby těžce pohybově postižené. Prostory pro nejméně 20 % veřejných telefonních automatů, samoobslužných informací, obdobných zařízení, poštovních schránek, pokladen a přepážek musí umožňovat užívání osobami s omezenou schopností pohybu nebo orientace. Umístění a zabezpečení městského mobiliáře, staveb pro reklamu, informačních a reklamních zařízení, předzahrádek restaurací, prodejních stánků, venkovních pultů a obdobných konstrukcí musí respektovat přirozený pohyb chodců a nesmí zasahovat do průchozího prostoru a výkopy a staveniště musí být zabezpečeny tak, aby nebyly ohroženy osoby s omezenou schopností pohybu nebo orientace, ani jiné osoby.

- Asi nejspecifičtější poté vymezuje příloha vyhlášky č. 398/2009 Sb. požadavky na stavby občanského vybavení: Prostory pro shromažďování musí mít z celkového počtu míst vyhrazena místa pro osoby na vozíku. V ubytovacích zařízeních pro cestovní ruch a pobytových zařízeních musí nejméně 5 % pokojů splňovat požadavky (výškové rozdíly pochozích ploch nesmí být vyšší než 20 mm; povrch pochozích ploch musí být rovný, pevný a upravený proti skluzu). Veřejně přístupné plavecké bazény, relaxační a rehabilitační vodní prostory musí mít zajištěný bezbariérový přístup do vody řešený prostřednictvím schodů a bazénového zvedáku nebo schodů a zvýšeného okraje. U staveb pro sport musí být bezbariérově řešeno rovněž sportoviště a závodiště a jejich zázemí, zejména hygienické zařízení a šatny, při respektování zvýšených nároků na manipulační prostory pro používání sportovních vozíků. Školy, předškolní a školská zařízení musí mít bezbariérově řešené prostory rovněž pro děti, žáky a studenty. U staveb pro mimoškolní vzdělávání se postupuje obdobně. Základní informace pro orientaci veřejnosti musí být jak vizuální, tak podle okolností i akustické a hmatné. Vizuální informace musí mít kontrastní a osvětlené nápisy a symboly. Informační a signalizační prvky musí být vnímatelné a srozumitelné pro všechny uživatele, je nutné brát v úvahu zejména zorné pole osoby na vozíku, velikost a vzdálenost písma. (§ 8–10)

Jak výše zmíněný zákon, tak k němu patřící prováděcí vyhláška určují legislativní mantinely a parametry pro bezbariérovost prostranství a staveb. K oběma normativním právním aktům poté vznikají různé metodiky a aplikační strategie. My bychom na tomto místě chtěli upozornit na dvě z nich:

- Metodiku kategorizace přístupnosti tras a komunikací.
- Metodiku přístupnosti objektů.

Obě tyto metodiky byly vytvořeny na společné schůzce odborníků z organizací a institucí věnujících se v České republice problematice architektonických bariér, jejich mapování, záznamu a distribuci získaných informací. Cílem této pracovní skupiny bylo ujasnit a vytvořit kritéria pro kategorizaci míry přístupnosti a pravidla profesionálního mapování a tato nadále šířit tak, aby informace o (bez)bariérovosti vycházely z jednotného základu ve všech krajích České republiky. Dané se jim povedlo a obě metodiky jsou přístupné široké laické i odborné veřejnosti.

Kromě úpravy prostředí ovlivňuje legislativa bezbariérovost také poskytováním příspěvků na kompenzaci zdravotního postižení, které prostřednictvím pomůcek a zařízení pomáhají činit prostředí méně bariérovým a tím zvyšují samostatnost a nezávislost jedince se ZP. V tomto smyslu poté mluvíme o dvou platných právních normách – zákonu č. 329/2011 Sb., o poskytování dávek osobám se zdravotním postižením a o změně souvisejících zákonů (dále jen zákon č. 329/2011 Sb.), a vyhlášce č. 388/2011 Sb., o provedení některých ustanovení zákona o poskytování dávek osobám se zdravotním postižením (dále jen vyhláška č. 388/2011 Sb.).

Osobám se podle zákona č. 329/2011 Sb. poskytují tyto dávky:

- a) Příspěvek na mobilitu, který je poskytován osobám starším jednoho roku, které mají nárok na průkaz osoby se zdravotním postižením označený symbolem „ZTP“ nebo „ZTP/P“, který byl přiznán podle předpisů účinných od 1. ledna 2014, opakovaně se v kalendářním měsíci za úhradu dopravují nebo jsou dopravovány (např. do školy, k lékaři, do zaměstnání atp.).
- b) Příspěvek na zvláštní pomůcku, na kterou má nárok osoba starší jednoho roku (po splnění dalších podmínek stanovených v tomto zákoně a jeho přílohách) a která poté umožní osobě sebeobsahu nebo ji potřebuje k realizaci pracovního uplatnění, k přípravě na budoucí povolání, k získávání informací, vzdělávání anebo ke styku s okolím; přitom se přihlíží i k dalším pomůckám, zdravotnickým prostředkům, úpravám a předmětům, které osoba využívá (odst. 5b § 9 zákona č. 329/2011 Sb.).

Zákon č. 329/2011 Sb. poté stanoví nejen výši příspěvku na jednotlivou zvláštní pomůcku, ale také výši příspěvku v rámci určitého časového období, nutnost spolufinancování i jeho minimální výši, stejně tak jako nutnost návratu poskytnutého finančního příspěvku. Vyhláška č. 388/2011 Sb. poté stanoví, na které zvláštní pomůcky lze získat příspěvek:

Seznam druhů a typů zvláštních pomůcek určených osobám se zdravotním postižením, na jejichž pořízení se poskytuje příspěvek:

- I. Zvláštní pomůcky určené osobám s těžkou vadou nosného nebo pohybového ústrojí
 - a) Dodatečná úprava motorového vozidla; jedná se o úpravy vyžadující montáž, například ruční ovládání, usnadňování nastupování, nakládání vozíku.

- b) Stavební práce spojené s uzpůsobením koupelny a WC, a to včetně stavebních prací spojených s rozšířením dveří v rámci uzpůsobení koupelny a WC; jedná se o stavební práce a s nimi nezbytně související materiál na úpravu, nikoli však o obklady, podlahové krytiny, sanitu apod.
- c) Speciální komponenty osobního počítače, například uzpůsobená klávesnice, myš, speciální programové vybavení umožňující ovládání počítače ústy, pohybem očí nebo pohybem hlavy.
- d) Nájezdové ližiny, přenosná rampa, schodolez, svislá zdvihací plošina, šikmá zvedací plošina, stropní zvedací systém, roštová rampa, včetně instalace, stavební práce spojené s rozšířením dveří v bytě, schodišťová sedačka, včetně instalace.

II. Zvláštní pomůcky určené těžce zrakově postiženým osobám

- a) Kalkulátor s hlasovým výstupem, digitální zápisník pro zrakově postižené s hlasovým výstupem nebo braillovým displejem, speciální programové vybavení pro zrakově postižené.
- b) Elektronická orientační pomůcka pro zrakově postižené a hluchoslepe; jedná se o akustické orientační majáky, vysílačky pro ovládání akustických orientačních majáků, pomůcky na zachytávání vysokých překážek.
- c) Multifunkční elektronická komunikační pomůcka pro zrakově postižené a hluchoslepe; jedná se o stolní nebo mobilní telefony se zvětšenou a kontrastní klávesnicí, ozvučené mobilní telefony nebo tablety se speciálními funkcemi či příslušenstvím pro zrakově postižené, měřicí přístroje pro domácnost s hlasovým nebo hmatovým výstupem.
- d) Vodicí pes.
- e) Popisovací kleště pro nevidomé, psací stroj pro nevidomé, indikátor barev pro nevidomé, braillový displej pro nevidomé, tiskárna reliéfních znaků pro nevidomé, hlasové popisovače pro nevidomé a hluchoslepe, digitální čtecí přístroj pro nevidomé s hlasovým výstupem, diktafon.
- f) Kamerová zvětšovací lupa, digitální zvětšovací lupa.

III. Zvláštní pomůcky určené těžce sluchově postiženým osobám

- a) Signalizační systémy nahrazující zvukové signály světelnou či vibrační signalizací, včetně instalace; jedná se například o signalizaci pláče dítěte, bytového zvonku, domovního zvonku, telefonního zvonění či výstražných jevů.
 - b) Speciální programové vybavení pro edukaci a reedukaci sluchu umožňující nácvik mluvení, odezírání nebo znakového jazyka; jedná se o aplikace do telefonu a programy do osobního počítače.
 - c) Individuální indukční smyčka.
 - d) Elektronická orientační pomůcka pro zrakově postižené a hluchoslepé; jedná se o akustické orientační majáky, vysílačky pro ovládání akustických orientačních majáků, pomůcky na zachytávání vysokých překážek.
 - e) Multifunkční elektronická komunikační pomůcka pro zrakově postižené a hluchoslepé; jedná se o stolní nebo mobilní telefony se zvětšenou a kontrastní klávesnicí, ozvučené mobilní telefony nebo tablety se speciálními funkcemi či příslušenstvím pro zrakově postižené.
 - f) Pomůcka pro poslech zařízení způsobilého k reprodukci rozhlasového nebo televizního vysílání nebo pomůcka pro poslech zařízení k reprodukci zvukových nebo zvukově obrazových záznamů, telefonní zesilovač, soustava speciálních pomůcek pro přenos zvuku; jedná se o soustavu složenou z mikrofону, přijímače, a pokud je třeba, i speciálního sluchadla.
 - g) Zařízení umožňující vizuální komunikaci; jedná se o zařízení s podporou minimálně 4G LTE internetu, předním fotoaparátem minimálně 2 Mpx, displejem minimálně 5,5" a optickou stabilizací obrazu.
- IV. Zvláštní pomůcky určené osobám se zdravotním postižením interní povahy způsobujícím těžké omezení pohyblivosti
- a) Nájezdové ližiny, přenosná rampa, schodolez, svislá zdvihací plošina, šikmá zvedací plošina, roštová rampa, schodišťová sedačka, včetně instalace, dodatečná úprava motorového vozidla; jedná se o úpravy vyžadující montáž, například ruční ovládání, usnadňování nastupování, nakládání vozíku.
 - b) Stavební práce spojené s rozšířením dveří v bytě, uzpůsobením koupelny a WC, a to včetně stavebních prací spojených s rozšířením dveří v rámci uzpůsobení koupelny a WC; jedná se o stavební práce

a s nimi nezbytně související materiál na úpravu, nikoli však o obklady, podlahové krytiny, sanitu apod.

V. Speciální pomůcky určené osobám s vadou pohybového aparátu a s těžkým mentálním postižením

a) Motorové vozidlo.

b) Speciální zádržné systémy, nikoli však běžné dětské autosedačky.

Kromě zákonů a vyhlášek, které upravují bezbariérovost prostředí, a pomůcek, které pomáhají kompenzovat důsledky obtížné orientace či pohybu v prostředí, je nutno zmínit, že existují také pomůcky, které při pohybu v prostoru pomáhají či jej usnadňují a tyto nejsou hrazeny na základě výše zmíněného zákona č. 329/2011 Sb., ale jsou hrazeny na základě umístění v číselníku zdravotních pojišťoven. O daných pomůckách budeme podrobněji pojednávat v další části této publikace.

4

Psychosociální aspekty

Budeme-li pojímat životní prostor v nejširším slova smyslu, holisticky, musíme se zcela oprávněně zaměřit i na psychosociální determinanty prostředí, které významnou měrou spoluutváří a podmiňují životní spokojenost a celkovou kvalitu života osob se zdravotním postižením / specifickými potřebami. Význam psychosociální dimenze jinakosti ve smyslu zdravotního postižení či jiných specifických potřeb zcela explicitně potvrzuje i realizované výzkumné šetření, které odráží potřebu „úprav sociálního prostoru“ směrem k poučené a tolerantní společnosti akceptující jinakost jako přirozenost lidské komunity.

Zdravotní postižení má velmi zásadní psychosociální rozměr – významnou měrou determinuje rozvoj osobnosti jedince, proces jeho socializace, jeho psychologickou a sociální pohodu ve smyslu well-being. Murphy (in Vágnerová, 2008) velmi pregnančně podotýká, že postižení je sociální chorobou – je definováno společensky a kulturně daným významem.

Postižení má komplexní vliv na strukturu celé osobnosti jedince, představuje změnu životní situace, která ovlivní nejen vývoj určitých funkcí, ale i postojů a chování sociálního okolí. „Z psychologického hlediska platí, že jakékoli postižení se neprojeví jen poruchou funkcí jednoho orgánového systému, ale ovlivňuje rozvoj celé osobnosti postiženého jedince a podílí se na vytvoření specifické sociální situace spoluurčující jeho společenské postavení“ (Vágnerová, 2008, s. 161). Určujícím faktorem je v tomto smyslu zejména etiologie, typ, stupeň a doba vzniku zdravotního postižení, nicméně stejně zásadním aspektem je subjektivní percepce postižení a úroveň jeho přijetí, respektive akceptace, jako vnější sociální faktor pak sociální pozice jedince. Vágnerová (2008) v této souvislosti hovoří o postižení primárním a sekundárním. „Primární postižení zahrnuje chorobné změny, které

představují omezení v oblasti předpokladů k rozvoji normálních funkcí, např. zrakového či sluchového vnímání. Riziko, že v důsledku zdravotního postižení vznikne i psychická odchylka, závisí na druhu a závažnosti onemocnění. Sekundární změny vznikají jako důsledek působení nejrůznějších, zejména psychosociálních faktorů, které mohou být určitým způsobem závislé na existenci primárního postižení. Na vzniku sekundárního handicapu se mohou spolupodílet různé osobnostní vlastnosti postiženého jedince i vnější prostředí, v němž žije, především jeho sociální složka“ (Vágnerová, 2008, s. 162). Autorka jen opětovně potvrzuje klíčovost psychosociálního rozměru zdravotního postižení, přičemž zdůrazňuje, že určitá psychická specifika mohou být podmíněna zdravotním postižením nebo naopak nemusí být mezi těmito znaky a postižením žádná relace. Specifika osob s postižením mají řadu společných znaků, současně jsou však individuálně variabilní (Vágnerová, 2008).

„Každá vada či odchylka v tělesném vývoji, která vzdaluje člověka od normálního styku s okolím, je víceméně překážkou v cestě jeho vývoji duševnímu. Neznamená to nikterak, že by se na podkladě tělesných vad vždy a nutně musely vyvinout i vady psychické – ale jisté zvýšené nebezpečí tu je a je dobře o něm vědět, aby se mu mohlo předcházet“ (Matějček, 2005, s. 133). Zdravotní postižení lze považovat za náročnou životní situaci, která na jedince dlouhodobě působí zatěžujícím vlivem, zvyšuje stres, zhoršuje jeho každodenní situaci, způsobuje řadu konfliktů, z nichž některé jsou pro postiženého neřešitelné – zejména směrem k životním ambicím a reálným možnostem. Způsob a techniky, jakými se jedinec s touto životní situací vyrovnává, se mohou stabilizovat až na úroveň trvalých rysů osobnosti – dochází k determinaci vztahu k okolnímu světu a k sobě samému (Vágnerová, 2008). Podstatný je přitom časový aspekt vzniku postižení.

Vrozená varianta postižení se vyznačuje lepší adaptací jedince na změněné podmínky. Vlivem znevýhodnění či omezení se ostatní složky osobnosti vyvíjejí kompenzačně. Oproti tomu získané postižení predikuje vyšší nároky na adaptaci jedince na změněnou situaci. Stejně tak jako vrozené postižení je i získané podstatným zásahem do osobnosti jedince a je intenzivně prožíváno. V této spojitosti je důležitá míra frustrační tolerance, která představuje stupeň odolnosti jedince vůči zátěžím přinášejícím nervovému systému opakované frustrace (Matějček, 2001). Frustrace svou podstatou limituje, respektive zamezuje aktivity směřující k určitému cíli a vzniká v situaci, kdy jsou osobnosti jedince na cestě k uspokojování nějaké životní potřeby kladeny víceméně nepřekonatelné

překážky či limity (Kondáš in Požár, 1997). Požár (in Jakabčic, Požár, 1997) v této souvislosti velmi pregnantně podotýká, že při dosahování určitých stanovených cílů je výskyt překážek častý, běžný, respektive přirozený a má příznivý efekt v tom smyslu, že nutí jedince zmobilizovat veškerý potenciál, všechny schopnosti a síly. Frustrace je však více než překážka – představuje zmaření činnosti subjektivně intenzivně prožívané jako osobitý stav, který vyúsťuje v utváření obrany organismu ve smyslu vzniku nové motivace zaměřené na odstranění překážky původní motivace. Reakce na frustraci, respektive nepřiměřené reakce na podmínky frustrace jsou výrazně variabilní s pohybem ve spektru od agresivity přes regresi, represi až po kompenzaci a únik.

Matějček (2005, s. 133) v tomto kontextu používá velmi výmluvný pří-
měr: „S vadou vrozenou se dítě seznamuje postupně, jak vspívá. Učí se také postupně ji překonávat, vyrovnávat se s ní a žít s ní. Jeho problémem není přebudování, ale budování za zvláštních ztížených podmínek. Jeho nebezpečím není náhlá životní krize, která člověka láme, ale stálá větší nebo menší nesrovnalost mezi jeho touhami a reálnými možnostmi, která člověka ohýbá a křiví.“

Je nasnadě, že každá osobnost se vyvíjí pod vlivem prostředí, existence zdravotního postižení tyto vlivy transformuje a modifikuje, následně se proměňují i reakce a aktivita samotného jedince – v jeho chování se odráží nejen samotné postižení a jeho důsledky, ale i výchovné postoje rodiny a širšího sociálního prostředí. S existencí zdravotního postižení se mění sociální kontext spoluurčující vývoj osobnosti jedince.

Proces socializace jedince je determinován primárně přisuzovanou rolí jedince s postižením s odlišným obsahem než role intaktních jedinců, která v sobě implikuje nižší nároky a očekávání a v rámci níž můžeme vysledovat pasivně receptivní charakter. „Obsah role handicapovaného dítěte vychází z hodnotícího stereotypu, tj. souhrn vlastností a projevů, které jsou postiženým připisovány na základě jejich příslušnosti k této skupině. Stereotyp nediferencuje individuální rozdíly a navíc bývá mnohdy značně nepřesný a neodpovídá skutečnosti. Přesto významně ovlivňuje chování laické veřejnosti, především chování rodičů“ (Vágnerová, 2000, s. 159).

Nuance v socializačním vývoji lze ilustrovat na několika klíčových socializačních meznících, které jsou primárně ovlivněny existencí postižení, sekundárně pak postojem nejbližšího sociálního prostředí. V novorozeneckém a kojeneckém období je zdravotním postižením negativně ovlivněna interakce s matkou, která získává odlišné charakteris-

tiky vzhledem k nižší aktivační úrovni dítěte a dalším specifickým v reago-
vání na stimulaci z prostředí, v kojeneckém věku je výrazně determinován
vývoj sociálních vztahů, v tomto a následujícím batolecím období získává
specifické charakteristiky také proces regulace chování. Rovněž další úkoly
batolecího období, zejména překonání symbiotické vazby s matkou a roz-
šíření spektra sociálních vztahů, bývají determinovány existencí postižení.
Charakteristická bývá nižší sociální zkušenost. V následujícím období
může nadále docházet k opožďování socializačního vývoje ve smyslu
autoregulace chování, akceptování hodnot a norem a přijetí běžných
sociálních rolí. Standardní role tohoto období – předškoláka, školáka
apod. – získávají navíc dimenzi jedince s postižením, která může nabývat
různých poloh, přičemž sama o sobě je pro dítě méně srozumitelná a pře-
hledná než role jeho vrstevníků. Problémy v oblasti formování sociálních
vztahů rovněž přetrvávají a více se akcentují v následující etapě školního
věku a pubescence. Jedním z modifikujících vlivů je v tomto kontextu niž-
ší a kvalitativně odlišná sociální zkušenost odvíjející se mimo jiné od role
jedince s postižením. V období školní docházky se akcentuje rovněž otáz-
ka efektu similarity zejména směrem k aktuálně preferované inkluzivní
formě vzdělávání, kdy je příležitost k formování vztahů v rámci komunity
osob s postižením limitovaná. Sociální nezkušenost zasahuje rovněž roz-
voj vlastní identity a vztahy k vrstevnické skupině. Do sféry formování
vlastní identity zasahuje další zásadní činitel – zdravotní postižení, které si
vynucuje zaintegrovaní tohoto faktu do náročně budované identity. Zásad-
ní vliv zde mohou mít právě vztahy s vrstevníky se stejným typem postiže-
ní, které mohou přispět k akceptaci a vytvoření adekvátní identity jedince,
v níž bude integrována i složka zdravotního postižení. Nelze opomenout
ani limitované možnosti realizace v profesní roli.

Míra kontaktu se sociálním prostředím, možnost získat různé sociální
role a s nimi spojenou adekvátní sociální zkušenost je zásadním způsobem
determinována zejména rodinou jako primárním socializačním činitelem,
který spoluurčuje úroveň sociální integrace, modifikuje obsah rolí dítěte
s postižením, maximalizuje nebo naopak minimalizuje dopady zdravot-
ního postižení na běžný každodenní život, významně ovlivňuje úroveň
specifických dovedností ve smyslu sebeobsluhy, prostorové orientace a ko-
munikačních kompetencí, úzce souvisí s jedincovou percepcí sama sebe,
významně se promítá do subjektivního pocitu nezávislosti a soběstačnos-
ti, zásadním způsobem determinuje akceptaci, respektive nonakceptaci
zdravotního postižení či oblast sociálních vztahů. V kontextu socializace

je nezanedbatelným faktorem vlastní aktivita jedince, jeho reakce a odezvy, které jsou ve vzájemné interakci se sociálními faktory.

Jedním z klíčových faktorů, které determinují formování osobnosti jedince s postižením, je subjektivní vnímání, prožívání a hodnocení zdravotního postižení. Matějček (2001) zdůrazňuje, že každé postižení má svou subjektivní a objektivní hodnotu směrem k důsledkům pro vývoj osobnosti jedince. Nejen objektivní míra limitujícího vlivu postižení, ale současně subjektivní hodnocení jeho sociálního dopadu spoluurčuje, jak jedinec integruje své postižení do struktury své osobnosti. Individuální percepce postižení nemusí být přímo úměrná biologickému poškození – prožívaná závažnost postižení není v přímé úměrnosti k reálné závažnosti. Vágnerová (2000, s. 17) podotýká, že „obecně zde sice platí pravidlo, že těžší choroba či vyšší stupeň defektu má i větší subjektivní závažnost, ale neplatí to zcela absolutně. Osobnost postiženého člověka, který má nejen biologické, ale i psychické vlastnosti, předurčuje reakce na různé zátěže, tedy i na tuto variantu. Avšak i nemocný je ovlivňován společností, ve které žije, a tudíž i jejími obecnými postoji. Ty budou spoluurčovat, za jak závažné bude člověk svoje postižení či nemoc považovat. Nebo dokonce i to, zda pro něj subjektivně bude vůbec znamenat odchylku. Významné je, do jaké míry se handicap odrazí v jeho vlastní identitě, zda se za postiženého považuje, zda přijímá nebo nepřijímá tuto roli a jak se ve vztahu k sebehodnocení chová“.

Dostáváme se k otázce akceptace a nonakceptace zdravotního postižení. Akceptace vady představuje poznávací, citové a jednající osvojení všech životních možností a limitů, které s sebou zdravotní postižení přináší, tzn. osvojení si veškerých dostupných životních možností a způsobů jejich realizace při současném zohlednění všech reálně existujících omezení a limitů. Akceptace postižení se tak stává premisou maximálního možného rozvoje jedince v intencích jeho individuálních potřeb a celkového potenciálu. Přičemž je akcentováno spíše aktivní překonání, aktivní přizpůsobení se a vyrovnání se s důsledky postižení, nikoli pouze prosté přijetí. Lze ji tedy chápat ve smyslu stabilní pohotovosti k překonávání (citovému i věcnému) důsledků a překážek v běžném životě vzniklých na podkladě zdravotního postižení. Specifičnost vývoje osobnosti se zdravotním postižením závisí především na stupni akceptace. Pokud jedinec své postižení přijal a realisticky se s ním vyrovnal směrem k akceptaci omezení a maximálnímu rozvoji možností, nemusí faktor zdravotního postižení strukturu jeho osobnosti nijak významně zasáhnout. V opačném případě může dojít až ke vzniku určitých specifických rysů osobnosti. Na opačném pólu spektra tedy

stojí nonakceptace postižení. Nicméně ji nelze chápat jako nedostatek nebo opak akceptace. Klíčovou charakteristikou nonakceptace je nepřijímání a neuznávání životních možností a limitů spojených s existencí zdravotního postižení, přičemž akcentována je emoční složka tohoto postoje. Projevy nonakceptace jsou vysoce variabilní a nabývají zpravidla individuální dimenze. Nonakceptace se může projevit ve dvou rovinách – jako zveličování důsledků postižení, nebo naopak jeho popírání (Čálek, 1986). Vágnerová (2000, s. 65) potvrzuje, že „častěji se však setkáváme s tím, že postižený reaguje na své postižení takovým způsobem, že jeho reakce má za následek vznik určitých specifických rysů osobnosti. Různé techniky vyrovnání se s postižením se totiž mohou stabilizovat do stálých způsobů chování, které se mohou stát trvalým rysem osobnosti, jako získané dispozice“.

U jedince s postižením nejsou rysy osobnosti nijak kvalitativně odlišné od běžné populace, pouze jsou některé stránky osobnosti zvýrazněny a vystupují více do popředí (například častější vztahovačnost, přecitlivělost, přílišný důraz na osobní ambice apod.) (Hadj-Moussová, 1997, s. 19). K neadekvátní aspirační úrovni podotýká Požár (in Jakabčic, Požár, 1997), že u jedinců s postižením je možné se poměrně často setkat (ve srovnání s intaktní populací) s přeceňováním vlastních sil, možností, znalostí, postavení ve skupině a společnosti, tedy neadekvátně vysokou úroveň aspirací, nebo naopak kontrastní reakcí z opačného pólu spektra. Osoba s postižením prakticky vždy pocituje svou znevýhodněnou pozici vyplývající ze zdravotního postižení, což může nezřídka vygradovat v tísnivý pocit méněcennosti. Pocity méněcennosti velmi pregnantně charakterizuje Matějček (2005, s. 135): „Je to vlastně velmi známý prožitek jakési směsi tísně, zahanbení, vzdoru a závidění, že nestačíme v situaci, do níž jsme se dostali, že jiní jsou lepší než my, že mají úspěch tam, kde my jej mít nemůžeme a nikdy mít nebudeme. Chování, jež z takových základů pramení, mívá pak ráz přepjatosti a jakési urputné snahy, která ovšem může být vedena různými směry a hnát jednou stroje užitečné a po druhé stroje ničivé.“

Otázka sebehodnocení je akcentována zejména v kontextu sociální integrace jedince do intaktní společnosti. Kladné sebehodnocení je premisou lidské sebeúcty každého jedince, tzn. i jedince s postižením. Výrazné a trvalé snížení sebehodnocení a sebeúcty limituje schopnost aktivní životní adaptace a realizace osobních i v obecném měřítku životních možností, příležitostí a vlastního potenciálu (Jakabčic, Požár, 1997). V oblasti jáství se integrují jak osobnostní charakteristiky jedince s postižením, tak postoje a stereotypy intaktní populace, které modifikují subjektivně vnímaný

sebeobraz. Tendence intaktní populace, redukující osobnost jedince na prostou úroveň postižení, se stávají dominantním identifikačním znakem i pro jedincovo vnímání sebe sama. Postoje společnosti spoluurčují jeho roli, status a do jisté míry predikují úroveň začlenění do společnosti. Kritéria krásy a zdatnosti nastavená společností se stávají integrální součástí sebehodnocení jedince a měřítkem, jímž jedinec poměřuje sebe i druhé. Sociální rozměr nemoci pak představuje míru, do jaké jsou determinovány společenské funkce jedince (Matějček, 2000).

Z širokého spektra aspektů postojové složky intaktní populace zdůrazněme apriorní asymetričnost vztahu, předpokládanou pasivně receptivní roli jedince s postižením, specificky změněný obsah jeho role související zpravidla s nižším sociálním statutem, ambivalentnost pocitů, tendenci ke generalizaci a stereotyp odrážející rigiditu a iracionalitu přístupu k osobám s postižením, s níž velmi úzce souvisí převažující emocionální složka v postoji (Regec, Stejskalová, 2012). Velmi pregnantně tuto situaci hodnotí Požár (in Jakabčic, Požár, 1997), když uvádí, že je charakteristické a přirozené, že zvláštnosti a výjimečnosti vnímá veřejnost primárně jako zneklidňující, ohrožující, případně nebezpečné – ohrožující potřebu jistoty a bezpečí (Jakabčic, Požár, 1997).

Vztah k osobám s postižením je výrazem tolerance k jinakosti, respektování individuality každého jedince a svým způsobem i měřítkem vnitřní kvality jednotlivce i společnosti jako celku. „Pouze bude-li společnost, včetně jejích jednotlivých členů, schopna překročit konvence a stereotypy, nebude postižený vnímán pouze pod zorným úhlem postižení, ať už s odmítáním, nebo se soucitem“ (Vágnerová, Hadj-Moussová, Štech, 2000, s. 13).

Sociální rozměr nemoci či postižení pak představuje míru, do jaké jsou ovlivněny společenské funkce jedince (Matějček, 2000). V této souvislosti hovoří Vágnerová, Hadj-Moussová a Štech (2000, s. 19–20) o stigmatizaci: „Trvalé postižení či chronické onemocnění může být sociálně psychologicky hodnoceno jako stigma. Stigma není skutečnou vlastností člověka, ale je mu přisouzeno v rámci postojů, typických pro danou společnost. Vyplývá z toho, jak určitá společnost pojímá otázku normality ve smyslu funkčnosti a vnějšího vzhledu člověka určité věkové kategorie. Stigmatizace defektu mění roli takového jedince a do určité míry i jeho identitu. Tato skutečnost se projeví např. i v úrovni komunikace s takovým člověkem, která je typická protektorským přístupem, neochotou vyslechnout jeho názor, omezením doby komunikace apod.“ Titíž autoři (2000) zdůrazňují, že problém nespočívá

vá v primárním omezení, které s sebou zdravotní postižení přináší, klíčový je však jeho společenský rozměr, tzn. právě stigmatizace. Reakcí na stigmatizující postoj většinové společnosti je vznik různých druhů obran, které umožňují zachování psychické rovnováhy a obranu vlastní identity v tom smyslu, aby nedocházelo ke vzniku sekundárních obtíží psychosociálního charakteru (Vágnerová, Hadj-Moussová, Štech, 2000). V našich kulturních podmínkách existují rovněž vnější symboly stigmatu (například bílá hůl), které společnost pro označení příslušné kategorie osob s postižením užívá a a priori vyžaduje (naopak samotnými osobami s postižením mohou být právě v souvislosti se stigmatizací odmítány) (Vágnerová, Hadj-Moussová, Štech, 2000).

4.1 Mediální reprezentace osob se zdravotním postižením jako jeden z facilitátorů stereotypizace

Ve veřejném diskurzu převládá přesvědčení, že média jsou objektivními informačními zdroji věrně odrážejícími okolní dění. Většina populace k nim jako k takovým přistupuje a pracuje s jejich sděleními. Média jsou institucí, která vstupuje mezi své příjemce a okolní svět a zprostředkovává jim kontakt se společenskou realitou. Média přitom disponují schopností vydávat svá sdělení za „věrný obraz reality“, což zpětně přispívá k jejich důvěryhodnosti (Sedláková, 2007). Systematické předkládání těchto vytvářených významů publiku je aktuálními mediálními studiemi považováno za nejvýraznější účinky, jež jsou médiím připisovány. Publikum pak tyto významy na základě určitého konsenzu včleňuje (či nikoli) do svých osobních významových struktur (McQuail in Sedláková, 2007). „Zvláště tam, kde publikum nemá vlastní zkušenost s nějakou skupinou, je velmi pravděpodobné, že bude považovat za ‚skutečnost‘ to, co o této skupině vypovídají média. Tak dochází za podpory médií ke stereotypizaci rozličných skupin a vzniku stereotypů“ (Jirák, Köpplová in Sedláková, 2007, s. 33). Jednou z těchto stereotypizovaných skupin zobrazovaných v intencích stigmatizace jsou i osoby se zdravotním postižením, resp. se specifickými potřebami.

Napříč celým mediálním spektrem (od tisku přes rozhlas, televizi až po internet) se můžeme setkat s poměrně jednostranným a rigidním pohledem na osoby se zdravotním postižením. Tento mediální obraz pak zásadním způsobem determinuje celospolečenský postoj k lidem se zdravotním

postižením a posiluje přetrvávající předsudky, stereotypy a rigidní postoje intaktní společnosti.

Stereotypy týkající se osob se zdravotním postižením jsou nedílnou součástí naší kultury a přetrvávají částečně proto, že jsou neustále reprodukovány prostřednictvím sdělovacích prostředků. Učíme se o postižení prostřednictvím médií, a to stále stejným stereotypním způsobem. Na základě tohoto „normálního“ procesu učení jsou předávány tyto negativní předpoklady o osobách s postižením napříč generacemi (Barnes, 1992).

„Masmédia šíří stereotypizované obrazy, vytvářejí nové, obměňují stávající a přispívají ke kognitivnímu zkreslování reality. Masmediální stereotypizované produkty rovněž řídí a směřují naše emoce: snaží se určovat, po čem máme toužit, o čem snít. Obraz reality je zjednodušován, divákům či čtenářům jsou podsouvány sympatie (náklonnost) nebo antipatie (nezájem, opovržení) apod.“ (Vybíral, 2009, s. 79). V intencích problematiky osob se zdravotním postižením zdůrazňuje Repková (in Slowík, 2005), že vnímání fenoménu zdravotního postižení z negativního úhlu pohledu, který je charakteristický pro majoritní společnost, je podmiňováno a posilováno právě negativní „mediální reklamou“.

Medializace života lidí s postižením v sobě integruje velmi rozporuplné aspekty. Na jednom pólu spektra stojí její přínos – seznamuje většinovou společnost se situací lidí s postižením a iniciuje tak určitou společenskou reakci. Na druhé straně však média nezřídka vytváří iluzi téměř bezproblémového a profesionálně zajištěného stavu péče a podpory osob se zdravotním postižením.

Barnes (1992) prezentuje několik typických medializovaných stereotypů vztahených k osobám se zdravotním postižením:

- Osoba se zdravotním postižením jako žalostný a ubohý jedinec: Tento stereotyp je posilován zejména soudobým nárůstem tzv. TV lásky. V rámci tohoto fenoménu jsou osoby se zdravotním postižením prezentovány jako „děti v nouzi“.
- Osoba se zdravotním postižením jako objekt sentimentality: Jedinec se zdravotním postižením se stává objektem sentimentu, a to i díky prezentovanému obrazu „roztomilosti“. Současně bývá zdůrazněno, že lidé se zdravotním postižením, resp. jejich blahobyt je závislý pouze na dobrodiní ostatních. Výzkum ukázal, že většina reportáží o osobách se zdravotním postižením v rámci televizních zpráv a dokumentů je zaměřena na lékařské ošetření a snížení souvisejících aspektů. Tímto

způsobem jsou nejen podněcovány sympatie, současně je odváděna pozornost veřejnosti od sociálních faktorů, které způsobují handicap v pravém slova smyslu. Jazyk těchto reportáží je zpravidla emotivní, vytváří náladu sentimentality.

- Osoba se zdravotním postižením jako objekt násilí: Medializace osob s postižením jako objektů násilí přispívá a zdůrazňuje mylné přesvědčení, že osoby se zdravotním postižením jsou naprosto bezmocné a závislé na svém okolí. Tímto způsobem je posilován názor, že osoby se zdravotním postižením jsou bezmocné, ubohé a neschopné fungovat bez ochrany ostatních.
- Osoba se zdravotním postižením jako zlověstné znamení a nositel zla: Toto je jeden z nejvýznamnějších přetrvávajících stereotypů, který umocňuje překážky úspěšné integrace osob se zdravotním postižením do společnosti. Člověk se zdravotním postižením je v rámci tohoto stereotypu zobrazován jako zlo, hříšník, nebo dokonce zločinec.
- Osoba se zdravotním postižením jako „posilovač“ atmosféry nebo jako kuriozita: Osoby se zdravotním postižením jsou někdy zahrnuty do děje filmů a televizních dramát se záměrem posílení určité atmosféry. Můžeme se setkat rovněž se stereotypem, kdy jsou osoby se zdravotním postižením zobrazovány jako kuriozita. V intencích tohoto stereotypu je na osoby se zdravotním postižením pohlíženo jako na „exoty“.
- Osoba se zdravotním postižením jako „Supermrzák“: Obdobně stereotypním způsobem jsou líčeni např. černoši mající určité „supervlastnosti“, aby si vymohli respekt a vydobyli místo ve společnosti (zdůrazňován bývá jejich „báječný smysl pro rytmus“ nebo jejich výjimečné sportovní nadání). Lidem se zdravotním postižením bývají přiřítány superlidské, téměř magické schopnosti. Nevidomí lidé jsou vyličeni např. jako vizionáři s šestým smyslem či extrémně citlivým sluchem. Pod zorným úhlem tohoto stereotypu jsou často nahlíženy i úspěchy osob se zdravotním postižením – ty jsou do značné míry závislé na shovívavosti ostatních.
- Osoba se zdravotním postižením jako předmět posměchu: Ilustrativním příkladem tohoto stereotypu je řada kreslených postavíček zobrazovaných jako jedinci se zdravotním postižením. Nezřídka tak člověk s postižením získává metaforické přirovnání „nešťastný blázen“. Autor dále poznamenává, že v poslední dekádě se vyvinul a rozšířil specifický

styl humoru založený na absurditě zacházení s osobami se zdravotním postižením ze strany společnosti.

- Osoba se zdravotním postižením jako zátěž: Tento stereotyp se úzce pojí s názorem, že člověk s postižením je bezmocný a musí být o něj „pečováno“.
- Osoba se zdravotním postižením jako sexuálně abnormální: Základem tohoto stereotypu je mylný předpoklad o sexualitě osob se zdravotním postižením. Toto téma se objevuje v literatuře a umění již od starověku. Poselství je zřejmé – osoby se zdravotním postižením jsou sexuálně mrtvé, a proto jejich životy nestojí za to žít.
- Osoba se zdravotním postižením jako jedinec neschopný plně se účastnit života společnosti: Tento stereotyp předpokládá, že lidé se zdravotním postižením jsou zřídka schopni být integrálními a produktivními členy společnosti a plnit běžné sociální role (studenta, učitele, pracujícího občana, rodiče apod.). Neexistence takovýchto portrétů pak přiživuje představu, že osoby se zdravotním postižením jsou podřadné lidské bytosti, které by měly být segregovány.
- Osoba se zdravotním postižením jako „normální“ člověk: V současné době lze však vysledovat i tendence prezentovat osoby se zdravotním postižením jako „obyčejné“ nebo „normální“ lidi, kteří mimo jiné mají i zdravotní postižení. Bohužel jsou tato zobrazení do značné míry jednorozměrná a schematická na to, aby odrážela zkušenosti člověka se zdravotním postižením.

Slowík (2005) rozvádí další mediální tendenci, v rámci níž je patrná snaha eliminovat ze sociálního vědomí fascinaci postižením. Tomuto účelu slouží eufemizování pojmů týkajících se postižení, stírání výjimečnosti a specifčnosti osob se zdravotním postižením, snaha připsat jim rovnocennost a rovnoprávnost, ačkoliv to není zcela realizovaná ani realizovatelná myšlenka. Dále je tu tendence k častější medializaci, která má u příjemců minimalizovat či zcela eliminovat překvapení z abnormality.

Autor současně upozorňuje, že „člověk by ale do určité míry měl být stále fascinován jinakostí, zvláštností druhého (a nejen postiženého) člověka. Je to naprosto přirozené a v dosud známé historii to nikdy nebylo jinak (viz např. Blažek, 1985). V obecné rovině je to nezbytný projev vědomí vlastní identity a uznání identity druhých. Objevuje se zde až jakási magická víra, že jestliže postižený člověk dokáže něco zvládnout na úrovni

člověka nepostiženého, zlomí se tím prokletí jeho handicapu a zmírní se jeho sociální stigma – což je následně už událost vhodná pro prezentaci v médiích“.

Novosad (2011) upozorňuje na fenomén tzv. protektivně-paušalizujících předsudků společnosti ve vztahu k osobám s postižením, které se v očích laické veřejnosti manifestují jako neoprávněné či nezasloužené výhody. Majoritní společnost bohužel není objektivně informována, je vytvářen mylný dojem benefitů určených občanům s postižením, které však v reálu tvoří pouze dílčí způsoby kompenzace postižení.

Slowík (2005) toto generalizované vnímání života osob s postižením uzavírá tím, že nevhodný je tedy jakýkoliv extrém – jak považovat zdravotní postižení za životní tragédii, tak ho hodnotit jako přirozený charakterový rys jedince s postižením.



5

Materiálně-technické podmínky

Pravděpodobně nejfrekventovaněji asociovanou oblastí v intencích problematiky úprav či adaptace prostředí představují materiálně-technické aspekty prostředí pro potřeby osob s postižením či specifickými potřebami napříč různými typy i stupni zdravotního postižení a specifických potřeb. Tyto úpravy představují pravděpodobně nejsnazší způsob, jak ovlivnit prostředí člověka se zdravotním postižením s ohledem na jeho specifické potřeby, a to tak, aby se zvýšila jeho subjektivně vnímaná kvalita života. Nicméně nejen předchozí oddíl textu, ale i výsledky provedeného šetření naznačují, že materiálně-technická rovina úprav prostředí může být sice základním stavebním kamenem, ale klíčovým zůstává psychosociální rozměr problematiky zdravotního postižení.

Osoby se zdravotním postižením se potýkají s mnohými omezeními, ať už v oblasti fyzické, psychické, či sociální. Existují ovšem prostředky, díky nimž můžeme pomoci těmto jedincům kompenzovat či zmírňovat limity vyplývající z jejich postižení / specifických potřeb. Materiálně-technické zajištění je tedy podstatným prvkem v životě osob se zdravotním postižením. Prolíná se jak do oblasti rehabilitace, tak ale také do procesu socializace jedince (integrace s okolím, pracovní uplatnění, získávání informací apod.). Můžeme sem zařadit různé pomůcky, nástroje, zařízení a technické vybavení, kterých využívají osoby se zdravotním postižením jako možnosti pro další seberozvoj, samostatnost a soběstačnost.

Prostředky a pomůcky mají jedinci pomoci s reedukací („rozdvíjejí nevyvinuté funkce nebo upravují či napravují porušené funkce a činnosti v oblasti postiženého analyzátoru, a to se zřetelem k celé osobnosti postiženého;“ Defektologický slovník, 2000, s. 297) a zároveň rehabilitací („v nejširším smyslu znovuuschopnění, soubor činností, které a) ve složce

zdravotnické upravují orgánové defekty a vrací porušenou funkci, b) ve složce pedagogické upravují vztahy postiženého k výchově a vzdělávání, c) ve složce sociální jej uschopňují společensky, pracovní, zájmově i kulturně; Defektologický slovník, 2000, s. 300–301) tak, aby mohl jedinec překonávat bariéry, a to také prostřednictvím kompenzace, kompenzačních činitelů a kompenzačních pomůcek („v nejširším slova smyslu poskytnutí náhrady, nahrazení, vzájemné vyrovnání, pohled psychologický, fyziologický – vyrovnávání, nahrazování sníženého výkonu některého orgánu – ve speciálněpedagogickém smyslu neustále rozvíjejí výkonnost neporušených funkcí a náhradu za funkci porušenou nebo zcela vyřazenou“; Defektologický slovník, 2000, s. 158–159).

Následující řádky navází na kapitolu, ve které jsme byli uvedeni do problematiky bezbariérovosti z pohledu legislativy. Ve zmíněné kapitole jsme si uvedli, že některé pomůcky a prostředky vedoucí k samostatnosti a soběstačnosti jedince se zdravotním postižením jsou již součástí stavebně-technického řešení komunikací či staveb, jiné jsou součástí podpory a kompenzace zajištěné státem či zdravotními pojišťovnami, ale existují i pomůcky, které jsou součástí nás samotných (o tomto pojednávají další kapitoly v práci).

Částečná kompenzace zdravotního postižení, onemocnění či oslabení, resp. limitů z nich vyplývajících, je možná prostřednictvím kompenzačních a příp. dalších (např. rehabilitačních či reedukačních) pomůcek, jejichž základní popis je předmětem následujícího oddílu textu.

5.1 Materiálně-technické zajištění u osob s tělesným postižením

Osoby s tělesným postižením s ohledem na rozmanitost této skupiny potřebují velké množství technických i netechnických prostředků a pomůcek. Asi ve společnosti jednou z nejznámějších oblastí je oblast protetiky.

Ortopedická protetika je: „Technický obor, jehož úkolem je řešit technickými prostředky defekty, deformity nebo jiné změny pohybového aparátu“ (Defektologický slovník, 2000, s. 280). Můžeme ji rozdělit do šesti oblastí:

1. Protetometrie.
2. Vlastní protetika.
3. Ortotika.

4. Epitetika.
5. Kalceotika.
6. Adiuvantika.

Rehabilitační pomůcky jako takové mají mnohá dělení. Žižka (2012) rozděluje pomůcky dle jejich financování, Votava (2005) dle druhu kompenzace, Bendová, Jeřábková a Růžičková (2006) dle pravidel respektujících ontogenetický vývoj jedince.

Shrnout bychom je mohli do několika základních oblastí, jako je: lokomoce, sebeobsluha a každodenní (praktické) činnosti, vzdělávání, polohování a fixace.

Následující část této kapitoly byla zpracována na základě komparace následujících zdrojů: Bendová, Jeřábková a Růžičková (2006); Opatřilová (2005); SIV.cz zdravotnické pomůcky, © 2020, dostupné z: <https://www.pomuckyzdravotnicke.cz/>; DMA kompenzační pomůcky, © 2018, dostupné z: <https://www.dmapraha.cz/>; MEYRA, © 2015–2020, dostupné z: <https://www.meyra.cz/>

5.1.1 Lokomoce

Berle

Máme různé druhy berlí: s otevřenou opěrkou předloktí, s uzavřenou opěrkou předloktí, dětské berle, podpažní, vícebodové nebo skládací. Patří mezi pomůcky s opěrnou funkcí. Doplnují tak samostatný pohyb jedince, kdy mu dávají oporu a kontrolu nad pohybem. Pokud se jedinec pohybuje po kluzkém či zmrzlém povrchu, je vhodné berle doplnit o gumové či protiskluzové nástavce.

Hole

Hole jsou další pomůckou s opěrnou funkcí. Hole můžeme mít jednobodové či vícebodové. Rozdělit je také můžeme na hole duralové, dřevěné, skládací či hole se sedátkem. Slouží především k tzv. vycházkové chůzi. V zimním období je vhodné taktéž jako u berlí doplnit hole o gumové a protiskluzové nástavce. Hole i berle mohou být doplněny o další příslušenství, jako je polstrování rukojeti, zmiňované protiskluzové nástavce, držáky holí a berlí, poutka nebo i světelné odrazky.

Chodítka

Jedná se o pomůcku určenou především pro osoby s problémy v oblasti rovnováhy. Chodítka můžeme rozlišovat dle omezených možností každého jedince nebo dle prostředí, ve kterém budou využívána. Máme také chodítka pojízdná (dvoukolová, tříkolová, čtyřkolová) a nepojízdná (čtyřbodová). Doplněna mohou být o další příslušenství. Pro pohyb venku se nejčastěji používá tzv. rollator – chodítko, které je již vybaveno sedátkem, košíkem a brzdami. Ostatní můžeme takto dovybavit.

Zdravotní kočárky

Zdravotní kočárky jsou určeny především pro děti s omezenou hybností, které potřebují oporu či fixaci při sedu. Kočárky můžeme rozdělit na tzv. buggy kočárky, které jsou určeny zejména na transport dítěte z důvodu omezené možnosti polohování zad či chybějících stupaček. Druhým typem jsou poté kočárky rehabilitační, které jsou určeny především pro delší setrvávání v kočárku. Ty bývají vybaveny polohovatelnými zády, stupačkami nebo možností naklonit sed dítěte. Doplněny bývají také o další příslušenství, jako jsou peloty, opěrky, pásy apod.

Vozíky

Rehabilitační vozíky nejčastěji dělíme dle pohonu na vozíky mechanické a elektrické. Dle velikosti a tvaru budeme také rozlišovat vozíky pro děti, dospívající či pro dospělé. Máme také vozíky určené pouze do interiéru nebo do exteriéru. Kromě standardního vozíku se pak také setkáme s vozíky speciálními dle činnosti, pro kterou jsou určeny (např. hygienické, transportní nebo sportovní).

Mechanické vozíky jsou určeny pro jedince s omezenou hybností či ztrátou hybnosti dolních končetin, kteří se dokáží na vozíku pohybovat samostatně, nebo pro ty, u kterých vozík ovládá doprovodná osoba. Dle konstrukce můžeme rozlišit mechanické vozíky s pevným rámem, skládacím rámem nebo polohovatelné. K mechanickému vozíku je také možnost přidat různé příslušenství. Mohou to být různé hlavové opěrky, stupačky, držáky holí/berlí, stabilizační kolečka, polštáře apod.

Elektrický vozík je určen osobám, které se samostatně nedokáží pohybovat na mechanickém vozíku, ale dokáží ovládat elektrický vozík. Existuje několik typů elektrických vozíků: interiérové, exteriérové, s pevným rámem, se skládacím rámem, s pohonem předních kol, s pohonem zadních kol.

Trenažér pohybu dolních končetin

Trenažér se používá při ochrnutí dolních končetin, ale dá se použít i na protažení horních končetin a při ortopedických onemocněních. Cvičení umožňuje jak zesílení končetin, tak také jejich lepší prokrvení a stimuluje nervový systém i rozsah pohybu procvičovaných kloubů.

Plošiny, rampy

Na mnoha místech se setkáme s různými architektonickými překážkami, např. v podobě schodiště. Pro osoby s omezením hybnosti to bývá zpravidla překážkou, kterou mohou překonat, pokud jsou tato místa doplněna o schodištní plošiny, rampy nebo je zde vybudovaný výtah. Schodišťové plošiny mohou mít podobu šikmé či svislé schodišťové plošiny nebo svislé schodišťové sedačky. Existuje také tzv. schodolez, který se využívá tam, kde není možné nainstalovat ani jeden druh z výše uvedených schodišťových plošin. Schodolezy mohou být samoobslužné nebo takové, kde je vyžadována pomoc druhé osoby. Rampy a ližiny jsou využívány především pro překonání nejnižších výškových rozdílů jako např. prahů, obrubníků nebo jiných jedno- až třístupňových schodišť.

Sportovní aktivity

S pohybem se samozřejmě pojí také sportovní aktivity, kdy osoby s omezením hybnosti velmi často používají speciální pomůcky určené pro konkrétní sporty.

Existuje celá řada sportovních vozíků speciálně určených k vykonávání sportovní aktivity, např. florbalu, basketbalu. Bývají doplněny o páte kolečko pro lepší stabilitu, kola jsou klopená, plus popruh na nohy. Další sportovní pomůckou je handbike, silniční kolo umožňující pohyb osobám s tělesným postižením. Pro zimní sporty lze poté využít monoběžky, monoski, hokejové sledge sáně nebo skikáry určené pro lyžování kvadruplegiků či paraplegiků.

Polohování, fixace

Klusoňová a Pitnerová (2005, s. 19) definují polohování jako „správné uložení pacienta, změny poloh v určitých časových intervalech a uložení končetin“. Pro polohování a fixaci pacienta je možno využít velké množství pomůcek od polštářů, antidekubitních podložek, klínů až po molitanové válce či sedací vaky.

Sebeobslužné a každodenní (praktické) činnosti

Pro nácvik a poté i praktickou potřebu při vykonávání sebeobslužných a každodenních činností můžeme využít širokou škálu pomůcek, mezi které můžeme zařadit např. podavače předmětů, pomůcky na zapínání knoflíků, navlékače ponožek a punčoch, nástavce a madla na WC, závěsy a zvedáky, stropní zvedáky atp.

Stravování

To, že si jedinec s omezenou hybností dokáže sám nachystat pokrm, u něho naznačuje značnou dávku samostatnosti. Různé druhy pomůcek mu mohou být v mnoha ohledech nápomocné. Zmínit můžeme různé druhy multifunkčních prkének, které jsou vybaveny protiskluzovými přísavkami nebo zarážkami proti posunu potravin, elektrické otvíráky konzerv, otvírače víček, speciální nádobí, vhodně tvarované talíře, talíře s vyšším okrajem, nástavec v podobě vyvýšeného okraje na talíř, ergonomické držáky na hrnce, hrnce s pítkem, nastavitelné příbory, ergonomické nože do pravého úhlu, fixační pásy určené na příbory apod.

Oblékání

Někteří jedinci mohou mít problémy v jemné motorice, což můžeme mít za příčinu omezené možnosti v oblasti oblékání. Jednou z namáhavých činností může být zapínání knoflíků či zipů, kdy v tomto případě mohou tito jedinci použít zapínač knoflíků a zipů. S ohledem na motorické problémy a ohebnost mohou použít navlékače ponožek. Pro obouvání se využívají speciálně prodloužené lžice na boty a elastické tkaničky, které umožňují jedinci botu about, aniž by ji musel zavazovat, přesto však bota zavázaná bude. Pro použití deštníku mohou osoby využívající hole, berle, chodítka nebo vozíky použít držák deštníku, bez nutnosti držet jej v ruce.

Hygiena

Mnohé pomůcky jsou upraveny tak, aby je jedinec s tělesným postižením mohl využívat sám a rozvíjet tak sebe samého v oblasti sebeobsluhy a samostatnosti. Jiné jsou pro účely usnadnění péče o jedince s omezením hybnosti jinou osobou.

V rámci této skupiny pomůcek můžeme vyjmenovat především zvedáky (usnadňují přesun osoby s omezením hybnosti), sprchovací lehátka, sedačky do vany (Zajišťují stabilitu a bezpečnost jedince s omezenou hybností při vykonávání hygieny. Tyto sedačky mohou být v různých po-

dobách. Buď je můžeme umístit přímo do vany, nebo na vanu. Další z variant je také sedačka do sprchy. Některé z nich jsou doplněny o opěrku zad. Sedačky umísťované na dno vany jsou přichyceny přísavkami, aby po povrchu neklouzaly. Sedačky na vanu bývají také doplněny o madla a některé z nich mohou být otočné. Doplnit je můžeme také o stoličky k vaně pro lepší dostupnost nebo o protiskluzové podložky, židle, křesla, vozíky do sprchy (U některých osob je přesun do vany obtížnější, a velmi často tak bývá k vykonání osobní hygieny použita sprcha. Existuje několik typů speciálních židlí, křesel nebo vozíků určených přímo do sprchy. Jsou zkonstruovány a vyrobeny tak, aby je bylo možné využívat v mokřém prostředí. Takováto židle může být pevná, se zádovou opěrou a umístěna stabilně ve sprchovém koutu. Židle bývají doplněny o madla a jejich výška je nastavitelná. Poté máme židle pojízdné, kdy jsou sedačky doplněny o kolečka pro lepší manipulaci. Existují také polohovací sprchové sedačky, u kterých lze většinou polohovat zadní opěrku, nastavovat výšku a také jsou doplněny o kolečka pro lepší přesun.), WC (Osoby s tělesným omezením potřebují mnohdy také dopomoc na toaletě. V tom jim mohou být nápomocny různé nástavce na WC. Ty se vyrábějí v různých velikostech v podobě plastových nástavců, plastových nástavců s oporou, mohou být také měkčené nebo pouze v podobě podpěr. Využita mohou být i tzv. toaletní křesla, která jsou používána při výkonu tělesné potřeby mimo toaletu. Bodová jsou stabilní, bez koleček, dá se u nich upravovat výška a na sedací ploše je vytvořen otvor opatřený záklopným víkem. Bývají doplněna o opěrky pro záda a ruce. Tato křesla mohou být také vyrobena ze dřeva a na první dojem se tvářit jako běžný nábytek, u těch však zpravidla nejde nastavit výška. Další možností jsou pojízdná toaletní křesla.), antidekubitní podložky (slouží jako prevence proleženin), další drobné předměty pro osobní hygienu (Do této kategorie můžeme zařadit např. hřebeny a kartáče s prodlouženou rukojetí, které usnadňují česání především osobám s omezenou hybností v ramenním kloubu. Takto prodloužené mohou být i různé mycí houby a kartáče či držáky toaletního papíru. Můžeme sem také zařadit kartáče na mytí nohou s přísavkami, které se přichytí na spodní část vany/sprchy, a jedinec se tak nemusí zohýbat, aby si umyl chodidla.).

Každodenní činnosti

Do této oblasti bychom mohli v podstatě zařadit vše, co usnadňuje osobě s omezením hybnosti vykonávat domácí práce, usnadňuje sociální kontakt a další každodenní činnosti.

Např. ergonomický držák klíčů pro osoby s narušenou jemnou motorikou či omezenou svalovou silou pro pohodlnější zamykání a odemykání.

V současné době bychom neměli ani opomenout práci na počítači, kdy některé pomůcky mohou osobě s poruchou hybnosti pomoci v jeho ovládání. Počítač jako takový bývá zpravidla klasický se standardním vybavením, vylepšit ale můžeme podobu monitoru, kdy se dá použít běžný monitor nebo monitor dotekový. Doplnit ho pak můžeme o speciální pomůcky nebo programy, které jej zpřístupní i pro osoby s omezenou hybností. Jednou z možností jsou velkoplošná externí mikropínačová tlačítka. Variantou je pak adaptovaná myš se dvěma velkoplošnými tlačítky.

Další možností je využití adaptérů a externích spínačů, které umožňují práci s počítačem i osobám s těžkým tělesným postižením. Jednou z možností jsou senzorové spínače, které jsou doplněny o světelnou signalizaci. Existují také spínače, které fungují na principu nádechu či výdechu.

Vzdělávání

Žákům na základních, středních a popř. i vysokých školách pomáhají při vzdělávání nejen výše zmíněné počítače, tablety či notebooky a k nim patřící příslušenství, ale také držáky na tužky či pera, těžítka, lepicí fólie, stojany na knihy, speciálně upravené klávesnice od PC (dotykové, kryty s otvory, upravená myš, ...), prizmatické brýle, speciálně připevněná zrcadla ke čtení, speciálně upravené lavice, klekátka, stolky na postel, lehátka ad.

5.2 Materiálně-technické zajištění u osob se sluchovým postižením

Osoby se sluchovým postižením jsou poměrně specifickou skupinou z důvodu možných druhů a stupňů sluchové vady. Každý jedinec bude mít svá specifika nejenom v oblasti komunikace, ale také ohledně využití různých druhů kompenzačních pomůcek. Toto technické zajištění je v současné době poměrně rozsáhlé a umožňuje určitými možnými způsoby kompenzovat nebo alespoň částečně kompenzovat chybějící sluch, ať už u osob s lehkým, středně těžkým, či těžkým sluchovým postižením. Tyto pomůcky mají různá dělení, nejčastěji se však setkáme s rozdělením na pomůcky individuální a skupinové (Bendová, Jeřábková, Růžičková, 2006, s. 45).

Následující část této kapitoly byla zpracována na základě komparace těchto zdrojů: Bendová, Jeřábková, Růžičková (2006); Suralová, Langer

(2005); Ruce.cz – Technické pomůcky pro nedoslýchavé, © 2004–2017, dostupné z: <http://ruce.cz/>; Kochlear, © 2020, dostupné z: <http://www.kochlear.cz/>; Dialog, © 2020, dostupné : <http://www.betterdialog.com/cs/kompenzacni-pomucky-pro-sluchove-postizene-a-neslysici/>).

5.2.1 Sluchadla

Sluchadla jsou jedny z nejznámějších individuálních pomůcek u osob se sluchovou vadou. Hlavním úkolem sluchadel je zesílit zvuk tak, aby byl slyšitelný i pro osoby s těžkým sluchovým postižením, které mají zachovány alespoň nějaké zbytky sluchu. Včasná indikace sluchadla může předejít mnohým problémům především u dětí se sluchovou vadou.

Fungují na bázi zvukových vln, které jsou zachyceny pomocí mikrofonu. Zesilovač pak následně tento zvuk zintenzivní do podoby elektrických signálů, které putují k reproduktoru, jenž přemění tyto elektrické signály zpět na zvuk. Aby nedocházelo ke zpětnému návratu zvuku směrem k bubínku a dál, je sluchadlo vybaveno tzv. tvarovkou. Ta je vytvořena dle přesného odlitku ucha daného uživatele a zabraňuje možnému pískání sluchadla.

Sluchadla mohou mít různou podobu. Nejčastěji se setkáváme s dělením podle způsobu zpracování signálu, kdy máme sluchadla analogová nebo digitální (Havlík, 2007; Suralová, Langer, 2005).

Analogová sluchadla

Analogová sluchadla jsou považována za nejstarší a nejpoužívanější klasická sluchadla. Tato sluchadla jsou vyrobena na jednoduchém principu analogového přenosu. Samotný zvuk je zachycen skrze mikrofon a převeden na analogický elektrický signál, který je zesílen a pomocí reproduktoru převeden do podoby původního zvuku. Obrovskou výhodou je jejich cenová dostupnost.

Analogová sluchadla – programovatelná

Na pomezí analogových a digitálních sluchadel stojí sluchadla, u nichž je zvuk zpracováván analogovou cestou, ale jejich obvody jsou digitální, to znamená, že jejich nastavení je upravováno digitálně. Některá z takovýchto sluchadel si jsou schopná zapamatovat i vícero nastavení a je tak možné mezi nimi přepínat.

Digitální sluchadla

Tento druh sluchadel se liší od předchozích tím, že zvuk z okolí je přijímán digitální cestou. Složeno je z mikrofону, zesilovače a reproduktoru podobně jako analogové sluchadlo, pracuje však na jiném principu. Zvuk, který je přijímán, se proměňuje do podoby elektrického signálu. Tento signál je dále veden do tzv. analogové číslicového převodníku, kde se z přijatého signálu stane řada číslic. K jejich čtení je v sluchadle zabudovaný mikroprocesor, který je může přeměnit v cokoliv, co je zde nastaveno. Sluchadlo tak může být přepínáno do mnoha módů – poslech v tichém prostředí, v hlasitém prostředí, v lese, v divadle, na ulici apod. Z celé této řady čísel je pak vytvořen analogový signál, který putuje směrem od zesilovače k reproduktoru a jedinec jej opět slyší jako původně znělý zvuk.

Dalším možným dělením sluchadel je podle jejich tvaru.

Krabičková/kapesní sluchadla

Jedná se o krabičku se zabudovaným mikrofónem, elektrickými obvody a zdrojem v podobě tužkových baterií. S uchem je propojena skrze kabel, na jehož konci je umístěno sluchátko. Připodobnit bychom jej mohli např. k MP3 přehrávači. Krabičkové sluchadlo má svoje výhody i nevýhody. Nevýhodu můžeme spatřovat v jeho velikosti a tím i nápadnosti. Nedokáže také eliminovat okolní zvuky a šумы, např. při umístění krabičky v kapse. Naopak výhodou je celkem levný provoz této krabičky, její snadné ovládání a velikost v případě kombinovaného postižení se zrakovou vadou apod.

Brýlová sluchadla

Brýlová sluchadla jsou kombinací dvou pomůcek, a to sluchadla a brýlí. Tyto brýle jsou zkonstruovány tak, že v jejich nožičce je zabudovaný celý systém sluchadla. Nejčastěji jsou používána brýlová sluchadla pro kostní vedení.

Závěsná sluchadla

Tento druh sluchadel je zkonstruovaný tak, že veškeré jeho části jsou umístěny v oválném pouzdře, které je umístěno za ušním boltcem. Z tohoto pouzdra je následně zvuk veden do zvukovodu hadičkou. Ta je zakončena tvarovkou. Výhodou závěsného sluchadla je kromě čistého přenosu zvuku také možnost využití poslechu s použitím indukční smyčky. Bývá tedy doplněno o M-MT-T přepínač.

Boltcová sluchadla

Boltcová sluchadla jsou vyráběna podle individuálních požadavků každého jedince dle výsledků z audiogramu a odlitku jeho zvukovodu. Součástí jsou tak maličké, že se vměstnají do pouzdra, které se dá umístit přímo do boltce. To je také velkou výhodou, jelikož je sluchadlo umístěno ve zvukovodu, který je pro poslech nejpřirozenější. Důsledkem toho se však velmi často ucpává ušním mazem. Zároveň následkem ucpání zvukovodu dochází k tzv. okluzi, tedy jevu, při kterém se jedinec slyší, jako by mluvil „ze sudu“.

Zvukovodová sluchadla

Tento typ sluchadel je umístěn přímo v samotném zvukovodu, což v sobě nese výhodu v rámci odstranění okluze. Zároveň se tolik nezanáší a jsou v podstatě neviditelná. Nevýhody však můžeme spatřovat v možné manipulaci se sluchadlem u lidí se zrakovým postižením či s problémy v jemné motorice, jelikož velikost sluchadla je opravdu malá. Zároveň nejsou příliš vhodná pro děti, u kterých dochází postupem času ke změně tvaru a velikosti zvukovodu, jelikož tento typ sluchadla je dělán opět na míru.

Kanálová sluchadla

Kanálová sluchadla v podstatě fungují na stejném principu jako sluchadla zvukovodová. Můžeme o nich pouze hovořit jako o jejich dokonalejších verzích, které jsou umístěny hlouběji ve zvukovodu.

5.2.2 Technické pomůcky

Kromě sluchadel existuje celá řada technických pomůcek, které mohou být využívány jak v oblasti edukace, tak při zaměstnání nebo i v běžném životě, např. při návštěvě divadel (indukční smyčky).

Kolektivní zesilovací aparatury

Příkladem kolektivní pomůcky mohou být kolektivní zesilovací aparatury. Ty se využívají zejména ve výchovně-vzdělávacím procesu. Tvořeny jsou jedním nebo více mikrofony, které jsou napojeny na základní/hlavní jednotku, která zpracovává přijímaný signál. Všem uživatelům je poskytnut přijímač tohoto zvukového signálu a ten ho rozvádí dále do sluchátek, sluchadel či kochleárního implantátu. Tato pomůcka je vhodná pro zesílení zvuku více osobám najednou. Zároveň je její cena poměrně vysoká a pře-

nášeň zvuk nemusí být dostatečně přesný. Často také fungují na principu indukční smyčky.

Indukční smyčky

Indukční smyčky jsou vhodným prostředkem pro přijímání zvukového signálu v případě, že na jeho přenos nestačí sluchadlo. Mohou mít podobu zabudovanou nebo přenosnou. Fungují na principu přenosu zvukového signálu z určitého zdroje, který je vyzařovaný do prostoru v podobě magnetického pole, jež je proměnné. Dané pole je skrze obvody sluchadla přijímáno a zpracováno do frekvence, která je slyšitelná pro uživatele sluchadel. Využití indukční smyčky je vhodné na dopravních terminálech, v dopravních prostředcích, ve veřejných budovách, jako jsou divadla nebo kina, na pracovištích, v rámci poslucháren a učeben nebo při kontaktu na recepcích, informačních stáncích apod. (Unie neslyšících Brno, z. s., © 1996–2020).

Pojítka

Pojítka fungují na principu přenosu rádiových vln. Skládají se ze dvou částí, a to vysílačky a přijímače. Vysílačka bývá doplněna o mikrofon, přijímač pak o sluchátka nebo indukční smyčku. K propojení se pak využívá infračervené záření nebo rádiové vlny. Pokud využíváme infračerveného záření, hovoříme o tzv. INFRA-ROT pojítkách. Ta mohou přenášet signál v rozsahu jedné místnosti. Nejčastěji bývají využita v rámci domácností. FM pojítka využívají k přenosu signálu rádiových vln. Signál tak může být přenášen v rozsahu celé budovy. Je zde však zapotřebí myslet na možné rušivé elementy skrze další rádiové signály.

Elektrotaktilní a vibrotaktilní pomůcky

Možnosti těchto pomůcek využívají především jedinci s úplnou ztrátou sluchu, a není tedy u nich možná indikace sluchadel. Obě varianty tak pracují s hmatovou percepcí. Elektrotaktilní pomůcky jsou založeny na stimulaci proudem za pomoci dvou elektrod, mezi kterými se přenáší slabý elektrický proud. Vibrotaktilní pomůcky jsou pak založeny na vibracích. Tyto pomůcky se nejčastěji objevují v podobě náramkových hodinek. Obě možnosti tak pracují s upozorňováním jedince na přítomnost zvuku v okolí.

Signalizace

Pomůcky na bázi signálu mají mnoho podob. Signál jako takový má nejčastěji podobu světelnou, vibrační nebo vzdušného vedení. Jedná se pře-

devším o pomůcky využívané osobami se sluchovým postižením v běžném životě.

Světelné a vibrační budíky

Existuje hned několik možných variant budíků pro osoby s vadou sluchu. Pro osoby nedoslýchavé budík vydává zvuk ve frekvenci, která je pro jedince slyšitelná. U osob neslyšících jsou poté založeny na principu světelných a vibračních signálů. První možností je, že budík vydává intenzivní světelné signály, rozblíká se nebo funguje na principu fotoblesku. Další možností je zabudovaný vibrátor, který může být umístěn pod polštářem nebo přímo v matraci postele. Třetí možností je poté využití proudění vzduchu za pomoci vzdušného ventilátoru, který je namířený přímo na daného jedince.

Světelné zvonky

Pokud někdo zvoní u dveří, jedince se sluchovým postižením na to nejčastěji upozorní světelný signál. Tento signál musí však splňovat určitá pravidla. Měl by být rozhodně delší, než je samotné zazvonění, aby si jej jedinec stihl všimnout. Světla by měla být rozmístěna po celém bytě či domě a musí se lišit od ostatních světelných signálů.

Signalizátory zvonění telefonu

Mobilní či telefonické zvonění je založeno na poměrně vysokých frekvencích, které jsou nedostupné i pro osobu nedoslýchavou. Nejčastěji tak bývají na příchozí hovor upozornění světelným signálem. Stejně jako u zvonků je důležité odlišit daný světelný signál, aby bylo jasné, že se vztahuje k příchozímu hovoru.

Otevřené a skryté titulky

Kromě možností využití indukčních smyček nebo jednotlivých druhů pojítek mohou osoby s vadou sluchu ke sledování televize použít také titulky. Otevřené titulky jsou primárně určeny divákům slyšícím, jedná se tak pouze o tzv. titulky překladové, kdy je překládán pořad či film z cizího jazyka do češtiny. Pro diváky se sluchovým postižením jsou však takovéto titulky nedostatečné. Neobsahují informace o zvukovém ději, případně nejsou rozlišeny barevným spektrem označujícím promluvu konkrétní osoby v daném filmu nebo pořadu. Ne vždy je totiž viditelný jejich obličej a divákovi se sluchovou vadou nemusí být jasné, kdo právě hovořil. Pro tyto účely existují titulky skryté, které jsou přímo určeny pro neslyšící. V České republice udává zákon č. 231/2001 Sb., o provozování rozhlasového

a televizního vysílání, že: „Provozovatel celoplošného televizního vysílání s licenci je povinen opatřit alespoň 15 % vysílaných pořadů skrytými nebo otevřenými titulky pro osoby se sluchovým postižením. Provozovatel celoplošného televizního vysílání je ze zákona povinen opatřit alespoň 70 % vysílaných pořadů skrytými nebo otevřenými titulky a alespoň 2 % vysílaných pořadů vyrobit v českém znakovém jazyce nebo simultánně tlumočit do českého znakového jazyka pro osoby se sluchovým postižením.“

5.2.3 Kochleární implantát

Kochleární implantát je u osob se sluchovým postižením jednou z moderních pomůcek, které výrazně zvyšují šanci na inkluzi nejen do školního prostředí, ale celkově mezi intaktní populaci. „Kochleární implantát je elektronické zařízení, které nahrazuje funkci poškozeného vnitřního ucha. Na rozdíl od sluchadel, která zvuky zesilují, kochleární implantáty dělají práci poškozených částí vnitřního ucha (hlemýžďe), aby dodaly zvukové signály do mozku.“ (<https://www.cochlear.com/cz/home/understand/hearing-and-hl/hl-treatments/cochlear-implant>)

5.3 Materiálně-technické zajištění u osob se zrakovým postižením

Technickými prostředky pro osoby se zrakovým postižením se zabývá tyflostechника (obor tyflopédie), která je „souborem přístrojů, zařízení a pomůcek umožňujících osobám se zrakovým postižením alespoň do jisté míry kompenzovat chybějící zrak“ (Defektologický slovník, 2000, s. 367). Kompenzační pomůckou pro osoby s těžkým zrakovým postižením se poté „rozumí nástroj, přístroj nebo zařízení speciálně vyrobené nebo speciálně upravené tak, aby svými vlastnostmi a možnostmi použití alespoň částečně kompenzovalo nedostatečnost způsobenou těžkým zrakovým postižením“ (Bubeníková, Karásek, Pavlíček, 2019).

Kompenzační pomůcky mají význam i v oblasti celkové socializace jedince, v přípravě na povolání či jeho výkonu, ale i v dalších oblastech jeho života.

Tyflostechnických pomůcek je poměrně velké množství a můžeme je rozdělit do mnoha kategorií. Defektologický slovník uvádí osm základních skupin: všeobecné (informace, komunikace), pro speciální školy, pracovní, domácnost, hobby, orientace v prostředí, diagnostické, reedukační. Naproti

tomu největší ucelený dodavatel pomůcek na českém trhu SONS, Tyflopomůcky (<https://www.tyflopomucky.cz/olomouc/>) má na svých stránkách rozdělení pomůcek dle jejich využitelnosti v praktickém životě na následující kategorie: diktafony a radiomagnetofony, hmatové knihy a pohádky, hodinky a budíky, hry a hračky, lupy, pomůcky pro domácnost, pomůcky pro výuku, psaní a označování, slepecké hole, telefony a příslušenství.

Osoby se zrakovým postižením jsou rozmanitou skupinou jedinců, kteří mají v některých oblastech života stejné, v jiných různé potřeby a takto potřebují také velkou škálu pomůcek, jejichž přehled nalezneme na následujících řádcích.

5.3.1 Pomůcky všeobecné (informace, komunikace)

Všeobecné pomůcky mají pomoci jedincům se zrakovým postižením kompenzovat ztrátu zrakového vnímání v každodenních činnostech při získávání informací, jejich předávání či při komunikaci. Mezi nejtypičtější zástupce je možno sem zařadit mobilní telefony (ozvučené či se zvětšeným písmem a speciálními aplikacemi, např. pro reedukaci zraku), tablety, počítače a notebooky (se zvětšovači – ZOOM text, Magic, ZoomView či odečítači – JAWS, WinMonitor), obrazovky, ale také kamerové zvětšovací lupy či digitální lupy (rozdíl mezi televizními kamerovými lupami a digitálními kamerovými lupami je především v jejich SW i HW – televizní kamerové lupy jsou zvětšovací zařízení s volnou či pevnou kamerou, naproti tomu digitální kamerová lupa je počítač se zvětšovacím SW a skenerem).

Kromě těchto elektronických zařízení můžeme do této kategorie zařadit také např. elektronické popisovače etiket (Sherlock) či indikátory barev (Colortest, Colorino) nebo braillovské terminály, tepelné tiskárny (ZyFuser, P.I.A.F.), 3D tiskárny atp.

5.3.2 Pomůcky školní

Škola klade na žáka se zrakovým postižením výrazné požadavky, a to nejen co se jeho času a nutnosti soustředění týká, ale také právě v oblasti speciálních pomůcek a schopnosti jejich ovládnutí. Na začátku školní docházky využívají učitelé i děti k nácviku čtení např. braillovskou kostku, figurkový šestibod, Pichtův psací stroj, fólie na kreslení, psací náčiní zanechávající silnější stopu, upravené učebnice, zdigitalizované knihy, příložené či televiz-

ní lupy a upravené materiály – zvětšený čertotisk, na druhém stupni pak především elektronické pomůcky – počítače či televizní kamerové lupy.

5.3.3 Pomůcky pracovní, pro domácnost a hobby

Záměrně jsme tyto tři kategorie, které jsou v rámci Defektologického slovníku rozděleny, spojili, a to především proto, že tyto pomůcky mají často své uplatnění ve vícero ze zmíněných oblastí. Do této kategorie patří pomůcky již výše zmíněné, jako jsou počítače, televizní kamerové lupy, indikátory barev či označovače. V rámci péče o domácnost i péče o vlastní tělo sem můžeme zařadit indikátory hladiny, ozvučené váhy – kuchyňské i osobní, minutky či drobné pomůcky jako oddělovače bílků od žloutků, nálevky na láhve, navlékače jehel, kroužky na ponožky, ozvučené metry atd.

5.3.4 Pomůcky pro orientaci v prostředí

Každá ze skupin osob s těžkým zrakovým postižením má určité obtíže při orientaci v prostředí. Pomoci se orientovat v prostředí poté může jak bílá hůl, tak také vodící pes, ale také ozvučení přechodů, umělé i přirozené vodící linie, signalizační a varovné pásy a v neposlední řadě akustické či digitální hlasové majáčky a k nim určené VPN.

Kromě výše užívaných pomůcek je v této kategorii potřeba zmínit také hmatové mapy a plány či ultrazvukové nebo infračervené detektory překážek.

5.3.5 Pomůcky diagnostické a reedukační

Pomůcky diagnostické a reedukační na rozdíl od předchozích kategorií patří do rukou profesionálů z řad lékařů, instruktorů stimulace zraku, ortoptistů či zrakových terapeutů. Do těchto pomůcek můžeme zařadit jak přístroje (troposkop, cheiroskop, CAM stimulátor, lokalizátor či mnemoskop), tak také různé testy (LG Paddles, pseudoizochromatické tabulky, Lea symbol tabulky, Cardiff test, optotypy, Lang stereotest atd.).

Tato kapitola si vytkla za cíl v krátkosti představit pomůcky určené pro osoby se zdravotním postižením, znevýhodněním i nemocí. Je zřejmé, že dobře vybraná pomůcka a schopnost ji ovládat pomůže překonávat bariéry čekající v různých oblastech života zmiňovaných skupin obyvatelstva.

6

Environmentální přístup v kontextu osob se specifickými potřebami

Pokusíme-li se o vskutku holistické, komplexní pojetí problematiky úpravy prostředí se zřetelem k osobám se zdravotním postižením, oslabením či jinými specifickými potřebami, stane se jedním z prvků její znalostní platformy, na nejvyšší úrovni obecnosti, i environmentální rozměr. Životní prostředí spoluutváří celkové životní podmínky a jeho charakteristiky se významnou měrou podílejí, mimo jiné, i na prevenci či redukci vzniku některých zdravotních omezení či civilizačních nemocí, které mohou být etiologickým podkladem pro vznik postižení či zásadního zdravotního omezení. Environmentální aspekt tak může mít zásadní preventivní rozměr.

Životní prostředí, náš životní prostor, místo, ve kterém pracujeme, relaxujeme, žijeme, má totiž vliv na kvalitu našeho zdraví, duševní pohody a celkově životní spokojenost. V tomto ohledu tak sledujeme nejen architektonické a komunikační bariéry, ale také působení vlivů fyzikálních a chemických, biologických agens. Zanedbatelné nejsou ani pohybové a pracovní stereotypy člověka samotného, přičemž ty mohou jít v souladu s fyziologickou přirozeností a respektem k vlastnímu tělu, nebo v rozporu a s rizikem negativních zdravotních důsledků. Máme na mysli vytvoření vhodného mikroklimatu a ergonomického uspořádání prostředí, ve kterém trávíme poměrně významnou dobu.

Nakolik je působení okolních vlivů pro člověka významné a do jaké míry jsou jednotlivé faktory rizikové, závisí na způsobu a délce expozice a na citlivosti, toleranci a rezistenci vůči konkrétním vlivům. Pfeiffer (1999) podotýká, že reakce organismu osob se specifickými potřebami může být odlišná od reakce organismu intaktního. V rámci pracovního procesu jsou osoby se specifickými potřebami exponovány zejména těmito rizikovým

faktorům: pracovní poloha (27 %), hluk (16 %), fyzická zátěž (14 %), prach (13 %), psychická zátěž (13 %), zraková zátěž (9 %) (Skřehot a kol., 2009). Vzhledem ke skutečnosti, že v pracovním prostředí trávíme poměrně významný časový úsek dne, lze předpokládat dlouhodobou expozici výše uvedeným vlivům. Proto se některým z nich budeme později blíže věnovat.

Vztah životního prostředí (a to nejen toho pracovního), zdraví člověka a jeho životní pohody je oboustranný. Lidská aktivita a snažení má nezanedbatelný vliv na naše životní mikroklima, stejně jako životní prostředí v globálním pojetí. Změny v prostředí následně opět determinují nás samotné, můžeme tedy říct, že svou aktivitou a počínáním sekundárně ovlivňujeme naše vlastní zdraví, pohodu a míru specifikace životních potřeb, které jsou přímým důsledkem.

Dopady lidské činnosti na životní prostředí a zpětně opět na člověka jsou pravidelně sledovány na základě usnesení vlády České republiky č. 369/1991. Monitoring je legislativně zakotven také v zákoně o ochraně veřejného zdraví č. 258/2000 Sb., v platném znění, a je jednou z priorit Akčního plánu zdraví a životního prostředí České republiky (schválený usnesením vlády č. 810/1998). Cílem je analyzovat vybrané ukazatele kvality životního prostředí v průběhu času a následně hodnotit míru expozice obyvatel České republiky škodlivinám z prostředí. Na základě těchto dat je možné predikovat zdravotní dopady a rizika působení škodlivin z venkovního ovzduší, z pitné vody ve vodovodních sítích, nadměrného hluku. Významnou součástí je monitoring obsahu toxických i potřebných látek přímo v biologickém materiálu populace. Z naznačených skutečností je zřejmé, že životní prostředí a jeho charakteristiky mohou zásadní měrou ovlivnit zdravotní stav populace a potenciálně i vznik různých zdravotních oslabení či dalších specifických potřeb.

6.1 Zdravotní důsledky a rizika znečištění ovzduší

Kvalita ovzduší je jednou z významných proměnných v životním prostoru každého z nás. Ovlivňuje naši aktuální kondici, bdělost, svěžest, schopnost koncentrace, ale z dlouhodobého hlediska ovlivňuje zdravotní stav člověka a může se stát jedním z rizikových faktorů vzniku chronických onemocnění.

Významným zdrojem znečištění ovzduší, který působí de facto celoplošně, je doprava. Jedná se o majoritní zdroj oxidů dusíku, chrómu a niklu,

olova, těkavých organických látek (zážehové motory), polycyklických aromatických uhlovodíků (vznětové motory). Opomenout nelze také emise skleníkových plynů – oxidu uhelnatého a oxidu uhličitého. Malé, lokálně významné energetické zdroje spalující plynná a pevná fosilní paliva pak mohou být zdrojem oxidů dusíku, oxidu uhelnatého a polycyklických aromatických uhlovodíků. Zimní období je v tomto ohledu vzhledem k topné sezóně náročnější, spolupůsobí také fakt, že jejich odstraňování fyzikálně-chemickými procesy v atmosféře probíhá v zimě mnohem pomaleji. Malé průmyslové podniky jsou zdrojem aerosolu, kovů a těkavých organických látek. Samostatnou kapitolu představuje okolí velkých průmyslových a energetických zdrojů nebo oblastí významně zatížené dálkovým přenosem (např. oblast Moravskoslezského kraje). S vyšší četností slunných až tropických dnů také narůstá počet dnů a oblastí se zvýšenými koncentracemi přízemního ozónu (Kazmarová, Kotlík, Mikešová, Vrbíková, 2020).

Míra vlivu znečištěného ovzduší na zdraví člověka je závislá na koncentraci škodlivých látek v ovzduší a také délce expozice (tedy době, po kterou je člověk těmto rizikovým faktorům vystaven). Délka expozice v průběhu života kolísá, přičemž záleží na povolání a pracovním prostředí, místě bydliště, životním stylu, a tedy prostředí, ve kterém se člověk pohybuje. Koncentrace škodlivin v ovzduší je dána značným podílem lidské aktivity a produkce, a jedná se tedy o proměnnou, kterou je možné v určité míře regulovat. Pojďme se blíže podívat na zdravotní rizika a dopady jednotlivých škodlivin v ovzduší:

Suspendované částice (prachové částice, aerosol) obsažené ve vdechnutém vzduchu negativně působí na srdečně-cévní a respirační ústrojí. Mají prozánětlivý účinek, podporují vznik aterosklerózy a kalcifikace srdeční artérie. Jedná se o prokázané lidské karcinogeny skupiny 1 (IARC, 2013). Dlouhodobá expozice způsobuje vyšší úmrtnost na srdečně-cévní a respirační onemocnění (chronický zánět průdušek a snížení plicních funkcí u dětí i dospělých, zhoršení stavu u osob s astmatem), včetně rakoviny plic. Zanedbatelný není ani vliv na vznik diabetu II. typu, neurologický vývoj u dětí a neurologické poruchy u dospělých (WHO, 2013b). V případě suspendovaných částic neznáme přesnou bezpečnou prahovou koncentraci. Vnímavost a citlivost osob je v tomto ohledu velmi variabilní. Můžeme však předpokládat negativní účinky i v případě nižší koncentrace, a to zejména u osob senzitivních, osob se zdravotním oslabením a již přítomným chronickým onemocněním (Kazmarová, Kotlík, Mikešová, Vrbíková, 2020).

Oxid dusičitý je jednou ze složek emisí spalovacích procesů, a je proto poměrně obtížné zjistit, zda jsou zdravotní dopady důsledkem působení pouze oxidu dusičitého, nebo spíše působení směsi spolu s aerosolem (WHO, 2006), uhlovodíky a ozónem. Negativními následky jsou zvýšené riziko respiračních onemocnění v důsledku snížené obranyschopnosti vůči infekci a snížení plicních funkcí, zvýšený výskyt astmatických obtíží a alergií (WHO, 2013a).

Ozón vzniká fotochemickými reakcemi oxidů dusíku a těkavých organických látek. Vyšší míra ozónu je typickou součástí tzv. letního smogu a právě v teplém období může překračovat koncentraci nepříznivě ovlivňující zdraví. Ozón je pro lidský organismus dráždivý – zejména pro oční spojivky a sliznici dýchacích cest (vyvolává zánětlivou reakci). Citlivější na účinky ozónu jsou lidé s chronickým onemocněním plic a astmatem. Expozice ozónu má za následek vyšší míru hospitalizací dětí s astmatem a zhoršení kardiovaskulárních a respiračních onemocnění u starších osob (WHO, 2013a).

Aspektem, kterému je v rámci hodnocení vlivu životního prostředí na zdraví člověka věnována pozornost, jsou **zdravotní rizika v důsledku karcinogenních látek**. V této souvislosti byl hodnocen účinek arzenu, niklu, kadmia, benzenu a benzo[*a*]pyrenu. Hodnota rizika vzniku onkologického onemocnění v důsledku expozice těmito látkám z ovzduší je po několik let stabilní a pohybuje se pro jednotlivé karcinogenní látky v řádu 10^{-7} až 10^{-4} (riziko vzniku nádorového onemocnění od jednoho případu na 10 milionů po jeden případ na 10 tisíc obyvatel). Největší riziko v tomto ohledu představují karcinogenní polycyklické aromatické uhlovodíky (Kazmarová, Kotlík, Mikešová, Vrbíková, 2020).

V roce 2019 jsme zaznamenali pokles znečištění ovzduší. Mezní hodnota u aerosolových částic byla překročena na 40 % stanic (v roce 2018 v 90 %). U škodlivin produkovaných dopravou nebo průmyslem (oxidy dusíku, polycyklické aromatické uhlovodíky, benzen apod.) však k tak výraznému poklesu nedošlo. Lze tedy předpokládat pokles negativních dopadů aerosolů na člověka (včetně počtu předčasných úmrtí), avšak odhad zvýšení počtu nádorových onemocnění zůstal bohužel na stejné úrovni (Kazmarová, Kotlík, Mikešová, Vrbíková, 2020).

6.2 Zdravotní důsledky a rizika znečištění pitné a rekreační vody

6.2.1 Kvalita pitné vody

Monitoring jakosti pitné vody vykazoval do roku 2015 pozvolný, ale příznivý vývoj. V důsledku rozšíření spektra monitorovaných pesticidních látek a jejich metabolitů v pitné vodě spolu se zlepšením laboratorních metod došlo po roce 2015 k zastavení tohoto trendu. Pesticidní látky jsou nyní nejčastějším důvodem pro udělení výjimky z kvality vody pro nadlimitní obsah škodlivin v pitné vodě. Předtím byly tyto výjimky udělovány z důvodu výskytu dusičnanů. Jako řešení se namísto úprav čističek vod jeví jako vhodné účinně regulovat používání pesticidních látek, tedy upravit agrotechnické postupy v zemědělské praxi. Limitní hodnoty nejsou dodržovány také u dalších kontaminantů. V případě malých vodovodů se jedná o chlorečnany, dusičnany, trihalomethany a arzen. Ve větších vodovodech je nejvyšší mezní hodnota překračována v případě chloroformu. Ač jsou dusičnany a chloroform vedlejšími produkty dezinfekce vody, jedná se z hlediska zdravotního rizika o nejproblematičtější kontaminanty pitné vody. Vodou s nadlimitním výskytem dusičnanů bylo zásobeno v roce 2019 zhruba 9 tisíc obyvatel a vodou s nadměrnou koncentrací chloroformu dokonce 41 tisíc obyvatel. Naopak jako deficitní se v pitné vodě jeví podíl vápníku a hořčíku, nako-lik se jedná o látky zdraví prospěšné a pro fungování lidského organismu nezbytné. Pouze 27 % obyvatel je zásobováno pitnou vodou s doporučenou optimální koncentrací vápníku a pouhých 5 % obyvatel s optimální koncentrací hořčíku (Weyessa Gari, Kothan, Kožíšek, Pumann, 2020).

Jako zdravotně rizikové kontaminanty v pitné vodě jsou vnímány arzen, chlorethen, dusitany, dusičnany, hliník, kadmium, mangan, měď, nikl, olovo, rtuť, selen, chloroform. Pro tyto jsou stanoveny limity bezpečného denního příjmu. Jak již bylo uvedeno, nejvyšší je příjem dusičnanů. Vypitím průměrně 1,5 litru pitné vody z vodovodu dostaneme do těla 6–9 % celkového denního přijatelného příjmu dusičnanů. V případě chloroformu a arzenu se jedná o více než 1 %. Pokud by došlo k dosažení nebo překročení limitní hodnoty dusičnanů v pitné vodě, přijal by člověk vypitím daného 1,5 litru pitné vody více než 30 % přijatelného množství. Z uvedeného hodnocení míry expozice škodlivým látkám z pitné vody nevyplývá pravděpodobnost poškození zdraví z hlediska nekarcinogenních účinků (Weyessa Gari, Kothan, Kožíšek, Pumann, 2020).

Z hlediska možného zvýšení pravděpodobnosti vzniku onkologických onemocnění uvažujeme zejména o výskytu 1,2-dichlorethanu, benzenu nebo benzo[*a*]pyrenu. Konzumací pitné vody z veřejného vodovodu může tato pravděpodobnost vzrůst o dva případy na 10 miliónů obyvatel.

Míra expozice je v případě pitné vody v závislosti na individuálním množství zkonsumované vody nebo odlišné míře vstřebání sledovaných látek v organismu. Do úvahy je třeba vzít také inhalační a dermální expozice, které mohou být srovnatelné s orálním příjmem. Zde je však obtížné vysledovat a zobecnit údaje o chování české populace při využívání vody v domácnosti (Weyessa Gari, Kothan, Kožíšek, Pumann, 2020).

6.2.2 Kvalita rekreačních vod ve volné přírodě

Pomineme-li riziko utonutí a úrazů, jsou rekreační vody rizikové zejména kvůli kontaminaci sinicemi a řasami, případně larvami motolic způsobujícími cercáriovou dermatitidu. Kvalita rekreačních vod je pravidelně sledována a hodnocena, a to se zaměřením na fekální znečištění, výskyt sinic a řas, přírodní znečištění a znečištění odpady. Zejména v teplém letním období je nejvýraznější kontaminace sinicemi, tvořícími vodní květy. Jejich výskyt je úměrný délce a intenzitě letního a raně podzimního období. Výskyt fekálního znečištění není v našich podmínkách natolik významný, stejně jako četnost případů cercáriové dermatitidy (v roce 2019 hlášena pouze jedna lokalita). Celkově tedy můžeme kvalitu rekreačních vod hodnotit kladně, v 92 % vyhovuje limitním požadavkům Evropské unie (Weyessa Gari, Kothan, Kožíšek, Pumann, 2020).

6.3 Zdravotní důsledky a rušivé účinky hluku

Zvýšená hladina hluku má výrazný vliv na kvalitu života člověka i jeho zdraví. Při dlouhodobé expozici nadměrnému hluku je nejen narušován samotný sluchový analyzátor, vliv je patrný v oblasti pozornosti a kvality spánku a regenerace. Expozice hluku je zjišťována opakovaným 24hodinovým měřením v měřicích místech a sledováním jeho vývoje. Tato měření se opakují v různých etapách během roku, aby byla zajištěna objektivita výsledků. Výsledek měření představuje veškerý hluk v místě měření včetně hluku pozadí. Na základě monitoringu bylo potvrzeno, že převažujícím

zdrojem hluku ve většině lokalit je silniční doprava. Monitoring probíhal v měřeném období v průběhu dne i noci, stanoveny jsou tedy hodnoty celodenní (*L_{dvn}*) i noční (*L_n*) hlukové expozice. V rámci lokalit se setkáváme s rozličnými výsledky a vývojem vzhledem k dlouhodobým trendům. Stabilitní zůstávají v tomto ohledu lokality Havlíčkův Brod, Plzeň (Pražská, Klátovská) a Praha 3 (Koněvova). Bohužel například v lokalitě Hradec Králové (Labská kotlina) došlo ke zvýšení hladiny hluku v rámci obou ukazatelů. Pozitivní vývoj naopak zaznamenala lokalita Plzeň (Skrětova), a to v rámci celodenního ukazatele *L_{dvn}* (Fialová, Vandasová, 2020).

6.4 Biologický monitoring

Biologický monitoring sleduje přítomnost cizorodých látek v prostředí pomocí biologického indikátoru (člověka), tedy monitoruje výskyt těchto látek v těle člověka. V roce 2019 byla analyzována archivovaná moč dětí ze studie Zdraví dětí (2016, oblast Prahy, Liberce, Ostravy, Žďáru nad Sázavou a Kutné Hory). Pozornost byla zaměřena na přítomnost bisfenolů A, F a S. Většina zkoumaných vzorků obsahovala bisfenol A, více než polovina potom také bisfenol S a necelá polovina bisfenol F. Bisfenol A (BPA) je obsažen v polykarbonátových plastech (nápojové a potravinové obaly, plastové nádoby, sportovní lahve na pití nebo hračky), domácí elektronice, DVD apod. Epoxidové pryskyřice, také obsahující BPA, se používají k výrobě potravinářských plechovek, kovových víček od lahví a vodovodních potrubí. K uvolňování BPA do potravin a nápojů dochází v závislosti na teplotě a na době skladování výrobku. Díky tomu dochází k poměrně časté expozici nízkým koncentracím BPA, a to během jídla a pití. Při výskytu BPA v hračkách může dojít k přímé orální expozici u malých dětí. Svoji roli hrají také některé dentální tmely a kompozity. Z možných negativních účinků jmenujme například neurotoxicitu, riziko neplodnosti, poškození hormonálního systému, diabetes, hypertenzi a sekundárně se odvíjející kardiovaskulární onemocnění. Zanedbatelné nejsou ani karcinogenní účinky a souvislost BPA s rakovinou prsu a prostaty. Proto byly látky obsahující BPA vyřazeny z výroby vybavení pro kojence, v řadě zemí dochází k regulaci také u dalších výrobků. Bisfenol A je tak nahrazován bisfenoly F a S. Také u nich se však prokázaly negativní dopady na lidské zdraví, zejména na endokrinní systém. Při stanovování možného rizika působení bisfenolů na lidský organismus je potřeba pamatovat na spolupůsobení s dalšími

toxickými látkami s obdobným účinkem, které se běžně nalézají v biologickém materiálu – ftaláty, perfluorované sloučeniny (Černá, Janoš, Tupá, Vodrážková, 2020).

6.5 Zdravotní dopady profesionální expozice – rizikové faktory práce

Jedním z důležitých ukazatelů zdraví populace a možných důsledků expozice nežádoucím vlivům prostředí je monitorování pracovního prostředí a výskyt profesionálních onemocnění zahrnujících nemoci z povolání a ohrožení nemocí z povolání. Podle nařízení vlády č. 168/2014 Sb. jsou nemoci z povolání vymezeny jako „nemoci vznikající nepříznivým působením chemických, fyzikálních, biologických nebo jiných škodlivých vlivů, pokud vznikly za podmínek uvedených v seznamu nemocí z povolání“. Ohrožení nemocí z povolání potom chápeme podle § 347 zákona č. 262/2006 Sb. jako „takové změny zdravotního stavu, jež vznikly při výkonu práce nepříznivým působením podmínek, za nichž vznikají nemoci z povolání, avšak nedosahují takového stupně poškození zdravotního stavu, který lze posoudit jako nemoc z povolání, a další výkon práce za stejných podmínek by vedl ke vzniku nemoci z povolání“. V roce 2019 bylo hlášeno 1067 nemocí z povolání a 78 ohrožení nemocí z povolání. Zaznamenán byl v tomto ohledu pokles profesionálních onemocnění o 10,7 % případů, což vnímáme jako příznivý trend (Havlová, Jínová, Urban, Voříšková, Vít, 2020).

Nejvyšší výskyt nemocí z povolání je tradičně datován v Moravskoslezském kraji, jedná se o 33,5 % případů. Významné je působení fyzikálních faktorů (přetěžování končetin, nadměrné vibrace, černouhelný prach s obsahem volného krystalického oxidu křemičitého) a biologických činitelů, patogenů.

Moravskoslezský a Ústecký kraj mají prvenství také v případech evidence pracovníků ohrožených nemocí z povolání (25,6 % a 16,7 % případů). Významnými faktory jsou v těchto případech nadměrný hluk, vibrace nebo přetěžování končetin (Havlová, Jínová, Urban, Voříšková, Vít, 2020).

6.6 Registr profesionálních expozic karcinogenům REGEX

Jednou z důležitých oblastí, kterým je v rámci monitorování vzájemného vztahu prostředí a lidského zdraví věnována pozornost, je míra expozice karcinogenním látkám a jejich dopad na vznik onkologických onemocnění. V rámci profesionální expozice (tedy vystavení karcinogenům v době pracovního výkonu) jsou tato data vedena v registru profesionálních expozic karcinogenům (REGEX). Významná jsou pro nás z hlediska kontrolovatelnosti a z toho vyplývající možnosti preventivních opatření. V pracovním procesu navíc trávíme značný úsek dne, a tak expozice karcinogenům v tomto období hraje nezanedbatelnou roli v otázce lidského zdraví (Vavřinová a kol., 2007). REGEX evidoval v roce 2019 snížení počtu pracovníků exponovaných karcinogenům o 5 %, konkrétně se jednalo o 9 217 ohrožených osob. Z hlediska jednotlivých krajů zůstává nejvíce exponovanou oblastí kraj Moravskoslezský (2 144 osob), Vysočina (1 242 osob) a Středočeský (952 osob). Pozitivní vývoj je patrný v Praze, kde evidence 635 exponovaných osob představuje snížení o 34 %. Nejčastěji dochází k expozici karcinogenům v souvislosti s výkonem zdravotní péče a obsluhou stacionárních strojů a zařízení, především se jedná o působení cytostatik (2 549 osob), slévárenský prach (1 293 osob) a prach tvrdých dřev (1 199 osob) (Havlová, Jínová, Urban, Voříšková, Vít, 2020). Dopady karcinogenů na zdraví člověka jsou neblahé a míra jejich působení je v současné době předmětem monitorování i preventivních opatření. Pozitivní vývoj, který byl nyní zaznamenán v Praze, by se tak v budoucnu mohl projevit i v dalších oblastech.

6.7 Vliv vibrací na zdraví a životní pohodu člověka

Působení vibrací je faktorem, který může negativně ovlivnit životní komfort a pohodu člověka a v případě dlouhodobé expozice nadměrným vibracím jsou patrné neblahé dopady na lidské zdraví.

Přestože se jedná o rizikový faktor, setkáváme se s vibracemi poměrně často, aniž bychom si to vždy uvědomovali. Pro ilustraci uveďme poslech hudby, jízdu dopravními prostředky, pobyt v blízkosti stavenišť a průmyslových zón, práci s ručními elektrickými zařízeními, jízdu výtahem, používání pračky, sušičky a mnohé další.

Dlouhodobá expozice vibracím s sebou přináší zejména tyto zdravotní následky: onemocnění cév (vazoneuróza, Raynaudův fenomén), periferních nervů (úžinové neuropatie – syndrom karpálního a kubitálního tunelu), onemocnění kloubů (artróza, aseptická nekróza), šlach, kostí a svalů, k jejichž popisu se používá termín „vibrační syndrom ruky a paže“. Opomenout nesmíme bolesti zad, zejména v bederním úseku páteře. Expozice vibracím může také zhoršit určitá patologická poškození zad vnitřního původu (Král, 2020).

Účinek expozice vibracím je úměrný délce expozice, frekvenci vibrací a poloze těla a končetin vzhledem ke směru vibrací. V rámci primární prevence tak můžeme dbát na minimalizaci nadlimitních frekvencí, využívání ochranných pomůcek a zejména zkrácení doby expozice, pokud je to možné. Jako vhodné se nám v tomto ohledu jeví střídání činností a prostředí v průběhu dne, abychom minimalizovali jednostrannou zátěž a expozici vibracím určitého charakteru.

6.8 Úprava prostředí při práci na počítači a jeho vliv na zdraví člověka

S ohledem na soudobý životní styl a trend vidíme jako opodstatněné zamyšlení se nad prostředím při práci na počítači. Jedná se podle našeho názoru o prostředí a činnost, při které trávíme poměrně velkou část dne, ať už za účelem práce, nebo ve volném čase. Zde máme prostor pro úpravu a nastavení prostředí tak, aby vyhovovalo naší fyziologii. Přestože se nejedná o přirozenou aktivitu a polohu pro člověka, můžeme se pokusit minimalizovat negativní dopady na naše zdraví. Proměnné, se kterými můžeme pracovat a které můžeme ovlivnit, jsou především: zorné podmínky, pozice těla, typ klávesnice, pracovní sedadlo.

Zorné podmínky jsou dány druhem vykonávané činnosti (v našem případě sledování monitoru), mírou oslnění při činnosti (nastavení jasu monitoru, přítomnost zdroje přirozeného světla, případně využití světla umělého, jeho směr a intenzita), uspořádáním pracovního prostoru (abychom měli v zorném poli a na dosah vše potřebné). Nezanedbatelným faktorem je potom samotná zraková kondice člověka (Skřehot a kol., 2009). Máme na mysli již primárně existující zrakové poškození, kdy je třeba důsledně dbát na využívání kompenzačních pomůcek, ale také pravidel zrakové hygieny. Zapomenout ovšem nesmíme ani na průvodní signály, kterými nás naše

tělo upozorňuje na nedodržení stanovených podmínek. Jedná se zejména o únavu očí, slzení, zarudnutí očí, mlhavé vidění, únavu a bolest hlavy. Tyto obtíže pociťuje až 75 % uživatelů počítače. Při nerespektování zrakové hygieny a opomíjení prvotních signálů našeho těla dojde vlivem dlouhodobé expozice nevyhovujícím podmínkám k rozvoji zdravotních obtíží. U osob se zrakovým postižením je třeba zkrátit dobu práce na počítači, zařadit častější přestávky a zrakovou relaxaci. Zraková únava u intaktní populace se začíná projevovat po dvou hodinách a výrazně se projeví po čtyřech hodinách práce u počítače. Častou příčinou zrakové nepohody je časté střídání pohledu na obrazovku, dokumenty a klávesnici a také rušivé oslňování a odlesky na obrazovce. Částečně můžeme tyto faktory eliminovat využitím obrazovkových filtrů a optimálním nastavením vizuálních parametrů obrazovky, dodržením optimální vzdálenosti monitoru – 50 až 70 cm od očí a využitím držáku na dokumenty. Svoji roli hraje také lesk a odrazivost plochy stolu. V potaz bereme také polohu vůči oknu – nedoporučuje se sedět proti oknu ani zády k němu. Výhodná je také instalace regulovatelných stínidel (Hlávková, 2006).

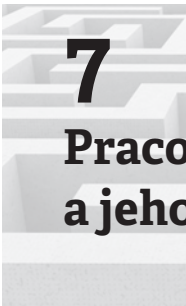
Z pohledu zvolené **pozice těla** je důležité po celou dobu zajistit stabilitu a zabránit nadměrnému zatěžování muskuloskeletálního systému. Ze zdravotního hlediska je třeba udržet vzpřímený sed s využitím opěry zad, šíje, hlavy a loktů. Jednotlivé končetiny optimálně svírají tupé úhly (noha – bérce – stehna – trup – paže – předlokti – ruka). Tato poloha nebývá často v praxi dodržována. Důvodem kyfotického sedu může být oslabené zádomé a břišní svalstvo. U osob se zrakovým postižením se může jednat o snahu přiblížit hlavu k monitoru. Tělo by mělo zůstat v symetrii, bez vytáčení trupu. Zdravotní komplikace a neblahé důsledky plynou především ze statické povahy této pozice, při které jsou jednotlivé svalové skupiny namáhané jednostranně a jsou vystaveny trvalému tlaku a tření. Z možných obtíží jmenujme nateklá chodidla, křečové žíly (Matoušek, 2001), bolesti zad (zejména bederní a krční páteře), bolesti paží a rukou (Hlávková, 2006). Výzkum společnosti Microsoft provedený ve Velké Británii poukázal na četnost negativních dopadů této statické aktivity. Celých 68 % probandů výzkumu uvedlo v této souvislosti bolesti zad, rukou, ramen a zápěstí. Zajímavou skutečností zůstává také to, že nejvíce ohroženou skupinou jsou lidé používající notebooky, tablety a iPady. Při jejich používání totiž velmi často dochází k zaujímání nevhodné pozice. Navíc se z ergonomického hlediska nejedná o vhodně konstrukčně řešená zařízení. Monitor/displej a klávesnice jsou příliš blízko u sebe a nelze je současně umístit do ergonomicky

optimálních poloh. Eliminovat nebezpečí zdravotních obtíží můžeme používáním speciálního podstavce nebo samostatného monitoru a klávesnice (Hartley, 2008).

Udržení optimální pozice napomáhá mimo jiné také volba vhodného **pracovního sedadla**. Konstrukce pracovního sedadla musí tvarově a rozměrově odpovídat jeho uživateli. Jen tak může zajišťovat rovnoměrné rozložení hmotnosti uživatele, aby pro udržení optimální tělesné pozice bylo vynakládáno minimální úsilí. Při nevhodné konstrukci sedadla se můžeme snadno potýkat s důsledky unavujících a nefyziologických pozic (kroucení trupu, narušení cirkulace krve, dýchání, útlaku tkání nebo dermatologická onemocnění). Dbáme na stabilitu sedadla, a to v každé poloze, zejména při usedání a vstávání. Nepodceňujeme ani zakřivení opěrky zad. V bederní oblasti by mělo být vystouplé, aby se spodní část páteře podpírala v poloze nakloněné vpřed i poloze nakloněné vzad (Hrnčíř, 2008; Hlávková, 2006).

Nejen pozice těla jako celku, ale také postavení rukou, zápěstí a prstů může při dlouhodobém používání počítače významně ovlivnit naše zdraví a životní pohodu. Nezanedbatelným aspektem je správná volba a **používání myši a klávesnice**. Riziko práce s myší tkví především v jednostranném zatížení jedné ruky monotónní aktivitou. Při práci s klávesnicí realizujeme více pohybů a zapojujeme nejen svaly v prstech, ale také v dlaních a částečně i pažích, a proto riziko přetížení není tak významné jako u myši. Klasické rovné klávesnice, vycházející konstrukčně z mechanických psacích strojů, vedou člověka k zaujímání fyziologicky nevhodné polohy zápěstního kloubu. Namáhají se tak šlachy i nervstvo, které zápěstím prochází. Ergonomická nevhodnost rovné klávesnice je známá už od 80. let 20. století, navržena byla proto klávesnice výhodnějšího tvaru – lomená. Tato klávesnice při respektu k zavedenému prstokladu eliminuje zaujímání nevhodného úhlu v zápěstním kloubu (Strasser, 2007). Přestože lomená klávesnice napomáhá optimálnímu zápěstnímu úhlu, v její neprospěch hovoří odtahování loktů od těla způsobené právě změnou úhlu v zápěstí. Rozumným kompromisem může být v tomto ohledu klávesnice zaoblená, tedy ohnutá do oblouku. Při psaní na klávesnici a manipulaci s myší bychom měli mít zápěstí ve stejné výšce, jako jsou tlačítka na klávesnici. Nápomocné jsou nám pro tento účel gelové podložky pod klávesnici i pod myš, které tyto podmínky zajišťují a rovněž umožňují pohodlné opření stykových částí (Skřehot a kol., 2009; Hlávková, 2006).

Jak je patrné, člověk a jeho životní prostředí fungují ve vzájemné provázanosti. Vzájemně na sebe působí a na základě této determinace pocítujeme životní pohodu a rovnováhu, nebo naopak v menší či větší míře vnímáme negativní dopady na naše zdraví. Negativní vlivy životního prostředí na lidské zdraví vychází většinou z původní lidské aktivity a způsobu využívání okolních zdrojů. Je proto také v lidských rukou a možnostech najít cestu, jak s životním prostředím vstoupit do symbiózy optimální pro obě zúčastněné strany. Mnohá preventivní opatření jsou již v praxi zavedená a objevují se také pozitivní změny. Věříme proto, že tento trend bude i nadále pokračovat a dojde k upevnění vnímání zdraví lidského i zdraví životního prostředí jako důležitých životních hodnot.



7

Pracovní prostředí a jeho specifika

Jedním z cílů speciálněpedagogické intervence je sociální integrace jedince s postižením, oslabením či jinými specifickými potřebami do života společnosti – profesní rovinu společenského života nevyjímaje. Integrace osob se zdravotním postižením / specifickými potřebami do pracovních aktivit je zpravidla podmíněna specifickými úpravami či adaptací pracovního prostředí, příp. modifikacemi na úrovni profesní přípravy a osvojení si základních pracovních kompetencí s ohledem na typ a stupeň zdravotního postižení / specifických potřeb. Záměrem následujícího textu je představit základní aspekty úprav pracovního prostředí v kontextu zdravotního postižení či dalších specifických potřeb.

V České republice žije přibližně 1,8 milionu osob se zdravotním postižením. Nejedná se pouze o osoby s vrozeným postižením či získaným postižením vlivem onemocnění, ale každoročně přibývají cca dvě stovky lidí, kteří zůstanou těžce zdravotně postiženi vlivem úrazu. Většina těchto osob se zapojí do běžného života a je schopna pracovat. I přesto více než polovina z nich není do pracovního života zapojena, ač pracovat může a chce (Skřehot a kol., 2009).

	celkem	pohlaví		z toho věková skupina 20–64 let		
		muži	ženy	20-49 let	50-64 let	20-64 let celkem
absolutní počet v tis.						
celkem	1 151,9	510,9	641,0	195,0	313,6	508,7
pracující	214,5	111,5	103,0	90,1	112,7	202,8
v tom:						
na plný úvazek	142,0	84,8	57,2	62,5	73,5	136,0
na částečný úvazek	72,5	26,7	45,8	27,5	39,2	66,8
nepracující	937,4	399,4	538,0	104,9	201,0	305,9
struktura v %						
celkem	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
pracující	18,6	21,8	16,1	46,2	35,9	39,9
v tom:						
na plný úvazek	12,3	16,6	8,9	32,1	23,4	26,7
na částečný úvazek	6,3	5,2	7,1	14,1	12,5	13,1
nepracující	81,4	78,2	83,9	53,8	64,1	60,1

Tabulka 10 – Výběrové šetření osob se zdravotním postižením – 2018. Osoby se zdravotním postižením podle pracovního úvazku, pohlaví a věku. (ČSÚ, 2019)

Dle výběrového šetření provedeného Českým statistickým úřadem bylo v roce 2018 zaměstnáno pouze 18,6 % osob se zdravotním postižením. Z toho 12,3 % na plný úvazek a 6,3 % na částečný úvazek. Ostatních 81,4 % osob se zdravotním postižením nepracovalo – viz tabulka č. 10.

Pracovní uplatnění je důležitou součástí života každého člověka. Poskytuje jedinci určitou sociální roli, s ní související sociální status a v neposlední řadě finanční zajištění. Pro osoby se zdravotním postižením je pracovní začlenění o to zásadnější. Poskytuje jedinci ekonomickou samostatnost, rozšiřuje sociální kontakty a významně ovlivňuje kvalitu života.

Jak uvádí Ludíková a kol. (2015, s. 153): „Práce v první řadě zabezpečuje uspokojování primárních i sekundárních potřeb a přináší pocit sebeuspokojení a plnohodnotnosti v naší společnosti. Prostřednictvím práce se člověk realizuje, ale také plní své sny a cíle.“

Procházková (2009, s. 41) uvádí studii Klicpery a Innerhofera z roku 1992. Dle nich práce znamená:

„Zajištění existence: Pro většinu lidí v naší společnosti znamená vykonávání zaměstnání možnost vydělávání peněz, zajištění příjmu. Existuje

sice minimální mzda či další sociální podpůrná opatření, ale kromě tohoto minimálního zaopatření je vše, i nárok na zaopatření ve stáří, vázáno na příjem z práce.

Určitou míru nezávislosti: Práce napomáhá k osobní a finanční nezávislosti. Ten, kdo si na svou obživu vydělá sám, se cítí méně zavázán vůči ostatním lidem či společnosti.

Rozšíření duševního horizontu: Při práci dochází díky procesu učení k podpoře myšlenkových pochodů, které lze přenést i do jiných oblastí života.

Strukturovaný všední den: Díky práci má všední den svou strukturu, a to jak časovou, tak i prostorovou. Na základě časové struktury se do povědomí dostávají pracovní doba, volný čas, víkend, ale také dovolená. Časová struktura je se zaměstnaností dalece spojena a lze o ni se ztrátou zaměstnání také zase přijít. Prostorová struktura pomáhá rozlišovat bydliště a pracoviště a následně i různé zážitky s odlišnými komunikačními a zkušenostními strukturami.

Účast na společenském životě: Práce nabízí v naší společnosti příležitost k sociálním kontaktům mimo rodinu a umožňuje naučit se, jak se v určitých situacích chovat k jiným lidem. Dále zprostředkovává pracovní činnost člověku pocit, že je užitečným členem společnosti a připojuje se zároveň společenský aspekt člověka.

Rozvoj: Vzhledem k tomu, že práce představuje zásadní formu komunikace a konfrontace s okolím, umožňuje i udržení, ale také další vývoj schopností a dovedností. Překonávání úkolů posiluje sebevědomí, a má tedy vliv na vývoj osobnosti.

Vývoj k větší zodpovědnosti: Převzít pracovní úkol znamená převzít i část odpovědnosti, což dokazuje, že člověk dozrává a dospívá. Práce v naší společnosti nejzřetelněji naznačuje přechod z dětství, ve kterém se o nás starají ostatní, do dospělosti, kde alespoň za nás samé přebíráme odpovědnost my“ (Klicpera, Innerhofer, 1992, in Karas, 2004, 25 an.).

Procházková (2009) uvádí, že vykonávání práce by mělo být pro každého jedince samozřejmostí, ale že tomu tak bohužel není. Uvádí, že nejen na pracovišti, ale v mnoha oblastech všedního života naráží osoby s postižením na velké množství překážek. Ve své publikaci popisuje výzkum Pracovního kruhu Rakouského komitétu pro sociální práci, jehož cílem bylo zjistit důvody nízké zaměstnanosti osob s postižením, a jeho výsledky porovnává se stavem v České republice. Zjištěné příčiny autoři výzkumu shrnuli do pěti bodů. Jako první příčinu nízké zaměstnanosti osob

se zdravotním postižením uvádí, že osoby s postižením nemají adekvátní kvalifikaci. Procházková uvádí, že i trh práce v České republice dnes vyžaduje vysoce kvalifikované osoby. Zaměstnavatelé u osob s postižením už dopředu předpokládají, že požadovanou kvalifikaci nemají nebo by práci nezvládli, aniž by si ověřili skutečné schopnosti daného jedince. Dalším důvodem jsou předsudky vůči osobám s postižením. Autoři výzkumu nehovoří pouze o předsudcích zaměstnavatelů, ale celé společnosti. „Na postižené jedince se pohlíží jako na jedince, kteří pracovat nemohou nebo jistě nebudou schopni podávat odpovídající výkon či kvalitu nebo budou často nemocní a budou v práci chybět“ (Procházková, 2009, s. 45). Třetí příčinou je právě zvýšená ochrana na trhu práce, která je dle zákona o zaměstnanosti č. 435/2004 Sb. poskytována osobám se zdravotním postižením. Jejím cílem je bránit diskriminaci při zaměstnávání. Nedostatečná informovanost zaměstnavatelů v této problematice v nich vzbuzuje obavy, že by snad zaměstnance s postižením nemohli propustit, ač by k tomu měli oprávněné důvody. Čtvrtým bodem je příliš málo informací. Jak už jsme zmínili, zaměstnavatelé často neví, co obnáší zaměstnávat osobu s postižením, a vidí v tom převážně překážky a nevýhody. Poslední zjištěnou příčinou je příliš málo poradenských služeb pro podniky. Procházková uvádí, že v České republice se situace změnila po roce 1990, kdy došlo ke vzniku specifických poradenských pracovišť. Kromě státních zařízení došlo i k rozvoji nestátních organizací věnujících se profesnímu poradenství. Dle Procházkové (ibid., s. 46) „vyplývá, že je zapotřebí zaměřit se jak na oblast vzdělávání, tak na zlepšení informovanosti, vytváření povědomí o problematice zaměstnávání osob s postižením, vytváření pozitivního přístupu k dané problematice a poskytování specifických poradenských a rovněž asistenčních služeb“.

V České republice se zaměstnávání osob se zdravotním postižením řídí zákonem o zaměstnanosti, který stanovuje, že každá fyzická osoba, která chce, může pracovat a o práci se uchází, má právo na zaměstnání. Zaměstnávání osob se zdravotním postižením je v tomto zákoně věnována část třetí. Dle tohoto zákona je osobám se zdravotním postižením poskytována zvýšená ochrana na trhu práce. Tento zákon ukládá zaměstnavatelům povinnost zaměstnávat osoby s postižením, případně plnit náhradní plnění. Zabývá se také pracovní rehabilitací a příspěvkem na zřízení pracovního místa pro osobu s postižením (zákon č. 435/2004 Sb.).

Osobou se zdravotním postižením je dle zákona č. 435/2004 Sb. míněna osoba invalidní ve třetím stupni, tj. „osoba s těžším zdravotním postižením“, osoba invalidní v prvním nebo druhém stupni nebo osoba zdravotně zne-

výhodněná. Ta má dle definice zákona zachovánu schopnost vykonávat soustavné zaměstnání, ale vykonávání dosavadního povolání nebo využití dosavadní kvalifikace je omezeno z důvodu jejího dlouhodobě nepříznivého stavu, přičemž za dlouhodobě nepříznivý stav se považuje zdravotní stav, který trvá déle než jeden rok.

„V České republice neexistuje jednotná evidence osob zdravotně znevýhodněných; kvalifikované odhady z provádění státní politiky zaměstnanosti a z oblasti zaměstnávání osob se zdravotním postižením udávají, že v současné době může být v ČR cca tisíc osob se statutem osoby zdravotně znevýhodněné. Stávající právní úprava OZZ přispívá k zajištění jistot osob se zdravotním postižením na trhu práce, podpoře jejich zaměstnávání a podpoře jejich zaměstnavatelů“ (Zvoníková, Wernerová, 2017, s. 62).

Zákon o zaměstnanosti (zákon č. 435/2004 Sb.) stanovuje, že zaměstnavatelé s více než 25 zaměstnanci jsou povinni zaměstnávat osoby se zdravotním postižením ve výši 4 % z celkového počtu svých zaměstnanců. Plnění povinnosti zaměstnávat osoby se zdravotním postižením lze realizovat třemi následujícími způsoby nebo jejich vzájemnou kombinací:

- Zaměstnáním osoby se zdravotním postižením.
- Odebíráním služeb nebo výrobků od zaměstnavatelů, kteří jsou u Úřadu práce České republiky vedeni jako zaměstnavatelé na chráněném trhu práce. Případně zadáváním zakázek těmto zaměstnavatelům nebo odebíráním výrobků nebo služeb od osob se zdravotním postižením, které jsou osobami samostatně výdělečně činnými.
- Odvodem do státního rozpočtu.

V souvislosti se zaměstnáváním osob se zdravotním postižením se setkáváme s pojmem „podporované zaměstnávání“. Tento termín však v legislativě nenajdeme. Podporované zaměstnávání je v České republice uskutečňováno v rámci pracovní a sociální rehabilitace.

Na 3. národní konferenci o podporovaném zaměstnávání s mezinárodní účastí, pořádané Českou unií pro podporované zaměstnávání (ČUPZ), promluvil tehdejší ministr MPSV ČR Jaromír Drábek a o podporovaném zaměstnávání prohlásil: „Podporované zaměstnání by nemělo být vnímáno jako ryzí altruismus, jde o oboustranně prospěšnou činnost, kdy na konci přechodného procesu získá zaměstnavatel plnohodnotného zaměstnance, jen stačí, aby takový člověk dostal šanci zapojit se do aktivního života a na začátku cesty získal náležitou podporu“ (Havlíková, 2012, s. 149).

Pracovní rehabilitaci zabezpečuje krajská pobočka úřadu práce ve spolupráci s pracovními rehabilitačními středisky, případně na základě písemné dohody lze pověřit pracovní rehabilitací i jinou právnickou nebo fyzickou osobu. Dle zákona je pracovní rehabilitace „souvislá činnost zaměřená na získání a udržení vhodného zaměstnání osoby se zdravotním postižením, kterou na základě její žádosti zabezpečují krajské pobočky úřadu práce a hradí náklady s ní spojené... Pracovní rehabilitace zahrnuje zejména 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“. Pracovník krajské pobočky úřadu práce s osobou se zdravotním postižením sestavuje individuální plán pracovní rehabilitace, kde přihlíží ke zdravotní způsobilosti a schopnosti osoby se zdravotním postižením a její kvalifikaci s ohledem na situaci na trhu práce. V zákoně je uvedeno, že pracovní rehabilitaci mohou absolvovat i osoby, které jsou uznány jako dočasně neschopné práce, ale pouze po doporučení ošetřujícího lékaře. Nebo také osoby, které přestaly být invalidní, a to na základě doporučení okresní správy sociálního zabezpečení. Současně zařazení těchto osob do pracovní rehabilitace nesmí být v rozporu s jejich zdravotní způsobilostí. Teoretická a praktická příprava v rámci pracovní rehabilitace zahrnuje přípravu na budoucí povolání, přípravu k práci a specializované rekvalifikační kurzy. Tato příprava trvá nejdéle 24 měsíců. Probíhá na smluvených pracovištích nebo na pracovních místech pro osoby se zdravotním postižením a může být prováděna s podporou asistenta. Případně je realizována ve vzdělávacích zařízeních. Rekvalifikační kurzy pro osoby se zdravotním postižením jsou uskutečňovány za stejných podmínek jako rekvalifikace dle § 109 (zákon č. 435/2004 Sb.).

Zvoníková a Wernerová (2017, s. 63–64) uvádí: „To, že jedinec má ‚určitý rozsah a kvalitu‘ svého pracovního potenciálu, neznamená, že jsou pro něj dosažitelné a vhodné všechny druhy zaměstnání, prací, výdělečných činností. Pracovní uplatnění má své hranice dané rozsahem pracovního a kvalifikačního potenciálu a zdravotní přiměřeností, respektive vhodností vykonávané práce a situací na trhu práce. Pracovní uplatnění tedy závisí nejen na zdravotním stavu, pracovní schopnosti a zdravotní způsobilosti k práci, ale také na kvalifikaci, motivaci a postojích konkrétního jedince a na situaci na trhu práce. Dlouholetá právní úprava politiky zaměstnanosti se specifickou úpravou zaměstnávání osob se zdravotním postižením

a nástroji aktivní politiky zaměstnanosti cílí na potřeby osob se zdravotním postižením a na podporu jejich zaměstnávání a udržení na trhu práce.“

Zaměstnavatel může uzavřít s úřadem práce dohodu na zřízení pracovního místa pro osobu se zdravotním postižením a tím získat příspěvek na zřízení tohoto pracovního místa. Podmínkou je, že zaměstnavatel nemá nedoplatky vedené finančním nebo celním úřadem, nemá nedoplatek na pojistném a penále na zdravotním či sociálním pojištění. Takové pracovní místo musí být pak osobou se zdravotním postižením obsazeno po dobu tří let. Dle zákona č. 435/2004 Sb.: „Příspěvek na zřízení pracovního místa pro osobu se zdravotním postižením může činit maximálně osminásobek a pro osobu s těžším zdravotním postižením maximálně dvanáctinásobek průměrné mzdy v národním hospodářství za první až třetí čtvrtletí předchozího kalendářního roku. Zřizuje-li zaměstnavatel na základě jedné dohody s úřadem práce 10 a více pracovních míst pro osoby se zdravotním postižením, může příspěvek na zřízení jednoho pracovního místa pro osobu se zdravotním postižením činit maximálně desetinasobek a pro osobu s těžším zdravotním postižením maximálně čtrnáctinásobek průměrné mzdy podle věty první.“ Na základě § 76 tohoto zákona může také zaměstnavatel požádat o příspěvek na úhradu provozních nákladů vynaložených v souvislosti se zaměstnáváním osoby se zdravotním postižením, kdy maximální výše příspěvku činí 48000 Kč ročně na jednu osobu se zdravotním postižením. Pokud zaměstnavatel zaměstnává více než 50 % osob se zdravotním postižením, může s úřadem práce uzavřít dohodu a být uznán jako zaměstnavatel na chráněném trhu práce. Takováto dohoda se uzavírá na tři roky a plynou z ní další povinnosti. I v tomto případě lze získat příspěvek na podporu zaměstnávání osob se zdravotním postižením na chráněném trhu práce a příspěvkem jsou nahrazovány skutečně vynaložené náklady na mzdu nebo platy v 75% výši měsíčních skutečně vynaložených nákladů na zaměstnance v pracovním poměru, který je osobou se zdravotním postižením, včetně pojistného na sociální zabezpečení a příspěvku na státní politiku zaměstnanosti a pojistného na veřejné zdravotní pojištění. U laické veřejnosti se stále můžeme setkat s použitím termínu chráněná dílna, kterou však v novele zákona nahradil termín „chráněné pracovní místo“.

Ve vyhlášce č. 518/2004 Sb. jsou specifikovány podmínky pracovní rehabilitace osob se zdravotním postižením, podmínky příspěvku na zřízení pracovního místa pro osobu se zdravotním postižením a podmínky příspěvku na úhradu provozních nákladů vynaložených v souvislosti se zaměstnáváním osoby se zdravotním postižením. Také je zde specifikován

výpočet průměrného ročního přepočteného počtu zaměstnanců a výpočet plnění povinného podílu.

Dle Skřehoty a kol. (2009, s. 9): „Česká republika patří mezi státy, které si uvědomují, jak důležité je odstraňovat bariéry, které brání zdravotně postiženým lidem v plnohodnotném životě, jejich uplatnění v pracovním procesu nevyjímaje. Proto se také stát snaží motivovat firmy v zaměstnávání zdravotně postižených osob řadou pobídek, daňových slev či příspěvků. Doposud se však nevěnovala přílišná pozornost stanovení požadavků či doporučení na kvalitu pracovního prostředí postižených zaměstnanců.“

Za jeden z velkých problémů, který brání uplatnění osob se zdravotním postižením v pracovním procesu, jsou považovány architektonické, komunikační a dopravní bariéry. Architektonickým a dopravním bariérám se budeme blíže věnovat v následujících kapitolách. Skřehot a kol. (2009) uvádí, že v posledních letech došlo v tomto směru v oblasti právních předpisů k výraznému pokroku, avšak že vytvoření samotných legislativních podmínek nestačí. Zdůrazňují, že je nezbytné, aby zaměstnavatelé zajišťovali těmto osobám odpovídající pracovní prostředí a pracovní podmínky, které budou respektovat jejich potřeby a nebudou vést k negativním následkům pro jejich zdraví.

V roce 2009 v České republice vešel v platnost tzv. antidiskriminační zákon, tedy zákon o rovném zacházení a o právních prostředcích ochrany před diskriminací a o změně některých zákonů. Netýká se tedy pouze osob se zdravotním postižením. Dle tohoto zákona diskriminaci rozdělujeme na přímou a nepřímou. V tomto zákoně je mj. stanoveno, že „nepřímou diskriminací z důvodu zdravotního postižení se rozumí také odmítnutí nebo opomenutí přijmout přiměřená opatření, aby měla osoba se zdravotním postižením přístup k určitému zaměstnání, k výkonu pracovní činnosti nebo funkčnímu nebo jinému postupu v zaměstnání, aby mohla využít pracovního poradenství nebo se zúčastnit jiného odborného vzdělávání nebo aby mohla využít služeb určených veřejnosti, ledaže by takové opatření představovalo nepřiměřené zatížení“ (zákon č. 198/2009 Sb.).

Krejčířová (2007, s. 23) uvádí osmero požadavků pro efektivní uplatnění osob zdravotně znevýhodněných na trhu práce:

„Eliminovat omezené možnosti absolventů praktických škol a odborných učilišť při uplatnění na otevřeném trhu práce.

Požadavek uceleného systému profesní přípravy osob se zdravotním postižením.

Požadavek tvorby chráněných dílen a chráněných pracovišť.“ Dle novely zákona o zaměstnanosti se jedná o požadavek na tvorbu pracovních míst na chráněném trhu práce.

„Významnost a nezastupitelnost postavení úřadů práce při pomoci osobám se zdravotním postižením při uplatnění na otevřeném trhu práce.

Využití metodiky podporovaného zaměstnávání v zaměstnavatelské politice osob se zdravotním postižením.

Neustálé hledání jednotlivých možností pracovního uplatnění osob se zdravotním postižením na trhu práce.

Analyzovat efektivitu pracovního uplatnění osob znevýhodněných na trhu práce v rámci jednotlivých oblastí.

UVědomovat si terapeutický účinek pracovních činností u osob s handicapem.“

Z výzkumu Kondrátové a Winklera (2017) vyplynulo, že v České republice jsou při zaměstnávání osob s vážným duševním onemocněním legislativně i finančně podporovány méně efektivní modely zaměstnávání. Jako efektivnější identifikovali přístup založený na důkazech praxe než využití chráněného pracovního místa.

V těchto případech se nabízí možnost tzv. pracovní asistence. Tu provádí neziskové organizace věnující se podporovanému zaměstnávání, ale mohou ji poskytovat i samotní zaměstnavatelé v rámci přípravy k práci (NRZP ČR).

„Pracovní asistence se soustředí na poradenství jak nově umístěnému účastníkovi na pracovní místo, tak jeho zaměstnavateli. Účelem pracovní asistence je vzájemné sladování potřeb a očekávání na obou stranách, které napomáhá lepší adaptaci a snížení rizika opakované nezaměstnanosti. Zahhrnuje také řešení vznikajících problémů a případnou mediaci mezi oběma stranami“ (Büchlerová a kol., <http://zamestnavam.pracevobci.cz/chci-vytvorit-pracovni-mista/pracovni-asistence-po-nastupu-do-zamestnani/>).

Pracovní asistent pomáhá osobám se zdravotním postižením začlenit se do pracovního procesu na nechráněném pracovním trhu. Kromě pomoci naučit se jednotlivé pracovní činnosti a postupy dopomáhá také se začleněním do pracovního kolektivu. U některých klientů je potřeba trénovat i cestu do práce a z práce domů. Cílem je tedy co největší osamostatnění klienta v zaměstnání tak, aby zvládl pracovat bez jakékoliv podpory (NRZP ČR).



8

Úpravy domácího prostředí

Prostor našeho domova – domácí prostředí – nám má poskytovat bezpečí, jistotu, pohodu. Pro osoby s postižením či dalšími specifickými potřebami je tento význam ještě markantnější. Aby domácí prostředí vyhovovalo předchozí charakteristice, je třeba jej specificky upravit s ohledem na individuální potřeby a limity vyplývající ze zdravotního postižení. V tomto kontextu se můžeme zběžně vrátit i k některým předchozím oddílům textu věnovaným materiálně-technickým podmínkám a legislativnímu rámci, který upravuje podmínky, zejména bezbariérovosti, na národní úrovni. V následujícím textu se však vrátíme do subjektivní roviny úprav osobního prostoru v rámci domácího prostředí, a to zejména s ohledem na zcela specifickou situaci – narození dítěte s postižením, která vyžaduje řadu změn, včetně změn domácího prostoru tak, aby byl přístupný, bezpečný a současně stimulující, poskytující podmínky pro rozvoj samostatnosti a nezávislosti dítěte.

Úprava domácích podmínek je velmi individualizovaná činnost. Ve své podstatě se nejedná o speciální úpravy, protože každá osoba má své potřeby, preference a upravuje si domácí podmínky dle sebe. Někdo při stavbě domu zvolí dům na patro, někdo raději bungalov. Pokud zadáte rozmístění nábytku designérovi, vytvoří vám několik možností, jak místnost může vypadat. Pokud však designérovi nesdělíte vaše potřeby a požadavky, nemusí vám ani jedna z možností vyhovovat.

Stejně tak jako každá intaktní osoba má speciální požadavky na úpravu prostředí, tak i každá osoba se zdravotním postižením má speciální požadavky na úpravu prostředí, které plynou z jejích potřeb a mimo jiné i z důsledků zdravotního postižení. A tak, jak se požadavky na úpravu prostředí

budou lišit v případech jednotlivých intaktních osob, budou se lišit i u jednotlivých osob se zdravotním postižením či znevýhodněním.

Trochu odlišná situace vzniká, když se do rodiny narodí dítě s postižením. Vágnerová (2012, s. 171) uvádí, že „vývoj dítěte s vrozeným postižením prochází stejnými fázemi jako vývoj dítěte zdravého, ale v některých vývojových obdobích může smyslové či pohybové postižení limitovat rozvoj určitých kompetencí, popř. jej zcela znemožňovat“. Zde je namístě se zabývat společnými znaky úpravy prostředí pro dítě s postižením.

Než se budeme věnovat úpravě prostředí u jednotlivých zdravotních postižení a znevýhodnění, považujeme za důležité zdůraznit základní požadavky na úpravu prostředí. Jedním z těchto požadavků je srozumitelnost prostředí. Prostředí musí být srozumitelné především pro klienta (ať už dítě, či dospělou osobu s postižením). Nemělo by být zbytečně zahlcené či přestimulované. Za vhodnou úpravu považujeme oddělenou koupelnu od toalety. Každá místnost by měla mít svůj účel. Velmi často matky malých dětí umísťují nočník do obývacího pokoje, aby se k němu dítě dostalo co nejdříve. Pro dítě s postižením je však tato úprava nevhodná. Není třeba malé dítě s postižením vysazovat na velkou toaletu, ale je nutné nočník umístit do stejné místnosti. Stejně tak, pokud je v místnosti zvláště jídelna a obývací pokoj, dítě by mělo jíst vždy u jídelního stolu. Tyto zažitě zvyky mu usnadňují orientaci nejen v místnostech, ale i v životě. Dalším požadavkem na úpravu prostředí je přístupnost. Naším cílem je maximální podpora samostatnosti klienta. Aby klient mohl využívat vlastní aktivity, musí mít vše v dosažitelné výšce. S tím souvisí i požadavek přirozenosti. Pokud je naším cílem maximální aktivita jedince, musíme upravit prostředí tak, aby pro něj bylo přirozené, např. upravit výši kuchyňské linky, vybavení místnosti neklouzavými povrchy apod. Je vhodné se zaměřit i na taktilní vnímání podlah – klient se pomocí různých povrchů podlah snáze orientuje, ve které místnosti se nachází. Prostorová orientace zajišťuje naši samostatnost, což je velmi důležitým aspektem v našem životě. Posiluje naše sebevědomí a podporuje čtvrtý požadavek – samostatné používání. To nám nabízí nepřeborné množství činností, které můžeme vykonávat, a je spojeno se vším, co děláme. Abychom respektovali ontogenetický vývoj, je potřeba koncepčnost, což je další zásada. Úpravu prostředí provádíme tak, abychom domýšleli i potřeby klienta do budoucna. Např. bezbariérový přístup, šířka dveří, signalizační zvonek apod. Vše je nutné přizpůsobit potřebám klienta, takže nesmíme opomenout ergonomii – od upravené lžice po správné nastavení stolu. Další důležitý aspekt je cena.

V tomto případě je nutné si uvědomit, že mnoho úprav lze vytvořit svépomocí a není vždy nutné za úpravy platit firmám. Vždy by však úpravy měly být trvanlivé – odolné vůči poškození, použitý materiál by měl být bezpečný, nábytek by měl mít zaoblené hrany apod. Vše by mělo být praktické (zásada praktičnosti), jasné a srozumitelné. A samozřejmě nesmíme opomenout ani estetiku.

Abychom adekvátně upravili prostředí, je nutné si uvědomit potřeby a překážky u dětí, dospělých, ale i seniorů se zdravotním postižením či znevýhodněním, které se v průběhu času mění.

Vágnerová (2012, s. 172) uvádí, že děti s postižením v kojeneckém věku „mají zvýšenou potřebu jistoty a bezpečí, protože jejich možnosti jsou omezeny a orientace v prostředí ztížena – buď proto, že nemají o světě dostatek informací (jsou-li smyslově či pohybově postižené), nebo nedovedou tyto podněty přiměřeným způsobem zpracovat“. Batolecí období je označováno jako první fáze emancipace. „Dítě se odpoutává z mnoha vazeb, které ztratily svůj vývojový význam a dále by blokovaly jeho další rozvoj. Pro postižené dítě je toto osamostatnění alespoň v některé ze složek obtížnější, ne-li zcela nedostupné“ (ibid.) Dále hovoří o dětech s tělesným a zrakovým postižením, které mají obtíže s odpoutáním se od poznávání vázaného na aktuální kontakt a s přechodem na symbolické myšlení. A jako poslední hovoří o odpoutávání se od vázanosti na matku, které je obtížnější u všech dětí s postižením. Dodává, že v batolecím období často dochází potvrzení diagnózy nebo zpřesnění míry/stupně postižení.

Prvním prostorem, se kterým se dítě zpravidla ve svém životě setkává, je dětský pokoj i s veškerým jeho nábytkem, hračkami a věcmi běžné denní potřeby. Obecně se doporučuje pro dětský pokoj zvolit menší místnost, ve které bude mít dítě vše blízko a přehledně uspořádané. Není nutné, aby byl dětský prostor hned od prvních dnů upraven bezbariérově, ale je nutné, aby byl upraven bezpečně. Veškeré aktivity, které bude dítě v pokoji provádět, by měly mít svůj řád. Rituály a řád umožňují dítěti orientaci nejen v prostoru, ale i v denní době. Díky nim si dítě může bezpečně osvojovat všechny potřebné návyky. Rodiče, ale i široká veřejnost, se často mylně domnívají, že dítě s postižením by mělo s nácvikem prostorové orientace začít až v okamžiku, kdy se začne samostatně pohybovat. Není tomu tak. Pro dítě je orientace v prostoru velmi důležitá, i když není mobilní. Je velmi důležité, aby se i ze svého horizontu pohledu dokázalo orientovat. V tomto případě je důležité, aby dítě mělo postýlku umístěnou tak, aby když někdo přichází, mohlo ho dítě vnímat. Postýlka by měla být umístěna co nejvíce v prostoru

ru, aby se k dítěti dostávaly zvuky ze všech stran, ale zároveň by nemělo mít nic za hlavou. Ideální je umístit postýlku hlavou ke zdi. Je důležité být s dítětem v častém přímém fyzickém kontaktu, otáčet ho, hladit, stimulovat různými podněty a nosit jej, abychom zabránili strachu z neznámého prostoru. Je vhodné komentovat prostor, ve kterém se zrovna s dítětem nacházíme, ať už jsme venku, či uvnitř. Nad postýlku je vhodné umístit hračky tak, aby se k nim dítě mohlo bez problémů natáhnout. Měly by být umístěny v zorném poli dítěte. Není však vhodné, pokud hračka slouží jako stimulační pomůcka, ponechávat ji v postýlce dlouhou dobu. Dítě by na ni mohlo přestat reagovat a ke stimulaci by nedocházelo. Pokoj by měl být vybaven velkým množstvím zvukových, světelných, pestrých a dostatečně velkých a vhodných hraček a vhodným nábytkem. V každém prostoru, kde se dítě s postižením pohybuje, je třeba dbát na bezpečnost. Dveře by měly být vždy buď úplně otevřené, nebo úplně zavřené. Vždy by měly být zavřené skříně a šuplíky, nic by nemělo ležet na podlaze. Přehlednost interiéru je velmi důležitá. Naším cílem je nebránit dítěti v samostatnosti. Důležité je si uvědomit, že se snažíme postižení vyhovět a nesnažíme se ho měnit, proto upravujeme prostředí. K úpravě prostředí samozřejmě patří i low-tech a high-tech pomůcky, kterým věnujeme samostatnou kapitolu. Nesmíme také opomenout i tepelnou pohodu dítěte. Obzvlášť malé děti mohou mít narušenou termoregulaci, tudíž je třeba neopomíjet správnou teplotu místnosti a větrání. A v neposlední řadě musíme myslet i na vhodné osvětlení. Nevhodná intenzita světla vede k nadměrné a předčasné únavě a může vést ke zhoršování zrakových schopností.

Už v roce 1991 provedla Lilli Nielsen výzkum u 20 nevidomých dětí ve věku od 5 do 19 měsíců, který potvrdil, že díky úpravě prostředí lze i nevidomému dítěti pomoci v rozvoji kognitivních schopností a prostorové orientace. Tato dánská psycholožka a speciální pedagožka je autorkou metody aktivního učení, stimulačního boxu tzv. „Little room“, tzv. „Low table“ a mnoha dalších specifických pomůcek k rozvoji dětí s postižením.

Obecně je rodičům dětí raného věku se zrakovým postižením doporučováno upravovat prostředí tak, aby děti byly co nejvíce samostatné. Je vhodné využívat kontrastů, reflexních pásek, vodicích linií, zábradlí apod. Každá místnost by měla sloužit svému účelu, vše by mělo mít své místo a být přehledně uspořádané. V dětském pokoji se doporučují skříně bez dvířek, aby dítěti byly předměty snadno dostupné. Samozřejmě vždy závisí na konkrétním stupni zrakového postižení a potřebách dítěte. Je vhodné hrany skříní označit právě reflexními páskami nebo kontrastními barva-

mi. Stejně tak hrany schodů. Nesmíme opomenout zajištění vhodných světelných podmínek v průběhu celého dne a dodržování zásad zrakové hygieny. U dětí se sluchovým postižením se doporučuje zaměřit na akustický design. Doporučuje se domácnost odhlučnit pomocí koberců, záclon a správně rozmístěného nábytku. I pro děti se sluchovým postižením je důležité vhodné osvětlení a využití high-tech a low-tech pomůcek. U dětí s tělesným postižením jsou důležité nejen bezbariérové úpravy, ale i využití speciálních pomůcek. Dítě by mělo mít prostředí upravené a vybavené tak, aby bylo co nejvíce motivováno k samostatnosti. Jedná se tedy o speciální úpravy nábytku, ale i pomůcek, které vedou k samostatnosti v oblasti sebeobsluhy. Pro dítě s mentálním postižením by domácnost měla být přehledná, jasná a srozumitelná. Opět je důležité využívat místnosti pouze k účelům, ke kterým slouží. Je vhodné, aby každá věc měla své místo, aby prostor nebyl zahlcen předměty. Nejméně úprav bude vyžadovat dítě s lehkým stupněm mentální retardace a nejvíce s těžkou nebo hlubokou mentální retardací. Je vhodné znát preference dítěte a dle toho prostředí přizpůsobit a vybavit. Vícečetná postižení jsou velmi heterogenní skupina, pokusíme se alespoň shrnout základní typy domácích úprav. U dítěte s kombinovaným postižením považujeme za stěžejní ho v domácím prostředí orientovat v čase a prostředí. Vhodné je umístění senzitivního bodu nebo zástupného předmětu při vstupu do místnosti ve výšce dosažitelné pro dítě, aby dítě vědělo, do jaké místnosti a za jakým účelem vstupuje. Orientace je pro dítě důležitá i v době, kdy se samo nedokáže pohybovat. Při úpravách prostředí je vhodné myslet i na další smysly – čich a chuť. A to z důvodu často přidružených respiračních obtíží – obtíží s vykašláváním a různých alergií. Neopomínáme ani taktilní vjemy. Dítě vnímá pomocí celého těla, nejen konečky prstů. Rozdílné podlahy v jednotlivých místnostech mohou pomoci k orientaci dítěte. A samozřejmě platí všechny výše uvedené úpravy v závislosti na daném postižení.

Dostáváme se k období nástupu do školy. To je pro dítě s postižením důležitým mezníkem. Vágnerová (2012, s. 174) uvádí, že někdy můžeme mluvit i o první krizi identity. „V předškolním věku sice dochází k určitému vývojovému pokroku, a tím i k mnohdy nereálně optimistickému očekávání rodičů, ale požadavky školy jim připomenou, že možnosti dítěte jsou omezenější, než předpokládali... Zařazení do určitého typu školy funguje jako potvrzení míry normality dítěte... speciální škola může symbolizovat odlišnost.“

Úprava domácího prostředí v souvislosti s nástupem do školy a následným vzděláváním je úzce spjata s úpravou ve vzdělávacím prostředí, kterou se zabývá kapitola „Vzdělávací instituce a jejich charakteristika z hlediska modifikace prostředí v inkluzivním kontextu“.

9

Vzdělávací instituce a jejich charakteristika z hlediska modifikace prostředí v inkluzivním kontextu

V předchozích kapitolách jsme představili úpravy prostředí v domácích podmínkách či pracovním prostředí, logicky se nyní přesouváme k úpravám souvisejícím s edukací. S počátkem institucionálního vzdělávání se do popředí zájmu dostávají úpravy prostředí školy (mateřské, základní, střední) pro děti, žáky a studenty se speciálními vzdělávacími potřebami, ale i další pracovníky či návštěvníky vzdělávací instituce (pedagogové se zdravotním postižením, rodiče se specifickými potřebami apod.). V této kapitole si představíme, jaké úpravy prostředí jsou nezbytné a podstatné s ohledem na heterogenitu speciálních vzdělávacích potřeb žáků a jak mohou tyto modifikace ovlivnit samotného žáka. Podstatná část kapitoly nahlíží na úpravu prostředí v rámci podpůrných opatření.

Modifikace školního prostředí jsou samozřejmostí ve školách zřízených dle § 16 odst. 9 školského zákona, avšak vzhledem k současným inkluzivním tendencím by neměly být opomíjeny ve všech vzdělávacích institucích (mateřské školy, základní školy, střední školy, vysoké školy a jiné vzdělávací instituce) a rovněž ve školských zařízeních (například speciálněpedagogická centra, pedagogicko-psychologické poradny, dětské domovy či školská zařízení pro zájmové a další vzdělávání). Osoby se zdravotním postižením mají rovnocenné vzdělávací možnosti jako osoby bez postižení, proto by měla být každá vzdělávací instituce náležitě upravena a připravena pro vzdělávání osob s jakýmkoliv druhem a stupněm zdravotního postižení. Vzhledem k narůstajícím inkluzivním tendencím je potřeba si uvědomit základní aspekty vzdělávání dětí, žáků a studentů se specifickými vzdělávacími potřebami: Je naše škola dostatečně připravena přijímat žáky se

zdravotním postižením? Máme dostatečně kompetentní pedagogy pro vzdělávání žáků se speciálními vzdělávacími potřebami? Máme prostředky pro vhodnou úpravu prostředí pro žáky se zdravotním postižením? Máme možnost dalšího personálního zajištění v případě potřeby? Máme finance pro zajištění nezbytně nutných kompenzačních a didaktických pomůcek pro žáky se zdravotním postižením? Nejedná se totiž pouze o bezbariérový přístup do budovy či celkové architektonické úpravy budov, ale také o jejich prostředí a modifikace ve smyslu pracovního prostředí a místa ve třídě.

9.1 Bezbariérovost škol, školských zařízení

Jednou z nejzásadnějších úprav pro děti, žáky a studenty se speciálními vzdělávacími potřebami je samozřejmě bezbariérovost prostředí školy a jejich prostor. Důležité je v první řadě zpřístupnění budovy a možnosti vstupu všem osobám s jakýmkoliv zdravotním postižením. Bezbariérovost je hlavním předpokladem pro zajištění samostatnosti osoby při pohybu v areálu školy a samotné budově vzdělávací instituce (Šnajdarová, 2007). Bezbariérovost není důležitá pouze pro osoby s tělesným postižením či omezením hybnosti, ale také pro osoby se zrakovým postižením či psychickými obtížemi. Obecně bychom mohli říci, že se osobě s jakýmkoliv druhem postižení orientuje v bezbariérovém prostředí podstatně lépe. Legislativně je bezbariérovost budov (včetně škol, předškolních a školských zařízení) ukotvena ve vyhlášce č. 398/2009 Sb., o obecných technických požadavcích zabezpečujících bezbariérové užívání staveb. Budovy, o kterých v této kapitole hovoříme, jsou ve zmíněné vyhlášce definovány jako stavby občanského vybavení. Bezbariérové přístupy jsou v dnešní době již zcela běžné ve všech veřejných budovách, avšak v případě, že není možné zcela zajistit bezbariérový přístup, je zapotřebí realizace technických úprav pro splnění podmínek bezbariérového přístupu. Do školy či jiného školského zařízení by měl být zajištěn alespoň jeden vstup na úrovni komunikace pro pěší bez vyrovnávacích stupňů, u změn staveb je povoleno překonání výškových stupňů šikmou rampou nebo zvedacím zařízením (Šnajdarová, 2007). Změnou staveb jsou myšleny takové stavby, které nebyly primárně určeny například pro školu či jiné obdobné zařízení, ale byly dříve využívány k jiným účelům (např. sídlo firmy, kanceláře apod.). Pro žáky s tělesným postižením či omezenou schopností pohybu a orientace se za vhodné považuje umístění jejich třídy do přízemí tak, aby pro ně byla dostupnost co nejnáz-

ší. Z hlediska požární bezpečnosti je vhodné umístění takových prostor v prvním nadzemním podlaží tak, aby byla zajištěna v případě potřeby co možná nejjednodušší dosažitelnost pro složky integrovaného záchranného systému. V případě, kdy by došlo ve škole k požáru nebo jiné havárii, bylo by velmi obtížné evakuovat všechny osoby, které mají tělesné postižení či omezenou schopnost pohybu a orientace. Pro takové případy však může být ve škole zřízen evakuační výtah, který lze na rozdíl od běžného výtahu použít i v případě požáru. Pro osoby se sluchovým postižením by měla být v budově zřízena světelná signalizace únikového východu a pro osoby se zrakovým postižením signalizace zvuková (Šnajdarová, 2007).

9.2 Úpravy prostředí v rámci podpůrných opatření

Podpůrná opatření jsou poskytována dětem, žákům a studentům se speciálními vzdělávacími potřebami. Dítětem, žákem či studentem se speciálními vzdělávacími potřebami se dle školského zákona (zákon č. 561/2004 Sb., v platném znění) „rozumí osoba, která k naplnění svých vzdělávacích možností nebo k uplatnění nebo užívání svých práv na rovnoprávném základě s ostatními potřebuje poskytnutí podpůrných opatření. Podpůrnými opatřeními se rozumí nezbytné úpravy ve vzdělávání a školských službách odpovídající zdravotnímu stavu, kulturnímu prostředí nebo jiným životním podmínkám dítěte, žáka nebo studenta“. Úpravy prostředí se řadí právě mezi podpůrná opatření, přičemž podpůrná opatření stanovuje po konzultaci se školou, žákem a jeho zákonným zástupcem školské poradenské zařízení (speciálněpedagogické centrum či pedagogicko-psychologická poradna). Pokud doporučení na úpravu prostředí stanovuje školské poradenské zařízení, pak je toto opatření uvedeno v takzvaném Doporučení školského poradenského zařízení pro vzdělávání žáka se speciálními vzdělávacími potřebami ve škole. Často se však stává, že nejsou tato doporučení ve smyslu úprav prostředí charakterizována školským poradenským zařízením, a proto je nutné, aby byl personál školy schopen tyto úpravy provést pouze na základě konzultací se zákonnými zástupci žáka, samotným žákem a v neposlední řadě na základě vlastní intuice a zkušenosti. Důležitým předpokladem pro vhodné úpravy prostředí je tedy erudovaný personál školy, který se orientuje v oblasti speciální pedagogiky (jedná-li se o úpravy v běžných školách), který je schopen reagovat na individuální požadavky a potřeby žáka. Micha-

lík a kol. (2015) dále dodávají, že je důležitá dobrá diagnostická zkušenost pedagoga a jeho kreativita při jednotlivých úpravách školního prostředí žáka se speciálními vzdělávacími potřebami. Nutno podotknout, že neexistují žádná obecně platná pravidla pro úpravy školního prostředí, avšak vhodnými materiály a podklady jsou Katalogy podpůrných opatření zpracované kolektivem autorů Pedagogické fakulty Univerzity Palackého v Olomouci.

9.2.1 Obecné úpravy školního prostředí

Každý druh zdravotního postižení má svá specifika pro úpravu školního či pracovního prostředí. Úpravy školního prostředí mají významný vliv na pracovní výsledky žáka, ale také na jeho psychický stav. Z obecného hlediska tvoří prostředí dvě složky – materiální a sociální složka, přičemž obě tyto složky vytvářejí podmínky pro vyučování a učení. Ve školním prostředí se mohou vyskytovat bariéry, které mohou omezovat, či dokonce zcela znemožňovat aktivní účast žáka se speciálními vzdělávacími potřebami ve škole, dále se může jednat o špatné zajištění účinné organizace výuky či využití špatných přístupů ze strany vyučujícího. Pro vhodné materiální zajištění výuky je potřeba využít žádoucích metodických postupů, které mimo jiné zohledňují věkové a jiné zvláštnosti žáků (Michalík a kol., 2015). Opomenuto by nemělo zůstat školní klima, které je zejména při inkluzivním vzdělávání efektivním parametrem pro zajištění bezpečného školního prostředí pro žáka se speciálními vzdělávacími potřebami.

Mezi úpravy školního prostředí z hlediska podpůrných opatření spadá celá řada materiálních a sociálních podmínek, které jsou vždy voleny na základě individuálních potřeb daného žáka. Michalík a kol. (2015) v Katalogu podpůrných opatření zmiňuje tyto základní parametry:

- Fyzikální/materiální parametry – teplota; světlo; akustika; barvy a kontrast; nasvícení ploch, předmětů a osob; přizpůsobený nábytek apod.
- Sociální parametry – velikost pracovní skupiny; komunikační vzdálenost; přítomnost dospělých osob (učitel, asistent pedagoga, případně další pedagogický či nepedagogický pracovník) apod.

Významnou roli při zajištění vhodného prostředí pro žáky se speciálními vzdělávacími potřebami hraje rovněž stabilita prostředí z hlediska rozmístění nábytku, předmětů, a to nejen v prostorách třídy, neboť často se žák nepohybuje pouze ve své kmenové třídě, ale po celé budově a okolí školy. Avšak právě stabilita ve smyslu využívání pouze kmenové třídy může

být pro některé žáky velmi podstatná a stěžejní. Ve školách zřízených dle § 16 odst. 9 probíhá výuka zejména v kmenových třídách tak, aby žáci měli jistotu ve stabilitě prostředí a snadno se tak v něm orientovali (pozn.: toto opatření je významné například pro žáky s poruchou autistického spektra), zároveň je pro žáky se zdravotním postižením časté střídání učeben náročné také z hlediska času. Za úpravu prostředí lze považovat také vizuální podporu žákům ve smyslu využití piktogramů, obrázků či fotografií ke snadnější orientaci ve školním prostředí. Dále mezi obecné úpravy školního prostředí můžeme řadit: speciálně upravenou třídu, snadno dostupné toalety, světelné a zvukové signalizace, vodící linie, úpravy pracovního místa žáka, zajištění bezbariérového přístupu apod. Celkově se při úpravách školního prostředí zaměřujeme na úpravy makroprostoru (budova školy, třída, jiná učebna) a mikroprostoru (pracovní místo žáka). Realizace úprav prostředí by měla být prováděna mimo jiné také z důvodu bezpečnosti žáka i jeho spolužáků, neboť pocit bezpečí má opět významný vliv na psychický stav žáka.

V neposlední řadě je nutné podotknout, že se mohou úpravy prostředí lišit také v kontextu toho, zda se jedná o úpravy prostředí pouze pro jednoho žáka (většinou při integraci), nebo jde o skupinu žáků se stejným či podobným problémem.

Úpravy prostředí pro žáky s tělesným postižením

Pro žáky s tělesným postižením spočívají modifikace prostředí zejména v již zmíněném bezbariérovém přístupu do budovy školy a samotné třídy (příp. jiných učeben), ale také všech dalších prostor, které žák využívá (šatna, toaleta, tělocvična apod.) (Dvořáčková in Čadová a kol., 2015). Žákům s tělesným postižením či omezenou schopností pohybu je potřeba prostředí upravit tak, aby se tito žáci mohli v prostorách školy pohybovat bezpečně a bez větších obtíží. Osoby s tělesným postižením či omezenou schopností pohybu často využívají nejrůznějších kompenzačních a rehabilitačních pomůcek, přičemž k jejich užití je zapotřebí právě speciálních úprav prostor. Úpravy se týkají zejména vhodného uspořádání třídy a nábytku tak, aby bylo například umožněno snadno manipulovat s invalidním vozíkem a celkově bezproblémové užívání všech pomůcek, které žák potřebuje.

Úpravy prostředí se u žáků s tělesným postižením, omezenou schopností pohybu či jiným závažným onemocněním provádějí z mnoha důvodů. Může pro ně být například obtížné využívat prostory školy, pracovní místo či pracovní plochu běžným způsobem, a to z důvodů

snížené úrovně hrubé a jemné motoriky. Konkrétní úpravy se pak mohou týkat těchto oblastí (Dvořáčková in Čadová a kol., 2015):

- **Pracovní místo žáka** by mělo být adekvátně uzpůsobeno vzhledem k jeho zdravotnímu stavu a potřebám. Žákovo pracovní místo by mělo disponovat vhodným nábytkem, jde především o **zajištění speciálního nábytku** dle typu a závažnosti jeho tělesného postižení. Hlavním atributem vhodného nábytku je možnost výškového nastavení dle individuálních potřeb. Vhodnou lavici či speciální židli si může žák do školy zajistit sám, ale zajištění je především v kompetenci školy. Židle by pro žáka s tělesným postižením měla být pohodlná, může být opatřena například postranními opěrkami, fixačními pásy, tvarovaným sedátkem a opěradlem apod. Co se týče lavice, i ta by měla být speciálně upravena tak, aby vyhovovala danému žákovi. Lavice by měla být nastavitelná nejen výškově, ale také úhlově, dále může disponovat výkrojkem pro invalidní vozík či speciální židli. Pracovní místo žáka by mělo být vybaveno **vhodným osvětlením** a takovými pomůckami, které žák ke vzdělávání potřebuje.
- **Vhodné uspořádání třídy** je zásadním atributem pro zajištění bezproblémového pohybu žáka ve třídě, důležitý je dostatečný prostor pro umožnění průchodu (průjezdu) žáka bez překážek a zajištění dostatku prostoru pro manipulaci s kompenzačními a rehabilitačními pomůckami. Důležitá je pro žáka snadná dostupnost pracovního místa, tabule a jiných prostor třídy, které žák využívá. Pro žáky s tělesným postižením je v kontextu používání nejrůznějších kompenzačních a rehabilitačních pomůcek potřeba zajistit stabilitu prostředí a vhodné místo pro uschovávání těchto pomůcek (může se jednat o vyhrazený prostor pro invalidní vozík, vertikalizační stojan apod.).
- **Zřízení relaxačního místa ve třídě** hraje významnou roli pro psychologický stav. Žák často vyžaduje odpočinek po vykonané činnosti či aktivitě, proto je vhodné mít ve třídě zřízen relaxační koutek, který by měl disponovat pomůckami, jako jsou sedací vaky, polohovací podložky a matrace, polštáře apod. Polohování je pro žáka s tělesným postižením nedílnou součástí každodenní péče, proto je důležité polohu často měnit.
- **Vybavení třídy dalším nábytkem** dle individuálních potřeb daného žáka. Může se jednat o vyhrazení skříně nebo police pro ukládání kompenzačních a didaktických pomůcek či osobních věcí žáka (předměty

k osobní hygieně, léky apod.), přičemž by tyto předměty měly být vždy uloženy na dosah žáka (v rozsahu jeho pohybových možností). Třída by dále měla v případě potřeb žáka disponovat lehátkem, které může sloužit k přebalování či převlékání.

- **Jiné úpravy prostředí**, mezi které můžeme zařadit například upravenou výšku umyvadla, baterie, toalety apod. Dále se modifikace mohou týkat umístění nejrůznějších pomůcek pro usnadnění pohybu osob s tělesným postižením (madla, zábradlí, zvedací zařízení, kliky dveří aj.). V případě, že není ve škole zajištěn bezbariérový přístup do všech prostor, musí být zabezpečen jiným způsobem (např. schodišťová plošina, schodolez, rampa apod.), dále se úpravy mohou týkat terénních a technických úprav.

Zajištění bezpečného prostředí ve škole je jedním z hlavních aspektů pro vzdělávání žáků nejen s tělesným postižením. Mezi základní prvky, které mají vliv na bezpečí žáků, můžeme zařadit vhodně zvolené dveře, zabezpečená okna, protiskluzové povrchy, minimum skleněných předmětů v prostorách školy a mnoho dalších.

Úpravy prostředí pro žáky s mentálním postižením a PAS

Úpravy prostředí pro žáky s mentálním postižením a poruchami autistického spektra jsou často dosti podobné, proto jsme tyto dvě kategorie spojili dohromady. Důvody pro úpravy školního prostředí jsou především (Gavendová in Valenta a kol., 2015; Žampachová, Čadilová a kol., 2015):

- Špatná schopnost orientace v prostředí školy.
- Problémy s koncentrací a pozorností žáka.
- Neschopnost samostatné organizace „školního života“.
- Potíže v porozumění řeči, ve smyslovém vnímání a oblasti kognitivních funkcí, při adaptabilitě ve školním prostředí.

Modifikace se odvíjí od prostorových možností školy a od třídního kolektivu žáků. Pro žáky s mentálním postižením a žáky s PAS není většinou nutno větších technických úprav prostředí, spíše se jedná o drobnější úpravy ve smyslu organizace vzdělávacího procesu a jeho strukturalizace.

Konkrétně se může jednat o tyto úpravy:

- **Úprava pracovního místa** žáka s mentálním postižením či poruchou autistického spektra spočívá ve vhodně zvoleném usazení žáka ve třídě, přičemž se doporučuje, aby žák seděl v dostatečné blízkosti vyučujícího

tak, aby byl zabezpečen bezprostřední kontakt mezi žákem a pedagogem. Pracovní místo by mělo disponovat vhodnou lavicí a židlí, aby se žákovi dostávalo pohodlí, vhodné je využít lavici se sklopnou deskou. Podstatným prvkem, pro dobré pracovní výsledky, je rovněž vhodné osvětlení pracovní plochy žáka a dostatek místa na odkládání především didaktických pomůcek (rozvrhy, tabule, komunikační kniha, piktogramy apod.). Zároveň by se mělo jednat o takové místo, které žákovi poskytuje dostatek klidu pro práci, což mu umožní soustředit se na přidělený úkol, a kde by naopak v případě, že potřebuje více času, nerušil ostatní spolužáky.

- **Vytvoření odpočinkového koutu**, který žákovi poslouží v případě výskytu únavy či nežádoucích projevů v chování tak, aby měl žák možnost si odpočinout a zklidnit se. V odpočinkovém koutě by neměl chybět vak, polštář, deky, případně také oblíbené hračky a předměty žáka. Žáci s mentálním postižením či PAS často vyžadují střídání aktivit, proto i pro činnosti, které nevyžadují striktně práci u stolu, lze relaxační místo využít pro tyto účely.
- **Strukturalizace prostoru**. „Žáci potřebují ke zvládnutí organizační stránky výuky jasně strukturované nejen prostředí třídy, ale také dalších prostor, které bezprostředně souvisejí se vzdělávacím procesem (šatna, jídelna, šatna u tělocvičny, odborné učebny apod.)“ (Žampachová, Čadilová a kol., 2015, s. 211). Úpravy v tomto kontextu se mohou soustředit na vizuální podporu žáků prostřednictvím obrázků, fotografií, značek, denních režimů, piktogramů apod. Důraz by měl být kladen na jednoduchost a přehlednost prostředí.
- **Redukce rušivých podnětů**, neboť jak již bylo zmíněno, žáci s mentálním postižením či poruchami autistického spektra mají často problémy se schopností koncentrace na práci, proto je vhodné odstranit z okolí veškeré rušivé elementy. Často se může jednat také o přemíru pomůcek a stimulů v okolí pracovního místa žáka nebo přílišný hluk v okolí třídy či samotné třídy. Pro tyto případy lze zřídit žákovi ještě jedno pracovní místo ve třídě, kde mu bude poskytnut větší klid pro práci (například v zadní části třídy či zcela mimo třídu).

Pro žáka je důležitá stabilita školního prostředí, pracovního místa, ukládání jeho osobních věcí a kompenzačních pomůcek. Žákovi prostředí upravujeme vzhledem k jeho individuálním potřebám a schopnostem. Opatření týkající se modifikací školního prostředí a vzdělávacího procesu

žáků s poruchami autistického spektra by měla probíhat v souladu s metodikou strukturovaného učení (Žampachová, Čadilová a kol., 2015). Nutné je zajistit pro žáky takové prostředí, které pro ně bude bezpečné, podnětné a přehledné.

Úpravy prostředí pro žáky se zrakovým postižením

U žáků se zrakovým postižením bývají zpravidla nutné modifikace makroprostoru a rovněž také mikroprostoru. Kánský a Součková (in Janková a kol., 2015) vymezují projevy žáka se zrakovým postižením, které jsou hlavními důvody pro úpravu prostředí. Jde o tyto charakteristiky na straně žáka:

- Žák má špatný odhad směrem k překážce, její vzdálenosti, velikosti, hloubce nebo na překážku reaguje opožděně.
- Žák se v prostředí obtížně orientuje pomocí zraku.
- Žák se v prostředí orientuje prostřednictvím kompenzačních smyslů.
- Žák neobvykle reaguje na světelné podmínky (světloplachost, šeroslepost), využívá pouze omezených zrakových funkcí.
- Jde o žáka s kombinovaným postižením, přičemž jedno z nich je právě postižení zrakové.

Vhodná úprava školního prostředí žáka se zrakovým postižením může vést k větší samostatnosti žáka při práci, snižuje jeho zrakovou unavitelnost, umožňuje rozvoj samostatného pohybu a dále dochází ke snižování závislosti na pomoci druhé osoby, což má významný vliv na dobrou sociální adaptaci žáka ve škole. Než si představíme samotné úpravy, které jsou vhodné pro žáky se zrakovým postižením, je nutné zmínit ještě zrakovou hygienu, neboť dodržování pravidel zrakové hygieny se odráží ve výsledcích práce žáka a jeho psychické pohodě. Obecně mezi pravidla zrakové hygieny řadíme:

- Vhodné osvětlení (zejména vhodné osvětlení pracovního místa).
- Vhodné využívání kompenzačních pomůcek a jejich čistota.
- Vhodné je častější střídání činností (práce a odpočinku).
- Vhodné usazení žáka ve třídě (vždy s přihlédnutím k charakteru zrakové vady).

Pro vzdělávání žáků se zrakovým postižením jsou však nutné některé významnější úpravy prostředí, které si nyní blíže představíme. Tyto modifi-

kace se dotýkají jak prostředí ve smyslu celé budovy školy, tak také pracovního místa konkrétního žáka (Kánský, Součková in Jánská, 2015):

- **Využití kontrastních barev a materiálů** pro označení překážek, schodů, zárubní dveří, úchytů a vypínačů, klik či zvýraznění pracovní plochy žáka, vhodné se v tomto případě jeví označení pracovní plochy tmavší barvou.
- **Vodící linie**, které mohou mít charakter uměle vytvořených vodicích linií či přirozených vodicích linií. Můžeme například využít barevných stop, které žákovi pomohou při orientaci v budově, dále bychom měli dbát na čistotu chodeb tak, aby samotnou vodicí linií mohla být například postranní část chodby (stěna budovy) či aby mohla být využita reliéfní dlažba apod. V některých případech mohou být vodící linie také akustického charakteru.
- **Základní informační zařízení** by měla být taktéž uzpůsobena pro osoby se smyslovým postižením. V tomto případě se může jednat o doplnění těchto zařízení akustickými, taktilními či optickými prvky (Šnajdarová, 2007). Pro splnění tohoto požadavku se často využívá zvětšení a zjednodušení písma, osvětlení nadpisů, kontrastní zvýraznění či využití piktogramů nebo haptických prvků.
- **Lavice se sklopnou deskou**, jejíž výhodou je možnost nastavit její úhel až na 90° a ve spodní části lavice se nachází lišta, která zamezuje sesunu materiálů (sešitů, pracovních listů apod.). Další úpravou lavice může být její potažení protiskluznou fólií. K uchycení potřebných dokumentů však lze využít zcela běžných a dostupných pomůcek, např. kolíčky a klipy. Při nastavování lavice vždy vycházíme z individuálních potřeb konkrétního žáka. Sklopná lavice slouží především k přiblížení učebnic, textu, pracovních listů žákovi blíže k očím.
- **Ergonomické uspořádání pracovního místa** sehrává důležitou roli zejména z důvodu toho, že žák se zrakovým postižením často využívá mnoho kompenzačních pomůcek. Proto je běžná pracovní plocha lavice pro žáka nedostatečná, za vhodné řešení se jeví spojení dvou lavic, případně využití tzv. Hartmanova stolku. Hartmanův stůl má nejen sklopnou lavici a kontrastní desku, ale disponuje také dostatečným úložným prostorem (Finková, Růžičková, Stejskalová, 2011).
- **Vhodné usazení žáka ve třídě** má nepochybně velký vliv na pracovní výsledky žáka. Při hledání vhodného místa ve třídě pro žáka se zrakovým postižením vždy vycházíme z charakteru jeho zrakové vady a jeho

individuálních potřeb. Pro žáka je vždy důležitý snadný přístup k lavici a k tabuli. Polohu pracovního místa volíme s ohledem na maximální pohodu žáka a také s ohledem na nejlepší světelné podmínky.

- **Taktilně-haptická podpora žáka** ve smyslu již zmíněných vodicích linií, které však můžeme využít rovněž při úpravě samotného pracovního místa (pro snazší orientaci na lavici). Využíváme mimo jiné hmatových značek, dymopásek apod., pro žáka se zrakovým postižením je orientace v prostředí školy velmi důležitá, proto se za přínosné považuje také vytvoření hmatového plánu školy, případně třídy a jiných učeben.
- **Světelné podmínky** lze považovat za vhodné, jestliže je pracovní plocha osvětlena rovnoměrně. Stejně jako u mnoha výše zmíněných úprav, tak také při vytváření vhodných světelných podmínek vycházíme z individuálních potřeb žáka a charakteru jeho zrakové vady. K úpravám světelných podmínek často využíváme nejrozumnějších instalací lokálního přisvětlení (lampička, bodová svítidla apod.), či naopak potřebujeme světelné podmínky upravit ve smyslu snížení rozptylu slunečního světla, k čemuž nám poslouží žaluzie, závěsy a jiná stínidla.

Celkově by žákovi se zrakovým postižením měla být umožněna snadná orientace a pohyb ve školním prostředí a měly by být vytvořeny takové podmínky pro vzdělávání, aby přihlížely k žakovým individuálním potřebám a jeho zdravotnímu stavu. Kánský a Součková (in Jánská a kol., 2015, s. 219) doplňují, na co klást důraz při realizaci úprav prostředí: „Důraz klademe na přirozenou realizaci všech opatření (aby žák nebyl sociálně vyčleněn).“

Úpravy prostředí pro žáky se sluchovým postižením

Při realizaci úprav prostředí pro žáky se sluchovým postižením vždy vycházíme ze zásad komunikace s osobami se sluchovým postižením, přičemž tyto úpravy spočívají v celkové úpravě školního prostředí. Žáci vyžadující úpravy prostředí z důvodu sluchové vady potřebují především vhodné akustické a vizuální prostředí pro naplnění podmínek kvalitního vzdělávání. U těchto žáků se většinou vyskytuje problém v porozumění řeči, a především se vyskytují problémy ve sluchovém vnímání, přičemž se může jednat například o přeslechy (Dvořáčková in Barvíková a kol., 2015). Pro vhodné modifikace prostředí školy je opět nutné znát žakovu diagnózu, zejména stupeň sluchové vady.

V obecné rovině se často jedná o tyto úpravy prostředí (Dvořáčková in Barvíková a kol., 2015):

- **Členěné povrchy stěn** jsou důležité z hlediska odhlučnění prostředí třídy či jiné učebny, ve které se žák vzdělává. Členěný povrch stěn zabraňuje odrazům zvuků od stěn; takových úprav můžeme docílit rozmístěním nástěnek po třídě (vhodné jsou korkové nástěnky).
- **Odhlučnění prostor třídy**, stejně jako u jiných druhů postižení, pozitivně ovlivňuje příjem informací a působí na žáka také ve smyslu větší koncentrace na práci a zamezení rozptylování z důvodu hluku. K eliminaci hluku lze využít záclon a závěsů, protihlukových stěn, kobereců umístěných na stěnách třídy apod.
- **Vhodné umístění třídy v budově školy** nám zabraňuje právě výše zmíněným hlukům z okolí. V ideálním případě by měla být třída pro žáka či žáky se sluchovým postižením umístěna v klidnější části budovy školy. Klidnější místo volíme nejen z důvodu hluku v samotné budově, ale také v jejím okolí (např. okna třídy směřují na frekventovanou ulici apod.).
- **Odhlučnění nábytku ve třídě** je také důležitým aspektem pro vytvoření klidného pracovního prostředí pro žáka se sluchovým postižením. Snížit hluk, který vydává například manipulace s židlemi nebo stoly, lze pomocí plstěných podložek na nohách židlí a stolů.
- **Vhodné usazení žáka ve třídě**. Stejně jako pro žáka se zrakovým postižením je i pro žáka se sluchovým postižením důležité vhodně zvolené pracovní místo v rámci třídy. U žáka se sluchovým postižením je zapotřebí, aby byl v dostatečně blízkém kontaktu s vyučujícím. Jde především o možnost navázat zrakový kontakt nebo umožnění vhodných podmínek sloužících k odezírání z úst vyučujícího.
- **Zajištění vhodných světelných podmínek** nejen pro práci žáka se sluchovým postižením, tedy jeho pracovního místa, ale důležité je také vhodné osvětlení komunikačního partnera, které zajišťuje lepší podmínky pro odezírání.

Úpravy prostředí pro žáky s narušenou komunikační schopností

Žák s narušenou komunikační schopností může stejně jako žáci s jiným druhem postižení potřebovat ke kvalitnímu vzdělávání některé úpravy prostředí. Nebude se pravděpodobně jednat o žádné větší zásahy, avšak i drobné úpravy mají svá opodstatnění. Žáci s narušenou komunikační schopností (dále jen NKS) často nejsou schopni pracovat bez přímého dohledu pedagoga, proto je nutné, aby těmto žákům byl poskytnut bližší

kontakt s vyučujícím, případně byla tato potřeba kompenzována aplikací podpůrného opatření ve smyslu dalšího pedagogického pracovníka ve třídě (běžně asistent pedagoga). Mezi další důvody, proč často žák s NKS potřebuje jakékoliv úpravy prostředí, patří snížení úrovně sluchového vnímání na straně žáka, a z tohoto důvodu je potřeba zajištění akusticky příznivých podmínek. V neposlední řadě se jedná o vytvoření zázemí pro individuální logopedickou péči a práci se žákem (Jehličková in Vrbová a kol., 2015). U žáků s NKS se tedy jedná o tyto úpravy prostředí:

- **Zajištění kvalitního příjmu informací**, což souvisí také s **vhodnou volbou usazení žáka** v rámci třídy. Jak jsme již zmínili výše, žák s NKS často potřebuje bližší kontakt s vyučujícím, což zajišťuje právě kvalitní příjem všech informací. Jehličková (in Vrbová, 2015, s. 214) uvádí jako příklad „žáky s dysfázií, u kterých je velmi důležité kompenzovat deficity ve sluchovém vnímání i zrakovém vnímání správným posazením žáka ve třídě“. Žáka s NKS je proto důležité usadit na místo, kde bude dobře vidět na svého vyučujícího a také vyučujícího dobře uslyší. Při klasickém uspořádání lavic ve třídě se za vhodné může jevit posazení žáka do druhé lavice v řadě uprostřed. Avšak variabilita zasedacího pořádku může být jakákoliv, neboť můžeme lavice uspořádat také do jedné řady v případě menšího počtu žáků ve třídě či sestavit lavice do písmene „U“. Pro žáky s NKS je důležité, aby pohled na vyučujícího a tabuli byl čelně (Jehličková in Vrbová a kol., 2015).
- **Pracovní místo žáka a místo k individuální práci**. Žák s NKS často potřebuje dostatek prostoru pro práci, neboť k výuce může potřebovat nejrůznější pomůcky (přehledy, abeceda, počítadla apod.), které mohou zabírat na klasické lavici spoustu místa. Na druhou stranu je důležité, aby takový žák neměl kolem sebe příliš rušivých podnětů (stejně jako žák s ADHD) (Jehličková in Vrbová a kol., 2015). Uspořádání pracovního místa je jednou z priorit k dosažení kvalitního vzdělávání. Rovněž může žák vyžadovat více času na práci nebo pro práci potřebuje využít svých kompenzačních pomůcek, proto je nutné zvolit pracovní místo žáka také s přihlédnutím k tomuto aspektu. Můžeme proto například vytvořit ve třídě ještě jednu lavici v zadní části třídy pro samostatnou individuální práci žáka.
- **Úpravy hlučnosti prostředí** jsou pro práci s žáky s narušením komunikačních schopností také jednou z priorit. Důvodem pro tuto úpravu může být špatná akustika třídy, případně se třída může nacházet

v hlučnější části budovy školy. Ke snížení hlučnosti ve třídě můžeme využít protihlukových zástěn, závěsů, koberců nebo protihlukových dveří.

- **Místo k relaxaci** může žák využívat pro zklidnění své osoby nebo také za odměnu po dokončení práce či činnosti. Relaxační koutek lze zřídit v zadní části třídy. Při tvorbě relaxačního místa můžeme využít vaků, dek a polštářů, koberců či bazénku s kuličkami pro menší děti.
- **Místnost pro logopedickou péči** žáků s narušenou komunikační schopností. Mělo by se jednat o zcela samostatnou místnost mimo třídu, která by měla disponovat logopedickými pomůckami (logopedické zrcadlo, technické pomůcky – počítač, komunikátor, tablet apod.).

Narušení komunikační schopnosti je často v kombinaci s jiným druhem postižení, proto se za vhodné jeví kombinace různých úprav prostředí, které jsou již zmíněné v podkapitolách jednotlivých druhů postižení. Často se jedná o kombinaci NKS a tělesného postižení, smyslového postižení či mentálního postižení. U úprav prostředí je důležitá flexibilita ze strany pedagoga či jiného pedagogického a nepedagogického pracovníka. Jehličková (in Vrbová a kol., 2015) dále dodává, že nevhodné pracovní prostředí žáků s NKS může mít vliv na zhoršení výsledků žáka či může dojít k potížím v chování.

Úpravy prostředí pro žáky s kombinovaným postižením

Specifickou skupinu by nám pak mohli tvořit žáci s kombinovaným postižením, pro které jsou samozřejmě úpravy prostředí také velmi důležité. Samostatný katalog podpůrných opatření pro žáky s kombinovaným postižením není zpracován, proto doporučujeme při modifikacích školního prostředí vycházet z dominantního postižení či kombinovat jednotlivé úpravy z dílčích částí katalogů.

Často se totiž bude jednat o úpravy pracovního místa a celkové úpravy třídy, rozmístění nábytku, úpravy světelných a zvukových podmínek pro vzdělávání, relaxační místa či jiná specifická místa, která žáci s kombinovaným postižením vyžadují (např. přebalovací pult). U žáků s kombinovaným postižením je vhodné dodržovat stabilitu prostředí pro jejich snadnější orientaci v prostředí školy, dále je vhodné stejně tak jako v případě žáků s tělesným postižením či smyslovým postižením umístit třídu do přízemí a klidnější části budovy.

Úpravy prostředí byly v tomto textu charakterizovány pro jednotlivé druhy postižení, avšak je nutné podotknout, že ve většině případů se všechny tyto modifikace mezi sebou prolínají. Pro žáky se speciálními vzdělávacími potřebami jsou jisté úpravy prostředí školy a jejich pracovních míst nezbytné. Vhodné úpravy mají účinek na jejich kvalitní vzdělávání, úspěch, psychologický stav a umožnění samostatnosti žáka, což má podstatný vliv na sociální adaptaci ve škole. I přesto, že jsme si uvedli výčet možností úprav školního prostředí, je nutné, aby se k těmto modifikacím vždy přistupovalo individuálně na základě získaných informací o žákovi (stupeň a druh jeho zdravotního postižení, zkušeností, možností a potřeb, doporučení školských poradenských zařízení, příp. jiných odborníků, a v neposlední řadě ve spolupráci se zákonnými zástupci žáka). Může se jednat pouze o drobné úpravy prostředí, ale také zásadnější modifikace, bez kterých by například žák nemohl být vůbec přítomen ve vzdělávacím zařízení. Často se úpravy týkají bezbariérového přístupu do školy a školských zařízení a jejich prostor (toaleta, jídelna apod.), uspořádání třídy, vybavení školy adekvátním nábytkem či vytvoření místa pro specifickou aktivitu či činnost žáka (přebalovací kout, místo k odpočinku a relaxaci nebo místo k podávání léků).

K úpravám školního prostředí a pracovního místa by mělo dojít vždy před zahájením docházky žáka do školy, případně krátce po jejím zahájení. Při realizaci úprav je třeba pracovat v týmu, který by se měl skládat z jednotlivých pedagogů, kteří se podílejí na vzdělávání žáka, asistenta pedagoga, v neposlední řadě i samotného žáka a jeho zákonného zástupce. Výsledkem této spolupráce by měl být prostor, který bude vyhovovat specifickým požadavkům žáka se speciálními vzdělávacími potřebami a současně bude vhodný pro efektivní edukaci všech žáků v duchu inkluzivních idejí.

10

Multisenzorický přístup v kontextu úpravy prostředí

V intencích problematiky úpravy prostředí jsme se již dotkli řady aspektů, počínaje legislativním rámcem až po zcela konkrétní možnosti adaptace domácího, školního či pracovního prostoru. Domácí prostředí zde bylo popsáno zejména ze zorného úhlu potřeb dítěte s postižením tak, aby vyrůstalo v bezpečném, ale i podnětném, stimulujícím prostředí. Potřeba přiměřené stimulace patří k základním psychickým potřebám, jejichž naplnění u osob se zdravotním postižením / specifickými potřebami má zpravidla své specifické charakteristiky. Právě otázky stimulujícího prostředí a multisenzorického přístupu v intencích konceptu Snoezelen a bazální stimulace jsou diskutovány na následujících řádcích.

10.1 Multismyslové prostředí Snoezelen

10.1.1 Pojetí multismyslového prostředí Snoezelen

Jednou z prvních asociací, která se objeví při vyslovení slova Snoezelen, jsou pravděpodobně světla, bubliny a kouzla. Jak ale podotýká Bodečková (2020), kouzlo Snoezelenu je ve smyslovém zážitku, radosti, odpočinku i poznání. Tyto okamžiky můžeme prožít také v lese, u táborového ohně, na rozkvetlé louce. Proto mají v praxi své nezastupitelné a důležité místo venkovní multismyslová prostředí, která nesou přidanou hodnotu přírodního prostředí a materiálů. My se však v našem příspěvku zaměříme na Snoezelen ve vnitřních prostorách, jeho pojetí, význam a přípravu vzhledem k individualitě každého návštěvníka.

Princip smyslové stimulace a relaxace je obsažen už v samotném názvu Snoezelen. Jedná se o složeninu dvou nizozemských slov: snuffelen (cítit, čichat) a doezelen (dřímát, pospávat). V Americe a v Austrálii je užívaný po-

jem Multisensory Environment (multismyslové prostředí), zkráceně MSE. V dnešní době se zkratka MSE objevuje jako přípona k termínu Snoezelen, a to s cílem sjednotit pojetí konceptu a prohloubit mezinárodní spolupráci (Filatova, 2014).

International Snoezelen Association (ISNA) definuje Snoezelen jako „prostředí, které vytváří pocity pohody, uvolnění, zklidnění, ale také aktivizuje, stimuluje a probouzí zájem, řídí a klasifikuje podněty, vyvolává vzpomínky, organizuje komplexní rozvoj, snižuje pocity strachu a úzkosti, vyvolává pocity jistoty a bezpečí, podporuje socializaci a rozvoj vztahů, přináší radost“ (Filatova, Janků, 2010, str. 18). Tato pozitiva může prostředí Snoezelenu přinést, pokud senzorická stimulace bude optimální a její intenzita a poměr bude v souladu s individuálními potřebami návštěvníka. Tak podle Koka, Petera a Choufoura (2000) poskytneme prostředí nestresující a rozvíjející. V roce 2012 byl na fóru v Alabamě zástupci ISNA-MSE zdůrazněn význam vzájemného a citlivého vztahu mezi klientem, zkušenou doprovázející osobou a kontrolovaným prostředníkem (Filatova, 2014). Jednalo se podle našeho názoru o velmi významný okamžik, neboť byl zdůrazněn princip Snoezelenu nejen jako kouzelné světélkující místnosti, ale jako prostředí, jehož přístupnost, bezpečnost a přínos je založen na mezilidské interakci a komunikaci. V témže vyjádření byla podpořena myšlenka využití Snoezelenu jako volnočasové aktivity, terapie či podpory edukační aktivity. Přes řadu definic, vymezení a přiblížení prostředí Snoezelenu podotýkají Hulsegge a Verheul (1987), že k opravdovému, ucelenému a niternému pochopení podstaty a principu Snoezelenu dojdeme až skrze osobní prožitek a zkušenost.

První hypotézy o pozitivním vlivu multismyslového prostředí, a tedy náznaky principu Snoezelen konceptu, můžeme sledovat již od 60. let 20. století, kdy se objevují první Sensory cafeteria (Kavárny smyslů). V nich se dvojice psychologů Cleland a Clark (1966) zaměřovala na zlepšení komunikačních schopností a pozitivní vliv na chování u osob s mentálním postižením. Dle Mertense (2003) tak prostřednictvím multismyslové stimulace docházelo k rozvoji osobnosti klientů s mentálním postižením. O desetiletí později navázali na myšlenku Sensory cafeteria nizozemští psychoterapeuti Ad Verheul a Jan Hulsegge. Smysl daného prostředí viděli v možnosti nalezení komunikační cesty, mostu mezi intaktní populací a osobami s těžkým kombinovaným postižením a zároveň podpory klienta v rámci volnočasových aktivit (Janků, 2010; Hulsegge, Verheul, 1987). Na počátku stála myšlenka vytržení klientů ze stereotypu a šedivé pravidelnosti a jednotvárnosti

života v ústavní péči prostřednictvím silného, překvapivého a nečekaného zážitku. Předpokladem bylo získání pozornosti klienta a zvýšení jeho aktivity. Známy je první experiment Verheula a Hulsegea, při kterém vyvezli pasivního klienta na chladivý večerní vzduch a sledovali jeho reakci. Zaznamenali radost a smích, upoutání pozornosti, tedy přesně ty požadované změny, kterých chtěli dosáhnout. Následoval vznik speciální místnosti, ukrývající kouzla a překvapení, která stála v kontrastu s běžným, známým prostředím. Nevšednost a možnost smyslové stimulace tak díky silnému prožitku otevřela cestu k navázání kontaktu a komunikace s klienty s těžkým kombinovaným postižením (Fajmonová, Chovancová, 2008; Filatova, 2014). V Hartenbergu, na místě vzniku první Snoezelen místnosti, postupně vznikl celý komplex – Centrum Snoezelen De Hartenberg, fungující dodnes (Janků, 2010; Hulsege a Verheul, 1987).

Ačkoli první Snoezelen prostředí slavilo úspěch, přiznávají jeho autoři opomenutí teoretických východisek a hlubší promyšlenost celé koncepce. Práce ve Snoezelenu byla spíše intuitivní a odvíjela se čistě od libosti a ne-libosti klientů. Chyběl tedy jednotný rámec aktivit ve Snoezelenu, včetně vytyčení hlubších cílů přesahujících volnočasové využití klientů. Dnes vnímáme nutnost promyšlenosti naší nabídky ve Snoezelenu tak, aby byla jasná, smysluplná a přiměřená. Neodborný přístup může vyústit v chaos, dezorientaci a následně buď pasivitu, nebo agresivitu klienta z přehlcení množstvím stimulů (Ackermann, 2012; Filatova, Janků, 2010). Jak upozorňuje Bodečková (2020), nahodilá práce ve Snoezelenu (být kvalitně vybaveném), bez hlubšího pochopení jeho podstaty, může vést k nespokojenosti klientů a ústupu od využívání multismyslového prostředí v daném zařízení. Filatova, Janků (2010) podotýkají, že práce ve Snoezelenu musí mít svůj smysl, řád a cíl. Ten můžeme chápat jako snahu terapeuta/průvodce „pochopit a pomoci uskutečnit reálné potřeby, preference a přání klienta“ (Filatova, Janků, 2010, s. 19). Při naplňování stanoveného cíle a s respektem k základním principům Snoezelenu však vycházíme z individuálních potřeb klienta, kterým přizpůsobujeme úpravu prostředí, výběr technik, metod a pomůcek a také časový plán a harmonogram pobytu v multismyslovém prostředí (Filatova, Janků, 2010).

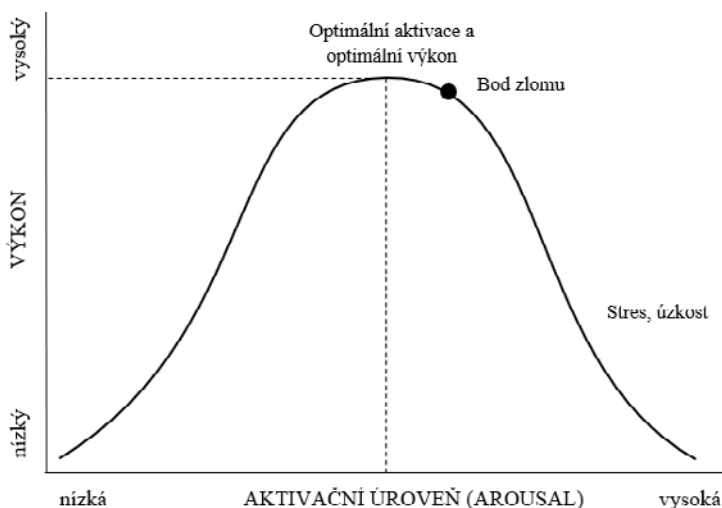
V průběhu let došlo také k posunu chápání cílové skupiny, pro kterou je Snoezelen určen. Od prvotního zaměření na klienty s mentálním a kombinovaným postižením jsme v dnešní době došli k pochopení tohoto prostředí jako funkčního, smysluplného a přínosného téměř pro kohokoli, intaktní společnost nevyjímaje. Díky proměnlivosti, multifunkčnosti a flexibilitě

může přinést pozitivní prožitek nejen osobám se zdravotním postižením, ale komukoli, kdo v danou chvíli potřebuje jiný svět. Jak podotýká Hrčová (2016), prostředí Snoezelenu poskytuje podporu v zátěžových životních situacích a je vyhledávané pro pocit uvolnění a relaxaci v náročných obdobích. Snoezelen tak proniká do domovů, škol, nemocnic a dalších zařízení. A své místo má i mimo záštitu institucí, kdy stojí zcela samostatně a možnost návštěvy a pobytu má kdokoli, kdo má zájem (Průvodce konceptem Snoezelen; Filatova, Janků 2010; Truschková, 2007).

Po uvolnění v 90. letech 20. století proniká koncept také do našeho prostředí. Zpočátku se ale nesetkává s velkým úspěchem. Podoba místností sice odpovídala zahraniční severní inspiraci, ale scházel informovaný a proškolený personál. Také v našich podmínkách se tedy potvrdila důležitost lidského přístupu jako determinanty přívětivosti, přístupnosti a bezpečnosti prostředí (Filatova, 2014). O postupný rozvoj a zabudování koncepce Snoezelenu se u nás zasloužila dvojice Hana Stachová a Renáta Filatova. Psycholožka Hana Stachová přichází se zkušenostmi ze stáže ve Francii, speciální pedagožka Renáta Filatova přispěla svými zkušenostmi s výrobou pomůcek pro osoby se zdravotním postižením. Vzájemné propojení jejich zkušeností bylo velmi inspirující, a tak v roce 2002 vzniká první modrozelený Snoezelen v centru Čtyřlístek v Ostravě. Odlišnost tkvěla nejen v překonání dříve zažité sterilní podoby bílých pokojů, ale rovněž v přístupu k aktivitám v tomto prostředí (Filatova, 2014; Filatova, Janků, 2010). Filatova následně vybudovala v roce 2009 Vzdělávací centrum Snoezelen konceptu v Ostravě, společně s Janků v roce 2011 založila Asociaci konceptu Snoezelen České republiky (ASNOEZ, dnes ISNA-MSE, z. s.) a nadále se podílí na osvětě a vzdělávání odborníků v oblasti multismyslového prostředí a možností jeho využití (Filatova, Janků, 2010; Filatova, 2014). Přestože Truschková (2007) poukazuje na nesporný zájem o koncept Snoezelen místností a také obě zakladatelky konceptu v našich podmínkách potvrzují jeho rozšíření nejen ve sféře ústavní péče, ale také v rámci dalších institucí sociálního i školského resortu, upozorňují Filatova s Janků (2010) na potřebu neustálého prohlubování vzdělání a poznání principu Snoezelenu, aby mohl být využíván v celé své šíři a komplexnosti. Mimo změnu pojetí Snoezelenu v oblasti cílové skupiny můžeme posun zaznamenat také ve výběru jednotlivých stimulů a míře pozornosti, která je tomuto výběru věnována. Potvrzuje se nám tak již zmíněná potřeba promyšlenosti a připravenosti pobytu ve Snoezelenu. Svůj vliv hraje jistě také poznání a pochopení současného světa, který je ve většině svých sfér

přesycen podněty. Diferenciace stimulů ve Snoezelenu je tedy zcela namístě a má svůj význam (Filatova, 2014).

Snoezelen tak v dnešní době vnímáme jako uměle vytvořené prostředí, které svým záměrným uspořádáním vytváří atmosféru bezpečí a důvěry. Pro naplnění tohoto pojetí je mimo materiální zabezpečení prostoru důležitý i lidský faktor. Tuto skutečnost velmi výstižně znázorňuje tzv. didaktický trojúhelník. Zobrazuje souhru tří důležitých determinant: uspořádaného prostoru, klienta/uživatele a terapeuta/průvodce. Jejich vzájemným synergickým působením vzniká výsledný Snoezelen efekt (Filatova, Janků, 2010). Každý vrchol didaktického trojúhelníku má přitom svůj zásadní význam a působení všech tří vrcholů by mělo být optimálně v rovnováze. Janků (2010) upozorňuje, že zásadní roli hraje právě vztah mezi klientem a terapeutem/průvodcem. Díky němu se daří naplňovat stanovené cíle. Úkolem průvodce je nejen navázat vztah a komunikaci s klientem, ale právě na podkladě vztahu a znalosti klienta, jeho preferencí a osobitých komunikačních projevů a signálů určit a optimálně nastavit míru stimulů. Hlídá tedy tzv. aktivační úroveň klienta a důležitý bod zlomu. Při nedostatečné stimulaci klienta nebo naopak při překročení onoho bodu zlomu pozorujeme u klienta nechtěné projevy, a především ho dostáváme do nepříznivé, nepříjemné situace, kdy ztrácí pohodu a pocit bezpečí. Je to tedy průvodce, v jehož rukou leží přístupnost prostředí Snoezelenu. Příznaky nepohody mohou být variabilní, objevuje se ospalost, apatie, neklid, rozrušenost, agresivita, zmatenost nebo úzkostné projevy. Při překročení bodu zlomu může klient prožívat pocity silného vzrušení a přemíry podnětů, kterým ale nerozumí a nedokáže je v takovém množství zpracovat. Proškolený a uvědomělý průvodce je schopen právě na základě znalosti klienta, jeho autobiografie a na základě vzájemného vztahu rozpoznat blížící se bod zlomu a v danou chvíli omezit množství a charakter stimulů tak, aby se dostaly na optimální úroveň a pro klienta se obnovilo bezpečné prostředí (Yerkes, Dodson, 1908). Výše popsany význam úrovně stimulace klienta, tedy Yerkes-Dodsonův zákon, ilustruje následující obrázek.



Yerkes-Dodsonův zákon (Yerkes, Dodson, 1908).

10.1.2 Průvodce multismyslovým prostředím a zásady práce ve Snoezelenu

Je patrné, že průvodce nese velkou odpovědnost za dění ve Snoezelenu, naplnění stanovených cílů, ale především za samotného klienta a jeho aktuální prožitek i dlouhodobý rozvoj. Ať už se tedy jedná o průvodce z různých profesí, měl by to být člověk dostatečně kompetentní k dané činnosti. Janků (2010) jako průvodce ve Snoezelenu jmenuje především speciální pedagogy, psychoterapeuty, psychology, sociální pracovníky, vychovatele, muzikoterapeuty, ale také rehabilitační pracovníky, fyzioterapeuty, ergoterapeuty. S odhlédnutím od základní profese a vzdělání by měl průvodce dosahovat jistých osobních vlastností, které jsou de facto základem pro kvalitní plán a průběh pobytu ve Snoezelenu. K těmto vlastnostem řadíme empatii, akceptaci klienta, trpělivost, kreativitu, sociální vnímavost a schopnost motivovat (Bodečková, 2020; Ponechalová, 2009). Jak shodně dodávají Janků (2010) a Mertens (2003), důležitá je empatie a poznání individuálních vlastností a schopností klienta, ze kterých při plánování pobytu vycházíme a na které v průběhu pobytu přirozeně reagujeme.

Mimo základní vlastnosti průvodce multismyslovým prostředím vymezuje Janků (2010, s. 134–135) také zásady práce ve Snoezelenu:

- „Terapeut nebo průvodce by měl respektovat intimní, event. osobní prostor klienta.
- Terapeut by neměl na klienta naléhat nebo spěchat, protože se nedá určit délka a čas reakcí klienta.
- Terapie by měla mít svůj řád (začátek, přivítání – průběh – konec, rozloučení).
- Klient by měl terapeuta znát.
- Terapeut by měl znát momentální stav klienta, všimnout si signálů těla.
- Terapeut by měl mít možnost pozorovat, sledovat a aktivovat vytčené cíle, smysly a vlastnosti klienta. Měl by být schopen využívat různých úhlů pohledu na danou problematiku a přijímat a analyzovat závěry.
- Terapeut by měl sledovat vývoj a reakce klienta za určitý časový úsek. Dobu je nutné přizpůsobit možnostem svým i možnostem klienta (od neomezené po určitou).
- Nehledat stejné a verbální ukazatele úspěšnosti, nečekat jen na výkon klienta, uvědomit si také nonverbální ukazatele pozitivního efektu (mimika, gestikulace, dýchání atd.).
- Terapeut nesmí hodnotit jen spokojenost a pozitivní reakce klienta, důležitým aspektem jsou i projevy lhostejnosti, inertnosti, pláče, údivu, neschopnosti se přizpůsobit, pomalá a pozvolná adaptace, veškeré negativistické projevy mimické, křik apod.
- Je nutné respektovat změnu prostředí – brát v úvahu také cestu do místnosti Snoezelen a zpět.
- Individuální přístup – klientovi nemusí všechny podněty vyhovovat, např. příliš silné zvuky, nevhodné osvětlení, směsice podnětů. Může nastat chaotické přesycení stimuly.
- Důležité jsou pro vztah terapeuta a klienta také tělesné kontakty, doteky a jejich formy. Hranice neexistují, všichni musí najít to, co je pro ně přirozené, co je již sexuální, co zvládají atd.“

Mertens (2003) zdůrazňuje ještě tři důležité podmínky pro pobyt ve Snoezelenu, které se přímo vztahují ke třem vrcholům didaktického trojúhelníku. Jedná se o příjemné prostředí (tedy zaměření se na dispoziční a materiální zařízení prostoru), otevřenou náladu průvodce (kdy klademe důraz na jeho vyrovnanost a vnitřní klid) a bezděčný záměr či bezděčnou pozornost klienta, který je připraven vnímat poskytnuté podněty a stimu-

laci. Důslednost přípravy na pobyt ve Snoezelenu by měla být samozřejmostí, ať už se bude jednat o terapeuticky zaměřenou hodinu, relaxační chvíli, nebo edukační jednotku (podrobněji viz níže). Vycházíme nejen z vybavenosti a reálných možností konkrétního prostředí Snoezelen, ale především z autobiografie klienta. Jak podotýká Bodečková (2020), je přístup a dobrá znalost klienta podstatnější než drahé a moderní vybavení místnosti. Využíváme tak informací od rodičů, blízkých osob, dalších odborníků z rehabilitačního týmu a v neposlední řadě také od samotného klienta (Fowler, 2008). Cíli a plánu pobytu přizpůsobujeme i rozhodnutí o množství klientů. Možná je individuální i skupinová práce, ovšem nedoporučuje se pracovat se skupinou početnější pěti klientů. Filatova (2014) doporučuje délku pobytu 30–45 minut, ale připouští, že důležitější než přesná délka pobytu je jeho pravidelnost.

Jak již bylo výše uvedeno, je multismyslové prostředí často spojováno s uměle vytvořeným prostorem kouzelné místnosti. Přitom se jedná především o smyslový zážitek, ke kterému může dojít také v přirozeném prostředí. Přirozené prostředí však bývá v souvislosti s myšlenkou Snoezelenu opomíjeno, kdy si pobyt v lese, na louce či u moře s daným konceptem nespojíme. Důležité je také poznání, že pro někoho může být zpracování množství stimulů v přirozeném prostředí náročné, a takový zážitek je tedy vnímán jako příliš intenzivní, zatěžující a vyčerpávající. V tomto ohledu se pak nabízí využití speciálně uspořádaného a plánovaného prostoru, ve kterém je možné množství a intenzitu podnětů řídit (Hulsegge, Verheul, 1987). Právě klient má v tomto prostředí možnost ovlivnit a řídit, co se bude dít. Dostává tedy příležitost, která se mu v běžných podmínkách tolik nenabízí (Filatova, 2014; Fowler, 2008). Přestože si v průběhu pobytu klient vybírá a řídí jednotlivé stimuly nebo jsou průvodcem upravovány na základě empatického vcítění, vstoupit bychom měli vždy do předem připraveného prostředí, včetně nachystaných pomůcek. Vstup do Snoezelenu, stejně jako ukončení pobytu, je specifický užitím rituálu (písnička, pozdrav, gesto, často zazvonění koshi zvonečku nebo triangu). Zejména pro klienty vyžadující režim a řád se jedná o důležité momenty, signály o změně. Průběh pobytu je pak podřízen cíli, zvolenému tématu a aktuální náladě a rozpoložení klienta/klientů, přičemž by se měla prostrídat část aktivní a část relaxační. Pro průvodce je následně důležitá evaluace. Zpětnou vazbu zjišťujeme od klientů, pokud jsou schopni popsat nám své prožitky a pocity. Často vycházíme také ze zúčastněného pozorování a informací od ko-průvodce, pokud je na lekci přítomen. Pokud chceme dojít k naplnění dlouhodobých cílů, je

nezbytné vést si záznamy z pobytů ve Snoezelenu a dokumentaci každého klienta (Janků, 2010; Fajmanová, Chovancová, 2008; Filatova, Janků, 2010).

10.1.3 Vybavení Snoezelenu

Vybavení Snoezelenu, byť základní, by mělo poskytovat možnost vytvořit multismyslovou nabídku, široké a regulovatelné spektrum smyslových podnětů, přinášející nové zkušenosti, poznání, radost a relaxaci (Filatova, 2014; Fowler, 2008).

Na trhu je nepřeberné množství pomůcek speciálně vytvořených do multismyslového prostředí. Tyto pomůcky pomáhají rozvoji představivosti, usnadňují vnímání a také osvojování nových zkušeností a informací. Při volbě pomůcek dbáme nejen na cíl a téma pobytu, ale také eliminujeme riziko přesytení klienta a aktivně bráníme překročení bodu zlomu (Filatova, Janků, 2010). Za základní vybavení Snoezelenu je považována vodní postel, dostatek relaxačních zón zajištěných sedacími vaky, polštářky, houpací sítě apod. Dále můžeme zmínit trampolínu, vodní válec, optická vlákna, zrcadla, lávové lampy, deky. Zapomenout bychom při vytváření multismyslového prostředí neměli na projektor, kvalitní audiotechniku a jednoduché nástroje (sadu Orfeova instrumentáře, případně kompletní muzikoterapeutickou sadu). Čichové stimuly zajišťujeme prostřednictvím aromalamp, difuzérů, svíček a vonných esencí, koření a olejů. Somatickou a hmatovou stimulaci poskytnou nejrůznější masážní předměty, žínky, ponožky, kartáčky, hmatové váčky, taktilně-haptické stěny apod. Využití jednotlivých pomůcek není striktní a řídí se potřebami klientů a fantazií a kreativitou všech účastníků pobytu ve Snoezelenu (Müller, 2014; Fajmanová, Chovancová, 2008; Opatřilová, 2005).

Verheul a Mertens (in Janků, 2010, s. 141) popsali základní prostředí Snoezelenu, které můžeme operativně a flexibilně měnit podle aktuální situace, klientů, cíle a tématu pobytu. Měli bychom dodržet základní pravidla, kdy místnost:

- „Musí mít odpovídající teplotu (22–24 °C).
- Musí být dobře větratelná a příjemně voňavá.
- Musí být správně osvětlená.
- Musí být vybavena pohodlnými sedačkami, lehátky, polštáři, pohodlnými dekami.

- Musí mít dostatek místa pro ty, kteří se chtějí stranit okolí a vytvořit si osobní prostor samostatně.
- Musí mít dostatek hudební techniky a zvukového materiálu (s možností přiměřeného ovládnutí hudby).“

V praxi se můžeme setkat se Snoezeleny rozličných podob, rozlohy a vybavenosti. Jako základní bývá doporučována rozloha 25 m². Do takto prostorné místnosti jsme schopni instalovat základní vybavení a pracovat zde se skupinou pěti klientů, aniž by prostor působil stísněně. Abychom dosáhli kvalitního prožitku, je důležité izolovat Snoezelen od vnějších rušivých vlivů. Při plánování tohoto multismyslového prostředí tedy pečlivě rozmyšlíme umístění v rámci budovy. Optimálně bychom se měli vyhnout blízkosti výtahu, jídelny a kuchyně a také frekventované chodby a rušné ulice. Důležitá je také možnost variabilní obměny, abychom vždy vytvořili prostředí bezpečné pro konkrétního klienta. Cíleně tak schováme pomůcky a vybavení, které by v klientovi vyvolávaly úzkost a nelibé pocity. Zajišťujeme také dobrou větratelnost místnosti (jako vhodnější se nám jeví zachování oken, která lze snadno zatemnit, namísto klimatizace) a schopnost údržby (využíváme omyvatelnou podlahovou krytinu nebo koberec s nízkým vlasem). Při výběru vybavení a pomůcek dbáme na bezpečnost. Z tohoto pohledu se jeví jako výhodné pořízení některých pomůcek od autorizovaného výrobce. Máme na mysli zejména vodní postel, vodní válce či optická vlákna. Doporučováno je také zabudování telefonu, abychom v případě potřeby měli možnost rychle přivolat pomoc (Müller, 2014; Fajmanová, Chovancová, 2008; Filatova, 2014; Janků, 2010). Nezanedbatelným aspektem je také barevné ladění, které ovlivňuje celkovou atmosféru místnosti, dotváří ji a má významný vliv na naladění klienta. Výhodné je z tohoto pohledu neutrální základní ladění prostoru, abychom právě detaily a zvoleným osvětlením mohli barevné ladění operativně měnit v závislosti na klientovi, cíli, tématu. V praxi se také můžeme setkat s několika typy multismyslových prostředí, které již základním uspořádáním i barevným laděním predikují vhodnost daného typu pro určitou skupinu klientů (Filatova, 2014). Ponechalová (2009) řadí mezi základní typy Snoezelen místností bílou, tmavou a měkkou (hravou). Pagliano (in Janků, 2010) pak v rámci širšího zaměření vymezuje dvanáct druhů multismyslových prostředí: **bílý pokoj** (nejběžnější, s velkým potenciálem pro variabilní obměnu), **šedý pokoj** (vhodný k utlumení přemíry stimulů, vhodný pro klienty s poruchami pozornosti; skýtá prostor pro snížení hyperaktivity a nácvik cílené pozornosti), **tmavý**

pokoj (s tmavými stěnami, stropem i podlahou; slouží převážně k vizuální stimulaci), **zvukový pokoj** (zvukotěsný, obložený dřevem a vybavený hudebními nástroji a vibračními pomůckami; slouží převážně k auditivní stimulaci), **interaktivní pokoj** (poskytuje dostatek příležitostí k ovlivnění dění kolem sebe pomocí interaktivních spínačů; podporuje rozvoj kognitivních schopností a kreativity), **měkký, hravý pokoj** (vypolstrovaný, eliminující riziko úrazu, vybaven polštáři a měkkými pomůckami; rozvíjí hru a kreativitu), **proměnlivý pokoj** (velká variabilnost, která umožňuje neustálou stimulaci klienta), **vodní prostředí** (využívá bazénu; vhodné pro rozvoj propriorecepce, pohybu, uvědomění si vlastního těla), **přenosné prostředí** (využívá se u klientů upoutaných na lůžko, kdy s mobilním Snoezelenem přijdeme přímo za klientem), **virtuální prostředí** (multismyslové prostředí je vytvořeno díky počítačové technice; jeho využití není prozatím podrobně probádané), **inkluzivní prostředí** (běžné prostředí zahrady, hřiště, které je obohaceno o vybrané pomůcky), **sociální prostředí** (vhodné pro rodiče a děti s postižením, vytváří podmínky pro komunikaci, sebezpoznání a projev emocí).

10.1.4 Možnost využití prostředí Snoezelenu

Jak již bylo zmíněno, koncept Snoezelenu vznikl původně s cílem relaxace a uvolnění klientů a vytvoření vhodné příležitosti ke komunikaci. V průběhu let se v rámci rozvoje konceptu možnosti jeho využití rozšířily a v dnešních dnech můžeme hovořit o třech možnostech nebo směrech využití multismyslového prostředí. Jeho volba se pak odvíjí od klientely, stanoveného cíle a kompetencí a kvalifikace průvodce (Filatova, Janků, 2010; Ponechalová, 2009). Původní záměr využít Snoezelen pro uvolnění a relaxaci přetrvál a dodnes je nabízen jako **prostor pro volnočasovou aktivitu**. V tomto duchu je využíván nejen klientelou s těžkým kombinovaným postižením, ale de facto všemi, včetně rodin intaktních, které hledají vhodný prostor pro relaxaci a odpočinek. Důraz je kladen na volnost, dostatek prostoru a času. Průvodce v tomto případě pouze seznamuje s prostředím a možnostmi Snoezelenu, ale dále do průběhu pobytu nezasahuje. Cílem je zklidnění, vytvoření příjemné atmosféry a prožití libých pocitů (Filatova, Janků, 2010; Opatřilová, 2005; Ponechalová, 2009). Další možností je využít prostředí Snoezelenu jako **podpůrné edukační metody**. Tuto možnost můžeme zaznamenat v řadě speciálních škol, ale i pobytových sociálních služeb. Svůj význam by měla jistě i v běžných školách, zejména se vzrůs-

tajícím inkluzivním trendem. Cíleně připravené multismyslové prostředí podporuje budování vztahů mezi žáky vzájemně a mezi žáky a pedagogem. Filatova, Janků (2010) vidí jako reálné cíle využití Snoezelenu v edukačním duchu zejména v rozvoji komunikace, motoriky, vnímání, regulaci chování a rozvoji seberealizace. Žáci mají jedinečnou možnost k bezpečnému projevení s velkou mírou pochopení a přijetí od okolí. Při pravidelných pobytech ve Snoezelenu dochází také k uvolnění a snížení napětí. Prostřednictvím Snoezelenu se s žáky můžeme přenést do různých prostředí a světů, a to imaginárních i na realitě založených, a v nich pak nabídnout cennou zkušenost, komplexním multismyslovým prožitkem podpořit předávané informace. Cíleně tak využíváme pozitivního efektu zásad názornosti, komplexnosti a individuálního přístupu. Z nepřeberného množství témat vhodných pro realizaci v rámci Snoezelenu jmenujme les, život v trávě, roční období, podmořský svět, barvy duhy, africké rytmy, život v džungli, meditační tibetskou hudbu apod. Třetí, ale jistě nezanedbatelnou možnost, jak multismyslové prostředí využít, je pojetí Snoezelenu jako prostředí vhodného pro **terapeutickou činnost**. Zde, stejně jako v případech podpůrné edukační metody, je kladen důraz na kompetence a kvalifikaci průvodce. Mimo proškolení přímo v oblasti Snoezelenu je důležité vzdělání také v daném terapeutickém konceptu, který chceme případně ve Snoezelenu aplikovat. O využití multismyslového prostředí pro terapeutickou činnost můžeme mluvit jedině tehdy, pokud sledujeme předem stanovené terapeutické cíle, pozitivní terapeutický efekt a posun v dalším vývoji klienta. V průběhu terapie tak dochází ke změnám v prožívání a chování klienta. Vycházíme zde z komplexní diagnostiky, podrobné znalosti klienta a vedeme si podrobné záznamy, vyhodnocení a evaluaci terapeutické činnosti (Filatova, 2014). Vítané je také prolínání s dalšími terapeutickými koncepty, za všechny uvedme muzikoterapii, dramaterapii, biblioterapii, aromaterapii, arteterapii, ergoterapii či animoterapii, bazální stimulaci, Vogelův koncept prenatalních místností nebo míčkování (Filatova, Janků, 2010).

10.1.5 Limity a rizika smyslové místnosti Snoezelen

Přestože je prostředí Snoezelenu všeobecně vnímáno pozitivně a pro klienty přínosně, můžeme vysledovat jisté limity v jeho využití a možná rizika pro určité skupiny klientů:

- **Příliš mnoho světél** – nevhodné např. pro osoby s epileptickými záchvaty; důležitá je možnost regulace světla, v ideálním případě by každé světlo mělo mít svůj vlastní vypínač.

Příklad:

Tříletý chlapec s kombinovaným postižením (mentální, hybné, smyslové – dominující těžká hypotonie) špatně reaguje na světelné podněty ve smyslové místnosti. V případě přehlčení dochází u chlapce ke zvracení. S chlapcem se tedy ve smyslové místnosti pracuje individuálně pouze se zapnutými světly v nebesích (hvězdné nebe), s absencí zbylých světelných podnětů (světelný válec, světelná vlákna, light box apod.).

- **Přesycenost stimuly** – použití příliš mnoha efektů a pomůcek. Není nutné zapínat a využívat všechny pomůcky, kterými Snoezelen disponuje. Lépe je řídit se rčením „méně je více“. Důležité je ke klientovi přistupovat individuálně – ne každému klientovi musí vyhovovat všechny nabízené podněty (Filatova, Janků, 2010).

Doporučení:

Pro děti či klienty s autismem je vhodnější volit tzv. bezpodnětné místnosti, aby nedocházelo k jejich přehlčení. V bezpodnětných místnostech by měla vládnout jedna barva a využívat by se měly jen některé pomůcky.

- **Ulpívání na vybraných pomůčkách** – k ulpívání dochází často u dětí s autismem, které si mohou vytvořit závislost či silnou vazbu k jedné z pomůcek. Často se tak stává u bublinkového válce, proto je vhodné v takovém případě zvolit válec jako formu odměny – první práce a poté za odměnu zapnutí světelného bublinkového válce.
- **Koberec** – právě koberec se objevuje ve Snoezelenu velmi často. Hrozí však riziko nemožnosti vjet např. s invalidním vozíkem do této místnosti (ušpinění místnosti – vozík se využívá také ve venkovních prostorech; špatná manipulace s invalidním vozíkem na koberci).
- **Nevhodné využívání Snoezelenu** – cílem Snoezelenu není zklidnění dítěte/klienta při záchvatu (při záchvatu nebudeme brát dítě do Snoezelenu s cílem jej zklidnit), stejně tak by se místnost neměla využívat pouze k odpočinkovým činnostem a relaxaci. Koncept Snoezelenu by měl být v podstatě doplněním klasické výuky.
- **Vodní lůžko** – nemusí být vhodné a příjemné pro každého klienta. Vodní lůžko není stabilní plocha, proto nemusí být vhodná například pro klienty s poruchou rovnovážného ústrojí či klienty spastické.

- **Hyperaktivní děti/osoby** – hrozí riziko poškození některých pomůcek (např. převržení vodního válce) v nestřeženou chvíli. U dětí/osob hyperaktivních je důležité nastavit pevné hranice a pravidla ve Snoezelenu – vhodné jsou z počátku individuální návštěvy. Celkově je důležité, aby v místnosti byly bezpečné předměty a pomůcky, které by měly plnit funkci nerozbitnosti.

Jak je patrné, multismyslové prostředí Snoezelen je místem, které je už ve své podstatě tvořeno na základě dobré znalosti klienta a a priori vychází vstříc jeho potřebám a specifickým. Je proto přirozené, že právě v tomto prostředí vytváříme atmosféru bezpečnosti, přijetí, akceptace a pohody a nabízíme prostor maximálně přístupný klientovi ve všech ohledech jeho potřeb a vnímání. Právě tato přístupnost může být důvodem, proč v daném prostředí dosahujeme pozitivního Snoezelen efektu a dáváme tak příležitost k naplnění edukačních či terapeutických cílů. Věříme, že Snoezelen prostředí má svá opodstatnění a široké uplatnění v dnešních hektických a náročných dnech.

10.2 Bazální stimulace

Koncept bazální stimulace se ve smyslové místnosti využívá velmi často. Pro mnohé osoby se zdravotním postižením je ve smyslových místnostech důležité polohování, adekvátní poloha těla působí pozitivně na klienta (dítě) a z tohoto důvodu často dochází k propojení konceptu Snoezelen a bazální stimulace. Andreas Fröhlich, který je autorem konceptu, definuje bazální stimulaci následovně: „Bazální stimulace není metoda ani technika, je to koncept. Koncept znamená, že se nejedná o přesně formulovanou terapii nebo pedagogická opatření, ale teze, které musí být stále rozvíjeny a přizpůsobovány. V centru zájmu je člověk s jeho psychickou realitou, která nám otevírá možnost osobního setkání. Bazální stimulace je systematický individuální doprovod a péče, které podporují učení a osobní rozvoj člověka. Nejde o to člověka s těžkým postižením nutit do určitých schémat péče a standardizovaných postupů. Člověka není možné vyvinout, ale lze uzpůsobit pečovatelské, terapeutické a pedagogické nabídky a okolní prostředí tak, aby byl podporován jeho vývoj“ (Fröhlich in Friedlová, 2018, s. 17). I přesto, že se bazální stimulace využívá zejména u osob s těžkým zdravotním postižením, cílovou skupinou tohoto konceptu jsou osoby, které potřebují podporu a doprovod ke změnám v oblasti vnímání, hybnosti a komunikace

(Friedlová, 2018). Kantor (2013) zařazuje do cílové skupiny osoby s těžkým mentálním, tělesným a kombinovaným postižením a osoby po úrazech. Bazální stimulace, mimo jiné, pozitivně ovlivňuje psychický stav klienta, tedy také oblast duševní, ale opomenuta by neměla zůstat také oblast sociální. Osoby s těžkým postižením často komunikují pouze prostřednictvím svého těla, neboť komunikace na úrovni verbální často není možná. Prof. Fröhlich se zabýval právě podporou senzorické komunikace, a to na základě prostudovaných vědeckých studií v oblasti prenatální vývojové psychologie. Prostřednictvím bazální stimulace tak navázal komunikaci na bázi somatické, vestibulární a vibrační. Tyto formy komunikace jsou nejranější právě v prenatálním období mezi matkou a nenarozeným dítětem (Fröhlich, 1998; Friedlová, 2005). Pomocí bazální stimulace dochází u klientů k podpoře rozvoje vlastní identity, vnímání vlastního těla, navázání komunikace či zvládnutí orientace v prostoru i čase a dále například ke zlepšení funkcí organismu (Friedlová, 2007).

Výhoda bazální stimulace je nepochybně ta, že není nutné používání žádných nadstandardních pomůcek či vybavení, nejedná se tedy o finančně náročný koncept. Nutný je pouze vyškolený personál, který bazální stimulaci vykonává (Friedlová, 2002). K bazální stimulaci se často využívá pomůcek, kterými disponuje smyslová místnost Snoezelen (tyto pomůcky budou představeny níže v této kapitole), při bazální stimulaci však často pracujeme bez použití jakýchkoliv pomůcek, pracujeme tedy pouze s tělem klienta a terapeuta (ve smyslu osoby, která provádí bazální stimulaci).

Koncept bazální stimulace se využívá velmi často v multismyslovém prostředí, avšak své uplatnění nalézá v ošetrovatelské péči, například v domovech pro seniory, domovech pro osoby se zdravotním postižením, nemocnicích či jiných obdobných zařízeních, ale také při péči o nedonošené děti (Friedlová, 2005). Koncept bazální stimulace se dostává do povědomí mimo ošetrovatele a zdravotníky také jiným zainteresovaným pracovníkům, zejména pak speciálním pedagogům, kteří často své vzdělání doplňují právě certifikovaným kurzem bazální stimulace a následně své znalosti využívají ve svých profesích. Proto se neustále bazální stimulace rozšiřuje do více zařízení, a to nejen v sociálních službách či zdravotnických zařízeních, ale také ve školských zařízeních.

10.2.1 Prvky bazální stimulace

Mezi výchozí prvky konceptu bazální stimulace patří pohyb, komunikace a vnímání (Friedlová, 2018). Klienti jsou díky různým podnětům ze strany terapeuta vybízeni k navázání komunikace prostřednictvím svého těla. Aspekty práce s konceptem bazální stimulace definovala ve své publikaci Karolína Friedlová, i přesto, že je publikace určena pro ošetřovatele, jsou jistě obecně platné také pro ostatní zainteresované profese (speciální pedagogy, ergoterapeuty, fyzioterapeuty apod.). Aspekty si uvedeme v následujících bodech:

- „Bazální stimulace znamená ubírat se společně po určitý čas stejnou cestou.
- Bazální stimulace se formuje ve vztahu mezi ošetřujícím a pacientem.
- Bazální stimulace pomáhá ošetřujícím učit se vnímat tak, aby umožnili vnímat pacientovi, a to pomocí informací, které postrádá, a naopak redukci těch informací, které ho zatěžují.
- Bazální stimulace nabízí pacientovi takové vjemy, u kterých může pacient sám rozhodnout, zda je přijme, či ne.
- Bazální stimulace umožňuje pacientovi, aby:
 - vnímal hranice svého těla,
 - měl zážitek sám ze sebe,
 - vnímal okolní svět,
 - vnímal přítomnost jiného člověka.
- Bazální stimulace umožňuje člověku poznat a akceptovat vlastní hranice.
- Bazální stimulace umožňuje ošetřujícím rozvinout vlastní kreativitu a realizovat své schopnosti (Friedlová, 2005, 2. díl, s. 7).“

Prvky konceptu bazální stimulace se rozdělují na základní a nástavbové. Mezi prvky základní se pak řadí somatická, vestibulární a vibrační stimulace, nástavbové prvky jsou stimulace optická, auditivní, taktilně-haptická, olfaktorická či orální (Friedlová, 2007). „Cílem těchto prvků je primárně zabezpečit základní životní funkce, jako například příjem potravy, dýchání, toaleta, polohování. Sekundárním cílem je podpořit pohybové schopnosti a tím vykonávání sebeobslužných úkonů, pohybových návyků, ale také vytvoření důvěry v sebe sama, získání pocitu jistoty a bezpečí,

navázání vztahů a rozvíjení komunikace. Důležitým prvkem je interakce klienta s okolním prostředím a podmínky pro rozvoj socializace, komunikace a emocionality“ (Friedlová, 2018, s. 44). Dále Friedlová (2018) podotýká, že se základními prvky konceptu dají u klientů s neklidem či agresivitou jejich stavy výrazně eliminovat.

Nyní si blíže představíme jednotlivé prvky bazální stimulace a uvedeme některé pomůcky, které se při bazální stimulaci používají.

Základní prvky bazální stimulace

• Somatická stimulace

Somatická stimulace spočívá ve stimulaci kožního percepčního orgánu a stimulaci vnímání pohybu (Friedlová, 2018). U somatické stimulace je podstatným prvkem iniciální dotek, který by měl být proveden vždy při zahájení a rovněž ukončení prováděné stimulace. Dle autorky Friedlové (2018, s. 18) je iniciální dotek „forma nonverbálního signálu, kterým dáváme klientovi najevo, že jsme u něj a budeme s ním vykonávat nějaké činnosti, aktivity (např. ranní toaletu, krmení, výměnu plenkových kalhotek, terapii, pedagogické nabídky aj.). Iniciální dotek je vždy spojen s verbálním projevem pečujícího, terapeuta nebo pedagoga“. Pro tento druh stimulace jsou typické nejružnější masáže a koupele, autor Zíkl (2014) doplňuje, že masáže mohou být zklidňující, povzbuzující, neurofyzilogické, symetrické, rozvíjející či diametrální. Mimo zmíněné masáže a koupele jsou při somatické stimulaci využívány například různé druhy polohování nebo kontaktní dýchání a rovněž masáže stimulující dýchání (Friedlová, 2018). Velmi důležitá je při somatické stimulaci kvalita doteku, která se odráží zejména v účinnosti a kvalitě samotné stimulace. Neméně důležitou roli sehrává také klientovo vnímání doteků, jak uvádí autorka Friedlová (2018, s. 67): „Na kvalitě poskytovaných doteků velmi záleží: zda si je klient uvědomí a bude schopen upracovat jako vjem, zda mu umožní navodit příjemné pocity a zda mu umožní zlepšení jeho zdravotního stavu. Předpokladem kvalitního doteku je způsob kontaktu, vyvinutá síla, tlak, rytmus, opakování a kontinuita a sled doteků.“ Mezi pomůcky, které jsou často využívány při somatické stimulaci, patří froté ručníky, kožesinové rukavice, žínky, houby a mnoho dalších pomůcek a materiálů. Vítková (2001) upozorňuje, že někteří klienti mohou mít problém při vnímání doteku ruky, a proto je vhodné využít některých pomůcek, které jsou výše zmíněné.

• **Vestibulární stimulace**

Při vestibulární stimulaci se s klientem zaměřujeme na prostorovou orientaci a uvědomování si změn polohy těla. Jedná se tedy o zprostředkování informace o poloze a pohybu těla v prostoru, dále se při vestibulární stimulaci snažíme ovlivňovat svalové napětí klienta. Často je vestibulární stimulace kombinována se stimulací somatickou, kdy může být klient při vestibulární stimulaci zároveň napoložován například do polohy mumie či hnízda. Vestibulární stimulaci lze využívat k přípravě klientova organismu na mobilizaci. Klient se díky vestibulární stimulaci učí vnímat různé směry, pohyby nahoru a dolů nebo otáčivé pohyby. Vestibulární stimulaci lze provádět u klientů s těžkým tělesným postižením (imobilních klientů, osob s omezenou hybností včetně jedinců ležících), dále u osob s těžkou a hlubokou mentální retardací či u seniorů s těžkým stupněm demence. U osob s těžkým postižením se může jednat pouze o nepatrné pohyby hlavou (Friedlová, 2018). Pro vestibulární stimulaci lze využít řadu pomůcek, jako jsou houpačky, houpací sítě či jiné závěsné systémy, trampolíny, houpací křesla, ale samozřejmě pouze změny těla klienta za pomoci terapeuta – terapeut může sedět vedle klienta či za ním, čímž mu poskytuje oporu. Pohyby, které se využívají při vestibulární stimulaci bez využití pomůcek, tedy pouze při práci s tělem, jsou například tzv. pohyby ovesného klasu v ovesném poli či pohyby ve směru ležaté osmičky (Friedlová, 2018).

• **Vibrační stimulace**

Vibrační stimulaci se u klienta snažíme docílit vnímání vibrací z okolí. „Cílem vibrační stimulace je stimulace kožních receptorů pro vnímání vibrací a proprioreceptorů. Vibrační vjemy umožňují zprostředkovat klientovi intenzivní podněty z jeho těla“ (Friedlová, 2018, s. 105). K vibrační stimulaci můžeme využít opět řadu pomůcek, jako jsou vibrátory či vibrační hračky, elektrický kartáček, vibrující lehátka a podložky, hudební nástroje či vlastní ruce a hlas. Vhodná místa pro příjem vibrační stimulace jsou klouby horních a dolních končetin, které umožňují vnímat vibrace až ve vnitřních orgánech, dále lze vibrace vnímat v dlani či na hrudníku. Vnímat vibrace na hrudníku lze zejména při využití hudebních nástrojů či zpěvu (Fabiánová, 2014; Friedlová, 2018; Kantor, 2013). Vibrační stimulace může mít pozitivní vliv také u klientů inkontinentních, kde vibrace v oblasti břicha mohou působit na močový měchýř a tím dojde k vyprázdnění. Taktéž vibrační stimulace může být doplněna či kombinována se stimulací somatickou či vestibulární, v případě použití všech tří stimulací hovoříme o tzv. trilogii.

Nástavbové prvky bazální stimulace

• Optická stimulace (zraková)

Optická stimulace je důležitá již od raného věku dítěte, neboť vizuální podněty na dítě působí již od narození. U osob s těžkým postižením často dochází k tomu, že mají možnost vnímat prostředí pouze prostřednictvím zorného pole, tedy bez možnosti pohybu očí či hlavy. Optická stimulace by měla být prováděna v kombinaci se stimulací somatickou a vestibulární. Autorka Friedlová (2018, s. 109) dodává, že je „pro optickou stimulaci a orientaci v prostoru velice důležitá jakákoli změna tělesné polohy“. Mnohdy postačí pouze změna polohy hlavy, čímž se mění také klientovo zorné pole. Právě změnou polohy těla dochází k lepší možnosti vnímat a sledovat dění v okolí klienta a dále taková změna umožňuje, aby klient vnímal také své tělo a orientoval se na něm. Při zrakové stimulaci můžeme stejně jako v předchozích pracovat s řadou pomůcek – obrázky, fotografie, světelné pomůcky, optická vlákna, zrcadla, projektor a mnoho dalších. Opomíjena by však neměla zůstat základní možnost optické stimulace prostřednictvím obličeje, neboť dítě raného věku sleduje obličej matky, zejména pak její oči, ústa a celkově mimiku a gesta, které později začíná napodobovat. Při bazální stimulaci využíváme pro snadnější orientaci klientů v budově, chodbě či místnosti tzv. vizuální orientační mosty. Vizuální orientační mosty spočívají v umísťování obrázků, slov či předmětů na různá místa, kde vedou k pochopení toho, k čemu dané místo slouží, dále může daný obrázek označovat klientovu postel, skříň, hygienické potřeby apod. Friedlová (2018) dodává, že je často nutné využít fotografií, na kterých jsou zachyceny přímo osobní věci daného klienta, aby došlo k jejich snazšímu pochopení.

• Auditivní stimulace (sluchová)

Sluch má samozřejmě významný podíl na komunikaci a je základním předpokladem pro rozvoj řeči. Cílem auditivní stimulace je poskytnout klientům zvukové podněty prostřednictvím vibrací, tónů, různých zvuků a šumů. Metod a technik, kterých můžeme při auditivní stimulaci využít, je celá řada, můžeme využít hudby, hudebních nástrojů, vyprávění, povídání, čtení příběhů apod. Auditivní stimulace slouží k navázání kontaktu s klientem, mobilizaci klientových vzpomínek, zprostředkování informací různého druhu, stimulaci komunikačních schopností, učení se nových slov a mnoho dalších (Friedlová, 2018).

• **Taktilně-haptická stimulace (hmatová)**

Jak již z názvu stimulace vyplývá, jedná se o stimulaci prostřednictvím doteků, a to nejen ze strany terapeuta směrem ke klientovi, ale důležitá je také samotná hmatová stimulace klienta. Sám klient se může stimulovat prostřednictvím různých materiálů, povrchů a předmětů. V případě, kdy není klient sám schopen pohybu, může mu samozřejmě terapeut dopomoci. Při taktilně-haptické stimulaci se mohou využívat opravdu libovolné předměty, může se jednat o jeho oblíbené předměty, hračky, osobní věci, předměty spojené s koníčky a profesí klienta, v neposlední řadě předměty denního života (Friedlová, 2018).

• **Orální stimulace (senzoriky dutiny ústní a chuťových vjemů)**

Cílem orální stimulace je zprostředkovat klientovi senzorické vjemy v oblasti obličeje. Při práci se soustředíme na stimulaci dutiny ústní, vnímání příjmu potravy a funkce řeči. Friedlová (2018, s. 120) dále uvádí, že „orální chuťová stimulace má velký význam u lidí, kteří nemohou přijímat potravu ústy a jsou vyživováni sondou“. K stimulaci můžeme využívat nejen oblíbených pokrmů klienta, ale také zcela nových chutí, které nejsou klientovi známé. Rovněž je u orální stimulace potřeba, aby byl klient vhodně napoložován tak, aby byl schopen přijímat vjemy, které jsou mu prostřednictvím chuťové stimulace nabízeny.

• **Olfaktorická stimulace (čichová)**

Smyslem olfaktorické stimulace je stimulace prostřednictvím čichových vjemů. Díky čichovým vjemům si klient může vybavit své vzpomínky. K olfaktorické stimulaci můžeme u klienta využívat různé pachy a vůně, které jsou mu známé, například vůně jeho oblíbených jídel či nápojů, vůně jeho rodiny a blízkých či jeho samotného, dále lze využít rovněž vůní a pachů různých materiálů (např. kůže, vůně přírodních materiálů apod.). Olfaktorickou stimulaci můžeme využít k obnovení vzpomínek na jeho život, profesi, koníčky a zájmy. Často se čichová stimulace provádí v kombinaci s orální stimulací. Friedlová (2018) uvádí, že rovněž vůně prostředí je sama o sobě výraznou olfaktorickou stimulací, neboť specifickou vůní může klient vnímat, v jakém prostředí či místnosti se momentálně nachází.

Stručný přehled o konceptu bazální stimulace nám poskytl informace o možnostech využití tohoto konceptu nejen v multismyslových místnostech. Uplatnění konceptu nalezne v mnoha zařízeních napříč resorty – školách a školských zařízeních, zařízeních sociálních služeb či zdravotnických

zařízeních. Koncept bazální stimulace lze aplikovat u klientů s různým druhem a stupněm postižení či onemocnění, využít lze u dětských i dospělých klientů, klientů mobilních i imobilních či jedinců ve vigilním kómatu.

Na samotný závěr si uvedeme desatero bazální stimulace, které nám shrnuje práci s konceptem bazální stimulace. Toto desatero se považuje za pravidla pro provádění konceptu bazální stimulace:

1. „Přivítejte se a rozlučte se s klientem, pokud možno vždy stejnými slovy.
2. Při oslovení se ho vždy dotkněte na stejném místě (iniciální dotek).
3. Hovořte zřetelně, jasně a ne příliš rychle.
4. Nezvyšujte hlas, mluvejte přirozeným tónem.
5. Dbejte, aby tón vašeho hlasu, vaše mimika a gestikulace odpovídaly významu vašich slov.
6. Při rozhovoru s klientem používejte takovou formu komunikace, na kterou byl zvyklý (anamnéza).
7. Nepoužívejte v řeči zdrobněliny, pokud na ně klient není zvyklý.
8. Nehovořte s více osobami najednou.
9. Při komunikaci s klientem se pokuste redukovat rušivý zvuk okolního prostředí.
10. Umožněte klientovi reagovat na vaše slova“ (Friedlová, 2018, s. 114).

11

Bezpečnost a možnosti evakuace osob se zdravotním postižením – evakuační pomůcky a jejich využití v rezidenčních (sociálních) službách

Již několikrát jsme v této monografii zmínili charakteristiku životního prostoru osob se zdravotním postižením / specifickými potřebami – prostředí, které je obklopuje, by mělo být nejen bezbariérové, ale i stimulující a bezpečné. Tak jak jsme v předchozí kapitole zdůraznili potřebu stimulujícího prostředí, můžeme v rámci této kapitoly akcentovat potřebu jeho bezpečnosti, a to zejména s důrazem na možnosti evakuace a pomůcek k ní určených.

V životě každého jedince občas nastane situace, kterou nedokáže zvládat vlastními obrannými mechanismy a dříve osvojenými copingovými strategiemi, a v takovém případě lze danou situaci označit jako **krizovou** či **mimořádnou** (dále v textu používáno jako synonyma). Podle § 2 zákona č. 239/2000 Sb., o integrovaném záchranném systému a o změně některých zákonů v platném znění, můžeme v podmínkách České republiky za mimořádnou událost považovat: „Škodlivé působení sil a jevů vyvolaných činností člověka, přírodními vlivy a také havárie, které ohrožují život, zdraví, majetek nebo životní prostředí a vyžadují provedení záchranných a likvidačních prací.“ Některé tyto mimořádné situace jsou úzce spojeny s nutností **evakuace zasažených osob** – požár, povodeň, větrné katastrofy, krupobití, zemětřesení, únik plynu a další havarijní a nouzové situace.

V uvedených situacích může být právě evakuace jediné řešení záchrany života a předcházení dalším fatálním následkům.¹

Pokud pohlédneme do současné problematiky mimořádných událostí, nelze si nevšimnout, že počet těchto událostí neustále stoupá. Mimořádné události spojené s nezbytností evakuace zasažených osob nejsou pouze otázkou osob intaktních, ale dějí se běžně i v přítomnosti/blízkosti osob se zdravotním postižením – osob s mentálním (duševním) postižením včetně autismu, osob s omezením hybnosti, osob se smyslovým postižením, osob s poruchami chování, seniorů a dalších (dále jen ZP) (McGuire, Ford, Okoro, 2007). Evakuace těchto osob může být v mimořádných situacích s ohledem na specifika jednotlivých kategorií ZP značně ztížena, a to především v podmínkách rezidenčních (sociálních) služeb, kde lze předpokládat jejich vyšší výskyt (Boyce, 2017; Butler, 2017; Koo et al., 2012, 2014; Kuligowski, 2013; Loy, 2006; Manley, Kim, 2012; Mokdad, 2005; Suttell, 2003). Přes stávající tendenci transformace sociálních služeb existuje na území České republiky mnoho velkokapacitních pobytových služeb, pro které by případný výskyt mimořádné události vyžadující evakuaci mohl mít fatální následky. Příkladem z praxe může být následující mimořádná událost, která se stala v podmínkách jedné velkokapacitní rezidenční (sociální) služby (konkrétně domova pro osoby se zdravotním postižením) v České republice:

„Jedná se o zařízení s kapacitou 150 uživatelů (z toho 69 osob na lůžku), jehož cílovou skupinou jsou osoby s vícenásobným (kombinovaným) postižením, osoby s omezením hybnosti, osoby s mentální retardací, osoby s poruchami autistického spektra a další. V přízemí daného zařízení došlo k výbuchu plynového kotle, v důsledku kterého bylo nezbytné některé uživatele služby bezodkladně evakuovat ven před budovu poskytované služby. Po výbuchu se u uživatelů služby objevily různé reakce – např. panika, strach, ztuhlost, agrese, pobíhání, pláč apod. Evakuace osob se ZP proběhla okamžitě, především za použití fyzického kontaktu a bez dalšího pokusu o vysvětlení okolností nastalé situace. Pracovníci rezidenční (sociální) služby využili k evakuaci osob se ZP všechny aktuálně dostupné prostředky, kterých však bylo v dané situaci minimum. Jednalo se především o přesuny spojené s využitím fyzických sil pracovníků bez jakýchkoli evakuačních pomůcek, které by evakuaci mohly oběma stranám ulehčit, zrychlit a zefektivnit. Zmíněná krizová situace měla u některých uživatelů služby

¹ Část uvedeného textu byla publikována v knize *Náročné, krizové a mimořádné situace v kontextu rezidenčních služeb* (Chrastina, Špatenková, Hudcová, 2020).

dlouhodobý dopad na jejich osobnost, prožívání a chování. U některých zasažených osob se ZP se objevily častější výkyvy nálad, sebepoškozování, vyšší míra agrese proti ostatním, pomočování, noční děsy, deprese apod.“ (Hudcová, 2019).

Přípravu a podrobné plánování evakuačních strategií lze (v případě potřeby) považovat za klíčový prvek úspěšně provedené a bezpečné evakuace osob se ZP (Alexander, 2015; Suttell, 2003). Nutnost přípravy na možnost evakuace osob se ZP zdůrazňují také Kecklund et al. (2012). Ti se v rámci evakuace osob se ZP zabývají především úpravou prostředí historických budov. Některé velkokapacitní rezidenční sociální služby jsou osobám se ZP poskytovány právě v takových budovách – historické budovy zámků, klášterů apod. Tyto budovy nejsou vždy moderně vybaveny a připraveny na možnost evakuace uživatelů, proto je nezbytné dané budovy pro mimořádné události spojené s evakuací systematicky připravit. Mezi přípravou a zotavením se z mimořádné události existuje tedy přímá úměra (Bay of plenty emergency management group; Štefek, 2013). Kecklund et al. (2012) uvádějí např. tyto návrhy úprav prostředí historických budov: použití evakuačních výtahů (chráněných proti požáru), instalace stroboskopických alarmů, přítomnost speciálně vyškoleného personálu na pomoc osobám se ZP v případě nouze. Je také nezbytné si uvědomit, že neexistují žádná jednotlivá opatření, která by podporovala osoby se všemi kategoriemi ZP. Vždy je tedy nutné vzít v úvahu individuální potřeby osob se ZP s ohledem na jednotlivé kategorie ZP a použité evakuační přístupy (postupy, strategie, pomůcky) kombinovat podle aktuální potřeby. Evakuaci mohou ulehčit i různé architektonické úpravy. Osoby se ZP se při evakuaci často potýkají např. s bariérami v prostředí, těžkými protipožárními dveřmi, nepřítomností zábradlí u schodů, chybějícím označením únikových cest apod.

K bezproblémovému průběhu evakuace osob se ZP přispívá také **kvalifikované využití evakuačních pomůcek** (McGuire, Ford, Okoro, 2007; Hashemi, 2018a). Evakuačních pomůcek určených osobám se ZP existuje celá řada. V praxi se však můžeme potýkat s nemožností jejich užití v případě krizové situace – např. z důvodu jejich nepřítomnosti nebo nedostatečné kapacity na místě krizové situace, zanedbanosti, nedostupnosti (uzamčení v jiné místnosti, ve skříni), neznalosti užití evakuačních pomůcek neproškolenými osobami apod. (Suttell, 2003).

V některých krizových situacích by nemělo být užíváno evakuačních pomůcek závislých na připojení k elektrickému proudu (výtahy, schodišťové plošiny apod.). V takovém případě mohou mít při evakuaci značné

obtíže např. **osoby s omezením hybnosti**, neboť únikové cesty (nouzové východy) s sebou často přináší „bariérovost“ v podobě schodů (Hashemi, 2018b). V těchto případech nezbyvá osobám s omezením hybnosti (např. osobám na vozíku) nic jiného než vyčkat do příchodu složek integrovaného záchranného systému. K včasnější evakuaci osob s omezením hybnosti by přispělo např. využití tzv. evakuační židle (někdy označována také jako evakuační vozík či evakuační/schodišťové křeslo – „evacuation chair“, „stair-chair“), evakuační rohože („evacuation mat“) nebo evakuačních popruhů („evacuation sling“). **Evakuační židle** jsou určeny osobám s omezenou hybností k bezpečnému překonání schodiště při evakuaci. Židle má podobu sedátka opatřeného ližinami, které umožňují snadný a bezpečný skluz po schodišti, a kolečky pro pohyb na rovině. **Evakuační rohože (matrace)** jsou určeny osobám upoutaným na lůžko (imobilním). Rohože mají podobu tenké matrace, ke které je při přesunu evakuovaná osoba bezpečně připoutána popruhy a tažena směrem z místa akutního ohrožení. Obdobně jako evakuační rohože slouží také **evakuační podložky**. Ty dělíme na **stacionární** a **přenosné**. Stacionární evakuační podložka je součástí lůžka. Je umístěna trvale pod matrací lůžka a v případě potřeby je zasažená osoba za pomoci popruhů přemístěna na bezpečnější místo i s matrací. Naopak přenosná evakuační podložka není pevnou součástí lůžka, ale je uložena pro případ potřeby v jeho blízkosti. Jako prostředek rychlé přepravy osob se ZP z místa mimořádné události do bezpečí může posloužit také **mobilní lůžko** (lůžko s kolečky) (Kováč, 2015). Další možnost evakuační pomůcky představují také **evakuační popruhy**. Ty jsou obdobné jako popruhy určené pro přesun osob s omezením hybnosti např. z vany na lůžko nebo na vozík. K manipulaci s danými evakuačními pomůckami je vždy zapotřebí asistence 1–2 proškolených osob (Marsden Fire Safety Ltd., 2017–2019). Galušková (2013) uvádí jako příklady dalších evakuačních pomůcek určených osobám s omezením hybnosti **evakuační triangel** (závěsný systém určený pro evakuaci z výšky/hloubky), **evakuační výtah**, **evakuační tunely/rukávce/skluzu** (určené pro hromadnou evakuaci více osob, např. EUROACE – stacionární vertikální zařízení z nehořlavého materiálu), **evakuační nosítka** (s popruhy / bez popruhů), **schodolezy**, **rampy**, **schodišťové plošiny** apod.



Evakuační židle



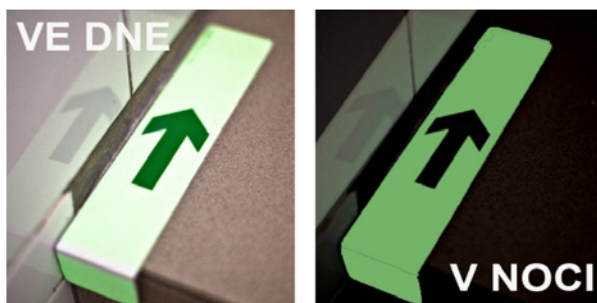
Evakuační podložka



Evakuační matrace²

² Zdroj obrázků: <https://escape-mobility.com/types-of-evacuation-solutions/>

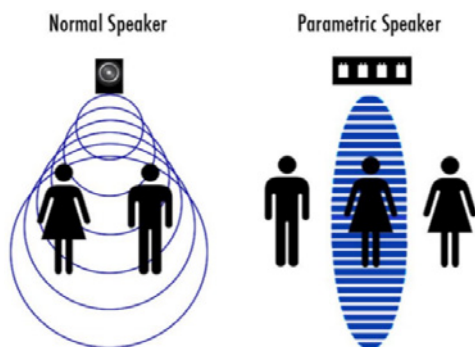
Osobám se zrakovým postižením napomáhají při evakuaci např. **značky v Braillově písmu** (někdy označováno jako hmatové značky – „tactile signs“), kterými by měly být označeny všechny únikové cesty. Značky by měly být v prostorách budovy umístěny tak, aby je osoba se zrakovým postižením mohla snadno nalézt bez ohledu na to, v jakém místě budovy se právě nachází. Dále by měl být osobám se zrakovým postižením k dispozici **zjednodušený půdorys budovy** s vyznačenými únikovými cestami, který svou formou (forma využívající kontrastu či forma hmatová – např. využití 3D modelu půdorysu budovy) odpovídá specifickým potřebám těchto osob (National Fire Protection Association, 2016). U osob slabozrakých mohou k rychlejší evakuaci přispět také např. **fotoluminiscenční šipky v podlaze** či využívání **kontrastních ploch a vodicích linií**. Mimořádná událost by měla být doplněna hlasovou zprávou informující o nastalé situaci a o cestě k nouzovému východu nebo schodišti (Kecklund et al., 2012). Osoby se zrakovým postižením mohou v případě evakuace využívat např. **technologie „directional sound“**. Jedná se o technologii udávající pomocí zvukového signálu osobám se zrakovým postižením směr nejbližší únikové cesty z místa ohrožení (National Fire Protection Association, 2016).



Fotoluminiscenční šipky v podlaze



Značky v Braillově písmu³



Technologie „directional sound“



3D model půdorysu budovy

³ Zdroj obrázků: www.google.com; National Fire Protection Association (2016).

Osoba se sluchovým postižením může mít v krizové situaci problém slyšet poplach (alarm, hlášení) varující před ohrožením a oznamující nutnost evakuace. Tomu se dá předejít instalací tzv. **signalizačních zařízení – optická, vibrační** (vibrační polštáře – např. alarm pro neslyšící a nedoslyšavé Ei 170RF; chytré hodinky apod.). V budově mohou být také umístěny čtecí obrazovky, na kterých bude v krizové situaci zobrazena informace o nutnosti evakuace (National Fire Protection Association, 2016). Osoby se sluchovým postižením vlastníci smartphone mohou v případě požáru využít tzv. **aplikaci „Braci“**. V případě, že aplikace zaznamená zvuk požárního hlásiče, převede ho do vizuální nebo vibrační podoby do smartphonu, smartwatch nebo jiného chytrého zařízení, které osoba vlastní. Uživatel aplikace může snadno přeposlat informaci o nastalé krizové situaci další osobě, např. za účelem potřeby její pomoci při evakuaci (Bracil Ltd., 2016).



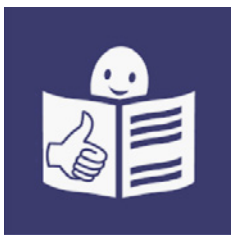
Čtecí obrazovka⁴



Alarm

Osoby s deficitem v kognici (osoby s mentálním postižením, osoby s autismem, osoby s demencí atd.) mohou mít sníženou schopnost zpracovat a porozumět informacím obsaženým v „klasickém“ evakuačním plánu, evakuační strategii či evakuačním značkám označujícími únikové cesty. Z daného důvodu je vhodné dané informace (dokumenty, značky) upravit s ohledem na individuální potřeby těchto osob. Jako jednu z možností alternativní úpravy lze použít např. metodu „**Snadné čtení**“ („Easy to read“). Jedná se o metodu úpravy/zjednodušení textu a jeho následného porozumění. Tato metoda při úpravě textů využívá jednoduché a krátké věty, které jsou často doplněny obrázky (např. v podobě autentických fotografií z přirozeného prostředí osob se ZP) (Nomura, Nielsen, Tronbacke, 2010).

⁴ Zdroj obrázků: National Fire Protection Association (2016).



Logo „Easy to read“⁵

Výše uvedené evakuační pomůcky/úpravy lze považovat za bazální výčet, který by měl být v zařízeních rezidenčních (sociálních) služeb běžnou součástí materiálního vybavení organizace. Všechny osoby, které by se mohly v podmínkách rezidenčních služeb ocitnout v mimořádné situaci, musí být o možnostech a specifikách užití jednotlivých evakuačních pomůcek informovány a proškoleny tak, aby v případě mimořádné situace nemanipulovaly s evakuační pomůckou pouze na základě intuice (Suttell, 2003). Školení by mělo probíhat **formou pravidelného nácviku – modelových situací**. Ty by měly co nejvíce odpovídat okolnostem, které mohou při reálné mimořádné události nastat. Podle autora Hashemi (2018a) se jedná o jedinou možnost, jak s přesností určit čas a efektivitu evakuace.

⁵ Zdroj: <https://easy-to-read.eu/evropske-logo-easy-to-read/>

12

Kultura a umění v kontextu modifikací pro potřeby osob se zdravotním postižením

V rámci úsilí o holistické pojetí adaptace a modifikace prostředí jsme se již věnovali nejen filozofickým východiskům, legislativnímu rámci, materiálně-technickým podmínkám, konkrétním modalitám pracovního, vzdělávacího i domácího prostředí, ale i psychosociálnímu rozměru života ve společenském prostředí. Aktivní zapojení osob s postižením / se specifickými potřebami do společenského života zahrnuje i oblast kultury a umění.

Trojan a Mráz definují umění jako: „Specifickou formu odrazu skutečnosti; zvláštní formu společenského vědomí, v níž se rozvíjejí estetické vztahy člověka ke skutečnosti, druhy výtvarného umění: architektura, sochařství, malířství, grafika, průmyslové výtvarnictví, užité umění, scenografie, částečně i výstavnictví a průmyslový design“ (Trojan, Mráz, 1996, s. 203). Zároveň oba autoři dodávají, že se může jednat o „vysoký stupeň tvůrčí schopnosti v určitém oboru činnosti“. Kulturu můžeme definovat dle Richersona (2012, s. 17) jako: „Soubor informací, které získává jedinec od ostatních příslušníků svého druhu prostřednictvím učení, napodobování a jiných forem sociálního přenosu, které jsou schopny ovlivňovat jeho jednání.“ Zároveň dodává, že informace jsou dnes z velké části přenášeny v rámci společenského kontaktu elektronickou nebo písemnou formou a část je také přenášena ve formě různých druhů artefaktů.

Jak je vidět z uvedených definic, samotné pojmy umění a kultura obsahují širokou škálu oblastí, které do nich lze zahrnout. Tato kapitola se zaměřuje na propojení kultury a umění s osobami se zdravotním postižením. Daný obor je rozsáhlý a velmi specifický, jak šířkou oblasti umění a kultury, tak také rozmanitostí cílové skupiny – osob se zdravotním postižením, kdy každá z těchto skupin přináší do problematiky vlastní specifika. Podíváme-li se na toto téma více z nadhledu, zjistíme, že se vlastně nejedná o nic

výjimečného, neboť každý z nás se setkává už od útlého věku s nějakou formou umění a kultury. Mohou to být první obrázky kreslené rodiči, sourozenci nebo naše vlastní, první pohádky, filmy, hudba nebo hra. Později se k tomu připojuje mateřská škola, která rozvíjí dítě ve všech oblastech vývoje a nezanedbává ani umělecké citění a rozvoj jedince v této oblasti. V tomto směru se později připojují jednotlivé výchovy na základní škole, ale i další specifické zájmy každého z nás. Ať definujeme kulturu či umění jakkoliv, je patrné, že v základu jsou součástí života každého z nás bez ohledu na individuální specifika, jedince se zdravotním postižením nevylučuje.

12.1 Kultura, umění a osoby se zdravotním postižením

Osoby se zdravotním postižením mají mnohá omezení v poznávání světa okolo sebe. Ta jsou dána jejich fyzickým handicapem, ale odrážejí se i v oblasti psychické a sociální. V současné době však můžeme říct, že s vývojem vědy je přísun informací a dalších podnětů pro dané jedince mnohem jednodušší. Kromě důležitých oblastí, jako je vzdělávání, profesní příprava a uplatnění v zaměstnání, je také podstatná oblast každodenního a společenského života. Mnoho lidí se domnívá, že lidé se zdravotním postižením, obzvláště těžkým zdravotním postižením, se nemohou účastnit klasických kulturních a uměleckých aktivit. V současné době máme však mnoho možností, jak i těmto jedincům zpřístupnit umělecký zážitek jako součást zkvalitnění jejich života.

Hovoříme-li o osobách se zdravotním postižením ve spojitosti s kulturou a uměním, můžeme na tuto oblast nahlížet z různých úhlů pohledu. Pro daného jedince tak mohou být přínosné v různých podobách. První a asi jednoznačnou možností je edukační přínos, kdy mohou jedinci nejenom umění poznávat, ale také poznávat skrze něj cokoli dalšího. Od toho se také odráží vliv na rozvoj estetického vnímání. To ovlivňuje a formuje vkus každého jednotlivce, rozvíjí uměleckou tvořivost, fantazii, mravní postoje, pěstuje schopnost vnímat, chápat, citově prožívat a hodnotit krásu v uměleckých dílech. Umění může být u lidí se zdravotním postižením také využito jako terapeutický prostředek, pomocí něhož můžeme působit na tělesnou strukturu, psychiku, ale i sociální oblast a odstranit či zmírnit nežádoucí obtíže či jejich příčiny.

Kromě přímého vlivu umění na osobnost jedinců se zdravotním postižením mohou tyto prostředky také sloužit jako prvek pro získávání financí, jejichž následná investice pomáhá zkvalitnit život osob se zdravotním postižením. Nejčastěji se tak děje v neziskovém sektoru, v podobě benefičních koncertů, výstav nebo sportovních událostí, kdy jsou v rámci vstupného či příspěvku od podporovatelů získány finanční prostředky věnované na podporu osob se zdravotním postižením, na jejich rozvoj a pomoc. V tomto kontextu uměleckých aktivit můžeme zároveň hovořit o určité formě osvěty pro laickou veřejnost. Společnost informujeme nejenom o problémech jednotlivých postižení a jejich následcích, ale zároveň ukazujeme, v čem jsou daní jedinci výjimeční a jak mohou společnost obohatit. Velmi často se také setkáme s kulturními událostmi, které jsou organizovány samotnými skupinami osob se zdravotním postižením či organizacemi tyto skupiny jedinců sdružujícími.

Jak bylo řečeno výše, osoby se zdravotním postižením jsou jednou ze skupin osob znevýhodněných v poznávání světa okolo sebe. U některých je to zapříčiněno snížením či absencí smyslového vjemu. U jiných sníženou inteligencí nebo omezenou pohybovou aktivitou. Každému z nich však můžeme individuálním a alternativním způsobem zpřístupnit vybraný způsob a typ poznání.

Formou rozmanitých aktivit, výtvarných činností a kulturních akcí se vytváří prostor pro setkávání lidí napříč společností, a tím prostor pro socializaci a integraci. V rámci různých kulturních akcí se lidé, ať už s handicapem, či bez něj, mohou lépe poznat a porozumět si. Bezesporu je zároveň dostupnost a možnost uměleckého prožitku prostředkem sociální a kulturní komunikace a má vliv na kvalitu života. Osoby se zdravotním postižením se mohou realizovat a vyjádřit právě při uměleckých aktivitách a zažít pocit úspěchu, čímž se může zlepšit a upevnit jejich sociální status. Zároveň se obohacují o smyslové zkušenosti, poznávají svět kolem sebe a také formují své estetické cítění. To samozřejmě funguje i opačným směrem, kdy umění zprostředkované lidmi s postižením může být obohacující a nevšední pro intaktní společnost. Nyní okrajově nahlédneme do specifik jednotlivých skupin osob se zdravotním postižením (pro více informací doporučujeme příslušnou literaturu věnující se této problematice).

U osob s tělesným postižením došlo v posledních letech k velkým změnám nejenom díky důrazu na všudypřítomnou bezbariérovost. Setkáváme se s přidáváním výtahů do budov, které byly dříve pro tyto jedince nedostupné, u budov, kde není možnost přistavit výtah, se instalují schodišťové

plošiny a zároveň při stavbě nových budov je bezbariérovost již jedním z důležitých prvků stavby. Samozřejmě že důležitou roli zde hraje i šířka dveří, jejich postavení a rozmístění v místnostech dané budovy, přístup, bezbariérové WC apod. Problémů a obtížných situací je stále dost, ale postupem času se stává dostupnost, nejenom v problematice osob s tělesným postižením, rezonujícím tématem ve společnosti. Ukázkami, které naznačují snahu společnosti k řešení situace, mohou být místa pro osoby na vozíku v kinech, divadlech, poměrně hojně vídané tribuny na hudebních festivalech, ale i plošiny a místa v městské hromadné dopravě či dálkových spojích.

U osob se sluchovým postižením odpadají bariéry ve smyslu stavebních či architektonických, jak tomu bylo u předchozí skupiny. Zde nejčastěji řešíme příjem informací a alternativní řešení pro snížení informačního deficitu. Záleží samozřejmě na daném sluchovém postižení, typu a hloubce sluchové ztráty, možnostech kompenzace, které daný člověk využívá, ale také na situaci, ve které se nachází. Jiná situace bude u lehké sluchové ztráty při situaci ve škole, jiná u uživatele kochleárního implantátu při vyřizování dokumentů na úřadě a zcela jiná u osoby neslyšící při komunikaci se zaměstnavatelem. Variant řešení je několik a u každé skupiny to znamená něco jiného. Pokud bychom měli i u této skupiny vyzdvihnout aktuální téma, tak je to jistě zavádění indukčních smyček do (nejen) kulturních objektů. Příkladem může být Mahenovo divadlo, Janáčkovo divadlo a divadlo Reduta v Brně, dále Slovácké divadlo v Uherském Hradišti nebo Kongresové centrum a Městské divadlo ve Zlíně. Další možnosti bezbariérovosti v různých institucích jsou zveřejněny na webových stránkách pomůcek pro neslyšící v kategorii bezbariérovost. Samostatnou kapitolou ve světě kultury je pak samotná komunita Neslyšících a jejich vlastní umělecká tvorba.

U osob se zrakovým postižením lze vnímat omezení zejména v podobě architektonických a informačních bariér. Opět zde však záleží na stupni a druhu zrakového postižení. Osoby se zrakovým postižením lze například ve vztahu k výtvarnému umění dle Perouta (2005) rozdělit do tří skupin. První skupinou jsou jedinci s těžkou zrakovou vadou, která vylučuje využívání i zbytků zraku, tj. osoby nevidomé od narození nebo později osleplé. Druhou skupinu tvoří jedinci s těžkým a středním stupněm slabozrakosti a poslední skupinou jsou jedinci s lehkým zrakovým postižením. Každá z těchto skupin bude vyžadovat individuální způsob u tvoření, ale i u vnímání a přijímání informací. Více o specifikách zrakového postižení v jednotlivých souvislostech bude popisovat následující kapitola.

12.1.1 Právní kontext kultury

V kontextu osob se zdravotním postižením a kultury udávají rovný přístup ke kulturnímu životu kulturní práva uvedená v Úmluvě OSN o právech osob se zdravotním postižením. Konkrétněji pak článek 30 – Účast na kulturním životě, rekreace, volný čas a sport. Zde je dále uvedeno, že:

1. Státy, které jsou smluvní stranou této úmluvy, uznávají právo osob se zdravotním postižením účastnit se kulturního života společnosti na rovnoprávném základě s ostatními a přijmou veškerá odpovídající opatření, aby osoby se zdravotním postižením:
 - a) měly přístup ke kulturním materiálům v přístupných formátech;
 - b) měly přístup k televizním programům, filmům, divadelním a jiným kulturním činnostem v přístupných formátech;
 - c) měly přístup na místa určená pro kulturní aktivity, jako jsou divadla, muzea, kina, knihovny a služby pro turisty a, v co největší možné míře, přístup k historickým památkám a významným místům národního kulturního dědictví.
2. Státy, které jsou smluvní stranou této úmluvy, přijmou odpovídající opatření, aby poskytly osobám se zdravotním postižením příležitost rozvíjet a využívat jejich tvůrčí, umělecký a intelektuální potenciál, a to nejen ve svůj vlastní prospěch, ale také pro obohacení celé společnosti.
3. Státy, které jsou smluvní stranou této úmluvy, podniknou, v souladu s mezinárodním právem, veškeré odpovídající kroky s cílem zajistit, aby zákony na ochranu duševního vlastnictví nevytvářely nepřiměřené nebo diskriminační překážky bránící přístupu osob se zdravotním postižením ke kulturním materiálům.
4. Osoby se zdravotním postižením mají právo, na rovnoprávném základě s ostatními, na uznání a podporu své specifické kulturní a jazykové identity, včetně znakové řeči a kultury neslyšících (dostupné z: <https://www.mpsv.cz/umluva-osn-o-pravech-osob-se-zdravotnim-postizenim>).

12.2 Kulturní instituce ve světě

V této podkapitole se zaměříme na situaci v zahraničí. Nabízíme ukázky dobré praxe u kulturních institucí, zejména muzeí, které jsou bezbariérové pro většinu námi vybraných skupin osob se zdravotním postižením.

12.2.1 Victoria and Albert Museum

Prvním příkladem je Victoria and Albert Museum v Londýně. Podle jejich webových stránek se jedná o největší světové muzeum umění a designu. V záložce disability and access jsou informace pro jednotlivé skupiny osob se zdravotním postižením s informacemi o přístupnosti a kontakty pro další informace či zajištění doprovodu. Pro osoby se zrakovým postižením nabízí muzeum možnost objednání si osobní asistence, možnost dotýkat se některých exponátů, využívají Braillovo písmo, zvětšený tisk, audioprůvodce anebo prozkoumání hmatových výstav. Audiopopis k jednotlivým dílům si je možné stáhnout doma do mobilního telefonu a případně si ho poslechnout ještě před návštěvou muzea přímo z webových stránek. V některých budovách lze využít zvětšovací systémy a čtečku obrazovky, vodící psi jsou vítáni. Pro osoby s tělesným postižením je vchod opatřen rampou a automatickými dveřmi. Muzeum také nabízí možnost půjčení invalidního vozíku či chodítka hned u informačního pultu u vchodu. Samozřejmostí jsou bezbariérové toalety a možnost zajistit si osobního průvodce či asistenta. Osoby se sluchovým postižením mohou využít indukčních smyček v některých místnostech muzea, například u informačního pultu, v prodejně suvenýrů či v přednáškových a seminárních místnostech. Sluchátka či smyčky na krk pro poslech prohlídky jsou k dispozici na informačním pultu. Přednášky jsou pravidelně doplněné znakovým jazykem nebo simultánním přepisem. Celý program akcí a dostupnost této služby je ale třeba zkontrolovat na webových stránkách. Zároveň jsou všechna videa napříč muzeem automaticky opatřena titulky. Zaměřují se také na osoby s poruchami učení či s dyslexií s možností zapůjčení některé z moderních technologií, které převádí text na mluvené slovo. Samozřejmostí je využití osobního asistenta (Victoria and Albert Museum, © 2020).

12.2.2 The British Museum

Další muzeum nacházející se v Londýně je The British Museum. Ve složce Accessibility at the Museum můžeme nalézt možnosti pro návštěvu osob se zdravotním postižením. Osobám se zrakovým postižením je dostupnost umožněna prostřednictvím popisků ve zvětšeném formátu, někde také v Braillově písmu či formou hmatových obrázků. Muzeum také nabízí možnost zapůjčení lupy. Speciálně pro osoby se zrakovým postižením mají dvacet objektů doplněných audiopopisem. Vodící psi jsou v muzeu vítáni. Opět

lze využít osobní asistenci a v případě dotazů kontaktovat osobu uvedenou na webových stránkách. Zajímavostí mohou být i konkrétní informace o síle a intenzitě světla v jednotlivých místnostech, které se mohou podle potřeb návštěvníků upravovat. Pro osoby s tělesným postižením je zajištěn bezbariérový pohyb po budově, včetně bezbariérového WC. Lze zapůjčit invalidní vozík a zajistit si parkování blízko vchodu, vše prostřednictvím rezervace na webových stránkách. Osoby se sluchovým postižením mohou využít indukční smyčky pouze na hlavních informacích u vstupu. Zajímavá, nejen pro ně, může být tzv. sensory map, která uvádí jednotlivé expozice s ohledem na senzorické vnímání. Příkladem jsou místnosti označené jako příliš hlučné nebo naopak místnosti vyžadující úplné ticho. Dále mapa uvádí místa se silným či tlumeným osvětlením (přírozeným či přidaným) či místa výrazná pro čich, dále klidné, či naopak přeplněné lokality. V neposlední řadě také nabízí zapůjčení sluchátek či využití osobního průvodce (The British Museum, © 2020).

12.2.3 Louvre

Stránky muzea uvádí, že již mnoho let je jednou z hlavních priorit zpřístupnit pařížský Louvre návštěvníkům se zdravotním postižením. V souladu s francouzským zákonem o zdravotním postižení z roku 2005 si Louvre klade za cíl zajistit všem návštěvníkům bezpečný a pohodlný přístup do muzea. Zvláštní pozornost je věnována zajištění kvalitní pomoci a péče dostupné v celém muzeu. Čtvrtletně je muzeem vydávána brožura, ve které jsou zmíněny návrhy jednotlivých programů určené osobám se zdravotním postižením. Pro osoby se zrakovým postižením je hned u vchodu taktilní mapa Louvru, která slouží k lepší orientaci v prostředí. Dále je v muzeu vytvořena hmatová galerie (The Tactile Gallery), ve které je možné dotýkat se všech exponátů – buď samotných děl, nebo jejich odlitků. Lze také využít audiopopis, který byl namluvený nevidomými a slabozrakými osobami speciálně pro účely této galerie. Na stěnách se nacházejí popisky ve zvětšeném či Braillově písmu. Návštěvníci se také mohou zúčastnit komentovaných prohlídek, ve kterých jsou velmi konkrétně popsána jednotlivá umělecká díla. K dispozici jsou také workshopy – ty jsou omezeny na osm účastníků a zabývají se různými tématy, opět je třeba sledovat webové stránky muzea. Skupiny návštěvníků s tělesným postižením pod vedením muzejního průvodce mohou sbírky objevovat prostřednictvím přístupných itinerářů. Samozřejmostí je bezbariérový pohyb a WC. Ručně ovládané invalidní vo-

zíky a sklopná sedátka jsou k dispozici k zapůjčení zdarma na informační přepážce výměnou za průkaz totožnosti nebo cestovní pas. Nevyžaduje se rezervace. Návštěvníci se sluchovým postižením se mohou zúčastnit prohlídek s průvodcem ve francouzském znakovém jazyce. Vedou je neslyšící muzejní průvodci, kteří se zabývají různými tématy vztahujícími se k exponátům (Louvre, © 2020).

12.2.4 The Metropolitan Museum of Art

Muzeum v New Yorku se zavázalo zpřístupnit své sbírky, budovy, programy a služby všem návštěvníkům. Zásady rozmanitosti, spravedlnosti, začlenění a přístupnosti se vztahují na všechny aspekty muzea napříč všemi kategoriemi jednotlivců. Návštěvníkům se zrakovým postižením nabízí zdarma zapůjčení audioprůvodce, kterého si je možné stáhnout i do mobilního telefonu. Dále jsou zde k dispozici texty ve zvětšeném formátu, popis v Braillově písmu, možnost dotýkání se vybraných objektů. Dále se zde konají umělecké dílny, kurzy kreslení a programy pro rodiny s dětmi přizpůsobené zrakovému postižení. Samozřejmostí je využití průvodce s detailnějším popisem jednotlivých děl. Pro osoby se sluchovým postižením jsou instalovány indukční smyčky ve všech prodejnách a informačních přepážkách. V některých místnostech a sekcích jsou symboly značící pomocný poslech. Lze využít zapůjčení sluchátek a smyček na krk. Při seminářích či přednáškách je možnost zajistit překlad do znakového jazyka. Pro osoby s tělesným postižením je umožněn bezbariérový přístup do všech prostor muzea. K dispozici je také omezený počet invalidních vozíků k zapůjčení zdarma, bez rezervace (The Metropolitan Museum of Art, © 2020).

12.2.5 Ohio Library for the Blind & Physically Disabled

Knihovna určená osobám se zrakovým a tělesným postižením se nachází v americkém státu Ohio. Knihovna nabízí audioknihy, knihy a časopisy psané v Braillově písmu, DVD tituly a Blu-ray. Sběrka knihovny je poměrně rozsáhlá. Návštěvníci si také mohou zapůjčit digitální zařízení k poslechu audioknih v různých variantách, dostupná jsou i sluchátka, flash disky, tzv. pillow speakery nebo pomůcky pro zesílení poslechu osobám s vadou sluchu (Cleveland Public Library, © 2020).

Tyto a mnoho dalších kulturních institucí ukazují, jakým způsobem je možné zpřístupňovat kulturu a umění osobám se zdravotním postižením. V mnoha státech je běžné využívání indukčních smyček, překladu do znakového jazyka, audiopopisu, zvětšeného písma, popisků v Braillově písmu, architektonické bezbariérovosti apod. Příklad dobré praxe v rámci České republiky si ukážeme v následujících kapitolách.

12.3 Kultura a umění jako prostředek edukace a trávení volného času

V následujících podkapitolách se zaměříme na možnosti, přístupnost a vliv jednotlivých uměleckých a kulturních oblastí a jejich podoby a úpravy, uživatelsky přijatelné pro osoby se zdravotním postižením. Hovoříme-li o umění jako prostředku poznání, musíme zvážit různé podoby bezbariérovosti. Existují nejenom bariéry architektonické, ale také informační, orientační nebo komunikační (Muzea a veřejnost. Aktuální otázky, 2016, s. 69–72). Nejedná se tedy pouze o eliminaci fyzických bariér, ale i těch mezilidských, kdy příkladem může být dostatečně proškolený personál kulturního zařízení. Pokud má jedinec možnost využít prohlídky společně se zážitkem, více ji ocení a více si z toho odnese. Zážitek upevňuje získané poznatky a např. návštěva muzea má tak pro návštěvníka větší význam (Smith, 2014).

12.3.1 Muzea, galerie

Muzea a galerie mají primárně význam ve vzdělávání společnosti. Podle Všeobecné deklarace lidských práv má každý právo na vzdělání, které má směřovat k plnému rozvoji osobnosti (Všeobecná deklarace lidských práv, článek 26, 1948). Muzeum vytváří stimulační prostředí, které podporuje aktivitu návštěvníka (Ramey-Gasser, 2006). Kromě získávání informací je také prostředím, kde lze trávit volný čas.

Budovy muzeí a galerií přinášejí pro své návštěvníky umělecký zážitek v podobě výtvarných či sochařských děl, historických památek, přírodovědných a vědeckých exponátů či jinak význačných artefaktů. Do procesu poznání zapojujeme nejenom naše smysly, ale také kognitivní procesy, které nám umožňují vnímat daný objekt, zapamatovat si jej, přemýšlet nad jeho pojetím či upustit uzdu své fantazii. Zpravidla bývá nejvíce zapojen zrak, někdy to může být také sluch, hmat, popřípadě i čich a chuť. Je tedy patrné,

že pro jedince se zdravotním postižením může být zprostředkování uměleckých děl poněkud obtížnější. Vždy ovšem bude záležet na druhu a stupni jeho postižení. Dosažení ideální úrovně bezbariérovosti závisí nejenom na samotných pracovnících muzea a jejich ochotě přizpůsobit se, ale také na finančních možnostech muzea či galerie. Především architektonické úpravy jsou poměrně dost finančně náročné a někdy vzhledem k starobylému charakteru budovy i nemožné.

Muzea a galerie jsou institucemi, které by měly být přístupné pro všechny členy společnosti. Tento fakt ovšem na jejich práci klade poměrně vysoké požadavky, aby byl nabízený obsah dostatečně kvalitní, informativní a edukativní s ohledem na všechny různorodé skupiny osob se specifickými potřebami. Muzea by se tedy měla nadále snažit rozvíjet a nabízet dostatečně upravené prostředí pro všechny členy společnosti.

Osoby s tělesným postižením

Jak už bylo řečeno výše, pro osoby s tělesným postižením bude zásadním prvkem dostupnosti bezbariérovost. A to ve všech zmíněných podobách. Převážná většina výstav a expozic je umístěna uvnitř budov. V tomto kontextu můžeme zmínit vyhlášku č. 398/2009 Sb., o obecných technických požadavcích zabezpečujících bezbariérovost užívání staveb, a zákon č. 122/2000 Sb., o ochraně sbírek muzejní povahy a o změně některých dalších zákonů, který uvádí v § 10a bod 4 následující: „Standardem fyzické dostupnosti je odstraňování, pokud to stavební podstata příslušné nemovitosti dovolí nebo to není z jiných závažných důvodů vyloučeno, architektonických a jiných bariér znemožňujících osobám s omezenou schopností pohybu a orientace užívání standardizovaných veřejných služeb.“

Při odstraňování architektonických bariér bychom měli myslet na to, že se nejedná pouze o vytvoření bezbariérového přístupu do budovy, ale o vytvoření takovýchto podmínek i v dalších prostorách muzea či galerie – plošiny, výtahy, úprava toalet, přístup k pokladnám, do přidružené restaurace či kavárny, k jednotlivým expozicím či umístění odpočívadel. Kromě osob s tělesným postižením řadíme k osobám s omezenou schopností pohybu a orientace také jedince s dočasným omezením hybnosti, jako jsou např. i senioři, rodiče s dětmi do tří let, těhotné ženy nebo osoby s jinými dočasnými zdravotními problémy.

Kromě pohybu po budově by měla být také v dostatečné míře zajištěna přístupnost exponátů. Mnoho návštěvníků s tělesným postižením je upoutáno na vozík, případně je menšího vzrůstu, což může být problém

při umístění jednotlivých exponátů. Jsou příliš vysoko, stejně tak popisky, panely a multimediální prvky, které je doplňují. Většinou není možné, aby muzeum upravilo všechny své exponáty způsobem vyhovujícím a dosažitelným pro všechny návštěvníky, ale cílem by mělo být pokusit se takto přiblížit a upravit alespoň co nejvíce z nich.

V současné době již většina muzeí a galerií nabízí bezbariérový nebo alespoň částečně bezbariérový přístup. Cílem těchto institucí by mělo být poskytnutí takových podmínek, aby se zde návštěvníci s omezením hybnosti cítili komfortně a mohli fungovat v co největší míře samostatně, bez nutnosti dotazování se či dožadování se pomoci od personálu. V případě, že by však potřebovali s něčím pomoci, by měl být přítomný personál dostatečně proškolený a informovaný tak, aby jim dokázal vyjít vstříc.

Osoby s mentálním postižením

Skupina osob s mentálním postižením je asi tou nejsložitější, pro kterou lze nachystat a přizpůsobit dostatečným způsobem poskytované muzejní a galerijní služby. Každý jedinec je jiný, projevuje se jiným způsobem, má své specifické možnosti a zvyky, jiný stupeň postižení, odlišnou úroveň komunikace a s tím spojené hranice poznávacích procesů a smyslového vnímání. Nejenom psychické, ale také fyzické odlišnosti mohou být pro intaktní společnost nepřijatelné. Vztah a postoj k lidem s mentálním postižením je také velmi často založen na předsudcích, které kolují společností po celou její historii. To mohou být další důvody, proč je v této oblasti věnováno osobám s mentálním postižením tak málo pozornosti.

Zaměstnanci daných kulturních zařízení tak musí prokázat ochotu s těmito návštěvníky pracovat a věnovat jim svou pozornost. Chceme, aby návštěva muzea či galerie byla pro osobu s mentálním postižením možným prostředkem k překonávání svých hranic či k dalšímu rozvoji, ať už osobnímu, nebo sociálnímu. V tom mohou být nápomocny cílené edukační programy vytvářené muzeem pro danou skupinu osob. Pro to, aby takový program byl smysluplný, je zapotřebí zohlednit hned několik aspektů. Mertová (Muzea a veřejnost. Aktuální otázky, 2016, s. 85) mluví o těchto z nich:

- Zohlednit všechna specifika mentálního postižení.
- Stanovit reálné didaktické cíle tak, aby je jedinec s mentálním postižením byl schopen naplnit a zároveň byly smysluplné a postavené na možném dalším rozvoji osoby s mentálním postižením.

- Přizpůsobit metody a formy práce.
- Komunikace – uzpůsobit formu komunikace tak, aby splňovala kritérium jednoduchosti, srozumitelnosti, konkrétnosti a jasného formulování požadavku.
- Nezapomínat na kvalitu prožitku.
- Vycházet z prezentovaného informačního obsahu muzea.

Osoby se zrakovým postižením

Zrakem získáváme téměř 80 % všech informací (WHO, 2019). Je tedy patrné, že osoby se zrakovým postižením, obzvláště těžkým zrakovým postižením, mají poměrně velkou nevýhodu. Velmi často tak používají tzv. kompenzační činitele, kdy kromě těch vyšších, jako jsou jednotlivé kognitivní procesy, využívají také těch nižších, zastoupených našimi smysly. Nejčastěji využívané jsou sluch a hmat. Muzejní a galerijní tvorba je z převážné většiny založena na vizuálních prvcích. Narážíme tedy na poměrně velký problém přístupnosti uměleckých objektů pro jedince se zrakovou vadou. To je také důvodem, proč tito jedinci muzea nenavštěvují v takové míře, jaká by byla žádaná. Pouze 5,5 % osob se zrakovým postižením navštěvuje evropská muzea a galerie (Vaz, 2018, in Růžičková, Kroupová, 2020). Důvodem je právě nedostatečná možnost poznávat umělecké dílo hmatem, jelikož je zpravidla na dané objekty zakázáno sahat, nebo k tomu využít jiných smyslů, kdy sbírkové předměty nejsou doplněny např. o audio výstup.

Přesto se už velmi mnoho institucí nebo umělců snaží svá díla pro jedince se specifickými potřebami přiblížit. Nejčastěji je to prostřednictvím tzv. hmatových výstav. V České republice můžeme stálou expozici nalézt v Národní galerii v Praze. Zejména se jedná o sochařská díla vystavená ve Schwarzenberském paláci a Klášteře sv. Anežky České. Exponáty jsou doplněny o popisky v Braillově písmu, ve zvětšeném černotisku a také katalogem v Braillově písmu (Národní galerie Praha, © 2020).

O odstranění komunikačních bariér také postupně usiluje Národní muzeum v Praze. Své expozice zpřístupňuje nejenom návštěvníkům se zrakovým postižením, ale také s poruchou sluchu. Jedná se především o taktilní expozici s názvem Tradiční lidová kultura dotykem, která umožňuje svým návštěvníkům poznat život na vesnici v období mezi 19. a 20. stoletím. Dále poskytuje dotykový model architektonické podoby budovy Národního památníku na Vítkově a audiozáznamy vybraných virtuálních prohlídek.

Exponáty jsou doplněny o popisky v Braillově písmu a ve zvětšeném čer-notisku (Národní muzeum, © 2020).

Moravská galerie v Brně jako zástupce moravských institucí se také zapojuje do zpřístupnění exponátů osobám slabozrakým a nevidomým. Jedná se o různé možnosti a formy prezentovaných děl (umělecké objekty, kresby a grafiky, zvukové záznamy, autorské knihy a další), které se snaží zprostředkovat především prožitek z umění. Další z variant je také možnost navštívit jejich výtvarné dílny, které dětem i dospělým s tělesným handicapem nabízejí hravou formou poznávání uměleckého světa a galerijního prostředí (Moravská galerie v Brně, © 2010).

Olomoucké Vlastivědné muzeum nabízí návštěvníkům se zrakovým postižením audiovizuální a haptické prvky u vybraných expozic (přírodovědná a historická expozice). V Olomouci mohou osoby se zrakovým postižením také navštívit Arcidiecézní muzeum, Arcibiskupský palác nebo historickou budovu olomoucké radnice, kde jsou dostupné komentované prohlídky s haptickými modely (SONS ČR – Přístupné památky, © 2012–2020).

Aby tedy mohly být expozice v dostatečné míře zpřístupněny pro osoby se zrakovým postižením, je zapotřebí myslet na několik základních pravidel. Důležitým aspektem je možnost haptického zpřístupnění objektu, aby si na něj návštěvník mohl sáhnout, popřípadě vytvořit modely k tomu určené. Dále je potřeba umožnit osobám s vadou zraku přístup s vodicím psem, přizpůsobit také interiér muzea či galerie pomocí vodicích linií, vytvořením popisků v Braillově písmu nebo ve zvětšeném čer-notisku či mít možnost využít zvětšovací lupy. Vhodné je také zařadit audio výstupy či možnost doprovodu průvodce, který bude doplňovat prohlídku slovně, a další prvky vztahující se k jednotlivým druhům zrakového postižení – barvosleposti, fotofobie apod. (Lužná, 2019).

Osoby se sluchovým postižením

Osoby se sluchovým postižením jsou poměrně rozsáhlou skupinou s různými stupni sluchové vady. Je tedy patrné, že komunikace s každou z nich bude odlišná, což klade nemalé nároky na personál muzeí a galerií a také na zajištění vhodného technického vybavení. Někteří mohou odezírat, někteří mohou mít zabudovaný kochleární implantát nebo sluchadlo, někteří se budou dorozumívat pouze českým znakovým jazykem, někteří budou mít naprosto odlišné komunikační způsoby, než jsme zvyklí. Každý návštěvník tak bude potřebovat jiné možnosti, jak mu expozice zpřístupnit.

První z možností je technické zajištění přístupnosti daného muzea či galerie. Využity mohou být např. indukční smyčky, které zesílí zvuk a navodí tak plnohodnotný poslech. Dále pak světelná signalizace. Setkat se můžeme i se simultánním přepisem. Ten můžeme chápat jako jakousi technickou náhradu za tlumočníka. Návštěvník je schopen skrze program a Wi-Fi připojení sledovat zápis textu na obrazovce svého mobilního telefonu či tabletu, a to v reálném čase. Pokud v muzeu není fyzicky přítomný tlumočník, může návštěvník využít služeb on-line tlumočníka. Skrze webkameru je možné propojení s tlumočnickem na dálku. Tyto služby nabízí např. společnosti Tichý svět a Tichá linka. Pro návštěvníky se sluchovým postižením by měly být upraveny také webové stránky. Ne všichni jsou schopni ovládat psanou češtinu, a proto je vhodné informace doplnit o video ve znakovém jazyce, nejlépe s vloženými titulky, aby byly informace srozumitelné jak pro osoby neslyšící, tak i nedoslýchavé. S rozvojem informačních technologií a médií se stále více setkáváme s tzv. multimediálními průvodci. Ti představují propojení obrazu a videa, což je ideální kombinace pro osoby se sluchovým postižením. Takového průvodce lze stáhnout do jakéhokoliv mobilního telefonu či tabletu pomocí QR kódu nebo může být dostupný k zapůjčení na pokladně muzea. Multimediální průvodce nabízí informace ve znakovém jazyce a také informace ve formě obrazu. Je to také jedna z možností, kdy návštěvník nemusí být závislý na tlumočnickovi nebo lektorově výkladu. Návštěvník může v průvodci nalézt také informace o stálých expozicích, kalendář s programem muzea nebo základní a praktické informace o muzeu či galerii. Průvodce může být také přizpůsoben pro dětské návštěvníky. Přidány jsou různé animace, obrazy, znakuující průvodce nebo příběhy, které dítě provedou expozicemi. Celý průvodce je koncipovaný jako hra, kdy může dítě plnit různé úkoly a zábavnou formou se vzdělávat (Koutská, 2014, s. 8–15).

Samozřejměostí je také dostatečně proškolený personál zejména v oblasti komunikace. Vhodné je zaměstnat přímo neslyšícího, který bude zodpovědný za poskytování služeb osobám se sluchovým postižením. Pokud instituce zaměstnává tlumočníka, je to pro návštěvníky obrovská výhoda. Muzeum by však mělo respektovat, pokud si návštěvník přivede vlastního tlumočníka.

Česká republika se přístupností muzeí a galerií pro osoby se sluchovým postižením intenzivně zabývá, ale přesto je jejich dostupnost minimální. Z evropských států však v technické přístupnosti nejvíce vyniká Francie. V tuzemsku můžeme zmínit Národní muzeum v Praze, které od roku 2010

zpřístupňuje osobám se sluchovým postižením komentované prohlídky či virtuální výstavy. Ve spolupráci s Centrem pro prezentaci kulturního dědictví při Národním muzeu se také pravidelně účastní Pražské muzejní noci, která je určena i osobám neslyšícím a nedoslýchavým (Centrum pro dětský sluch Tamtam, o. p. s., © 2020).

12.3.2 Divadla, koncerty

Osoby s tělesným postižením

U osob s tělesným postižením budou prvky bezbariérovosti podobné jako v muzeích či galeriích. V současné době se setkáme s poměrně velkým počtem budov, které nabízejí možnost bezbariérového přístupu. Zpravidla však bývá předpokladem, že bývá omezen počet míst pro vozíčkáře. Divadla tak doporučují vždy na návštěvu osoby s pohybovým handicapem upozornit dopředu.

Osoby s mentálním postižením

V rámci bariérovosti se můžeme u osob s mentálním postižením zaměřit především na informační bariéry. V tomto smyslu se jedná o nepřehledné, nahuštěné a jinak nedostupné informace. Jedincům s mentálním postižením tak může pomoci jiná osoba orientující se v dané problematice či vybraná organizace, která zajišťuje služby pro osoby s mentálním postižením a zpravidla má službu věnující se socializaci, chceme-li začlenění jedinců do společnosti, kam často spadají různé kulturní akce a události. Výhodou těchto organizací je znalost cílové skupiny, a tedy i správný výběr událostí či akcí. V neposlední řadě mohou jedincům pomoci informace předané v jasné a srozumitelné podobě, ať už díky zjednodušeným větám, za podpory obrázků, či v jiné formě komunikace. Tato skupina kvůli své rozmanitosti potřebuje stejně tak širokou rozmanitost v rámci předávání informací s okolním světem. V rámci divadelních představení bychom měli pro osobu s mentálním postižením volit takové, které bude odpovídající jeho osobnostním charakteristikám, bude pro něho pochopitelné a může mít další vliv na jeho rozvoj. Zvážit bychom měli také délku představení. Poměrně velká část osob s mentálním postižením jej má v kombinaci s postižením tělesným. Zde opět platí veškeré možnosti bezbariérového zajištění, jak už bylo zmiňováno výše.

Koncerty mohou být naopak dobrým prostředkem k uvolnění přebytečné energie, vyjádření emocí či zdokonalování pohybových možností. Je

však vždy důležité znát specifika každého jedince a být předem informován o jeho možnostech. Velmi často se u jedinců s mentálním postižením vyskytují také epileptické záchvaty, kdy pro takového jedince nebudou koncerty s doprovodnými světelnými efekty, zejména v podobě stroboskopu, přijatelné. Někteří mohou být přecitlivělí na hlasitost, jiní na velké množství lidí.

Osoby se zrakovým postižením

Pro osoby s těžkým zrakovým postižením je návštěva divadla ochuzena o vizuální vjem. To ovšem neznamená, že by jej nemohly navštívit. Je však zapotřebí myslet na doplnění doprovodného komentáře, kdy bude jedinci popsáno, co se na scéně děje nebo jak vypadá. V minulých letech se již několik takových představení uskutečnilo. Roku 2014 uvedlo Divadlo Na zábradlí inscenaci s názvem Cesta kolem světa za absolutní tmy, kdy chtěl režisér Karel Kratochvíl vytvořit představení nejenom pro osoby se zrakovým postižením, ale také zpřístupnit svět nevidomých běžné populaci. Diváci dostali při vstupu na oči klapky, aby už od začátku mohli zažívat, jaké to je žít ve světě, kde člověk nevidí. Představení Lež bylo v roce 2019 inscenací zprostředkovanou Českým rozhlasem Radiožurnál a organizací Světluška, doplněnou živým komentářem hlasového průvodce Jana Hergeta.

Osoby se sluchovým postižením

Bezbariérovost divadel se týká také osob se sluchovým postižením. Od roku 1998 se v tuzemsku začalo využívat tzv. divadelní tlumočení do českého znakového jazyka. V současné době je nejvíce tlumočených představení realizováno Českou komorou tlumočnicků znakového jazyka. Existují tři možné varianty divadelního tlumočení: První z nich se využívá zejména v menších divadlech a nazýváme jej tlumočení statické. V tomto případě se jedná o jednoho tlumočnicka, který se nepohybuje po jevišti společně s herci, ale zaujímá předem stanovené místo na okraji jeviště nebo vedle něj tak, aby na něho diváci dohlédli. Shadowing neboli stínové tlumočení je další z variant, kdy je každý herec zastoupen vlastním tlumočnickem. Oblečen je v tmavší variantě kostýmu herce a vytváří mu jakýsi „stín“. Třetí možností je tzv. zónové tlumočení. Zapojeno je více tlumočnicků, kteří se nacházejí v různých scénách (zónách) jeviště, zpravidla tam, kde se odehrává hlavní děj. Jejich umístění by mělo být dostatečně viditelné pro diváky, ale zároveň by nemělo překrývat pohyb herců. Pro osoby se sluchovým postižením je však tato varianta poměrně náročná na pozornost.

Máme však i další možnosti, jak zprostředkovat divadelní zážitek osobám se sluchovým postižením. Využito může být i tzv. doprovodné tlumočení divadla. Tlumočník je součástí divadelního představení a v některých momentech jej doplňuje o potřebné komentáře. V některých divadlech se také setkáme s představením doplněným o titulky nebo místa, kde lze využít sluchátka pro infračervený přenos signálu či sluchátka s poslechem indukční smyčky (Česká komora tlumočnicků znakového jazyka, © 2020).

O takovéto inscenace se již zajímá mnoho divadel a zařazuje je do svého repertoáru. Ovšem jednotlivá představení jsou proměnná, a není tedy jakási stálá nabídka, kterou bychom zde mohli představit. V minulých letech takováto představení mělo například Divadlo Na zábradlí, divadlo Semafor, titulovaná představení se hrají ve Švandově divadle, indukčními smyčkami a titulkovacím zařízením je vybaveno Mahenovo divadlo v Brně, prostor pro poslech pomocí infračervených sluchátek s titulkovacím zařízením nalezneme také v Janáčkově divadle v Brně, Divadlo Antonína Dvořáka v Ostravě umožňuje navštívit divadelní představení s českými a anglickými titulky nebo dále jsou pro osoby se sluchovým postižením představení ve Slováckém muzeu či Městském divadle ve Zlíně.

Hudbu můžeme osobám se sluchovým postižením přiblížit pomocí tzv. hudebního tlumočení. V České republice byl první koncert tlumočen v roce 2002, takže se jedná o poměrně novou záležitost. Cílem hudebního tlumočení je zprostředkovat osobě se sluchovým postižením takový hudební prožitek, který by dostal i slyšící posluchač. Tlumočen může být buď zpěv, anebo hudba. Počty tlumočnicků jsou různé, ale zpravidla se odvíjejí od délky hudební reprodukce. V případě celého koncertu tak bývá přítomno více tlumočnicků, aby se mohli střídali. Umístění tlumočnicka na pódiu je o dost benevolentnější nežli u divadelního tlumočení, je však zapotřebí zvážit, zda se na pódiu budou vyskytovat i jiné výrazné prvky, kromě hudebníků, které by pro tlumočnicka mohly být omezující.

Jednou z nejznámějších tlumočnic světa je Amber Galloway Gallego, která tvrdí: „Let our hands be music to your eyes.“ Jejím hlavním cílem je kromě předání textu písně také přiblížit atmosféru skladby a zapojit do svého projevu emoce. Amber se svým tlumočnickým uměním navštěvuje koncerty po celém světě, např. i tuzemský festival Colours of Ostrava. U nás pořádá koncerty s tlumočením do českého znakového jazyka např. organizace Tamtam, o. p. s.

12.3.3 Kino

Pokud hovoříme o bezbariérovosti divadel či přístupnosti koncertů, mohli bychom do této kategorie zařadit také kina. Filmy jsou často vnímány jako umělecké počiny. Slouží nám tedy nejenom pro potěchu oka, ale také ducha nebo jako forma relaxace či rekreace. Kromě možnosti zhlédnout filmy z domova můžeme také navštívit kina, což dodává filmu úplně jiný rozměr. Aby však byla kina přístupná všem, měla by splňovat určité předpoklady bezbariérovosti.

Bezbariérový přístup je pro většinu kin už standardem. Většinou však bude přístup do budovy jiným než hlavním vchodem, proto je dobré předem informovat zaměstnance kina, že se na film chystá osoba, která potřebuje tuto možnost využít.

12.3.4 Sportovní události

Sportovní události se těší v posledních letech velké oblibě. Můžeme je rozdělit na akce cílící na osvětu a propojující svět intaktní společnosti s vybranou skupinou osob se zdravotním postižením anebo na sportovní akce pořádané speciálně pro osoby s určitým typem postižení, kam řadíme zejména paralympiádu, která je celosvětovým sportovním hnutím osob s tělesným, zrakovým či mentálním postižením. Společně s deaflympiádou a speciálními olympiádami vytváří komplexní celosvětovou síť sportů osob se zdravotním postižením. Všechna tato hnutí jsou uznávána Mezinárodním olympijským výborem (IOC).

Jak již bylo naznačeno, tak paralympiáda a v ní vybrané sportovní disciplíny cílí mimo jiné na osoby s tělesným postižením. Téměř každý sport lze s úpravami a vhodnými pomůckami realizovat. Díky vhodným pomůckám a úpravám či výměně vozíků se lze zúčastnit fotbalového, basketbalového či ragbyového klání, začít s atletikou nebo pokračovat ve sjezdu na lyžích. Exoticky může vynírat boccia (sport podobný francouzskému pétanque určený lidem s těžkým tělesným postižením, kteří jsou odkázáni na invalidní vozík) či sledge hokej, též nazývaný parahokej, sport, který je příbuzný lednímu hokeji, ale je určen pro hráče handicapované v dolní polovině těla.

Pro osoby se zrakovým postižením organizuje sport na všech úrovních Český svaz zrakově postižených sportovců (ČSZPS). Ten je členem Unie zdravotně postižených sportovců (UZPS) a Českého paralympijského výboru (ČPV) a je také členem světových sportovních federací International

Blind Sports Association (IBSA – Světová sportovní federace nevidomých sportovců), International Braille Chess Association (IBCA – Mezinárodní šachová federace zrakově postižených sportovců) a International Paralympic Committee (IPC – Mezinárodní paralympijský výbor). Specifický sport pro osoby se zrakovým postižením je pak například showdown (stolní tenis pro nevidomé a zrakově postižené), zvuková střelba či tandemová cyklistika.

U osob s mentálním postižením bereme na vědomí individuální potřeby a specifika každého člověka. Následně vzhledem k jeho potřebám a zájmům vybíráme aktivity my nebo on sám. Pokud nám to ale tělesná, intelektová a další specifika daného jedince dovolí, tak není třeba se při výběru sportovní aktivity nikterak omezovat. Problematikou soutěží od úrovně národní po světovou se zabývají dvě organizace, a to: Inas – FID (International Sports Federation for Persons with Intellectual Disability), v rámci ČR je to ČSMPS (Český svaz mentálně postižených sportovců), a SOI (Special Olympics International), v České republice známý jako ČHSO (České hnutí speciálních olympiád).

U osob neslyšících se zaměřujeme zejména na individuální potřeby a schopnosti každého jedince, nicméně pokud nejsou přítomny závažné důvody (např. na doporučení lékaře, ohrožení bezpečnosti jedince apod.), tak lze opět vybírat sportovní aktivity téměř bez omezení. Sportovci se sluchovým postižením se neúčastní paralympijských her, vrcholnou soutěží jsou pro ně deaflympijské hry, které se konají jednou za čtyři roky, a to vždy v roce následujícím po olympijských a paralympijských hrách.

Z událostí, které propojují oba dva světy, tedy osob intaktních a osob s postižením, lze zařadit například sportovní události jako Noční běh pro Světlušku či účast Centra Paraple ve StarDance.

12.3.5 Knihovny

Zákon č. 257/2001 Sb., o knihovnách a podmínkách provozování veřejných knihovnických a informačních služeb (knihovní zákon), uvádí, že na základě rovného přístupu jsou „všem bez rozdílu poskytovány veřejné knihovnické a informační služby“. Knihovnám, které jsou přístupné osobám se zdravotním postižením, je Svazem knihovníků a informačních pracovníků České republiky udělován certifikát Standard Handicap Friendly. V současné době je možné získat certifikát v oblasti přístupnosti pro osoby se zrakovým postižením, sluchovým postižením, tělesným postižením a mentálním

postižením. Tyto knihovny tak musí splňovat určité podmínky k tomu, aby certifikát dostaly a přinášely užitek osobám se specifickými potřebami.

Aby byly knihovny dostatečně přístupné pro osoby se zrakovým postižením, měly by splňovat následující kritéria: Samozřejmostí je dostatečně proškolený personál knihovny v oblasti komunikace, pohybu osob se zrakovým postižením, práce s technickým zařízením knihovny určeným pro osoby se zrakovým postižením či v možnostech dostupnosti vhodných dokumentů v knihovně. Knihovna by také měla mít dostatečné množství literatury a dokumentů určených pro jedince s vadou zraku, např. knihy a časopisy ve zvětšeném černotisku nebo v Braillově písmu, audioknihy a časopisy, filmové DVD s komentářem určeným osobám se zrakovým postižením, elektronické dokumenty umožňující čtení za pomoci speciálního softwaru apod. Služby nejsou určené pouze jedincům se zrakovým postižením, ale měla by se objevovat i dostupná literatura o konkrétním postižení, určená např. rodičům daného dítěte. Zajištěny by měly být i architektonické prvky budovy, jako jsou vodící linie, akustické orientační majáčky, výtahy doplněné o akustický tón, úprava schodiště, dodržování kontrastu, zajištění adekvátních světelných podmínek atd. Přístupné by také měly být webové stránky.

U osob se sluchovým postižením je potřeba zaměřit se na podobné kategorie jako u osob se zrakovým postižením. V rámci personálního zajištění je však přítomnost osoby, která ovládá komunikační schopnosti jedinců se sluchovým postižením, velmi vítána. Knihovna by měla být vybavena také dokumenty a literaturou s bohatým ilustrovaným obsahem, časopisy speciálně určenými pro neslyšící (Gong), titulovanými filmy, DVD a videi určenými uživatelům se sluchovým postižením apod. Z technického vybavení je potřeba zajistit možnost vypůjčení indukční smyčky, a pokud se v prostorách knihovny objevuje zvuková signalizace, je zapotřebí doplnit ji také o signalizaci vizuální.

Pro osoby s tělesným postižením se úprava knihoven týká jak dostatečně informovaného personálu, tak i literatury, ale především technických a materiálních podmínek. Jedná se opět o požadavky bezbariérovosti v úpravě přístupu do budovy, dveřních prostor, plošin, výtahů, toalet, uspořádání interiéru atd. Podobné požadavky se poté vztahují také na osoby s mentálním postižením (Národní knihovna České republiky, 2014, s. 14–69).

12.4 Umění jako prostředek fundraisingu

Pojem fundraising nemá v českém prostředí jednotný překlad. Můžeme o něm však hovořit jako o procesu či způsobu získávání finančních nebo jiných prostředků v souvislosti s nestátními neziskovými organizacemi (dále jako NNO). Cílem však není získat peníze jednorázově, ale směřuje k dlouhodobějším záměrům ve spravování zdrojů, čímž napomáhá předcházet nedostatečnému množství prostředků na činnost NNO (Poláčková, 2005).

Neziskové organizace používají fundraising jako svoji marketingovou strategii. Aby byl fundraising úspěšný, je zapotřebí zajistit dostatečně kvalitní personální zabezpečení a předem si stanovit fundraisingový plán. Dobré komunikační a organizační schopnosti jsou předpokladem k získání potřebných finančních prostředků. Hlavním úkolem je zajištění zdrojů – vytvoření vhodné nabídky ve správný čas na správném místě. Zdroje mohou být interní nebo externí. Interní zdroje představují finance získané z vlastní činnosti, např. prodejem vlastních výrobků, z poskytování služeb, popřípadě se jedná o příjmy z reklam. Externí zdroje poté můžeme rozdělit na individuální, veřejné a soukromé zdroje. Individuální jsou prostředky získané od samostatných subjektů či firem. Veřejné zdroje poskytují především státní správa a samospráva nebo se jedná o fondy Evropské unie. Soukromé zdroje jsou poskytovány soukromými právníckými osobami – nadace, nadační fondy, živnostníci či jiné podnikatelské subjekty (Machálek, Nesrstová, 2011).

Existuje několik možností, jak fundraising provozovat:

- veřejná sbírka;
- benefiční akce;
- dotovaná akce;
- přímý poštovní styk;
- prodej;
- „od dveří ke dveřím“;
- inzerce;
- členské příspěvky;
- osobní dopis či telefonický rozhovor;
- písemná žádost o grant;
- závět.

V uměleckém kontextu se budeme dále bavit o prvních třech výše zmíněných technikách. Informace o konání veřejné sbírky upravuje zákon č. 117/2001 Sb., o veřejných sbírkách. Finanční prostředky je možné získat na základě sběrných listin, pokladniček, prodejem předmětů nebo vstupenek na kulturní či sportovní akce. Vytvořen může být také transparentní účet, na který lze peníze zaslat (Ministerstvo vnitra České republiky, © 2020).

Další z možností je uspořádání benefiční akce. Nejčastěji v podobě koncertů, divadelních představení, sportovních událostí, festivalů, prodejních výstav, aukcí nebo tomboly. V souvislosti s osobami se zdravotním postižením bývá výtěžek takovéto akce věnován pro účely zkvalitnění jejich života – na rehabilitační a kompenzační pomůcky, léčebné pobyty, na úpravy prostředí, bezbariérovost apod.

Pomocí sportovní, kulturní nebo jiné společenské aktivity můžeme uspořádat tzv. dotovanou akci. Účastníci těchto akcí podávají určitý měřitelný výkon, kdy za každou naměřenou jednotku (kilometr, vysazený strom, namalovaný obraz...) putuje předem určená částka podporované organizaci. Tyto akce bývají zpravidla přístupné pro každého. Dané možnosti fundraisingu mohou být doplněny o prodej propagačních předmětů organizace nebo výrobků vytvořených přímo lidmi s handicapem.

Pro účely této kapitoly bychom rádi zmínili především benefiční koncerty jako umělecký počín zprostředkovávající získávání finančních prostředků ke zlepšení kvality života osob se zdravotním postižením. V České republice máme mnoho organizací, které se pořádáním těchto akcí zabývají. Některé z nich jsou známé, jiné méně, ale významově mají všechny velkou váhu. Výčet některých z nich můžete nalézt na stránkách nadace Divoké Husy, která řadu z nich podporuje (Nadace Divoké Husy, © 2020). Zmíníme zde však dvě nejrozšířenější organizace pořádající benefiční koncerty v České republice – Světlušku a Centrum Paraple.

12.4.1 Světluška

Organizace Světluška jako součást Nadačního fondu Českého rozhlasu funguje již od roku 2003. Podporuje osoby se zrakovým postižením, kdy se může pyšnit mnohými úspěšnými projekty. Především je známá jako organizátor benefičních koncertů vysílaných prostřednictvím České televize. Jedním z cílů koncertu je získání finančních prostředků na podporu osob se zrakovým postižením. Světluška se také snaží intaktní společnosti při-

blížívat každodenní život osob se zrakovým postižením, jejich možnosti, limity, ale také úspěchy. Do benefičních koncertů je zapojeno mnoho českých umělců, jejichž výkony jsou podpořeny osobami se zrakovým postižením a téměř 60 členy Světluščího sboru, tvořeného Kühnovým dětským sborem ze Školy Jaroslava Ježka pro zrakově postižené v Praze.

Podpořit Světlušku můžete i koupí českého křišťálu vytvořeného nevidomými umělci, účastí na benefičním běhu – Noční běh pro Světlušku, návštěvou Kavárny POTMĚ nebo zakoupením jednoho z propagačních předmětů organizace při sbírkové akci „V září světlušky září“ (Český rozhlas, Světluška, © 1997–2020).

12.4.2 Centrum Paraple

Centrum Paraple se věnuje osobám s poškozením míchy. Snaží se svým klientům a jejich rodinám pomoci zvládnout nově vzniklou těžkou životní situaci. Prostřednictvím svých služeb pomáhá nejenom svým členům, ale zároveň se věnuje pořádání osvětových a zážitkových akcí za pomoci osob na vozíku. Historie Centra Paraple sahá už do roku 1990, kdy bylo založeno občanské sdružení Svaz paraplegiků. Roku 1994 se k jejich činnosti připojil Zdeněk Svěrák a vzniklo Centrum Paraple, jak ho známe dnes.

David Lukeš, současný ředitel organizace, zmínil, že benefiční koncerty jsou obrovskou příležitostí pro získání finančních příspěvků. Na jejich organizaci se podílí produkční tým a mnoho dobrovolníků. Založeny jsou především na účasti známých tváří. Další akcí je od roku 2000 benefiční sportovní událost Běh pro Paraple, doplněná o workshopy, divadelní představení, koncerty a další. V roce 2009 se prvně uskutečnil také benefiční golfový turnaj, jehož patronem se stal Marek Eben (Centrum Paraple, © 2020).

Benefiční koncerty v zahraničí jsou zpravidla organizovány v kontextu humanitární činnosti. Výtěžky jsou zpravidla určeny pro světové oblasti, kde došlo k přírodní katastrofě, nebo rozvojové země, které potřebují finančně podpořit pro zlepšení životních podmínek. Těmito koncerty byly např. v roce 1971 Koncert pro Bangladéš organizovaný Georgem Harrisonem, poté roku 1985 Live Aid. Při příležitosti Valného shromáždění OSN roku 1979 zazněl koncert Dárek písní: Hudba pro UNICEF nebo v roce 2005 Live 8 podporující rozvojové země.

12.5 Umění prezentované lidmi se zdravotním postižením

Jak již bylo řečeno, tak umění jako takové se týká nás všech bez ohledu na to, zda máme nějaké zdravotní postižení, či nikoliv. V této kapitole nabízíme skromný přehled organizací, akcí či skupin osob se zdravotním postižením, které se některému uměleckému vyjádření věnují.

12.5.1 Divadlo vzhůru nohama

Jedná se o umělecké profesionální uskupení, které již od roku 2001 vytváří v České republice ojedinělý divadelní projekt Divadelní tvorba ve specifické skupině (dříve Divadlo jako socializační možnost). Jedná se o integrovaná představení s herci s mentálním znevýhodněním. To znamená, že na divadelních prknech společně vystupují herci s postižením i herci profesionální. Divadlo se zaměřuje na kreativní divadelní práci s lidmi s mentálním postižením tak, aby pomohli jejich realizaci a osobnostnímu vyjádření a vývoji v profesionálních divadelních podmínkách. Vedle divadelních představení pořádají divadelně-výtvarné workshopy pro děti a víkendové divadelní školičky, autorská loutková i neloutková představení s profesionálními herci nebo studenty DAMU (Divadlo vzhůru nohama, © 2020).

12.5.2 Divadlo UJETO

Jedná se o divadelní soubor, jehož základ tvoří herci s mentálním postižením. Herci sami zmiňují, že se nejedná o sociálně, terapeuticky či volnočasově orientovaný projekt, ale o vážně míněný záměr provozovat, pokud možno v profesionálních podmínkách, divadlo využívající velmi specifický potenciál talentovaných a školených lidí s handicapem. Svoji činnost zahájili již v roce 2014 a navázali tak na předchozí pětiletou práci stejného souboru pod hlavičkou Divadla Inventura (Divadlo UJETO, © 2020).

12.5.3 Divadlo ALDENTE

Divadlo skládající se z herců s Downovým syndromem i bez něj, které je teprve na počátku. Vychází z toho, že herci specificky mohou obohatit diva-

delní umění minimálně tolik, jako divadlo obohacuje je (Divadlo ALDENTE, © 2020).

12.5.4 Dr.amAS

Divadelní soubor, který byl založen v roce 2015 při Národním ústavu pro autismus, zaměřující se výlučně na autorskou tvorbu. Témata inscenací vycházejí z příběhů členů souboru, kterými jsou převážně dospělí lidé s poruchou autistického spektra. V inscenacích se objevuje živá hudba i zvukové stopy vytvořené hudebníky nejen s poruchou autistického spektra (Dr. amAS, © 2020).

12.5.5 Jiné jeviště

Jiné jeviště je spolek zabývající se od roku 2011 divadelní tvorbou ve specifických skupinách, a to především kombinací profesionální divadelní tvorby s lidmi s mentálním postižením. Spolupracují s Divadlem vzhůru nohama a snaží se najít pevné místo pro divadlo ve specifických skupinách na české profesionální umělecké scéně (Jiné jeviště, © 2020).

12.5.6 The Tap Tap

Jedná se o kapelu studentů a absolventů školy Jedličkova ústavu známou jak v České republice, tak v zahraničí. Více informací o aktivitách kapely i poslech písní umožňují jejich webové stránky (The Tap Tap, © 2020).

12.5.7 Mluvicí ruce

Mluvicí ruce je divadelní přehlídka tvorby především neslyšících umělců, kterou pořádá Česká unie neslyšících pravidelně od roku 1998. Program i místo konání se každý rok mění (Mluvicí ruce, © 2020).

12.5.8 Divadlo Neslyším

Divadlo v Brně, které má na svém repertoáru představení pro děti i dospělé. Účinkují v něm vedle neslyšících i herci a hudebníci slyšící (Divadlo Neslyším, © 2020).

12.5.9 Hands Dance

Hands Dance je skupina slyšících a neslyšících tlumočnicků z Brna, která se věnuje uměleckému tlumočení do českého znakového jazyka. Jedná se o tlumočení divadelních inscenací a interpretací hudby a písní prostřednictvím umělecké formy českého znakového jazyka a divadelně-pohybově-vizuálních prvků. Cílem pak je přiblížit a zprostředkovat zážitek z hudby a divadla neslyšícím divákům. Zároveň ale také prostřednictvím uměleckých vystoupení přibližují slyšícím divákům jazyk a svět Neslyšících a nabízí jim tak i nevšední vizuální zážitek (Hands Dance, © 2020).

12.5.10 Organizace Aliterra

Aliterra navazuje svou činností na Občanské sdružení Slepíši, které se v roce 2017 transformovalo právě na organizaci Aliterra. Ta vznikla spojením dvou latinských slov: aliter = jinak, nově + terra = hlína, země. Zaměřují se zejména na výuku a propagaci Axmanovy techniky modelování, přednášky, výstavy a kurzy (Organizace Aliterra, © 2020).

12.5.11 Okamžik

Okamžik se snaží podporovat plnohodnotný a samostatný život lidí se zrakovým postižením a propojovat ho se světem lidí bez postižení prostřednictvím sociálních služeb, dobrovolnických, kulturních, osvětových a jiných aktivit. Jednou z jeho hlavních aktivit je Hmateliér – ateliér a keramická dílna hmatového modelování pro nevidomé. Mezi aktivity Hmateliéru patří výuka Axmanovy techniky hmatového modelování pro zrakově postižené, ale i jiné formy řemeslně výtvarné práce přizpůsobené přirozeným hmatovým schopnostem nevidomých. Díky tomu pak pořádají výstavy výrobků klientů. V rámci Okamžiku se také setkáváme s literárními soutěžemi a sbírkami nevidomých autorů (Okamžik, © 2020).

12.5.12 SONS

Sjednocená organizace nevidomých a slabozrakých ČR je jednou z nejzákladnějších institucí věnujících se lidem se zrakovým postižením u nás. Ačkoliv je paleta akcí a činností široká, my se zaměříme pouze na kulturu a umění s ní spojenou. Jak uvádí sama organizace na svých stránkách, život

intaktních a nevidomých nabízí širokou škálu možností propojení a vzájemného obohacení ve světě vnímání zážitků a tvůrčího umění. V oblasti kultury může souzvuk lidských smyslů nahradit smysl chybějící a vytvořit tak prostor pro stejný zážitek všem, kteří chtějí v různých sférách umění rozdávat radost druhým či naopak poznat, že i člověk se zrakovým handicapem má svému okolí co nabídnout. Jednou z akcí, které SONS již několik let organizuje, je festival Dny umění nevidomých na Moravě, kde může široká veřejnost poznat významné osobnosti, které se přes zrakový handicap dokážou vyrovnat svým kolegům a vytvářet originální díla. V rámci festivalu Tyfloart se zase prezentuje tvorba a volnočasové aktivity členů SONS (SONS, © 2020).

13

Výzkumný záměr – Iniciální analýza

Úprava prostředí se stává stále více diskutovanou oblastí, protože je zřejmé, že není potřebou jen skupiny osob se zdravotním postižením. Vzhledem k tomu, že každý druh, stupeň a důsledky zdravotního postižení přináší jiné potřeby a požadavky na úpravu prostředí, vytvořili jsme tříetapový výzkumný projekt „Úprava prostředí pro jedince se zdravotním postižením I.–III.“, aby byl prostor na hloubkovou analýzu všech klíčových témat.



Schéma 4 – Tříetapový výzkumný projekt.

Jak je vidět na schématu výše, první část výzkumného projektu pro rok 2020 byla primární sondou popisující veškeré faktory prostředí, které determinují kvalitu života člověka se zdravotním postižením a kvalitu života pečujících osob. Výzkumné aktivity na další roky se zaměřují na konkrétní

ní informace o prostředí jako rozhodujícím faktoru kvality života osob se zdravotním postižením.

Cílem iniciální analýzy je tedy charakterizovat výše uvedené faktory prostředí, které vnímá cílová skupina osob se zdravotním postižením a pečujících osob jako problematické, popsat postoje, obavy, které se v souvislosti s nevyhovujícími podmínkami v prostředí vynořují. Při tvorbě výzkumného nástroje jsme si kladli následující otázky:

- *Jak se odráží charakteristiky osobnosti daného jedince v postojích, obavách a potřebách vzhledem k úpravě prostředí?*
- *Orientují se respondenti ve svém prostředí bezpečně?*
- *Cítí se ve svém prostředí svobodně?*
- *Je možné, aby se vhodným prostředím zmírnily příznaky jejich obtíží?*
- *Mají obavy, když mají vstoupit do prostředí, které neznají?*
- *Zvykají si rychle na změnu prostředí?*

14

Metodologie

Cílem primární kvantitativní výzkumné sondy bylo získat předběžné informace o dané problematice – šlo o identifikaci klíčových faktorů v prostředí. Na provedenou iniciální analýzu bude v dalších plánovaných výzkumných aktivitách navazovat výzkum kvalitativního či smíšeného typu, abychom umožnili hloubkovou analýzu daného tématu.

Data byla zpracovávána nejprve pomocí popisné statistiky. Data byla kódována převedením do číselné podoby v programu Excel 2016, ve kterém byly vytvářeny také grafy. Tabulky četností byly vytvořeny v programu SPSS. Zvolený vzorek byl natolik heterogenní, že statistické zpracování nebylo signifikantní.

Na základě teoretických východisek a výše uvedených otázek jsme distribuovali dotazníky vlastní konstrukce, které byly vytvořeny pomocí Google formuláře a respondenti je vyplňovali kliknutím na odkaz. Byly distribuovány dvě verze dotazníků (pro rodiče dětí se zdravotním postižením ve věku 0–14 let a pro osoby se zdravotním postižením / specifickými potřebami I5+), které si v obecném smyslu slova kladly za cíl získat odpovědi v kontextu těchto výzkumných premis:

- *Jaké jsou fyzické parametry prostředí osob s postižením či specifickými potřebami?*
- *Jaké psychosociální determinanty vykazuje prostředí osob s postižením či specifickými potřebami?*
- *Jaké charakteristiky má vyžadovaná materiálně-technická podpora?*
- *Jaké charakteristiky mají bariéry v komunikaci a další socializační faktory?*

Dotazníky se skládaly z několika částí. Dotazník pro rodiče dětí se zdravotním postižením byl tvořen 43 položkami, dotazník pro osoby se zdravotním postižením ve věku 15+ obsahoval 40 položek.

Nabízena byla i možnost modifikace pro specifické požadavky nositelů jednotlivých druhů zdravotních postižení. Sběr dat probíhal od května do srpna 2020.

Obě verze dotazníků obsahovaly:

- **Otázky demografického typu.**
- V druhé části respondenti vyjadřovali **míru nesouhlasu/souhlasu s tvrzeními** (názor na pomůcky, architektonické bariéry, dopravní prostředky, dostupnost kulturního vyžití, asistenci, úpravu oblečení a obuvi, režim ve škole či v práci, komunikaci apod.).
- **Otázky s psychosociálním přesahem** – v poslední části měli respondenti vyjádřit na Likertově škále míru souhlasu/nesouhlasu s tvrzeními.

U pečujících osob to byla tvrzení: „V prostředí, ve kterém mé dítě žije, se cítí bezpečně. V prostředí, ve kterém mé dítě žije, se dobře orientuje. V prostředí, ve kterém mé dítě žije, se cítí svobodně. Vhodným uspořádáním prostředí lze zmírnit příznaky jeho obtíží. Moje spokojenost v životě je závislá na tom, jak se okolí chová k mému dítěti. Mé dítě má obavy, když má vstoupit do prostředí, o kterém neví, jak vypadá. Na změnu prostředí si mé dítě zvyká velmi rychle. Mé dítě je samostatné a zvládá nároky každodenního života. Nejvíce mi vyhovuje, když můžu sdílet své problémy přes sociální síť. S překážkami v našem prostředí se potýkám denně. Kvůli postižení mého dítěte se cítím izolovaně. Mé dítě je/bude v životě soběstačné. Jsem v péči o dítě nezávislá/ý. V životě mého dítěte je důležitá přítomnost další osoby (asistenta, průvodce, tlumočníka). Moje spokojenost v životě je závislá na tom, jak je spokojené moje dítě. Kontakt s ostatními rodiči dětí se zdravotním postižením mi ubližuje.“

Respondenti se zdravotním postižením ve věku 15+ byli požádáni o vyjádření se k následujícím tvrzením:

„V prostředí, ve kterém žiji, se cítím bezpečně. V prostředí, ve kterém žiji, se dobře orientuji. V prostředí, ve kterém žiji, se cítím svobodně. Vhodným uspořádáním prostředí lze zmírnit příznaky mých obtíží. Moji spokojenost v životě určuje vztah ostatních ke mně. Mám obavy, když mám vstoupit do prostředí, o kterém nevím, jak vypadá. Na změnu prostředí si zvykám velmi rychle. Jsem samostatný a zvládám nároky každodenního života. Nejvíce

mi vyhovuje komunikace přes sociální sítě. S překážkami v prostředí se potýkám denně. Cítím se izolovaně. Jsem soběstačný. Jsem závislý na okolí. V mém životě je důležitá přítomnost další osoby (asistenta, průvodce, tlumočníka) apod.“

15

Výsledky a jejich interpretace

Výzkumný soubor byl tvořen **osobami pečujícími o děti se zdravotním postižením ve věku 0–14 let a osobami se zdravotním postižením (15+)**.

Pro účely této publikace prezentujeme kompletní výsledky rodičů dětí se zdravotním postižením, výsledky osob se zdravotním postižením ve věku 15+ jsme obohatili o názory a slovní výpovědi, které jsou konkrétními návrhy možných úprav prostředí.

I přesto, že se tato analýza vyznačuje vysokou variabilitou získaných výsledků, které jsou statisticky nesignifikantní, ilustrativní charakter konkrétních výpovědí je pro tuto fázi výzkumu cennější než statistická data a pomáhá komplexně dokreslovat aktuální situaci v intencích sledované problematiky.

15.1 Rodiče dětí se zdravotním postižením 0–14 let

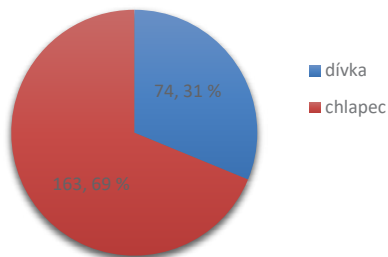
Výzkum, navazující na předcházející teoretickou část, byl koncipován jako široce pojaté šetření, které screeningovou formou přineslo rozsáhlé spektrum informací a vyjádření zkušeností pečujících osob, rodičů. Dotazník vyplňovaly podle vztahu k dítěti v největší míře matky (v 94,9 %).

	Frequency	Valid Percent	Cumulative Percent
matka	225	94,9	94,9
otec	4	1,7	96,6

prarodič	1	0,4	97,0
pěstoun	7	3,0	100,0
Total	237	100,0	

Tabulka 11 – Vztah respondenta k dítěti.

Dotazník byl vyplněn za 237 dětí, které jsou rozloženy dle pohlaví následovně:

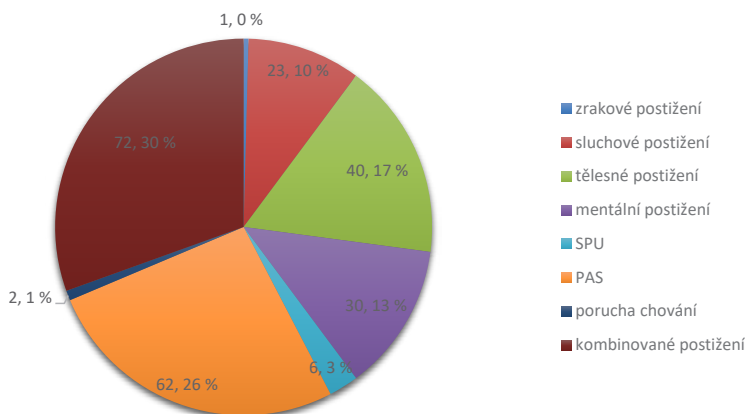


Graf 1 – Pohlaví dítěte.

Valid	Frequency	Valid Percent	Cumulative Percent
1990	1	0,4	0,4
2003	1	0,4	0,9
2004	1	0,4	1,3
2005	7	3,0	4,3
2006	11	4,7	9,1
2007	14	6,0	15,1
2008	22	9,5	24,6
2009	17	7,3	31,9
2010	21	9,1	40,9
2011	14	6,0	47,0
2012	16	6,9	53,9
2013	29	12,5	66,4
2014	11	4,7	71,1
2015	17	7,3	78,4

2016	20	8,6	87,1
2017	15	6,5	93,5
2018	14	6,0	99,6
2019	1	0,4	100,0
Total	232	100,0	
neuvedeno	5		
Total	237		

Tabulka 12 – Věkové rozložení souboru – rok narození dětí.



Graf 2 – Rozložení souboru dle typu zdravotního postižení / specifických potřeb.

Valid	Frequency	Valid Percent	Cumulative Percent
Praha	21	8,9	8,9
JČK	12	5,1	13,9
JMK	29	12,2	26,2
KVK	5	2,1	28,3
VYS	9	3,8	32,1
KHK	10	4,2	36,3
LIB	11	4,6	40,9
MSK	20	8,4	49,4

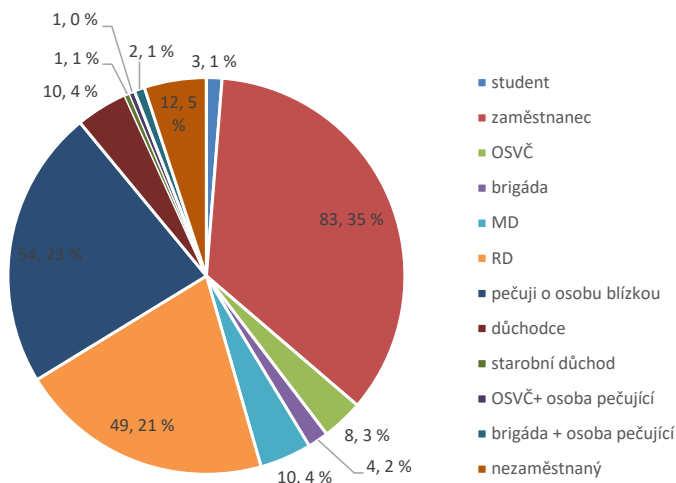
OLK	31	13,1	62,4
PRK	13	5,5	67,9
PLZ	7	3,0	70,9
SČK	33	13,9	84,8
USK	31	13,1	97,9
ZLK	5	2,1	100,0
Total	237	100,0	

Tabulka 13 – Rozložení souboru podle kraje, ve kterém bydlí (JČK – Jihočeský; JMK – Jihomoravský; KVK – Karlovarský; VYS – Vysočina; KHK – Královéhradecký; LIB – Liberecký; MSK – Moravskoslezský; OLK – Olomoucký; PRK – Praha; PLZ – Plzeňský; SČK – Středočeský; USK – Ústecký; ZLK – Zlínský).

Valid	Frequency	Valid Percent	Cumulative Percent
neukončené	1	0,4	0,4
ZŠ	9	3,8	4,2
SŠ bez maturity	48	20,3	24,5
SŠ s maturitou	115	48,5	73,0
VŠ	64	27,0	100,0
Total	237	100,0	

Tabulka 14 – Vzdělání pečovatelů (rodičů).

Pracovní zařazení pečujících osob ukazuje následující graf. Největší část je v zaměstnaneckém poměru (35 %), 180 (75,9 %) zjišťovaných dětí má ještě nějakého sourozence. Jak ukazuje další tabulka, nejčastěji mají jednoho sourozence (v 50 %).



Graf 3 – Zaměstnání pečujících osob.

Valid	Frequency	Valid Percent	Cumulative Percent
ano	180	75,9	75,9
ne	57	24,1	100,0
Total	237	100,0	

Tabulka 15 – Sourozenci.

Následující tabulka ukazuje, kolik sourozenců respondenti mají. Jedna rodina neuvedla počet sourozenců a 57 respondentů (24,1 %) žádného sourozence nemá, což je ve shodě s předchozí tabulkou.

Valid	Frequency	Valid Percent	Cumulative Percent
neuvedeno	1	0,4	0,4
1,0	117	49,4	49,8
2,0	46	19,4	69,2
3,0	11	4,6	73,8
4,0	2	0,8	74,7
5,0	3	1,3	75,9

žádný	57	24,1	100,0
Total	237	100,0	

Tabulka 16 – Počet sourozenců.

Valid	Frequency	Valid Percent	Cumulative Percent
0	3	1,0	1,0
1	14	4,6	5,6
2	7	2,3	7,9
3	12	3,9	11,8
4	9	3,0	14,8
5	9	3,0	17,8
6	17	5,6	23,4
7	12	3,9	27,3
8	19	6,3	33,6
9	14	4,6	38,2
10	15	4,9	43,1
11	11	3,6	46,7
12	13	4,3	51,0
13	6	2,0	53,0
14	9	3,0	55,9
15	10	3,3	59,2
16	7	2,3	61,5
17	7	2,3	63,8
18	7	2,3	66,1
19	7	2,3	68,4
20	8	2,6	71,1
21	4	1,3	72,4
22	5	1,6	74,0
23	3	1,0	75,0
24	2	0,7	75,7
25	5	1,6	77,3
26	4	1,3	78,6

27	2	0,7	79,3
29	2	0,7	79,9
30	1	0,3	80,3
32	1	0,3	80,6
33	1	0,3	80,9
37	1	0,3	81,3
neued.	57	18,8	100,0
Total	304	100,0	

Tabulka 17 – Věkové rozložení sourozenců.

Další položkou byli respondenti tázáni, zda má dítě ještě sourozence se zdravotním postižením. V tomto případě respondenti ve 12,2 % (22) odpovídali kladně.

Valid	Frequency	Valid Percent	Cumulative Percent
ano	22	12,2	12,2
ne	158	87,8	100,0
Total	180	100,0	
neodp.	57		
Total	237		

Tabulka 18 – Sourozenci s postižením.

Další otázka posloužila ke zjištění, kolikáté dítě v pořadí je dítě, které bylo předmětem dotazování. Nejčastěji se jedná o první nebo druhé dítě v rodině, jak ukazuje následující tabulka.

Valid	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
1,0	68	14,3	37,8	37,8
2,0	71	15,0	39,4	77,2
3,0	31	6,5	17,2	94,4
4,0	7	1,5	3,9	98,3
5,0	1	,2	,6	98,9
6,0	2	,4	1,1	100,0

Total	180	38,0	100,0	
neuvéd.	57	12,0		
Total	237	50,0		

Tabulka 19 – Kolikáté dítě v pořadí je zjišťované dítě.

Následují otázky, které se týkají fyzických bariér.

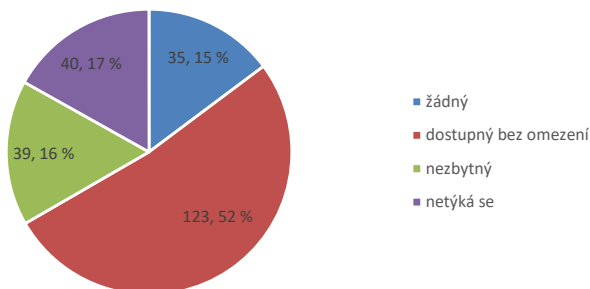
Dostanete do ruky kouzelnou hůlku a máte teď MOŽNOST navrhnout prostředí, ve kterém se VÁM A VAŠEMU DÍTĚTI bude spokojeně žít. Napíšte 1–3 VÝROKY, které by charakterizovaly pro Vás IDEÁLNÍ/PERFEKTNÍ PROSTŘEDÍ.

Zde mohly pečující osoby uvést až tři výroky, co by podle nich mělo obsahovat ideální prostředí pro dítě. Následující tabulka ukazuje seřazené výroky podle frekvence výskytu.

		Frequency	Percent
1	klid, příroda, zahrada	95	20,1
2	prostorový dům	71	15,0
3	bezbariérovost	66	14,0
4	sociální integrace, společnost bez předsudků	64	13,5
5	dostupná péče (zdravotní, sociální i školská)	52	11,0
6	informovanost okolí	31	6,6
7	nic bych neměnil	16	3,4
8	úplná rodina	16	3,4
9	bazén	12	2,5
10	finanční podpora od státu	11	2,3
11	zdraví	10	2,1
12	pomoc druhých	10	2,1
13	kvalitní škola	7	1,5
14	tělocvična	7	1,5
15	dětský pokoj	5	1,1
	Total	473	100,0

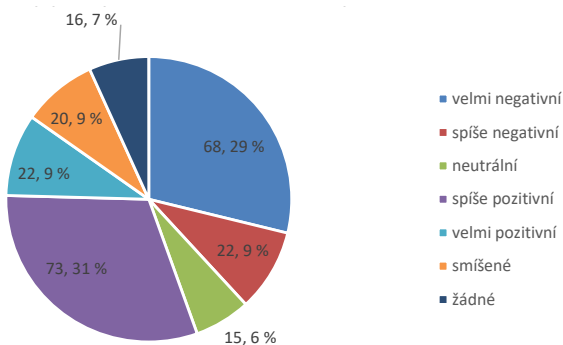
Tabulka 20 – Ideální prostředí pro dítě.

Následující graf ukazuje, co pro pečující osoby znamená slovo „bezbariérový“. Nejčastěji tento pojem charakterizovaly jako „dostupný bez omezení“, a to v 52 % (123).



Graf 4 – Význam slova „bezbariérový“.

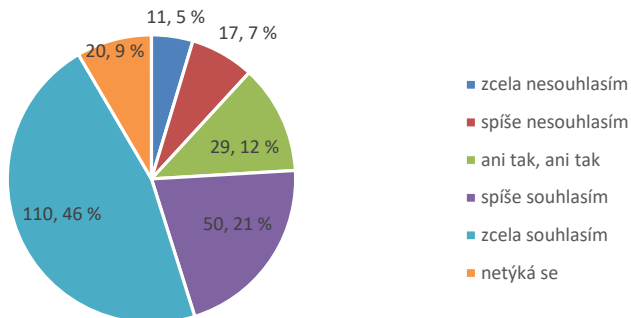
Jaké pocity máte, když musíte říct: „MÁM DÍTĚ S POSTIŽENÍM“?



Graf 5 – Pocity při vyslovení „Mám dítě s postižením“.

Pocity při vyslovení „Mám dítě s postižením“ jsou u největší skupiny 73 opatrovníků (31 %) spíše pozitivní, podobně velká skupina 68 (28,8 %) prožívá naopak velmi negativní pocity.

POMŮCKY jsou pro mé dítě V KAŽDODENNÍM ŽIVOTĚ důležité.



Graf 6 – Důležitost pomůcek pro dítě v každodenním životě.

Za důležité považuje pomůcky v každodenním životě dítěte 67,5 % (160) respondentů, což svědčí o jejich významu pro děti s postižením. Netýkala se tato otázka pouze 8,4 % respondentů.

Podrobněji se pomůckami zabývá následující otázka.

Pokud Vaše dítě používá nějaké pomůcky, vypište prosím, které.

Valid	Frequency	Valid Percent	Cumulative Percent
žádné pomůcky nepoužívá	68	14,8	14,8
elektronické pomůcky	7	1,5	16,3
počítač + speciální příslušenství	17	3,7	20,0
tablet	29	6,3	26,4
telefon	1	0,2	26,6
vozík	35	7,6	34,2
kočárek	35	7,6	41,8
automobil, autosedačka	16	3,5	45,3
vertikalizační stojan	16	3,5	48,8
chodítko	9	2,0	50,8
nájezdové rampy, plošiny	5	1,1	51,9
výtah	1	0,2	52,1
zvedací plošina	5	1,1	53,2
berle	2	0,4	53,6

handbike, trojkolka	4	0,9	54,5
nosítko	1	0,2	54,7
rehabilitační a stimulační pomůcky	11	2,4	57,1
ortopedické pomůcky	2	0,4	57,5
korzet	4	0,9	58,4
ortézy	17	3,7	62,1
rehabilitační míč	4	0,9	63,0
overball	3	0,7	63,6
masážní pomůcky	1	0,2	63,8
pomůcky pro komunikaci	4	0,9	64,7
VOKS	2	0,4	65,1
komunikátor	6	1,3	66,4
piktogramy	4	0,9	67,3
kartičky pro komunikaci	11	2,4	69,7
pleny	4	0,9	70,6
inkontinenční vložky	4	0,9	71,5
pomůcky pro sluchově postižené	2	0,4	71,9
sluchadlo/a	23	5,0	76,9
kochleární implantát	10	2,2	79,1
pomůcky pro zrakově postižené	2	0,4	79,5
brýle	19	4,1	83,7
kontaktní čočky	2	0,4	84,1
lupy	1	0,2	84,3
zvukové předměty	2	0,4	84,7
zdravotnické pomůcky	1	0,2	85,0
odsávačka hlenů	3	0,7	85,6
oxymetr	2	0,4	86,1
inhalátor	4	0,9	86,9
inzulinová pumpa	2	0,4	87,4
helma	1	0,2	87,6
pomůcky pro děti s PAS	2	0,4	88,0
potravinové doplňky	2	0,4	88,5

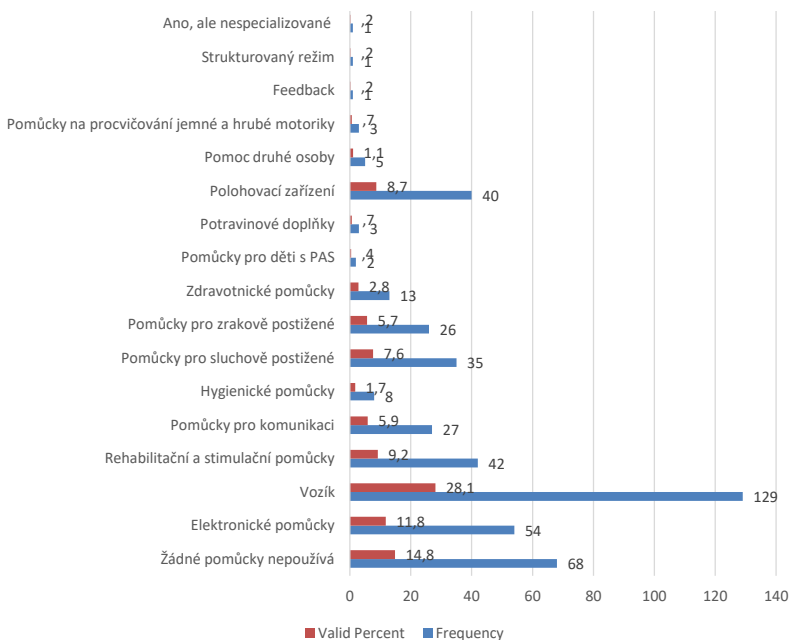
speciální láhev	1	0,2	88,7
polohovací zařízení	3	0,7	89,3
postel	4	0,9	90,2
židle	22	4,8	95,0
lehátko do vany	10	2,2	97,2
houpačka	1	0,2	97,4
pomoc druhé osoby	1	0,2	97,6
osobní asistence	1	0,2	97,8
doprovod	2	0,4	98,3
asistent pedagoga	1	0,2	98,5
pomůcky na procvičování jemné a hrubé motoriky	3	0,7	99,1
feedback	1	0,2	99,3
strukturovaný režim	1	0,2	99,6
ano, ale nespécializované	1	0,2	100,0
Total	458	100,0	

Tabulka 21 – Které pomůcky dítě používá?

Valid	Frequency	Valid Percent	Cumulative Percent
žádné pomůcky nepoužívá	68	14,8	14,8
elektronické pomůcky	54	11,8	26,6
vozik	129	28,1	54,7
rehabilitační a stimulační pomůcky	42	9,2	63,8
pomůcky pro komunikaci	27	5,9	69,7
hygienické pomůcky	8	1,7	71,5
pomůcky pro sluchově postižené	35	7,6	79,1
pomůcky pro zrakově postižené	26	5,7	84,7
zdravotnické pomůcky	13	2,8	87,6
pomůcky pro děti s PAS	2	0,4	88,0
potravinové doplňky	3	0,7	88,7
polohovací zařízení	40	8,7	97,4

pomoc druhé osoby	5	1,1	98,5
pomůcky na procvičování jemné a hrubé motoriky	3	0,7	99,1
feedback	1	0,2	99,3
strukturovaný režim	1	0,2	99,6
ano, ale nespécializované	1	0,2	100,0
Total	458	100,0	

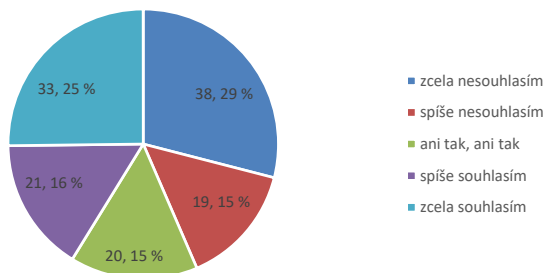
Tabulka 22 – Pomůcky sloučené do skupin.



Graf 7 – Pomůcky sloučené do skupin.

Nejhojněji využívanou pomůckou je vozík (ve 28,1 %), následují s více jak polovičním odstupem elektronické pomůcky v 11,8 % a třetí nejpoužívanější skupinou jsou v 9,2 % rehabilitační a stimulační pomůcky.

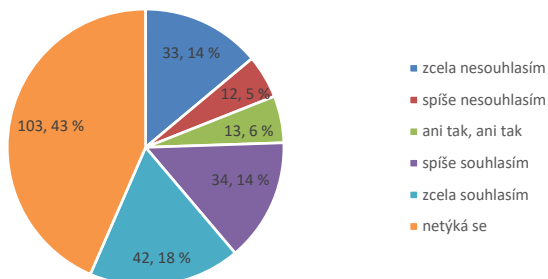
Pro mé dítě jsou důležité RAMPY a PLOŠINY.



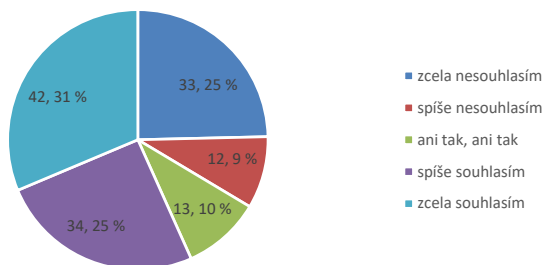
Graf 8 – Důležitost plošin a ramp pro dítě.

Zajímavé poznatky napříč celou sondou přinesla položka „netýká se mě“. U následujících grafů je tedy možné pozorovat rozdíl v rozložení odpovědí u těch, kteří uvedli, že se jich to netýká, a těch, kterých se daná otázka týká.

V životě mého dítěte je důležitá přítomnost (modernizovaného) VÝTAHU.

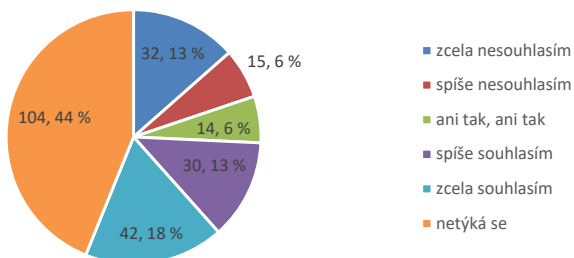


Graf 9 – V životě mého dítěte je důležitý modernizovaný výtah.

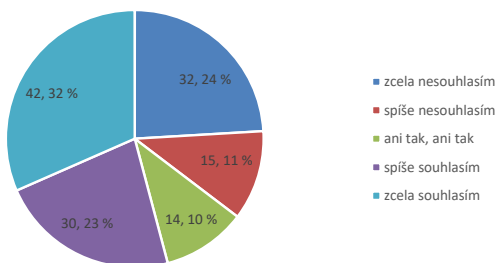


Graf 10 – V životě mého dítěte je důležitý modernizovaný výtah – zahrnutí ti, kterých se to týká.

Moje dítě potřebuje mít upravené OBRUBNÍKY a CHODNÍKY.



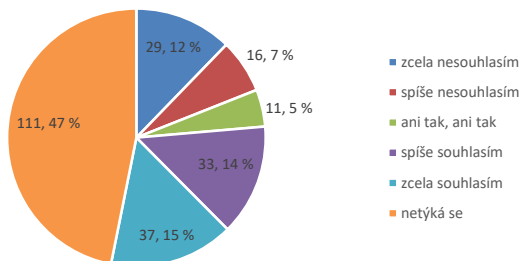
Graf 11 – Upravené chodníky a obrubníky.



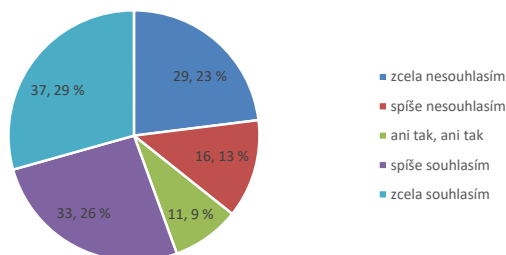
Graf 12 – Upravené chodníky a obrubníky – zahrnutí ti, kterých se to týká.

Z respondentů, kterých se otázka týká, potřebuje upravené chodníky a obrubníky 55 % dětí (zcela nebo spíše souhlasí s tvrzením).

Moje dítě potřebuje PŘIZPŮSOBENÉ VEŘEJNÉ TOALETY.



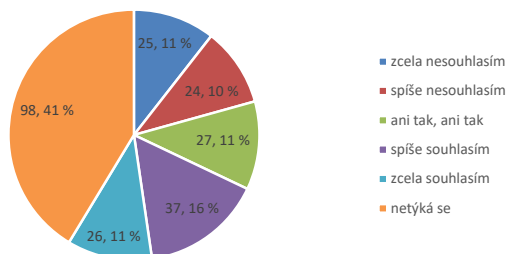
Graf 13 – Přizpůsobené veřejné toalety.



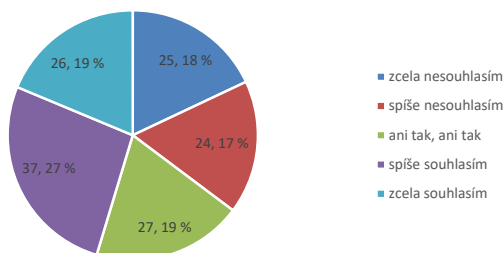
Graf 14 – Přizpůsobené veřejné toalety – zahrnutí ti, kterých se to týká.

Přizpůsobené veřejné toalety potřebuje ze skupiny těch, kterých se to týká, 70 (55,6 %) respondentů. Nepotřebuje je 36 % dotázaných.

Moje dítě potřebuje mít UPRAVENÁ A OZNAČENÁ VEŘEJNĚ DOSTUPNÁ MÍSTA.



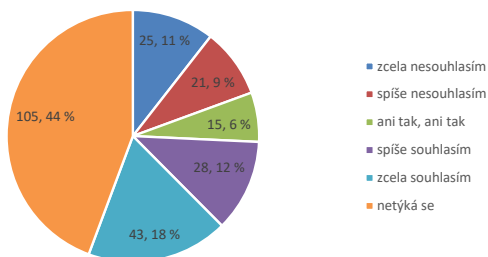
Graf 15 – Dítě potřebuje upravená veřejně dostupná místa.



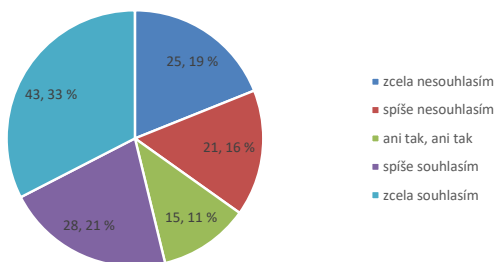
Graf 16 – Dítě potřebuje upravená veřejně dostupná místa – zahrnutí ti, kterých se to týká.

Úpravená veřejná místa potřebuje 63 respondentů (46 %) z těch, kterých se tato otázka týká. 35 % opatrovníků dětí to nepovažuje za nutné a 17 % se nedokázalo vyjádřit.

Moje dítě potřebuje úpravu dopravních prostředků.



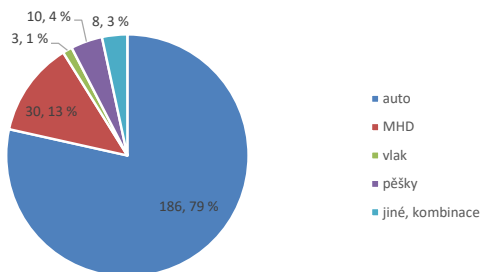
Graf 17 – Úprava dopravních prostředků.



Graf 18 – Úprava dopravních prostředků – zahrnutí ti, kterých se to týká.

Úpravu dopravních prostředků jednoznačně potřebuje 33 % dětí (43), spíše ji potřebuje 21 % (28) respondentů. Spíše nebo vůbec ji nepotřebuje 35 % (46) respondentů. Vyjádřit se nedokázalo 11 %.

Který dopravní prostředek použijete nejčastěji pro přesuny (Vás a Vašeho dítěte) na delší vzdálenosti? (vzdělávání, úřady, do obchodů apod.).

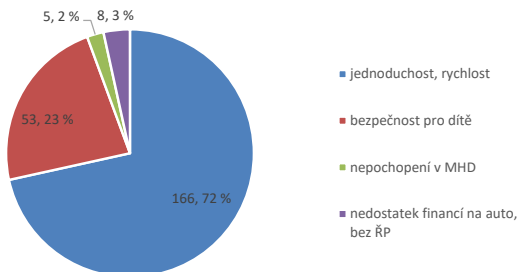


Graf 19 – Nejčastěji používaný dopravní prostředek.

Jednoznačně nepoužívanějším dopravním prostředkem je automobil, který je využíván 79 % (186) respondentů. Nejméně používaný dopravní prostředek je vlak, pouze 1,3 % (3).

Odpověď na otázku, proč tomu tak je, dává další tabulka/graf.

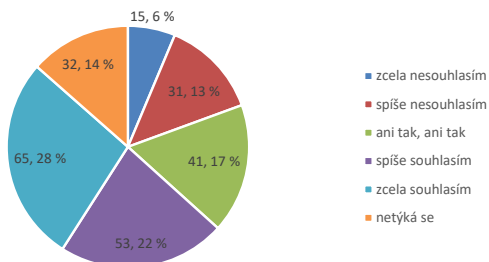
Zde prosím zdůvodněte, PROČ zvolený DOPRAVNÍ PROSTŘEDEK používáte nejvíce.



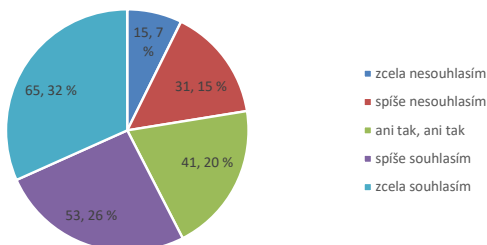
Graf 20 – Proč zvolený dopravní prostředek využíváte nejvíce?

Vcelku nepřekvapivě je to v 72 % případů jednoduchost a rychlost, s velkým odstupem na druhém místě je důvodem volby dopravního prostředku bezpečnost dítěte, a to ve 23 % (53). Pravděpodobně by tato čísla byla ještě větší, protože se ve 3,4 % objevuje jako důvod nedostatek financí na auto nebo nevlastnění řidičského oprávnění.

Pro mé dítě je důležité kulturní vyžití.



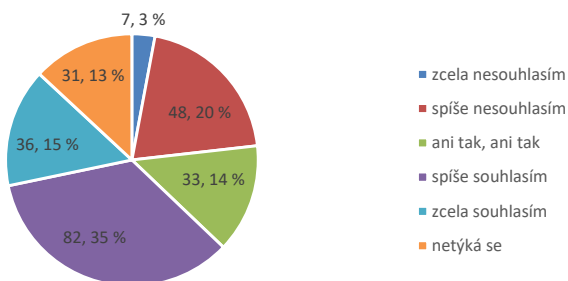
Graf 21 – Pro mé dítě je důležité kulturní vyžití.



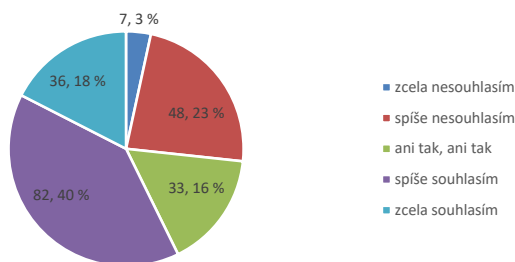
Graf 22 – Pro mé dítě je důležité kulturní vyžití – zahrnutí ti, kterých se to týká.

Kulturní vyžití je důležité pro 58 % (118) respondentů.

Kulturní vyžití je pro mé dítě DOSTUPNÉ/PŘÍSTUPNÉ.



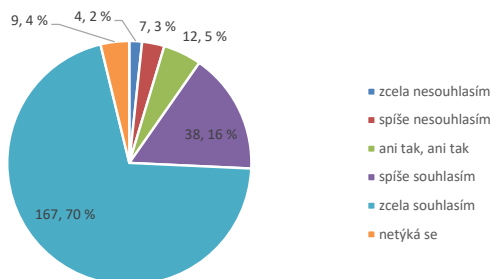
Graf 23 – Kulturní vyžití je pro mé dítě dostupné/přístupné.



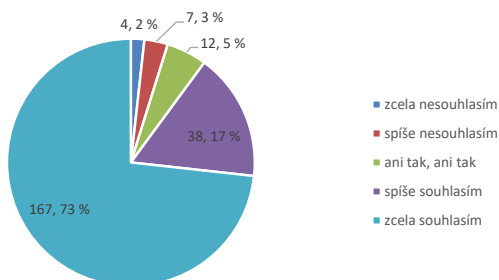
Graf 24 – Kulturní vyžití je pro mé dítě dostupné/přístupné – zahrnutí ti, kterých se to týká.

Kulturní vyžití za zcela nedostupné/nepřístupné považují pouze 3 % rodičů. 58 % rodičů vnímá kulturní vyžití pro své dítě jako přístupné.

Aby mé dítě mohlo REALIZOVAT SVÉ AKTIVITY, je pro něj důležitá ASISTENCE dalších osoby.



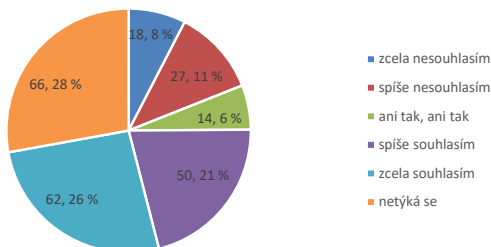
Graf 25 – Důležitost asistence u aktivit.



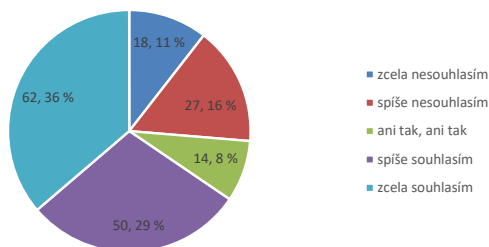
Graf 26 – Důležitost asistence u aktivit – zahrnutí ti, kterých se to týká.

K realizaci vlastních aktivit je nutná asistence u 90 % respondentů.

Mé dítě potřebuje mít specifické OBLEČENÍ, BOTY či DOPLŇKY.



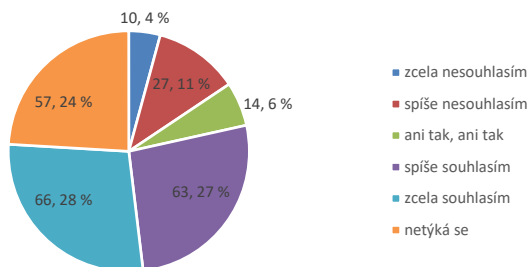
Graf 27 – Mé dítě potřebuje specifické oblečení, boty či doplňky.



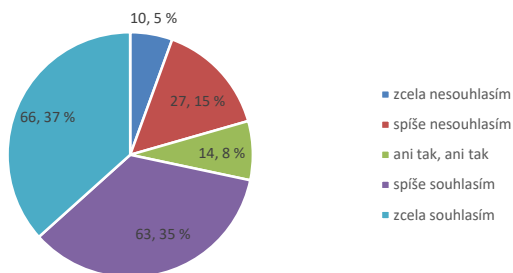
Graf 28 – Mé dítě potřebuje specifické oblečení, boty či doplňky – zahrnutí ti, kterých se to týká.

Speciální oblečení je nutné pro 65 % (112) respondentů, 27 % respondentů nepřikládá oblečení takovou důležitost a 8 % se nedokázalo vyjádřit.

Mé dítě potřebuje mít speciálně upravené PROSTŘEDÍ pro ČINNOST, HRU (doma i v rámci VZDĚLÁVÁNÍ).



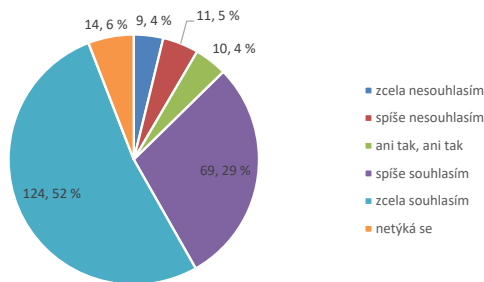
Graf 29 – Dítě potřebuje speciálně upravené prostředí pro všechny činnosti.



Graf 30 – Dítě potřebuje speciálně upravené prostředí pro všechny činnosti – zahrnutí ti, kterých se to týká.

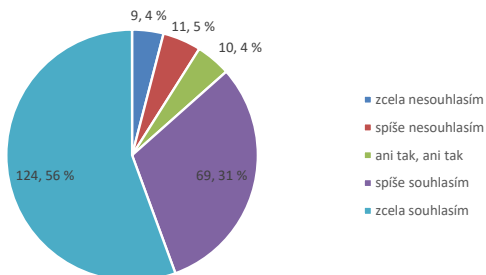
Upravené prostředí vnímá jako důležité pro činnost dítěte 72 % (129) respondentů.

Mé dítě potřebuje úpravu denního REŽIMU.



Graf 31 – Dítě potřebuje úpravu režimu.

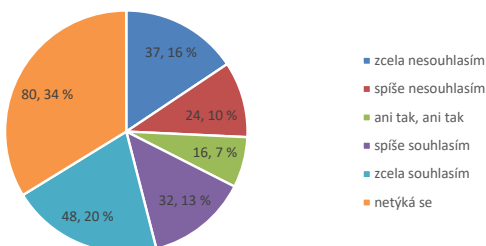
81,4 % dětí z celkového počtu potřebuje úpravu denního režimu. Z celého výzkumného vzorku je zde nejmenší počet těch, kterých se tato otázka netýká, a to pouze 6 % (14).



Graf 32 – Dítě potřebuje úpravu režimu – zahrnutí ti, kterých se to týká.

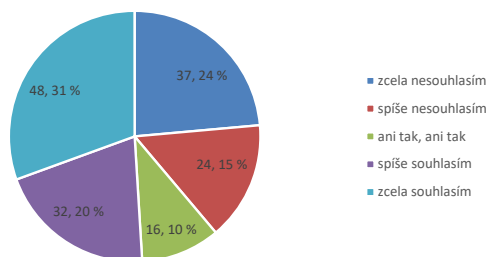
Z těch, kteří označili u této otázky, že se jich týká, potřebuje úpravu režimu 87 % (193). Z nich pouze 9 % (20) respondentů to nevnímá jako důležité.

Denní režim mého dítěte je ovlivněn jeho MEDIKACÍ.



Graf 33 – Denní režim dítěte je ovlivněn jeho medikací.

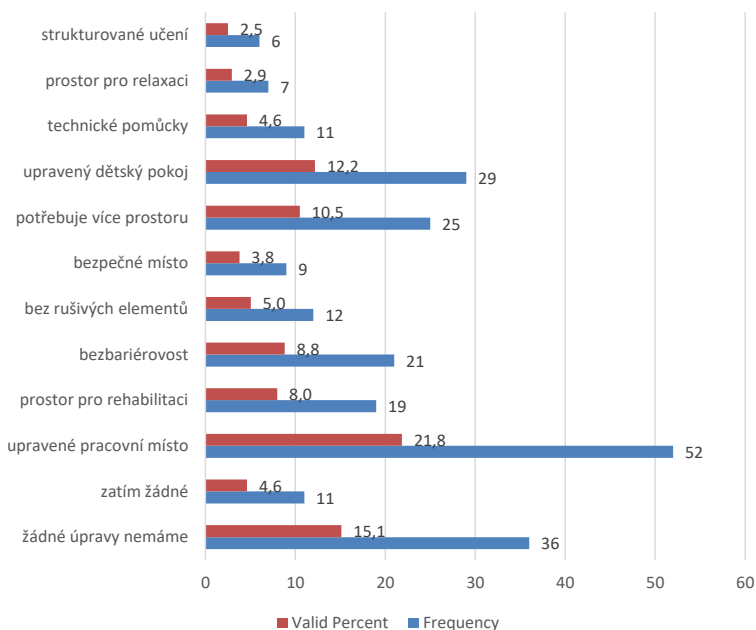
Medikací je ovlivněný denní režim u 23,8 % dětí.



Graf 34 – Denní režim dítěte je ovlivněn jeho medikací – zahrnutí ti, kterých se to týká.

51 % respondentů souhlasí s tvrzením, že denní režim dítěte je ovlivněn medikací, jako problém to nevnímá 39 % respondentů. 10 % se nepřiklonilo k žádnému tvrzení.

Uveďte prosím, jak má Vaše dítě přizpůsobené místo pro ČINNOST (doma, v rámci vzdělávání). Jaké úpravy jeho prostředí (pro činnost) byste ještě uvítali?

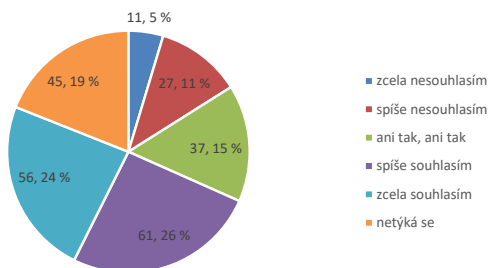


Graf 35 – Konkrétní úpravy prostředí.

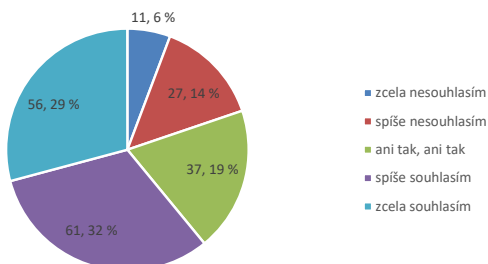
Při otázce na úpravu místa odpovídali rodiče nejčastěji, že dítě potřebuje upravit pracovní místo, a to ve 21,8 % (52), následuje úprava dětského pokoje s 12,2 % (29) a třetí nejčastější odpověď byla „více prostoru“, celkem v 10,5 % (25).

Žádnou úpravu nepotřebuje 15,1 % (36) respondentů. V celém souboru bylo 40 rodičů, kteří se k otázce nevyjádřili. Je možné, že se jedná o rodiče, kteří se o úpravy nepotřebují starat.

Pro mé dítě je důležitá úprava DOMÁCÍHO prostředí.



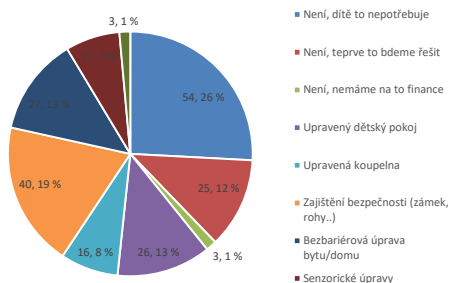
Graf 36 – Úprava domácího prostředí je důležitá.



Graf 37 – Úprava prostředí je důležitá – zahrnutí ti, kterých se to týká.

Pro 62 % (117) respondentů je úprava domácího prostředí důležitá. Další 20 % (37) neví a stejně tak 20 % (38) respondentů to za důležité nepovažuje.

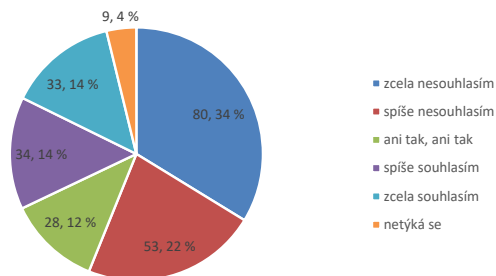
Jak je upravené DOMÁCÍ PROSTŘEDÍ dítěte?



Graf 38 – Jak je upravené domácí prostředí dítěte?

Z úprav, které jsou v prostředí nejvíce nutné, je nejčastější zajištění bezpečnosti (zámek, rohy), a to v 19 % (40), druhou nejčastější úpravou je zajištění bezbariérovosti s 13 % (27) a následuje úprava dětského pokoje ve 13 % (26) případů.

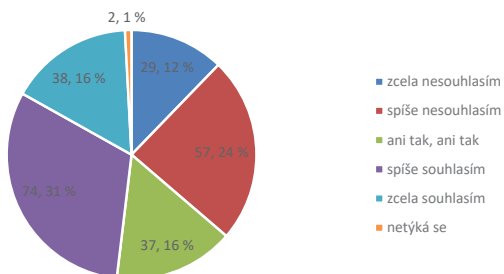
Mé dítě se dokáže dorozumět mluvenou řečí a vím, že mu ostatní rozumí.



Graf 39 – Dítě se dokáže dorozumět mluvenou řečí a ostatní mu rozumí.

Mluvenou řečí se dokáže dorozumět pouze 28,2 % dětí. Naprosto nebo spíše nesouhlasí s tímto tvrzením 57 % (133) rodičů.

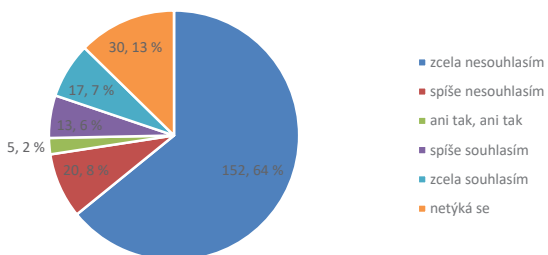
Mé dítě rozumí lidem, když na něj mluví.



Graf 40 – Dítě rozumí lidem, když na něj mluví.

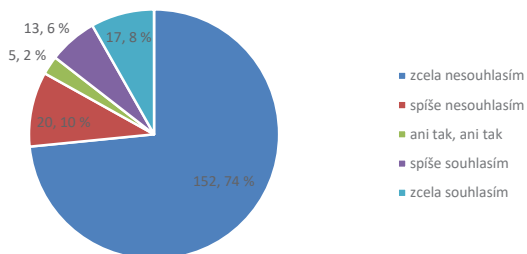
Celkem 47 % (112) respondentů uvedlo, že dítě rozumí, když na něj někdo mluví. Naopak 36 % (86) respondentů s tímto tvrzením nesouhlasí.

Mé dítě se dokáže dorozumět napsáním zprávy.



Graf 41 – Dítě se dokáže dorozumět napsáním zprávy.

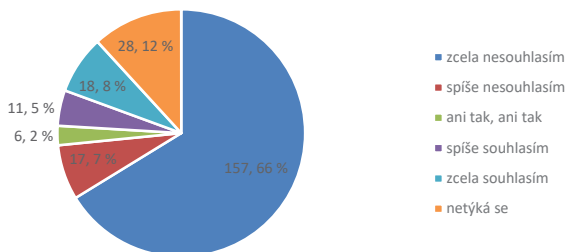
Dorozumět se napsáním zprávy zvládne pouze 12,7 % respondentů.



Graf 42 – Dítě se dokáže dorozumět napsáním zprávy – zahrnutí ti, kterých se to týká.

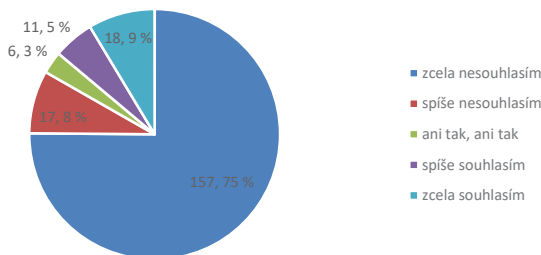
Pokud vezmeme data z tabulky nebo grafu, kde jsou vynecháni respondenti, kteří označili „netýká se“, stoupne počet těch, kteří se takto dorozumí, na 14 %, stále je to ale velmi zanedbatelná skupina proti 84 % (172) těch, kteří tuto možnost označili jako nereálnou.

Mé dítě rozumí tomu, když mu někdo něco napíše, a orientuje se ve veřejně napsaných pokynech.



Graf 43 – Dítě rozumí napsanému a orientuje se ve veřejně napsaných pokynech.

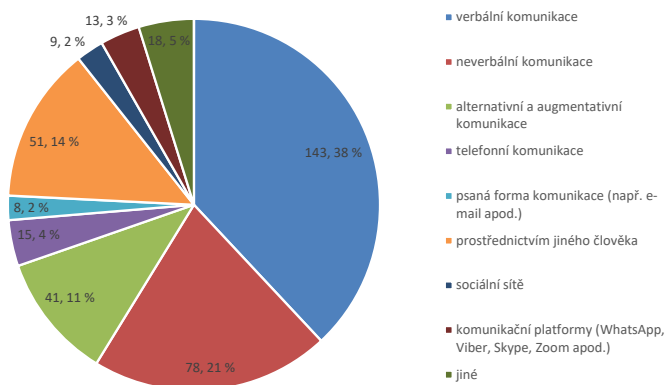
Pouze 13,2 % respondentů rozumí napsanému textu a orientuje se v něm. Skupiny 11,8 % respondentů se to netýká a 73,4 % v tom vidí velký problém.



Graf 44 – Dítě rozumí napsanému a orientuje se ve veřejně napsaných pokynech – zahrnutí ti, kterých se to týká.

Pokud se budeme zabývat pouze těmi, kteří tuto otázku vnímají jako relevantní, je zde 83 % (174) těch, kteří s výrokem zcela nebo spíše nesouhlasí. Částečný nebo úplný souhlas vyjádřilo pouze 14 % (29) respondentů.

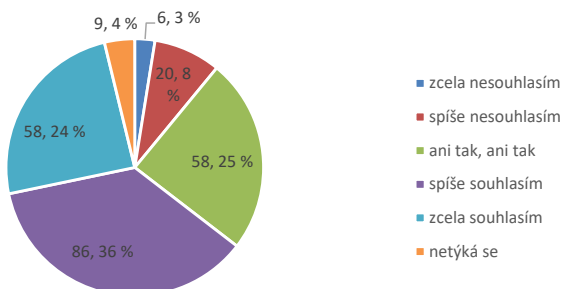
Který komunikační kanál je pro Vaše dítě nejpříjemnější při kontaktu s okolím?



Graf 45 – Nejpříjemnější komunikační kanál pro dítě.

Jednoznačně nejlepší komunikační kanál je pro respondenty verbální komunikace, a to ve 38 % (143), následuje neverbální ve 21 % (78) a třetí nejčastější komunikační kanál je prostřednictvím jiného člověka, celkem ve 14 % (51). Nejméně je ke komunikaci příjemná pro tyto děti psaná forma v podobě e-mailů – jen 2 % (8).

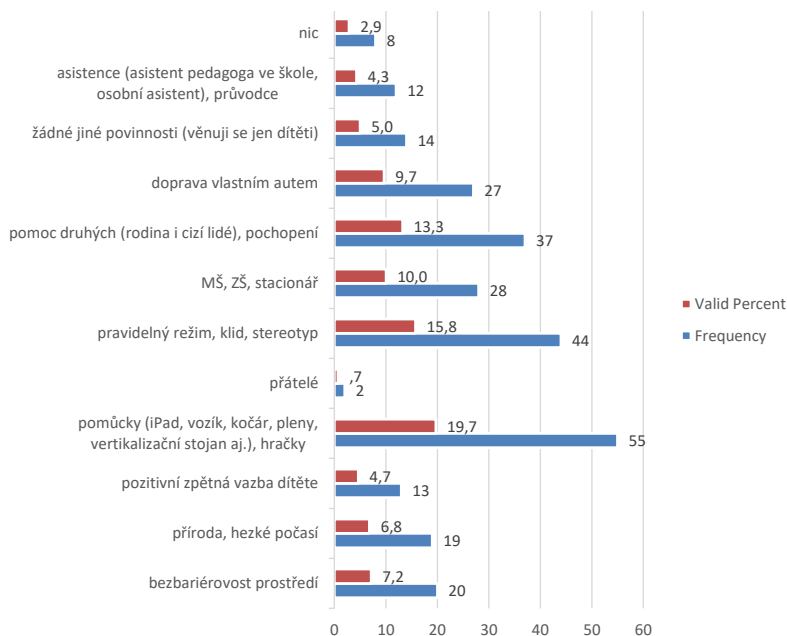
SETKÁVÁNÍ s ostatními lidmi se zdravotním postižením / specifickými potřebami je pro mě a mé dítě důležité?



Graf 46 – Setkávání s ostatními lidmi je pro mě a mé dítě důležité.

Za důležité považuje setkávání s jinými lidmi se zdravotním postižením 60 % respondentů. Dalších 25 % bylo nerozhodných. Jako nedůležité je označilo 11 % (20) respondentů, 4 % (9) jich uvedlo, že se jich tato otázka netýká.

Když si představíte svůj běžný den, co ho Vám a Vašemu dítěti USNAD- ŇUJE?

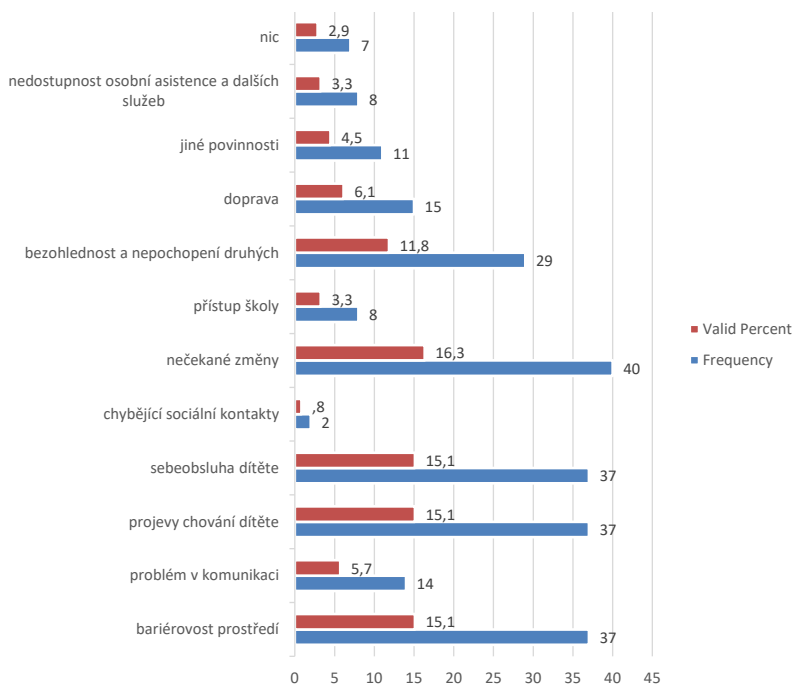


Graf 47 – Co dítěti i opatrovníkovi usnadňuje běžný den.

Nejvíce jim usnadňují život pomůcky (iPad, vozík, kočár, pleny, vertikalizační stojan aj.), a to v 19,7 % (55), druhou nejčastější odpovědí byl pravidelný režim s 15,8 % (44) a jako třetí nejčastější byla odpověď pomoc druhých, celkem ve 13,3 % (37). Velmi zajímavá byla položka přátelé – jako ti, kteří mohou pomáhat usnadňovat život, se tato položka objevila pouze ve 2 (0,7 %) případech. Tady je trochu rozpor v tom, jak chápou přátele – to jsou ti, kdo mi nepomůže? Kdo mě jen lituje? Jak vysvětlit ten rozpor mezi pomocí druhých jako třetí nejžádanější a položkou přátelé jako nejméně žádoucí? To budou témata pro další zkoumání.

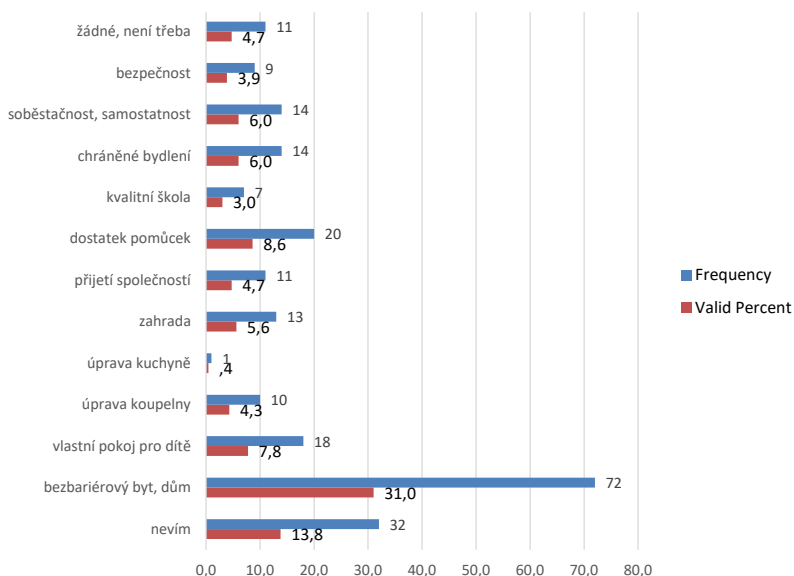
Zbýlých 36 respondentů se k otázce nevyjádřilo vůbec.

Když si představíte svůj běžný den, co ho Vám a Vašemu dítěti DĚLÁ SLOŽITÝM?



Graf 48 – Co dítěti i opatrovníkovi dělá den složitým.

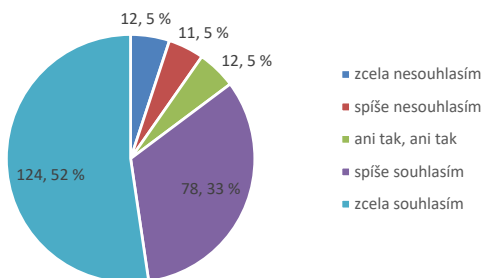
Za nejvíce složité považuje nejvíce respondentů, tedy 16,3 % (40), nečekané změny, na druhém místě jsou s 15,1 % (37) sebeobsluha dítěte, bariérovost prostředí a projevy chování dítěte. Co jim nejméně znepříjemňuje život, a tedy by to asi uvítali, jsou sociální kontakty a jejich nedostatek (zde se objevuje rozpor s tématem přátel v předchozí otázce).



Graf 49 – Kterou úpravu prostředí považujete do budoucna pro život Vašeho dítěte za nejdůležitější?

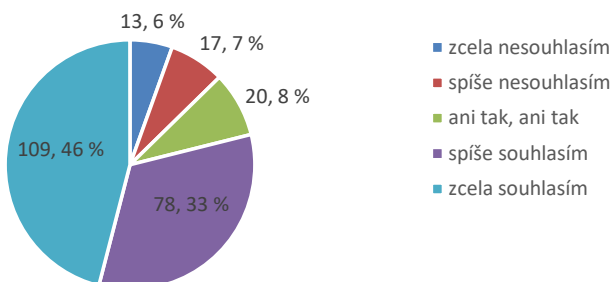
Jako nejdůležitější do budoucna vnímá 31 % (72) respondentů potřebu zajistit bezbariérové bydlení pro dítě. Druhou důležitou úpravou, resp. potřebou je dle 8,6 % (20) respondentů dostatek pomůcek. Poměrně velký počet respondentů, konkrétně 13,8 % (32), neví o žádné změně, kterou by do budoucna plánovali. K otázce se nevyjádřilo 49 respondentů, při sečtení je to 81 respondentů, kteří úpravy do budoucna asi neřeší, a pokud bychom sem přidali ještě odpovědi „žádné“, dostaneme se na číslo 92 respondentů. V porovnání s nejvíce žádanou změnou je tato hodnota výrazně vyšší.

Ze zpracovaných dotazníků byla separována otázka, která dává možnost pohledu na prostředí a jeho hodnocení ze strany respondentů.



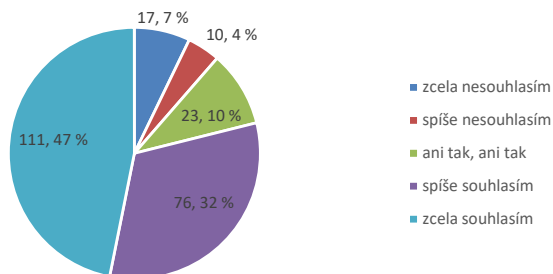
Graf 50 – V prostředí, ve kterém mé dítě žije, se cítí bezpečně.

Celkem 85,2 % rodičů zcela nebo částečně souhlasí s tvrzením, že se děti cítí bezpečně v prostředí, ve kterém žijí. Dalších 10 % rodičů naopak s tímto tvrzením souhlasí, ti vnímají prostředí, kde dítě žije, jako nebezpečné. S tímto tvrzením koresponduje také další otázka, jestli se dítě dobře orientuje v prostoru, kde žije. S tímto tvrzením souhlasí 78,9 % rodičů. Nesouhlas s tímto tvrzením vyjádřilo 12,7 % rodičů.

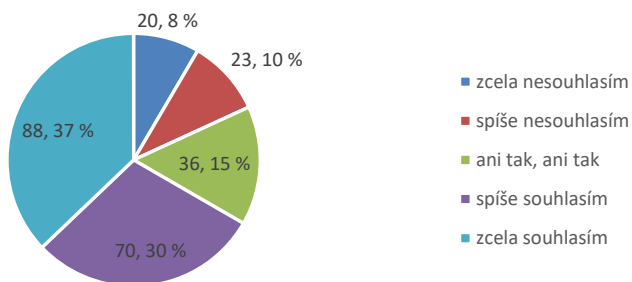


Graf 51 – V prostředí, ve kterém mé dítě žije, se dobře orientuje.

Zda se cítí dítě ve svém prostředí svobodně, se tázala další otázka. Svobodně se v prostředí, kde žije, cítí dle rodičů 78,9 % dětí. Dalších 7,2 % rodičů (17) si naopak myslí, že se děti svobodně ve svém prostředí necítí.



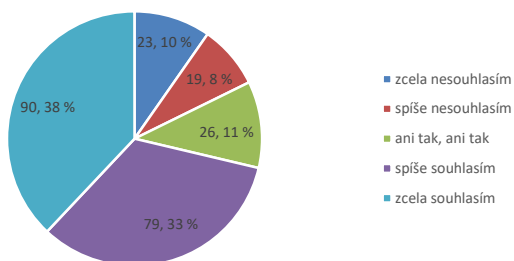
Graf 52 – V prostředí, ve kterém mé dítě žije, se cítí svobodně.



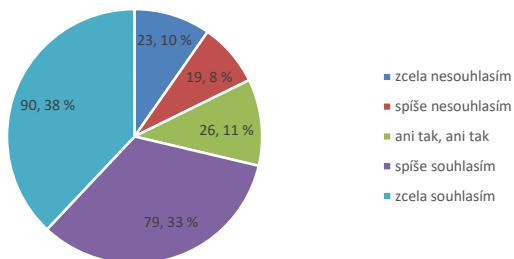
Graf 53 – Vhodným uspořádáním prostředí lze zmírnit příznaky jeho obtíží.

Skutečnost, že lze úpravou prostředí zmírnit příznaky obtíží dítěte, si myslí spíše a zcela 66,6 % rodičů, 18,1 % si to vůbec nebo spíše nemyslí. Další 15,2 % rodičů si není jisto.

Na spokojenost se zaměřovaly dvě otázky. V této otázce je spojená spokojenost v životě s tím, jak se k dítěti chová okolí. U 71,3 % rodičů je jejich spokojenost spojena s pohledem okolí na jejich dítě, 9,7 % to vůbec nespojuje, 8 % rodičů to propojuje částečně.

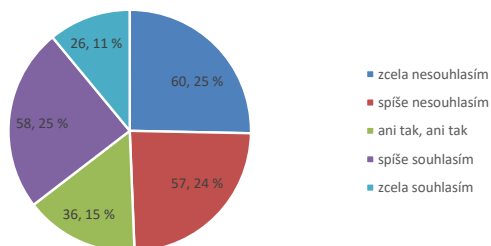


Graf 54 – Moje spokojenost v životě je závislá na tom, jak se okolí chová k mému dítěti.



Graf 55 – Mé dítě má obavy, když má vstoupit do prostředí, o kterém neví, jak vypadá.

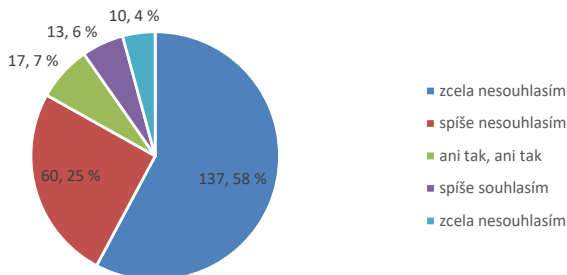
Obavy z neznámého prostředí se objevují u 52,7 % rodičů těchto dětí (souhlas s tvrzením). Zato 12,7 % z nich tyto obavy nemá vůbec a 21,1 % je má částečně.



Graf 56 – Na změnu prostředí si mé dítě zvyká velmi rychle.

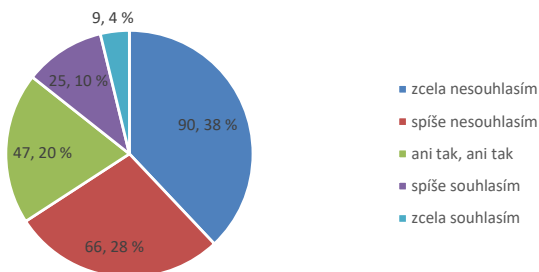
Na změny si spíše nebo zcela špatně zvyká 49,4 % dětí, 35,5 % si na změnu zvyká rychle, 15,2 % rodičů si není jisto.

Zcela nebo spíše souhlasí s tvrzením, že jsou děti samostatné, pouze 9,7 % rodičů. Dalších 57,8 % s tímto tvrzením zcela nesouhlasí a 25,3 % s ním částečně nesouhlasí, 7,2 % rodičů to nedokáže posoudit.



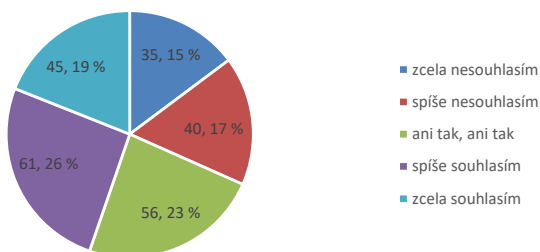
Graf 57 – Mé dítě je samostatné a zvládá nároky každodenního života.

Své problémy sdílí přes sociální sítě pouze 3,8 % rodičů, částečně 10,5 % a spíše ne nebo vůbec 65,8 % rodičů.



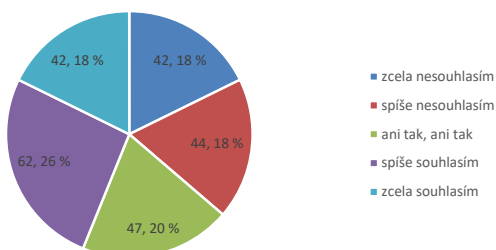
Graf 58 – Nejvíce mi vyhovuje, když můžu sdílet své problémy přes sociální sítě.

S překážkami v prostředí se potýká 44,7 % rodičů, 14,8 % s tímto tvrzením vůbec nesouhlasí a 16,9 % částečně.



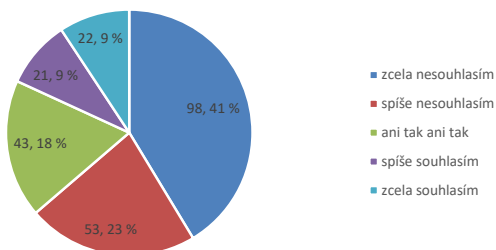
Graf 59 – S překážkami v našem prostředí se potýkám denně.

Zcela nebo spíše izolovaně se cítí kvůli postižení svého dítěte 43,9 % rodičů. Zcela nebo spíše s tímto tvrzením nesouhlasí 36,3 % rodičů.



Graf 60 – Kvůli postižení mého dítěte se cítím izolovaně.

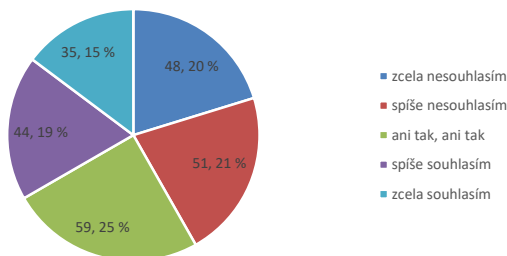
S tvrzením, že je/bude dítě soběstačné, zcela nebo spíše nesouhlasí 63,7 % rodičů, 18,2 % rodičů s tímto tvrzením souhlasí.



Graf 61 – Mé dítě je / bude v životě soběstačné.

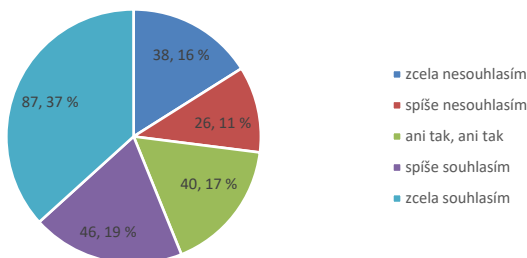
Nezávislým v péči o dítě se cítí být zcela nebo spíše 33,4 % rodičů, 41,5 % rodičů s tímto tvrzením zcela nebo spíše nesouhlasí. Můžeme se domnívat,

že větší část rodičů se tedy cítí být svázána postižením dítěte nebo nemožností poskytnout mu, co potřebuje.



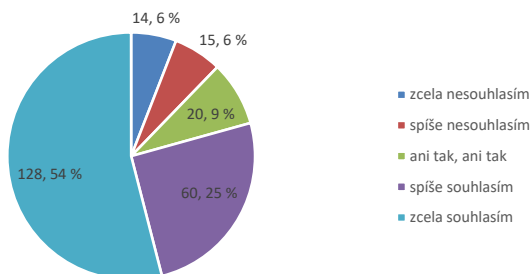
Graf 62 – Jsem v péči o dítě nezávislá/ý.

Jako důležitou vnímá přítomnost další osoby v životě dítěte zcela 36,7 % rodičů, spíše 19,4 %. Spíše nebo zcela nesouhlasí s tímto tvrzením 27 % rodičů, 16,9 % rodičů si není jisto tímto tvrzením.

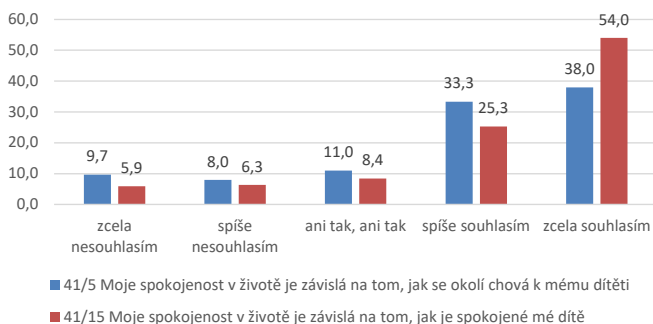


Graf 63 – V životě mého dítěte je důležitá přítomnost další osoby.

Vlastní spokojenost spojují se spokojeností dětí dvě třetiny rodičů, zcela 54 % rodičů, spíše 25,3 %. Což je jen o něco více než spokojenost rodiče spojená s pohledem okolí na dítě, kde svou spokojenost spojuje s pohledem okolí na dítě zcela 38 % a spíše 33,3 % rodičů.

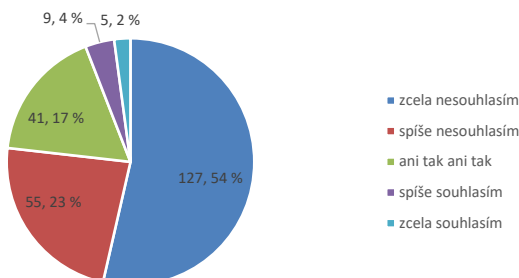


Graf 64 – Moje spokojenost v životě je závislá na tom, jak je spokojené mé dítě.



Graf 65 – Spokojenost rodiče spojená s pohledem okolí na dítě a se spokojeností dítěte (vyjádřeno v %).

Kontakt s ostatními rodiči s dětmi s postižením není pro rodiče respondentů problém, 76,8 % nesouhlasí s tvrzením, že by jim kontakt s ostatními rodiči s dětmi s postižením ubližoval, problematické je to pouze pro 5,9 % rodičů.



Graf 66 – Kontakt s ostatními rodiči dětí se zdravotním postižením mi ubližuje.

15.2 Osoby se zdravotním postižením 15+

Výzkumného šetření se zúčastnilo 235 respondentů, po vyřazení 2 dotazníků z důvodu nerelevantních odpovědí jsme dále pracovali s 233 vyplněnými dotazníky. Šetření se zúčastnilo 152 žen a 81 mužů.

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
žena	152	65,2	65,2	65,2
muž	81	34,8	34,8	100,0
Total	233	100,0	100,0	

Tabulka 23 – Rozdělení respondentů podle pohlaví.

Nejvíce oslovených respondentů (26,2 %) bylo z věkové skupiny 21–29 let. Tento výsledek je možné přičítat tomu, že byl dotazník distribuován v on-line verzi. Další rozložení dle věku respondentů ukazuje tabulka níže.

Věková kategorie	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
15–17	31	13,3	13,3	13,3
18–20	18	7,7	7,7	21,0
21–29	61	26,2	26,2	47,2
30–39	36	15,5	15,5	62,7
40–49	37	15,9	15,9	78,5
50–59	29	12,4	12,4	91,0
60–69	16	6,9	6,9	97,9
70 +	5	2,1	2,1	100,0
Total	233	100,0	100,0	

Tabulka 24 – Věkové rozložení.

Dotazník vyplňovali respondenti z celé České republiky, největší zastoupení (18 %) měl Moravskoslezský kraj. Podrobné rozložení respondentů dle jednotlivých krajů ukazuje tabulka níže.

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Praha	27	11,6	11,6	11,6
Jihočeský	8	3,4	3,4	15,0
Jihomoravský	22	9,4	9,4	24,5
Karlovarský	5	2,1	2,1	26,6
Vysočina	9	3,9	3,9	30,5
Královéhradecký	16	6,9	6,9	37,3
Liberecký	8	3,4	3,4	40,8
Moravskoslezský	42	18,0	18,0	58,8
Olomoucký	15	6,4	6,4	65,2
Pardubický	14	6,0	6,0	71,2
Plzeňský	12	5,2	5,2	76,4
Středočeský	24	10,3	10,3	86,7
Ústecký	21	9,0	9,0	95,7
Zlínský	10	4,3	4,3	100,0
Total	233	100,0	100,0	

Tabulka 25 – Věk.

Následující tabulka ukazuje rozložení respondentů podle dosaženého vzdělání. Největší zastoupení v osloveném vzorku má středoškolské vzdělání ukončené maturitou (33,9 %).

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
ZŠ	49	21,0	21,0	21,0
SŠ bez maturity	53	22,7	22,7	43,8
SŠ s maturitou	79	33,9	33,9	77,7
VŠ	52	22,3	22,3	100,0
Total	233	100,0	100,0	

Tabulka 26 – Nejvyšší dosažené vzdělání.

Další tabulka znázorňuje zaměstnání / aktuální situaci / stav respondentů. Mezi studenty jsou zahrnuti všichni, kteří ještě navštěvují ZŠ, SŠ nebo

VŠ. Aktivní invalidní důchodci jsou zaměstnaní důchodci nebo v invalidním důchodu a ještě podnikají, je zde i jeden starobní důchodce, který pracuje.

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
student	50	21,5	21,5	21,5
zaměstnaný	40	17,2	17,2	38,6
OSVČ	4	1,7	1,7	40,3
RD	2	0,9	0,9	41,2
aktivní invalidní důchodce	47	20,2	20,2	61,4
invalidní důchodce	71	30,5	30,5	91,8
starobní důchodce	11	4,7	4,7	96,6
nezaměstnaný	8	3,4	3,4	100,0
Total	233	100,0	100,0	

Tabulka 27 – Rozložení podle zaměstnání / aktuální situace.

Následující tabulka ukazuje rozdělení respondentů podle typu zdravotního postižení / specifických potřeb. Zastoupení zdravotního postižení není rovnoměrně rozloženo. Jak je vidět na tabulce níže, výzkumu se nejčastěji zúčastnili respondenti s omezením hybnosti. Logickým vyústěním jsou proto i odpovědi na nejvíce žádoucí úpravy v prostředí (respondenti s poruchou hybnosti nejvíce poukazovali na potřebu bezbariérového prostředí).

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
zrakové postižení	41	17,6	17,6	17,6
sluchové postižení	26	11,2	11,2	28,8
omezení hybnosti	89	38,2	38,2	67,0
specifické poruchy učení	12	5,2	5,2	72,1
porucha autistického spektra	6	2,6	2,6	74,7
kombinované postižení	52	22,3	22,3	97,0

duševní nemoc	7	3,0	3,0	100,0
Total	233	100,0	100,0	

Tabulka 28 – Typ zdravotního postižení / specifických potřeb.

Otázka 11 zkoumala přítomnost kompenzačních pomůcek v životě respondentů. Respondenti byli dotazováni, jestli nějakou pomůcku využívají, a pokud ano, kterou. Tabulky znázorňují typy používaných pomůcek a dále podrobný rozpis používaných pomůcek.

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
žádné	41	9,1	9,1	9,1
elektrické pomůcky	83	18,4	18,4	27,4
pro zajištění mobility	146	32,3	32,3	59,7
rehabilitační a stimulační p.	19	4,2	4,2	63,9
komunikační p.	1	0,2	0,2	64,2
hygienické p.	3	0,7	0,7	64,8
pro sluchově postižené	40	8,8	8,8	73,7
pro zrakově postižené	91	20,1	20,1	93,8
zdravotnické p.	9	2,0	2,0	95,8
polohovací zař.	18	4,0	4,0	99,8
nespecializované	1	0,2	0,2	100,0
Total	452	100,0	100,0	

Tabulka 29 – Typ používané pomůcky.

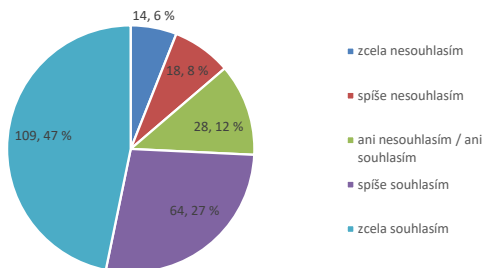
	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
žádné	41	9,1	9,1	9,1
polohovací zař.	2	0,4	0,4	9,5
postel	10	2,2	2,2	11,7
židle	2	0,4	0,4	12,2
lehátko do vany	4	0,9	0,9	13,1

nespecializované	1	0,2	0,2	13,3
elektrické pomůcky	10	2,2	2,2	15,5
PC + speciální příslušenství	40	8,8	8,8	24,3
tablet	1	0,2	0,2	24,6
telefon	32	7,1	7,1	31,6
pro zajištění mobility	1	0,2	0,2	31,9
vozík	80	17,7	17,7	49,6
auto	3	0,7	0,7	50,2
vertikalizační stojan	2	0,4	0,4	50,7
chodítko	5	1,1	1,1	51,8
nájezdové rampy	3	0,7	0,7	52,4
zvedací plošina	11	2,4	2,4	54,9
berle	37	8,2	8,2	63,1
handbike	1	0,2	0,2	63,3
upravený automobil	3	0,7	0,7	63,9
rehabilitační a stimulační p.	5	1,1	1,1	65,0
ortopedické pomůcky	3	0,7	0,7	65,7
korzet	1	0,2	0,2	65,9
ortézy	9	2,0	2,0	67,9
antidekubitní podložky	1	0,2	0,2	68,1
piktogramy	1	0,2	0,2	68,4
hygienické p.	3	0,7	0,7	69,0
pro sluchově postižené	5	1,1	1,1	70,1
sluchadlo/a	24	5,3	5,3	75,4
kochleární implantát	7	1,5	1,5	77,0
světelné a vibrační pomůcky	4	0,9	0,9	77,9
pro zrakově postižené	25	5,5	5,5	83,4
brýle	18	4,0	4,0	87,4
kontaktní čočky	1	0,2	0,2	87,6

lupy	8	1,8	1,8	89,4
zvukové předměty	1	0,2	0,2	89,6
bílá hůl	26	5,8	5,8	95,4
braillský řádek	5	1,1	1,1	96,5
šablona na peníze	3	0,7	0,7	97,1
vodicí pes	4	0,9	0,9	98,0
zdravotnické p.	5	1,1	1,1	99,1
inhalátor	3	0,7	0,7	99,8
inzulinová pumpa	1	0,2	0,2	100,0
Total	452	100,0	100,0	

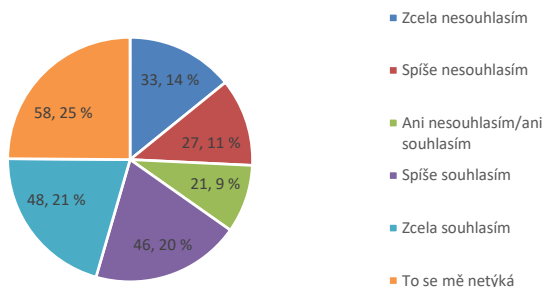
Tabulka 0 – Podrobný rozpis používaných pomůcek.

Zajímavé výsledky v části výroků přinesla položka „*Vhodným uspořádáním prostředí lze eliminovat některé příznaky nemoci či zdravotního postižení*“. S tímto výrokem souhlasilo 74 % respondentů (47 % uvedlo zcela souhlasím a 27 % respondentů uvedlo spíše souhlasím). U našeho vzorku se potvrdilo to, co ve výzkumu zmiňují Tomandl a Šestáková (2016). Autoři uvádí, že příznaky jako bradykineze, hypokineze, akineze, poruchy spánku, tremor, posturální poruchy a poruchy chůze – freezing of gait (náhlá, epizodická porucha chůze, ztráta schopnosti udělat efektivní krok), festinace, pády, zhoršená paměť, deprese, apatie nebo únava lze úpravou okolního prostředí eliminovat. Tentýž výzkum dokonce ukázal, že posturálním poruchám a poruchám chůze, jako je freezing of gait, festinace a pády, lze úpravou okolního prostředí předejít.



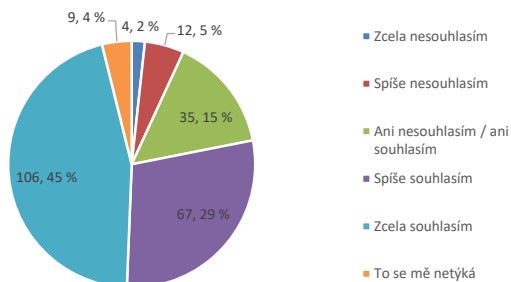
Graf 67 – Názor na úpravu prostředí v kontextu zmírnění obtíží.

Další otázka se zaměřovala na potřebu specifických úprav oblečení, bot či přítomnost doplňků. Na výrok „*Je pro mě důležité mít specifické oblečení, boty či doplňky.*“ odpovídali respondenti následujícím způsobem – 41 % respondentů s tímto výrokem souhlasí, 25 % respondentů nesouhlasí, 25 % respondentů se tato oblast netýká.

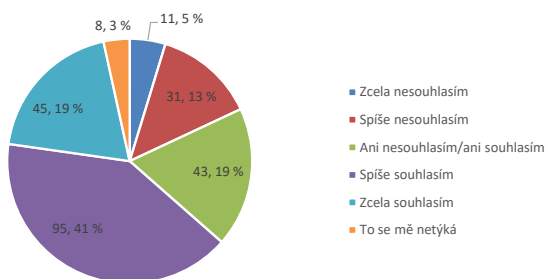


Graf 68 – Je pro mě důležité mít specifické oblečení, boty či doplňky.

Některé položky našeho dotazníku se zaměřovaly na oblast kultury. K této oblasti jsme zařadili dva výroky. S výrokem „*Kulturní vyžití je pro mě důležité.*“ souhlasilo 74 % respondentů. A 60 % respondentů souhlasí s tím, že je pro ně kulturní vyžití přístupné/dostupné.

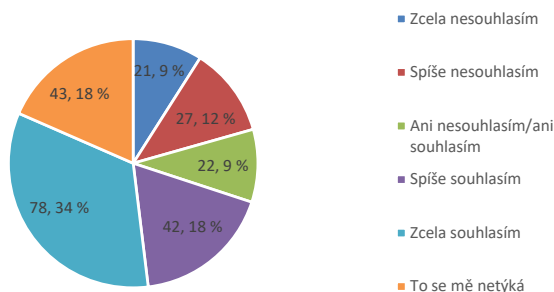


Graf 69 – Kulturní vyžití je pro mě důležité.



Graf 70 – Kulturní vyžití je pro mě přístupné/dostupné.

Logickým vyústěním předchozích otázek bylo zařazení položky „*Abych mohl/a realizovat své aktivity, je pro mě důležitá asistence ‚další osoby‘.*“ Rozložení odpovědí je v grafu níže.



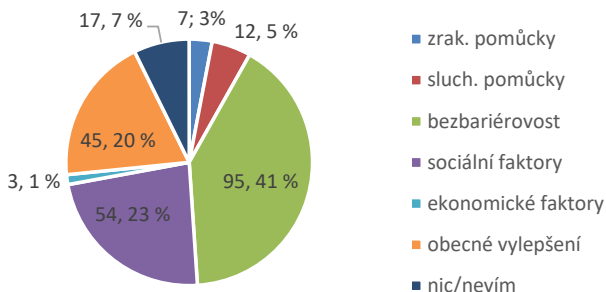
Graf 71 – K realizaci aktivit je důležitá asistence další osoby.

Respondenti měli prostor pro vlastní návrh úpravy prostředí. Konkrétně jim byla předložena následující položka:

„Dostanete do ruky kouzelnou hůlku a máte teď možnost navrhnout prostředí, ve kterém se Vám bude spokojeně žít. Napište 1–3 výroky, které by charakterizovaly pro Vás ideální/perfektní prostředí.“

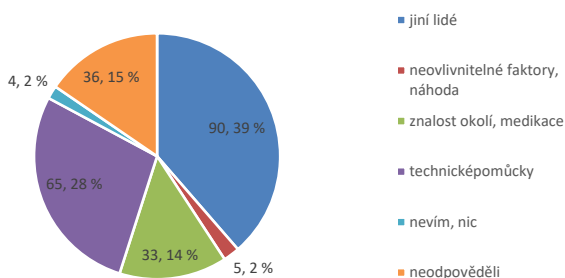
V obecné rovině nejčastěji uváděli návrhy na bezbariérové prostředí (41 %), dále byly zdůrazňovány sociální faktory (23 %) – změna chování lidí kolem sebe, práva lidí se zdravotním postižením, prostředí bez předsudků, tolerance a větší pochopení od ostatních. V odpovědích se objevovala i taková (obecná) vylepšení (20 %), která a priori nesouvisí s postižením a lze je řadit do kategorie běžných lidských přání – čistý vzduch, prostředí bez hluku, moře, příroda, bydlení na samotě, štěstí, čas na čtení, luxusní, hezké

vybavení. 1 % respondentů uvádělo ekonomické faktory – přání ohledně vyšších důchodů a snazšího hledání práce. Další rozložení odpovědí na výrok ukazuje graf níže.



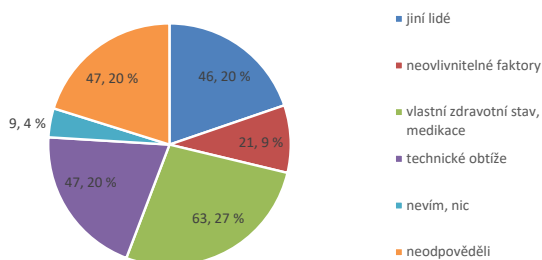
Graf 72 – Odpovědi na výrok: Dostanete do ruky kouzelnou hůlku a máte teď možnost navrhnout prostředí, ve kterém se Vám bude spokojeně žít.

V otázce „*Když si představíte svůj běžný den, co Vám ho usnadňuje?*“ bylo nejčastější odpovědi jiní lidé (39 %), následovaly technické pomůcky (28 %).



Graf 73 – Běžný den mi usnadňuje...

V otázce „*Když si představíte svůj běžný den, co Vám ho dělá složitým?*“ byl nejčastější odpovědi vlastní zdravotní stav a medikace (27 %).



Graf 74 – Co dělá den složitým?

Následující tabulka prezentuje odpovědi respondentů na následující výroky:

– „Dostanete do ruky kouzelnou hůlku a máte teď možnost navrhnout prostředí, ve kterém se Vám bude spokojeně žít. Napište 1–3 výroky, které by charakterizovaly pro Vás ideální/perfektní prostředí.“

– „Když si představíte svůj běžný den, co Vám ho usnadňuje?“

– „Když si představíte svůj běžný den, co Vám ho dělá složitým?“

Pohlaví	Věk	Zdravotní postižení / specifické potřeby	Odpovědi na výrok: „Dostanete do ruky kouzelnou hůlku a máte teď možnost navrhnout prostředí, ve kterém se Vám bude spokojeně žít. Napište 1–3 výroky, které by charakterizovaly pro Vás ideální/perfektní prostředí.“	Odpovědi na výrok: „Když si představíte svůj běžný den, co Vám ho usnadňuje?“	Odpovědi na výrok: „Když si představíte svůj běžný den, co Vám ho dělá složitým?“
Žena	21–29	DMO	„Přístupné pro všechny, důraz na univerzální design a na práva v Úmluvě o právech osob se zdravotním postižením.“	„Vozík.“	„Bariéry.“

Muž	30–39	Paraplegie	„Bezbariérovost, možnost práce na flexibilní úvazky, z domova apod. Konečně zahodit předsudky, že postižení jsou spokojeni doma s duchodem! Většina chce pracovat, žít v rodině a být samostatná a nezávislá.“	„Lidé bez předsudků a rozumné řešení bezbariérovosti.“	„Bariéry, obrubníky, schody a lidé s předsudky.“
Žena	21–29	Úplná nevidomost	„1. Lidé, zdraví i s handicapem, by upustili od všech předsudků a očekávání a brali každého takového, jaký je. 2. Lidé, zdraví i s handicapem, by nehledali důvody, proč něco nejde, ale spíš způsoby, jak by to mohlo jít (např. zaměstnávání handicapovaných, navazování vztahů...). 3. Vlastně nevím, zdá se mi, že se mi daří kolem sebe optimální prostředí tvořit. Občas sice potřebuji pomoc okolí, ale zase dokážu recipročně pomoc vrátit.“	„Vodící pes (při přesunu z bodu a do bodu b), smysluplné pracovní naplnění, dobré zázemí a čas sama pro sebe.“	„Setkání s nechapavým nebo předsudků plným člověkem. Nebo splnění nějaké činnosti, která není přístupná člověku se zrakovým handicapem (třeba nějaká objednávka na webové stránce špatně přístupné odečítačům obrazovky).“
Žena	40–49	Emočně nestabilní porucha osobnosti, obsedantně-kompulzivní porucha	„Snadná možnost najít práci bez tlaku na výkon a stresu. Vyšší invalidní důchody, nižší ceny bydlení a levnější potraviny.“	„Hodně odpočinku, žádný stres, styk s ostatními lidmi, tolerance druhých.“	„Spěch, stres, tlak na rychlost a výkon, arogance ostatních.“

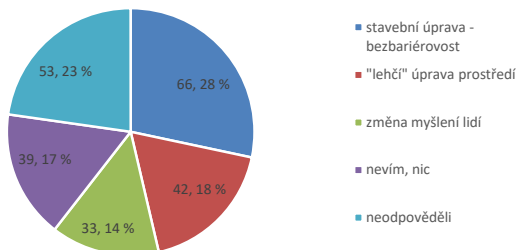
Žena	21–29	Neslyšící	„Přístupnost informací, vzájemný respekt a otevřená společnost.“	„Existence internetu – díky němu se mohu v případě potřeby spojit s druhým člověkem (v situaci, kdy se nemůžeme vidět osobně). To se potvrzuje nyní, v koronavirové době.“	„Většinou je to bezohlednost některých lidí.“
Žena	30–39	Spinální atrofie typ 3	„Prostředí, kde bude vše bezbariérové, plně zeleně, zvířat, hodných lidí, kterým si mimo jiné budu moci říct o pomoc, a ideálně také vhodných kompenzačních pomůcek. Jednoduše ovladatelné zvedáky, skvěle promyšlené elektrické vozíky, robotické ruce (dlahy, které podepírají moje ruce a pomohou mi udělat to, co mé svaly již nedokážou).“	„Pomoc mé maminky/asistenta.“	„Málo síly, tedy nemožnost sama udělat většinu úkonů.“
Žena	30–39	Dyslexie, dysortografie, dysgrafie	„Prostředí, kde by nebyl takový tlak na rychlost jako kritérium výkonu, kde by byli lidé vůči sobě trpělivější, případně kde by výkon nebyl kritériem hodnoty člověka.“	„Vřelý přístup některých lidí.“	„Velký objem povinností, které je třeba zvládnout za krátkou dobu.“

Žena	30–39	Zrakové postižení, sluchové postižení, omezení hybnosti (centrální hemiparéza)	„Větší důchod, větší ohled soudů a lidí v okolí a větší pomoc od STÁTU!!!!“	„Pomoc partnera.“	„Různé překážky.“
Žena	50–59	Zrakové postižení, omezení hybnosti (Perthes), specifické poruchy učení	„Bezbariérový malý domek s dvorkem, abych tam mohla malovat, vana, příroda, květiny, teplo, slunce.“	„Paní pečovatelka.“	„Nosit věci je pro mě obtížné a potřebuji cvičení.“
Muž	40–49	Neslyšící	„Prostředí, kde lidé jsou ochotní a přizpůsobení komunikaci osob se sluchovým postižením. Prostředí, kde informace jsou nejenom šířeny sluchovou cestou, ale i vizuální. Mít pozitivní vztah k člověku se sluchovým postižením.“	„Nelze odpovědět.“	„Když je něco mluveného, tak tomu nemusím rozumět.“

Žena	40–49	Praktická hluchota	„Komunikace bez bariér (možnost přepisu kdykoliv, titulky v televizi u všech pořadů, ideálně mít možnost jak přepisu, tak tlumočnicka do ZJ – potřeby lidí se sluchovým postižením se liší). Aby pořadatelé různých akcí a vzdělávání počítali s tím, že bariéra nemusí být jen technická, ale i komunikační, a počítali s tím v rozpočtech a plánování.“	„Empatický přístup druhých lidí, ochota přizpůsobit se a technika.“	„Neochota druhých lidí, někdy nerozumím tomu, proč jsou některé věci a změny tak složité k řešení, i když by tomu tak nemuselo být.“
------	-------	-----------------------	---	---	--

Tabulka 31 – Odpovědi respondentů kategorie 15+ na vybrané výroky.

Otázkou 39 jsme se dotazovali, kterou úpravu prostředí považují do budoucna respondenti ve svém životě za nejdůležitější?



Graf 75 – Kterou úpravu prostředí považujete do budoucna ve Vašem životě za nejdůležitější?

Lehčí úpravou jsou myšleny např. automatické dveře, dostatek světla, titulky na televizi na všech programech, v MHD lépe umístěné seznamy zastávek, titulky, informace v písemné formě, „řešení všeho přes internet“.

16

Diskuse

Záměrem tohoto oddílu textu je diskutovat některé dílčí aspekty sledované problematiky napříč oběma výzkumnými soubory. Při zrodu výzkumné koncepce jsme si kladli několik výzkumných otázek, resp. naše výzkumné teze se týkaly několika oblastí, které byly sledovány prostřednictvím širého pojetého dotazníku. Výsledky budeme diskutovat v kontextu těchto výzkumných premis:

- *Jaké jsou fyzické parametry prostředí osob s postižením či specifickými potřebami?*
- *Jaké psychosociální determinanty vykazuje prostředí osob s postižením či specifickými potřebami?*
- *Jaké charakteristiky má vyžadovaná materiálně-technická podpora?*
- *Jaké charakteristiky mají bariéry v komunikaci a další socializační faktory?*

V intencích fyzických parametrů prostředí se z dat vynořily konkrétní aspekty ideálního prostředí, a to jak z pohledu pečujících osob v rámci proxy ratingu, tak na základě subjektivního posouzení samotnými osobami se zdravotním postižením či dalšími specifickými potřebami. Jako dominantní se zde manifestovaly nejen klasické materiálně-technické podmínky ve smyslu bezbariérovosti napříč celým spektrem typů specifických potřeb, ale do popředí se dostaly i psychosociální determinanty. Psychosociální rozměr se stal jakousi všepřonikající ideou. Myšlenka „společnosti bez předsudků“ a sociální opora v rodině i širším sociálním prostředí se manifestovala v obou výzkumných souborech. Výpovědi zaznamenané v souboru respondentů 15+ velmi explicitně dokazují eminentní význam

psychosociálního rozměru zdravotního postižení, resp. jinakosti jako takové. Jak dodává jedna respondentka se sluchovým postižením, „spíše než úprava prostředí po technické stránce je důležitější přístup lidí a odstraňování komunikačních bariér do přemýšlení a plánování různých aktivit. Stejně jako musí být nové veřejné budovy bezbariérové např. pro vozíčkáře, i informace, aktivity a akce by se měly snažit být bezbariérové, po komunikační stránce přístupné i nedoslýchavým a neslyšícím“. Tuto myšlenku můžeme zobecnit na celou komunitu osob se zdravotním postižením či znevýhodněním.

Vrátíme-li se zpět k fyzickým parametrům prostředí, vyvstaly do popředí položky jako „klid“, „příroda“, „dostatečný bezbariérový prostor k životu“. Potřebu materiálně-technických úprav prostředí deklaruje více než polovina dotázaných v široce pojaté oblasti dotazníku orientované na technické aspekty (rampy, výtahy, plošiny, upravené toalety, přístupná veřejná místa). Řada pomůcek je z pohledu respondentů považována za předpoklad vyrovnání příležitostí pro běžné aktivity každodenního života i uplatnění ve společnosti. Spektrum pomůcek, které byly zmiňovány a označeny za nezbytné pro každodenní život, zahrnovalo jak klasické pomůcky, tak pomůcky moderního typu na bázi počítačů a dalších elektronických prostředků (elektronické pomůcky, pomůcky pro mobilitu, rehabilitační a stimulační pomůcky, pomůcky pro komunikaci, hygienické pomůcky, pomůcky pro osoby se sluchovým postižením, pomůcky pro osoby se zrakovým postižením, zdravotnické pomůcky, pomůcky pro děti s PAS, potravinové doplňky, polohovací zařízení, pomůcky na procvičování jemné a hrubé motoriky, feedback nebo pomoc druhé osoby). Konkrétní parametry materiálně-technického prostředí mapují otázky 16–23. Téměř tři čtvrtiny respondentů vyžadují modifikaci prostředí pro potřeby vzdělávání, hry, pracovní činnosti či jakékoliv další aktivity. Pomoc či podpora další osoby v podobě osobního asistenta či průvodce, předčitatele, tlumočníka aj. se stala integrální součástí této oblasti, ale byla jí věnována i samostatná otázka v dotazníku – 90 % dotázaných potvrzuje nezbytnost další osoby pro realizaci aktivit (ve výzkumném souboru pečujících). V souboru respondentů ve věku 15+ se jedná o 63,5 % (když zahrneme pouze ty, kterých se otázka týká). I tento aspekt můžeme považovat za zjevný průnik do společenského rozměru problematiky osob se specifickými potřebami. Osobnost asistenta, resp. jakékoliv další osoby v procesu sociální interakce s okolím, nezpochybnitelně modifikuje roli člověka s postižením – je tím a priori zasažena jeho partnerská role v komunikačním procesu a celkové sociální interakci. Do oblasti ko-

munikace, resp. možnosti vnímání její receptivní složky i produkce v rámci expresivní složky, směřovaly dále konkrétní otázky dotazníku. Dominantní roli asistenta (průvodce, tlumočníka aj.) potvrzují nejen zmíněné položky dotazníku, ale i závěrečné projektivní otázky, zaměřené na facilitující a inhibující faktory v každodenním životě. Nejvíce usnadňují respondentům (0–14 let) život pomůcky (iPád, vozík, kočár, pleny, vertikalizační stojan aj.), a to v 19,7 % (55), druhou nejčastější odpovědí byl pravidelný režim s 15,8 % (44) a jako třetí nejčastější byla odpověď pomoc druhých, celkem ve 13,3 % (37). Jednou ze specifických oblastí zájmu byla socializace v komunitě osob s postižením a potenciální benefity efektu similarity. Tyto aspekty však vyžadují podrobnější zkoumání a hloubkovou kvalitativní analýzu. Nicméně s kontaktem s komunitou rodičů dětí s postižením má subjektivní potíže pouze necelých 5 % pečujících osob. Také 60 % respondentů ze souboru 15+ uvádí, že je pro ně setkávání s ostatními lidmi se zdravotním postižením důležité. Další položky dotazníku naznačují významnost podpory socializačního procesu a sociální integrace, a to nejen u samotných osob s postižením / specifickými potřebami (markantní je tato tendence zejména v souboru pečujících osob). Téměř 55 % osob pečujících se cítí být v sociální izolaci a současně nezávislým v péči o dítě se cítí být zcela nebo spíše 33,4 % rodičů, 41,5 % rodičů s tímto tvrzením zcela nebo spíše nesouhlasí. Větší část rodičů se tedy cítí být svázána postižením dítěte. A současně vlastní spokojenost spojují se spokojeností dětí dvě třetiny rodičů, s pohledem okolí na dítě ji však spojuje zcela 38 % a spíše 33,3 % rodičů. Zde se opět manifestuje klíčová role sociálního rozměru zdravotního postižení či „jinakosti“ jako takové.

Psychosociální oblast je v nejširším slova smyslu determinována úrovní akceptace/nonakceptace zdravotního postižení / specifických potřeb. Ve skupině pečujících lze úroveň postižení/znevýhodnění dítěte do jisté míry interpretovat na základě emoční složky v postoji k této skutečnosti – ambivalentnost pocitů pečujících osob prožívaných při výpovědi „Mám dítě s postižením“ je do jisté míry předobrazem úrovně akceptace či nonakceptace postižení dítěte (přibližně polovina respondentů při tomto sdělení prožívá pozitivní emoce, stejné množství respondentů negativní emoce naznačující potenciální nonakceptaci postižení dítěte). Současně lze usuzovat, že pozitivní emoce provázející tuto výpověď mohou být určitým důkazem měnícího se postoje společnosti ve smyslu větší tolerance k jinakosti a odlišnosti.

K samotnému jádru výzkumu se dostáváme v intencích položky orientované na potenciální přínos a efektivitu úprav prostředí – „Vhodným uspořádáním prostředí lze eliminovat některé příznaky nemoci či zdravotního postižení“. S tímto výrokem souhlasilo 74 % respondentů ze skupiny 15+. Potvrdily se tak závěry Tomandla a Šestákové (2016). Autoři uvádí, že příznaky jako bradykineze, hypokineze, akineze, poruchy spánku, tremor, posturální poruchy a poruchy chůze – freezing of gait (náhlá, epizodická porucha chůze, ztráta schopnosti udělat efektivní krok), festinace, pády, zhoršená paměť, deprese, apatie nebo únava lze úpravou okolního prostředí eliminovat. Tato tendence je patrná i v souboru pečujících osob napříč položkami orientovanými na konkrétní materiálně-technická a režimová opatření. Právě tento aspekt považujeme za jeden z klíčových výstupů výzkumu se značným potenciálem v aplikovaném výzkumu v dalších plánovaných etapách. Úprava životního prostoru se tak může zcela signifikantně stát prostředkem nejen ke snížení dopadů postižení či limitů z něj vyplývajících, ale i prostředkem ke zvýšení subjektivně pocítované kvality života napříč fyzickým, materiálně-technickým, psychosociálním i komunikačním rozměrem navržených premis koncepce výzkumu.

Důležitou součástí úprav pro osoby se specifickými potřebami a osoby, které mohou mít potíže s oblékáním kvůli neschopnosti manipulovat s knoflíky, zipy nebo kvůli nedostatku plného rozsahu pohybu, je adaptované oblečení. Mylná představa spočívá v tom, že adaptované oblečení slouží pouze osobám na vozíku nebo lidem s těžkým zdravotním postižením. Adaptované oblečení prospívá nejen nositeli, ale také člověku (pečovateli, zdravotníkovi), který pomáhá osobě se zdravotním postižením s oblékáním. Důležitost mít specifické oblečení, boty či doplňky potvrdilo v našem výzkumu 41 % respondentů v souboru 15+.

Přízpůsobení kulturně-umělecké sféry potřebám osob s postižením je jedním z předpokladů skutečné sociální inkluze této specifické skupiny a jejího přijetí jako integrální součásti společnosti v souladu s inkluzivními myšlenkami tak, aby i osoby s postižením měly možnost prožívat tuto „zvláštní formu společenského vědomí“. S výrokem „Kulturní vyžití je pro mě důležité.“ souhlasilo 74 % respondentů, 60 % respondentů souhlasí s tím, že je pro ně kulturní vyžití přístupné/dostupné.

Identifikované aspekty modifikace a úprav prostředí jsou vysoce diverzitní a vykazují vysokou variabilitu. Jako takové vyžadují další zkoumání a zejména pak kvalitativní analýzu v intencích kvalitativního výzkumného designu. Nicméně na základě hloubkové analýzy můžeme konstatovat,

že dílčí úpravy prostředí v ryze individuální, ale i veřejné rovině mohou významnou měrou přispět ke zkvalitnění života osob se zdravotním postižením a dalšími specifickými potřebami, přičemž prostředí je zde pojímáno v nejširším, holistickém, slova smyslu na bio-psycho-socio-spirituální úrovni.

Identifikace klíčových parametrů prostředí, jejichž modifikace je předpokladem zvýšení kvality života osob se specifickými potřebami napříč typem a stupněm zdravotního postižení či specifických potřeb, je bazálním předpokladem pro optimalizaci a zkvalitnění speciálněpedagogické intervence. Ta se stává nástrojem změny a prostředkem zkvalitnění každodenního života osob se zdravotním postižením, znevýhodněním či obecně specifickými potřebami.

17

Závěr

Kvalita života představuje mnohorozměrný koncept, který odráží řadu spolupůsobících a vzájemně interagujících faktorů. Společným jmenovatelem všech výše nastíněných konceptů a přístupů je snaha o holistické vnímání člověka v bio-psycho-socio-spirituálním pojetí, které by mělo odrážet veškeré aspekty utvářející jeho subjektivní kvalitu života, resp. životní spokojenost. Bavíme-li se v intencích úprav a modifikace prostředí pro potřeby osob s postižením či znevýhodněním v nejširším slova smyslu, musíme se nevyhnutelně dotknout právě fenoménu kvality života a dimenzí, které ji utváří. Nastíněné přístupy a koncepce odráží nejen multifaktoriální podmíněnost, ale i subjektivizovaný přístup ke kvalitě života a životní spokojenosti. Je zřejmé, že modifikace podmínek, specificky pro potřeby osob se zdravotním postižením, je jednou z oblastí, které budou celkovou kvalitu utvářet a spoluurčovat její charakter.

Holistické pojetí člověka ve smyslu bio-psycho-socio-spirituálního komplexu předurčuje, jak široký záběr má téma úprav a modifikace prostředí pro potřeby osob se zdravotním postižením a dalšími specifickými potřebami. Samotný pojem prostředí je zde chápán a pojímán velmi široce tak, aby odrážel zmíněný holistický přístup a nabýval zde různých modalit. Předmětem předchozího textu bylo mimo jiné prostředí sociální a jeho spojitost s psychickou dimenzí zdravotního postižení. Nastíněné psychosociální faktory, zejména postoj společnosti vůči osobám s postižením, ale i psychická specifika jedince s postižením, jeho vlastnosti, rysy osobnosti, úroveň akceptace limitů vyplývajících ze zdravotního postižení či znevýhodnění, jeho aktivita a reakce okolí na ni, a v neposlední řadě i medializace celé problematiky a mediální reprezentace osob se zdravotním postižením utváří

specifický sociální prostor pro každodenní fungování osob se specifickými potřebami. Právě sociální prostředí by mělo doznat, resp. nadále doznávat určitých změn a úprav směrem k respektu k jinakosti osob s postižením.

Domníváme se, že doporučené postupy pro speciálněpedagogickou praxi mohou být úspěšně implementovány tam, kde je odpovídající plánování, zdroje, organizační a administrativní podpora a vhodná facilitace.

Inhibitorem v prostředí pak může být insuficientní komunikace v organizacích či orgánech, které jsou zodpovědné za úpravu prostředí (ať už v přímé, či nepřímé podpůrné funkci).

Shrnutí

Monografie je původním textem Kateřiny Kroupové, Adély Hanákové a kolektivu a je zaměřena na oblast úprav prostředí ve vztahu k lidem se zdravotním postižením. Jedná se o oblast nesmírně širokou svým zaměřením a důležitou svým dopadem na kvalitu života těchto lidí.

Publikace je tradičně rozdělena na část teoretickou a výzkumnou. V rozsáhlé teoretické části se kolektiv autorů věnuje postupně kvalitě života, úpravě prostředí a konceptu univerzálního designu, legislativnímu zázemí, psychosociálním aspektům, materiálně-technickým podmínkám, environmentálnímu přístupu v kontextu osob se specifickými potřebami, pracovnímu prostředí a jeho specifikům, úpravám domácích podmínek, vzdělávacím institucím a jejich charakteristice z hlediska modifikace prostředí v inkluzivním kontextu, multisenzoriálnímu přístupu a kontextu úprav prostředí, bezpečnosti a možnosti evakuace osob se zdravotním postižením, kultuře a umění v kontextu modifikací pro potřeby osob se zdravotním postižením. Z výčtu kapitol je zřejmé, že byla snaha co nejpodrobněji popsat a postihnout jednotlivé domény i determinanty kvality života, samozřejmě vždy ve vztahu k úpravám prostředí, a poukázat na vzájemnou provázanost. Cílem primární kvantitativní výzkumné sondy bylo získat předběžné informace o dané problematice – šlo o identifikaci klíčových faktorů v prostředí, které vnímá cílová skupina osob se zdravotním postižením a pečujících osob jako problematické, popis postojů, obav, které se v souvislosti s nevyhovujícími podmínkami v prostředí vynořují. Na provedenou iniciální analýzu bude v dalších plánovaných výzkumných aktivitách nasedat výzkum kvalitativního či smíšeného typu, abychom umožnili hloubkovou analýzu daného tématu.

Summary

The monograph is the original text of Kateřina Kroupová, Adéla Hanáková and author's team, and is focused on the area of environmental modifications concerning people with disabilities. This is an area that is extremely wide in focus and important in its impact on these people's quality of life.

The publication is traditionally divided into theoretical and research part. In an extensive theoretical part, the team focuses on the quality of life, environmental design and concept of universal design, legislative background, psychosocial aspects, material and technical conditions, environmental approach in people with specific needs, working environment and its specifics, domestic situations, educational institutions and their characteristics in terms of environmental modification in an inclusive context, multisensory approach and the context of environmental improvements, safety and the possibility of evacuation of people with disabilities, culture and art in the context of modifications for the needs of people with disabilities. It is clear from the list of chapters that there was an effort to describe and affect the individual domains and determinants of quality of life in as much detail as possible, of course always with environmental changes, and to point out the interconnectedness. The primary quantitative research probe aimed to obtain preliminary information on the issue – it was to identify critical factors in the environment perceived by the target group of people with disabilities and caregivers as problematic, to describe attitudes. These concerns arise in connection with unsatisfactory environmental conditions. The initial analysis will be followed by research of a qualitative or mixed type in other planned research activities to enable an in-depth analysis of the given topic.

Literatura a zdroje

- ABOUT THE OHIO LIBRARY FOR THE BLIND & PHYSICALLY DISABLED. *Cleveland Public Library*. [online]. 2020. Dostupné z: <https://cpl.org/aboutthelibrary>
- ACKERMANN, K. E. *Snoezelen – podpora nebo požadavek?* [online]. Dostupné z: <https://3lobit.cz/Snoezelen-podpora-nebo-pozadavek/>
- Adaptive clothing – Wikipedia. [online]. Dostupné z: en.wikipedia.org/wiki/Adaptive_clothing
- ADEM, A., YILMAZ KAYA, B., DAGDEVIREN, M. (2019). An Ergonomic Investigation of Working Environment with Kano Model and Universal Design Principles. *Gazi University Journal of Science*, vol. 32(2), pp. 582–593.
- ALEXANDR, D. (2015). Disaster and Emergency Planning for Preparedness, Response, and Recovery. *Oxford Research Encyclopedia of Natural Hazard Science*. Oxford University Press USA.
- BARNES, C. (1992). *Disabling imagery and the media. An Exploration of the Principles for Media Representations of Disabled People*. Halifax: Ryburn Publishing.
- BARVÍKOVÁ, J. (2015). *Katalog podpůrných opatření pro žáky s potřebou podpory ve vzdělávání z důvodu sluchového postižení nebo oslabení sluchového vnímání: dílčí část*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci.
- BAY OF PLENTY EMERGENCY MANAGEMENT GROUP. *Disaster preparednes for people with disabilities*. [online]. Dostupné z: www.boprc.govt.nz
- BENDOVÁ, P., JEŘÁBKOVÁ, J., RŮŽIČKOVÁ, V. (2006). *Kompenzační pomůcky pro osoby se specifickými potřebami*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci. ISBN 80-244-1436-8.
- BERÁNEK, J. a kol. (2013). *Moderní řízení hotelového provozu*. 5., zcela přeprac. vyd. Praha: MAG Consulting.
- BÍLKOVÁ, A. (2019). *Standardy univerzálního designu pro stabilizaci kvality bydlení*. Disertační práce. Dostupné z: dspace.vsb.cz
- BODEČKOVÁ, D. (2020). *Snoezelen jako terapeutická metoda*. Bakalářská práce. Univerzita Palackého v Olomouci. Pedagogická fakulta. Ústav speciálněpedagogických studií.

- BOHÁČOVÁ, L. (2012). Design pro všechny. A2, roč. 2012, č. 21. [online]. Dostupné z: www.advojka.cz/archiv/2012/21/design-pro-vsechny
- BOUKAL, P. (2013). *Fundraising pro neziskové organizace*. Praha: Grada.
- BOYCE, K. (2017). Safe evacuation for all – Fact or Fantasy? Past experiences, current understanding and future challenges. *Fire Safety Journal*, vol. 91, pp. 28–40.
- BRACII. LTD. (2016). *What is Braci?* Dostupné z: <http://www.braci.co/>
- BUBENÍČKOVÁ, H., KARÁSEK, P., PAVLÍČEK, R. (2019). *Kompenzační pomůcky pro uživatele se zrakovým postižením*. Brno. [online]. Dostupné z: pomucky.centrumpronevidome.cz/subdom/pomucky/
- BÜCHLEROVÁ, D. a kol. *Pracovní asistence po nástupu do zaměstnání*. [online]. Dostupné z: zamestnavam.pracevobci.cz/chci-vytvorit-pracovni-mista/pracovni-asistence-po-nastupu-do-zamestnani/
- BUTLER, K. et al. (2017). Perspectives of occupants with mobility impairments on evacuation methods for use during fire emergencies. *Fire Safety Journal*, vol. 91, pp. 955–963.
- Centrum Paraple. [online]. Datum neznámé. [cit. 2020-10-15]. Dostupné z: www.paraple.cz/paraple/
- Centrum pro dětský sluch Tamtam, o. p. s. [online]. [cit. 2020-10-01]. Dostupné z: www.tamtam.cz/
- CERNÍŇÁKOVÁ, E., HUBATKOVÁ SELUCKÁ, H., eds. (2014). *Rovný přístup – Standard Handicap Friendly: metodická příručka pro práci knihoven s uživateli s postižením*. Praha: Národní knihovna České republiky – Knihovnický institut.
- CLELAND, C. C., CLARK, C. M. (1966). Sensory deprivation and aberrant behavior among idiots. *American Journal of Mental Deficiency*, vol. 71(2), pp. 213–225.
- ČADOVÁ, E. (2015). *Katalog podpůrných opatření pro žáky s potřebou podpory ve vzdělávání z důvodů tělesného postižení nebo závažného onemocnění: dílčí část*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci.
- ČADOVÁ, E. (2015). *Metodika práce asistenta pedagoga při aplikaci podpůrných opatření u žáků s tělesným postižením nebo závažným onemocněním*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci.
- ČÁLEK, O. a kol. (1986). *Vývoj osobnosti zrakově těžce postižených*. 1. vyd. Praha: SPN.
- ČELEDOVÁ, L., KALVACH, Z., ČEVELA, R. (2016). *Úvod do gerontologie*. 1. vyd. Praha: Univerzita Karlova v Praze, nakladatelství Karolinum.
- ČERNÁ, M., JANOŠ, T., TUPÁ, Z., VODRÁŽKOVÁ, N. (2020). Biologický monitoring. In *Systém monitorování zdravotního stavu obyvatelstva České republiky ve vztahu k životnímu prostředí*. Praha: SZÚ.
- Česká komora tlumočnicků znakového jazyka. [online]. [cit. 2020-10-01]. Dostupné z: www.cktzj.com

- Český statistický úřad. (2019). *Výběrové šetření osob se zdravotním postižením*. [online]. Dostupné z: <https://www.czso.cz/csu/czso/vyberove-setreni-osob-se-zdravotnim-postizenim-2018>
- Český svaz mentálně postižených sportovců. [online]. Datum neznámé. [cit. 2020-09-29]. Dostupné z: www.csmps.cz/
- Český svaz zrakově postižených sportovců. [online]. Datum neznámé. [cit. 2020-09-22]. Dostupné z: www.sport-nevidomych.cz/
- ČEVELA, R. et al. (2014). *Sociální gerontologie: východiska ke zdravotní politice a podpoře zdraví ve stáří*. 1. vyd. Praha: Grada.
- DAUBIN, A. (2007). Working for Barrier Removal in the ICT Area: Creating a More Accessible and Inclusive Canada. *The Information Society*, vol. 23(3), pp. 193–201. [online]. [cit. 2020-01-05]. DOI: 10.1080/01972240701323622. ISSN 0197-2243. Dostupné z: <http://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/01972240701323622>
- Defektologický slovník*. (2000). 3., upr. vyd. Jinočany: H & H.
- DEWEY, J. (2018). Universal design. *Salem Press Encyclopedia*. [online].
- Divadlo ALDENTE. [online]. 2011 [cit. 2020-11-12]. Dostupné z: www.divadloaldente.cz
- Divadlo Neslyším. [online]. Datum neznámé. [cit. 2020-10-15]. Dostupné z: www.neslysim.cz
- Divadlo UJETO. [online]. Datum neznámé. [cit. 2020-10-20]. Dostupné z: www.ujeto.cz
- Divadlo vzhůru nohama. [online]. Datum neznámé. [cit. 2020-10-15]. Dostupné z: www.dvn.cz
- DMA kompenzační pomůcky. Dostupné z: www.dmapraha.cz
- Dr.amas. [online]. Datum neznámé. [cit. 2020-10-15]. Dostupné z: nautis.cz/cz/dramas
- DRAGOMIRECKÁ, E., BARTOŇOVÁ, J. (2006). *WHOQOL-BREF. WHOQOL-100. World Health Organization Quality of Life Assessment*. Praha: Psychiatrické centrum Praha.
- EQUAL DESIGN – *Front page*. Dostupné z: www.artmap.cz/equal-design
- FÁBIANOVÁ, A. (2014). *Orofaciální a bazální stimulácia u detí s psychomotorickým oneskorením v ranom veku*. Havlíčkův Brod: Tobiaš.
- FAJMONOVÁ, J., CHOVANCOVÁ, M. (2008). *Snoezelen: možnosti využití Snoezelenu při práci s žáky v základní škole speciální*. 1. vyd. Praha: IPPP – Institut pedagogicko-psychologického poradenství ČR.
- FIALOVÁ, A., VANDASOVÁ, Z. (2020). Zdravotní důsledky a rušivé účinky hluku. In *Systém monitorování zdravotního stavu obyvatelstva České republiky ve vztahu k životnímu prostředí*. Praha: SZÚ.
- FILATOVA, R. (2014). *Snoezelen-MSE*. 1. vyd. Frýdek-Místek: Kleinwächter Josef.
- FILATOVA, R., JANKŮ, K. (2010). *Snoezelen*. 1. vyd. Frýdek-Místek: Kleinwächter Josef.
- FINKOVÁ, D., RŮŽIČKOVÁ, V., KROUPOVÁ, K. (2011). *Edukační proces u osob se zrakovým postižením*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci.

- FOGLI, D., ARENGHI, A., GENTILIN, F. (2019). A universal design approach to way-finding and navigation. *Multimedia Tools and Applications: An International Journal*. [online]. DOI: 10.1007/s11042-019-08492-2.
- FOWLER, S. (2008). *Multisensory Rooms and Environments: Controlled Sensory Experiences for People with Profound and Multiple Disabilities*. London: Jessica Kingsley.
- FRIEDLOVÁ, K. (2007). *Bazální stimulace, pojetí konceptu. Sborník Multioborové, interdisciplinární a mezinárodní kooperace v ošetrovatelství*. Olomouc.
- FRIEDLOVÁ, K. (2007). *Bazální stimulace v základní ošetrovatelské péči*. Praha: Grada.
- FRIEDLOVÁ, K. (2018). *Bazální stimulace pro ošetřující, terapeutu, logopedu a speciální pedagogu: praktická příručka pro pracující v sociálních službách, dlouhodobé péči a ve speciálních školách*. 2. vyd. Tábor: Asociace poskytovatelů sociálních služeb ČR.
- FRÖHLICH, A. (1998). *Basale Stimulation. Das Konzept*. Düsseldorf: Verlag selbsteinstimmtes Leben.
- GALUŠKOVÁ, T. (2013). *Posouzení rizik evakuace osob se sníženou pohyblivostí*. Bakalářská práce. Zlín: Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně.
- GOTO, K. (2019). The Era of Adaptive Experiences: Rethinking Universal and Inclusive Design. *Design Management Review*, vol. 30(3), pp. 28–33. [online]. [cit. 2020-01-09]. DOI: 10.1111/drev.12186. ISSN 15570614.
- GRONSETH, S., HOLLY L., HUTCHINS, M. (2019). Flexibility in Formal Workplace Learning: Technology Applications for Engagement through the Lens of Universal Design for Learning. *Techtrends: Linking Research and Practice to Improve learning a publication of the Association for Educational Communications*. [online]. [cit. 2020-01-09]. DOI: 10.1007/s11528-019-00455-6. ISSN 87563894.
- GRONSETH, S. (2018). Inclusive Design for Online and Blended Courses: Connecting Web Content Accessibility Guidelines and Universal Design for Learning. *Educational Renaissance*, vol. 7, pp. 14–22. [online]. [cit. 2020-01-09]. ISSN 21611602.
- HADJ-MOUSSOVÁ, Z. (1997). *Psychologie handicapu. Část 2, Rodina a její význam pro rozvoj handicapovaného jedince*. 1. vyd. Liberec: Technická univerzita.
- Hands Dance. [online]. Datum neznámé. [cit. 2020-10-17]. Dostupné z: ds-oukej.cz/hands-dance/
- HARTL, P., HARTLOVÁ, H. (2010). *Velký psychologický slovník*. 4. vyd. , v Portálu 1. Praha: Portál.
- HARTLEY, A. (2008). *Microsoft claims RSI on the increase in UK: Due to increased working from home and on the move*. Dostupné z: <http://www.techradar.com/news/mobile-computing/microsoft-claims-rsi-on-the-increase-in-uk-381089>

- HASHEMI, M. (2018a). Dynamic, Stream-Balancing, Turn-Minimizing, Accessible Wayfinding for Emergency Evacuation of People Who Use a Wheelchair. *Fire Technology*, vol. 54, pp. 1195–1217.
- HASHEMI, M. (2018b). Emergency evacuation of people with disabilities: A survey of drills, simulations, and accessibility. *Cogent Engineering*. University of Pittsburgh.
- HAVLÍK, R. (2007). *Sluchadlová propedeutika*. Brno: Národní centrum ošetřovatelství a nelékařských zdravotnických oborů. ISBN 978-80-7013-458-0.
- HAVLÍKOVÁ, E. (2012). Podaří se zavést evropské trendy do oblasti zaměstnávání osob se zdravotním postižením v ČR? *Czech & Slovak Social Work / Sociální Práce / Sociálna Práca*, č. 12(2), s. 149.
- HAVLOVÁ, D., JÍNOVÁ, J., URBAN, P., VOŘÍŠKOVÁ, M., VÍT, M. (2020). Zdravotní rizika pracovních podmínek a jejich důsledky. In *Systém monitorování zdravotního stavu obyvatelstva České republiky ve vztahu k životnímu prostředí*. Praha: SZÚ.
- HEJČOVÁ, A. (2018). Přístupné památky. SONS ČR. [online]. Dostupné z: www.sons.cz/Pristupne-pamatky-P4006171.htm
- HLADÍKOVÁ, K. (2019). *Radiožurnál a Světluška jdou s nevidomými do divadla*. [online]. Český rozhlas Radiožurnál. Dostupné z: [radiozurnal-rozhlas.cz/radiozurnal-a-svetluka-jdou-s-nevidomymi-do-divadla-o-zivy-komentar-se-postara-8045871](http://radiozurnal.rozhlas.cz/radiozurnal-a-svetluka-jdou-s-nevidomymi-do-divadla-o-zivy-komentar-se-postara-8045871)
- HLÁVKOVÁ, J. (2006). *Zdraví a počítače*. Dostupné z: <http://www.szu.cz/tema/pracovni-prostredi/zdravi-a-pocitace>
- HRADÍLKOVÁ, T., SÝKOROVÁ, V. (1998). *Dotýkejte se, prosím!* (Průvodce hmatovými projekty). Praha: Hapestetika.
- HRČOVÁ, J. *Snoezelen u intaktní populace*. Dostupné z: <https://3lobit.cz/Snoezelen-u-intaktni-populace/>
- HRNČÍŘ, K. (2008). Škodliviny v pracovním prostředí. [CD-ROM]. Rožnov pod Radhoštěm: Rožnovský vzdělávací servis. <https://easy-to-read.eu/evropske-logo-easy-to-read/>
<https://escape-mobility.com/types-of-evacuation-solutions/>
- HUDCOVÁ, B. (2019). Krizová intervence u osob se zdravotním postižením. *Sešity sociální práce*, č. 5, s. 21–26.
- HULSEGGE, J., VERHEUL, A. (1987). *Snoezelen: Another World: A practical book of sensory experience environments for the mentally handicapped*. London: Rompa.
- CHRASTINA, J., ŠPATENKOVÁ, N., HUDCOVÁ, B. (2020). *Náročné, krizové a mimořádné situace v kontextu rezidenčních služeb: umírání, doprovázení a smrt uživatelů se zdravotním postižením*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci.
- IARC (2013). Air Pollution and Cancer. *Scientific publication no. 161*. Geneva: WHO.

- JAKABČIC, I., POŽÁR, L. (1997). *Všeobecná patopsychológia*. Bratislava: IRIS.
- JANKOVÁ, J. (2015). *Katalog podpůrných opatření pro žáky s potřebou podpory ve vzdělávání z důvodu zrakového postižení a oslabení zrakového vnímání: dílčí část*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci.
- JANKŮ, K. (2010). *Využívání metody Snoezelen u osob s mentálním postižením*. Ostrava: Ostravská univerzita.
- Jiné jeviště. [online]. Datum neznámé. [cit. 2020-09-13]. Dostupné z: jinejeviste.cz
- KALVACH, Z. et al. (2011). *Křehký pacient a primární péče*. 1. vyd. Praha: Grada.
- KANTOR, J. (2013). *Terapeutické přístupy u osob s omezením hybnosti*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci.
- KAZMAROVÁ, H., KOTLÍK, B., MIKEŠOVÁ, M., VRBÍKOVÁ, V. (2020). Zdravotní důsledky a rizika znečištění ovzduší. In *Systém monitorování zdravotního stavu obyvatelstva České republiky ve vztahu k životnímu prostředí*. Praha: SZÚ.
- KEBZA, V., ŠOLCOVÁ, I. (2004). *Komunikace a stres*. 1. vyd. Praha: Státní zdravotní ústav.
- KECKLUND, L. et al. (2012). How Do People with Disabilities Consider Fire Safety and Evacuation Possibilities in Historical Buildings? – A Swedish Case Study. *Fire Technology*, vol. 48, pp. 27–41. DOI: 10.1007/s10694-010-0199-0.
- KESNER, L. (2005). *Marketing a management muzeí a památek*. Praha: Grada.
- KIM, T., CHANG, K. (2018). Developing a measure of user-perceived universal design for sport facilities. *South African Journal for Research in Sport, Physical Education*, vol. 40(1), pp. 25–38. [online]. [cit. 2020-01-09]. ISSN 03799069.
- KOCICHOVÁ, I., SUCHÁNKOVÁ, P., eds. (2016). *Muzea bez bariér. Bezbariérová přístupnost, výstavnictví a komunikace: Konference zaměřená na bezbariérovou komunikaci muzeí s návštěvníky*. Národní muzeum.
- Kochleární implantáty. Dostupné z: www.kochlear.cz
- KOK, W., PETER, J., CHOUFOUR, J. (2000). *Snoezelen*. Amsterdam: Bernardus Expertisecentrum/Fontis.
- KONDRÁTOVÁ, L., WINKLER, P. (2017). Podporované zaměstnávání osob s vážným duševním onemocněním – Zahraniční a česká zkušenost: Narativní syntéza = The supported employment of people with severe mental illness – The Czech and international experience: A narrative synthesis. *Česká a Slovenská psychiatrie*, č. 113(3), s. 132–139.
- KOO, J., KIM, B. KIM, I. S. (2014). Estimating the effects of mental disorientation and physical fatigue in a semi-panic evacuation. *Expert Systems With Applications*, vol. 41(5), pp. 2379–2390.
- KOO, J., KIM, I. S. KIM, B. (2012). Estimating the impact of residents with disabilities on the evacuation in a high-rise building: A simulation study. *Simulation Modelling Practice and Theory*, vol. 24, pp. 71–83.
- KRÁL, M. (2020). *Projevy a posuzování vibrací v pracovním prostředí na zdraví člověka*. [online]. [cit. 2020-11-4]. Dostupné z: www.praceamzda.cz

- KREJČÍŘOVÁ, O. (2007). *Manuál zaměřený na orientaci v poradenství a v problematice pracovního uplatnění osob se zdravotním postižením*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci.
- KUDRNOVSKÁ, B. (2016). Co je to univerzální design: Univerzalniatelier. *Univerzální ateliér*. [online]. [cit. 2020-05-01]. Dostupné z: www.univerzalniatelier.cz
- KULIGOWSKI, E. et al. (2013). Stair evacuation of older adults and people with mobility impairments. *Fire Safety Journal*, vol. 62 (Part C), pp. 230–237.
- Kvalita života. [cit.2010-01-27]. Dostupné z: <http://kvalitazivota.vubp.cz/clanky.php>
- LIU, Y., CLARKSON, P. J. (2019). *Exploring the application of Inclusive Design to the improvement of healthcare services*. [online]. [cit. 2020-01-09]. DOI: 10.17863/CAM.36672.
- Louvre. [online]. Datum neznámé. [cit. 2020-09-18]. Dostupné z: www.louvre.fr/en
- LOY, B., HIRSH, A., BATISTE, L. C. (2006). Including employees with disabilities in emergency evacuation plans: 9/11's Effect on the demand for information. *Work: Journal of Prevention, Assessment*, vol. 27(4), pp. 407–411.
- LUDÍKOVÁ, L. a kol. (2015). *Netradiční pohledy na kvalitu života osob se speciálními potřebami*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci.
- LUDÍKOVÁ, L. (2017). *Problematika kvality života osob se speciálními potřebami*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci.
- LUŽNÁ, Z. (2019). *Přízpůsobení muzejních exponátů osobám se zrakovým postižením*. Diplomová práce. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci. Vedoucí diplomové práce Mgr. et Bc. Veronika Růžičková, Ph.D.
- MACHÁLEK, P., NESRSTOVÁ, J. (2011). *Základy fundraisingu a projektového managementu*. Brno: Masarykova univerzita.
- MANLEY, M., KIM, Y. S. (2012). Modeling emergency evacuation of individuals with disabilities (exitus): An agent-based public decision support system. *Expert Systems With Applications*, vol. 39(9), pp. 8300–8311.
- MAREŠ, J. a kol. (2006). *Kvalita života u dětí a dospívajících I*. Brno: MSD.
- MARSDEN FIRE SAFETY LTD. (2017–2019). *Evacuation aids*. Dostupné z: www.marsden-fire-safety.co.uk
- MATĚJČEK, Z. (2001). *Psychologie nemocných a zdravotně postižených dětí*. 3., přeprac. vyd. Jinočany: Nakladatelství H&H.
- MATĚJČEK, Z. (2005). *Výbor z díla*. 1. vyd. Praha: Karolinum.
- MATĚJKOVÁ, K. et al. (2016). *Budoucnost designu: sborník: 30 českých a zahraničních odborníků se zamýšlí nad budoucností designu = The future of design: the collection: 30 Czech and foreign experts reflecting on the future of design*. 1. vyd. Praha: Czechdesign.cz.
- MATOUŠEK, O. (2001). *Bezpečnost práce při manipulaci s břemeny*. Praha: VÚBP.
- MCGUIRE, L., FORD, E., OKORO, C. A. (2007). Natural disasters and older US adults with disabilities: implications for evacuation. *Disasters*, vol. 31(1), pp. 49–56.

- Meet Amber & Music Family. (2020). *Amber G Productions*. [online]. [cit. 2020-10-15]. Dostupné z: www.ambergproductions.com
- MERTENS, K. (2003). *Snoezelen-eine Einführung in die Praxis*. Dortmund: Verlag modernes Lernen.
- Metodika kategorizace přístupnosti tras a komunikací*. [online]. Dostupné z: <https://adoc.pub/metodika-kategorizace-pistupnosti-tras-a-komunikaci.html>
- Metodika přístupnosti objektů*. [online]. Dostupné z: <https://www.centrumkosa-tec.cz/data/caaos/Data/2016/Metodika%20kategorizace%20p%C5%99%C3%adstupnosti%20objekt%C5%AF.pdf>
- Meyra. Dostupné z: www.meyra.cz
- MICHALÍK, J., BASLEROVÁ, P., FELCMANOVÁ, L. (2015). *Katalog podpůrných opatření pro žáky s potřebou podpory ve vzdělávání z důvodu zdravotního nebo sociálního znevýhodnění: obecná část*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci.
- Ministerstvo práce a sociálních věcí. [online]. [cit. 2020-09-29]. Dostupné z: www.mpsv.cz/umluva-osn-o-pravech-osob-se-zdravotnim-postizenim
- Mluvicí ruče. [online]. Datum neznámé. [cit. 2020-10-12]. Dostupné z: www.cun.cz
- MMR. (2009). *Vyhláška č. 398/2009 Sb., o obecných technických požadavcích zabezpečujících bezbariérové užívání staveb*. Praha: Ministerstvo pro místní rozvoj ČR.
- MOKDAD, A. K. et al. (2005). When Chronic Conditions Become Acute: Prevention and Control of Chronic Diseases and Adverse Health Outcomes During Natural Disasters. *Preventing Chronic Disease*, vol. 2, pp. 1-4.
- Moravská galerie. [online]. [cit. 2020-09-22]. Dostupné z: www.moravska-galerie.cz
- SOSNA, T. (2004). *Výtvarné umění a oční choroby*. SANQUIS, č. 31/2004, s. 46.
- MÜLLER, O. (2014). *Terapie ve speciální pedagogice*. Praha: Grada.
- Nadace Divoké Husy. [online]. [cit. 2020-09-22]. Dostupné z: www.divokehusy.cz
- Národní muzeum bez bariér. Národní muzeum. [online]. [cit. 2020-09-22]. Dostupné z: www.nm.cz
- Nařízení vlády č. 168/2014 Sb. Dostupné z: www.zakonyprolidi.cz
- NATIONAL FIRE PROTECTION ASSOCIATION. (2016). *Emergency Evacuation Planning Guide for People with Disabilities*. Dostupné z: <https://www.nfpa.org/-/media/Files/Public-Education/By-topic/Disabilities/evacuationguidepdf.ashx?La=en>
- NAVRÁTILOVÁ, B. (2016). *Univerzální design a přístupnost staveb městské hromadné dopravy*. ČVUT dspace. [online]. [cit. 2020-11-04]. Dostupné z: <https://dspace.cvut.cz/handle/10467/67726>
- Návštěvníci se specifickými potřebami. Národní galerie Praha. [online]. [cit. 2020-09-22]. Dostupné z: <https://www.ngprague.cz/o-nas/stranka/navstevnici-se-specifickymi-potrebami>

- Neslyšící návštěvník v muzeu či galerii: Metodický materiál. Metodické centrum muzejní pedagogiky. [online]. 2014. [cit. 2020-09-25]. Dostupné z: http://www.mcmp.cz/fileadmin/user_upload/vzdelavani/metodicke_texty/08_NESLYSICI_NAVSTEVNIK_V_MUZEU_CI_GALERII_WEB.pdf
- NIELSEN, L. (1991). Spatial relations in congenitally blind infants: A study. *Journal of Visual Impairment & Blindness*, vol. 85(1), pp. 11–16.
- NOMURA, M., NIELSEN, G. S., TRONBACKE, B. (2010). *Guidelines for easy-to-read materials*. On behalf of the Ifla/Library services to people with special needs section. 2nd ed. The Hague: IFLA Headquarters.
- NOVOSAD, L. (2000). *Základy speciálního poradenství: struktura a formy poradenské pomoci lidem se zdravotním nebo sociálním znevýhodněním*. 1. vyd. Praha: Portál.
- NRZP ČR. Platná legislativa pro OZP. [online]. Dostupné z: <http://praceprozp.cz/platna-legislativa-pro-ozp/>
- Okamžik. [online]. Datum neznámé. [cit. 2020-09-15]. Dostupné z: <https://www.okamzik.cz/>
- OPATŘILOVÁ, D. (2005). *Metody práce u jedinců s těžkým postižením a více vadami*. Brno: Masarykova univerzita.
- OPATŘILOVÁ, D. (2005). *Metody práce u jedinců s těžkým postižením a více vadami*. Brno: Masarykova univerzita.
- Organizace Aliterra. [online]. Datum neznámé. [cit. 2020-10-12]. Dostupné z: <https://www.aliterra.eu/>
- PEROUT, E. (2005). *Arteterapie se zrakově postiženými*. Praha: Okamžik.
- PFEIFFER, J. (1990). *Ergoterapie 2*. Praha: Avicenum. ISBN 80-201-0004-0.
- POLAČKOVÁ, Z. (2005). *Fundraisingové aktivity: jak získat finanční prostředky od místní komunity*. Praha: Portál.
- PONECHALOVÁ, D. (2009). *Snoezelen: úvod do tematiky*. Bratislava: 3lobit.
- PROCHÁZKOVÁ, L. (2009). Podpora osob se zdravotním postižením při integraci na trh práce. Brno: MSD, spol. s r. o., Brno.
- Průvodce konceptem Snoezelen-MSE. [online]. [cit. 2020-05-15]. Dostupné z: http://www.Snoezelen-mse.cz/wp-content/uploads/2017/05/Pruvodce_ISNA.pdf
- RAMEY-GASSETT, L. (2006). Reexamining connections: Museums as science learning environment. *Science Education*, vol. 78, Issue 4, (1994-07-01), pp. 345–363. ISSN: 0036-8326. [online]. [cit. 2020-09-22]. Dostupné z: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/sce.3730780403/abstract>
- REGEČ, V., STEJSKALOVÁ, K. et al. (2012). *Komunikace a lidé se specifickými potřebami*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olouci.
- RICHERSON, P. J., BOYD, R. (2012). *V genech není všechno aneb Jak kultura změnila evoluci člověka*. 1. vyd. Praha: Academia.
- Ruce.cz. Technické pomůcky pro nedoslýchavé. Dostupné z: <http://ruce.cz/clanky/619-technicke-pomucky-pro-nedoslýchavé>

- RŮŽIČKOVÁ, V., KROUPOVÁ, K. (2020). *Tyflografika: reliéfní grafika a její role v životě osob se zrakovým postižením*. Univerzita Palackého v Olomouci.
- SALAJKA, F. (2006). *Hodnocení kvality života u nemocných s bronchiální obstrukcí*. 1. vyd. Praha: Grada.
- SEDLÁKOVÁ, R. (2007). *Obraz Romů v televizním zpravodajství – příklad mediální konstrukce reality*. Disertační práce. Brno: Masarykova univerzita. Vedoucí práce: PhDr. Jaromír Volek, Ph.D.
- SCHALOCK, R. L. (2004). The concept of quality of life: what we know and do not know. *Journal of Intellectual Disability Research*, vol. 48, part 3, pp. 203–216. [cit. 2010-02-06]. Dostupné z: [www:<http://www3.interscience.wiley.com/journal/118795463/issue>](http://www3.interscience.wiley.com/journal/118795463/issue)
- SIV.cz – Zdravotnické pomůcky. Dostupné z: <https://www.pomuckyzdravotnicke.cz/>
- SKŘEHOT, P. a kol. (2009). *Ergonomie pracovních míst a pracovní podmínky zaměstnanců se zdravotním postižením*. Praha: VÚBT.
- SLOWÍK, J. (2005). Medializace handicapu a její úskalí. *Kontakt*, 1–2, 7: 1–200, s. 111–114. ISSN 1212-4117.
- SMITH, J. K. (2014). *The museum effect: how museums, libraries, and cultural institutions educate and civilize society*. New Zealand: Rowman & Littlefield Publishers.
- SONS. Dostupné z: <https://www.sons.cz/kultura>
- SOURALOVÁ, E., LANGER, J. (2005). *Surdopedie: studijní opora pro kombinované studium*. Olomouc: Univerzita Palackého.
- STEINFELD, E., MAISEL, J. (2012). *Universal design: creating inclusive environments*. Hoboken, N. J.: John Wiley & Sons.
- STRASSER, H. (2007). *Assessment of the Ergonomic Quality of Hand-Held Tools and Computer Input Devices*. Amsterdam: IOS Press.
- SUTTEL, R. (2003). Prepared for Safety. *Buildings*, pp. 32–34.
- Světluška. [online]. Datum neznámé. [cit. 2020-10-05]. Dostupné z: <https://svetluska.rozhlas.cz/o-nas-7604260>
- ŠNAJDAROVÁ, H. (2007). *Bezbariérové stavby: právní a normové prostředí, úpravy staveb pro pohybově postižené*. Brno: ERA.
- ŠPRINGEROVÁ, P. (2014). *Univerzální design*. [online]. Datum poslední revize 26. 12. 2014, 22:46 UTC. [cit. 2020-11-04]. Dostupné z: http://wiki.knihovna.cz/index.php?Title=Univerz%C3%alln%C3%AD_design&oldid=48413
- ŠTEFEK, D. (2013). *Řízená evakuace osob s mentálním postižením*. Diplomová práce. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci.
- The British Museum. [online]. Datum neznámé. [cit. 2020-10-02]. Dostupné z: <https://www.britishmuseum.org/visit/accessibility-museum>
- The metropolitan museum of art. [online]. Datum neznámé. [cit. 2020-10-29]. Dostupné z: <https://www.metmuseum.org/visit/accessibility>

- The Tap Tap. [online]. Datum neznámé. [cit. 2020-9-13]. Dostupné z: <https://www.thetaptap.cz/#!/Kapela>
- Tichá linka. [online]. [cit. 2020-10-01]. Dostupné z: <https://www.tichalinka.cz/>
- Tichý svět. [online]. [cit. 2020-10-01]. Dostupné z: <https://www.tichysvet.cz/>
- TOMANDL, J., ŠESTÁKOVÁ, I. (2014). *Architektonické řešení prostředí pro osoby s Parkinsonovou nemocí*. Praha: ČVUT.
- TOMANDL, J., ŠESTÁKOVÁ, I. (2016). Principy tvorby prostředí pro osoby s Parkinsonovou nemocí. In H. Štěpánková, R. Šlamberová (eds.). *Stárnutí 2016: Sborník příspěvků z 3. Gerontologické mezioborové konference*. (s. 161–167). Praha: Univerzita Karlova, 3. lékařská fakulta. Dostupné z: http://www.konferencestarnuti.cz/files/Starnuti_2016_sbornik.pdf
- TROJAN, R., MRÁZ, B. (1996). *Malý slovník výtvarného umění*. Praha: Fortuna.
- TRUSCHKOVÁ, P. (2007). Snoezelen jako terapie nových možností. *Speciální pedagogika*, roč. 17, s. 88–93.
- Tyflopomůcky. Dostupné z: <https://www.tyflopomucky.cz/olomouc/>
- Unie neslyšících Brno. *Indukční smyčky*. Dostupné z: <https://www.indukcni-smycky.cz/>
- Unie neslyšících Brno. *Kompenzační a komunikační pomůcky pro neslyšící v celé ČR*. Dostupné z: <https://www.pomuckyproneslysici.cz/>
- Usnesení vlády České republiky č. 369/1991 k návrhu systému monitorování zdravotního stavu obyvatelstva ve vztahu k životnímu prostředí. Dostupné z: https://albatros.odok.cz/usneseni/usneseni_webtest.nsf/0/73997F7D06948622C12571B6006F0337
- Usnesení vlády České republiky č. 810/1998 k Akčnímu plánu zdraví a životního prostředí České republiky. Dostupné z: https://albatros.odok.cz/usneseni/usneseni_webtest.nsf/0/7F607D357C997E7AC12571B6006FCCAF
- Vláda ČR. [online]. [cit. 2020-01-05]. Dostupné z: https://www.vlada.cz/assets/ppov/vvzpo/dokumenty/Narodni-plan-OZP-2015-2020_2.pdf
- VADUROVÁ, H. (2006). *Sociální aspekty kvality života v onkologii*. 1. vyd. Brno: MSD.
- VADUROVÁ, H., MÜHLPACHR, P. (2005). *Kvalita života: teoretická a metodologická východiska*. 1. vyd. Brno: Masarykova univerzita.
- VÁGNEROVÁ, M. (2012). *Psychopatologie pro pomáhající profese*. Praha: Portál.
- VÁGNEROVÁ, M. (2008). *Psychopatologie pro pomáhající profese*. 4., rozš. a přeprac. vyd. Praha: Portál.
- VÁGNEROVÁ, M., HADJ-MOUSSOVÁ, Z., ŠTECH, S. (2000). *Psychologie handicapu*. Praha: Karolinum.
- VALENTA, M. (2015). *Katalog podpůrných opatření pro žáky s potřebou podpory ve vzdělávání z důvodu mentálního postižení nebo oslabení kognitivního výkonu: dílčí část*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci.
- VÁŇOVÁ, L. (2009). *Univerzální design v Německu*. Dostupné z: <http://www.czech-design.cz/temata-a-rubriky/univerzalni-design-v-nemecku>

- VAVŘINOVÁ, J. (2007). *Registr profesionálních expozic karcinogenům*. [cit. 2020-11-1]. Dostupné z: <http://www.szu.cz/publikace/registr-profesionalnich-expozic-karcinogenum>
- Victoria and Albert Museum. [online]. Datum neznámé. [cit. 2020-19-25]. Dostupné z: <https://www.vam.ac.uk/info/disability-access>
- VÍTKOVÁ, M. (2001). *Podpora vzdělávání dětí a žáků s těžkým zdravotním postižením. II., Metoda bazální stimulace*. Praha: Institut pedagogicko-psychologického poradenství ČR.
- VRBOVÁ, R. (2015). *Katalog podpůrných opatření pro žáky s potřebou podpory ve vzdělávání z důvodu narušené komunikační schopnosti: dílčí část*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci.
- VYBÍRAL, Z. (2009). *Psychologie komunikace*. 2. vyd. Praha: Portál.
- Vyhláška č. 388/2011 Sb., o provedení některých ustanovení zákona o poskytování dávek osobám se zdravotním postižením, v aktuálním znění.
- Vyhláška č. 398/2009 Sb., o obecných technických požadavcích zabezpečujících bezbariérové užívání staveb, v aktuálním znění.
- Vyhláška č. 398/2009 Sb., o obecných technických požadavcích zabezpečujících bezbariérové užívání staveb.
- WEYESSA GARI, D., KOTHAN, E., KOŽÍŠEK, E., PUMANN, P. (2020). Zdravotní důsledky a rizika znečištění pitné a rekreační vody. In *Systém monitorování zdravotního stavu obyvatelstva České republiky ve vztahu k životnímu prostředí*. Praha: SZÚ.
- WHO. (2006). *Air quality guidelines for particulate matter, ozone, nitrogen dioxide and sulphur dioxide. Global update 2005. Summary of risk assessment*. Geneva: WHO.
- WHO. (2013a). *Health risks of air pollution in Europe – HRAPIE project, Recommendations for concentration-response functions for cost-benefit analysis of particulate matter, ozone and nitrogen dioxide*. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe.
- WHO. (2013b). *Review of evidence on health aspects of air pollution – REVIHAAP Project, Technical Report*. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe.
- WIENER, P. (2006). *Prostorová orientace zrakově postižených*. 3., upr. vyd. Praha: Institut rehabilitace zrakově postižených UK FHS.
- World report on vision. World Health Organization 2019. Dostupné z: <https://www.who.int/publications/i/item/world-report-on-vision>
- www.betterdialog.com/cs/kompenzacni-pomucky-pro-sluchove-postizene-a-neslysici/
- YERKES, R. M., DODSON, J. D. (1908), The relation of strength of stimulus to rapidity of habit-formation. *J. Comp. Neurol. Psychol.*, 18: 459-482. <https://doi.org/10.1002/cne.920180503>

- Zákon č. 117/2001 Sb., o veřejných sbírkách a o změně některých zákonů (zákon o veřejných sbírkách). Zákony pro lidi. [online]. [cit. 2020-09-27]. Dostupné z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2001-117>
- Zákon č. 122/2000 Sb., o ochraně sbírek muzejní povahy a o změně některých dalších zákonů. Zákony pro lidi. [online]. [cit. 2020-09-27]. Dostupné z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2000-122>
- Zákon č. 198/2009 Sb., o rovném zacházení a o právních prostředcích ochrany před diskriminací a o změně některých zákonů (antidiskriminační zákon).
- Zákon č. 231/2001 Sb., o provozování rozhlasového a televizního vysílání, v aktuálním znění. Dostupné z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2001-231>
- Zákon č. 239/2000 Sb., o integrovaném záchranném systému a o změně některých zákonů.
- Zákon č. 257/2001 Sb., o knihovnách a podmínkách provozování veřejných knihovnických a informačních služeb (knihovní zákon). Zákony pro lidi. [online]. [cit. 2020-09-27]. Dostupné z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2001-257>
- Zákon č. 262/2006 Sb. Zákoník práce. Dostupné z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2006-262>
- Zákon č. 329/2011 Sb., o poskytování dávek osobám se zdravotním postižením a o změně souvisejících zákonů, v aktuálním znění.
- Zákon č. 435/2004 Sb. Zákon o zaměstnanosti.
- Zákon o ochraně veřejného zdraví č. 258/2000 Sb. Dostupné z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2000-258>
- ZIKL, P. (2014). *Terapie ve speciální pedagogice (ergoterapie, fyzioterapie, bazální stimulace)*. Hradec Králové: Gaudeamus.
- ZOUBKOVÁ, A. (2014). *Neviditelné divadlo: Divadlo pro všechny smysly – kromě zraku*. [online]. Goethe-Institut Praha. Dostupné z: <http://www.goethe.de/ins/cz/prj/jug/the/sin/csl2496857.htm>
- ZVONÍKOVÁ, A., WERNEROVÁ, J. (2017). Zaměstnávání osob se zdravotním postižením. *Revision & Assessment Medicine / Revizní a Posudkové Lékařství*, 20(2), s. 60–64.
- ŽAMPACHOVÁ, Z., ČADILOVÁ, V. (2015). *Katalog podpůrných opatření pro žáky s potřebou podpory ve vzdělávání z důvodu poruchy autistického spektra nebo vybraných psychických onemocnění: dílčí část*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci.

Kroupová, Kateřina

Úprava prostředí pohledem osob se zdravotním postižením / Kateřina Kroupová, Adéla Hanáková a kol.. -- 1. vydání. -- Olomouc : Univerzita Palackého v Olomouci, 2021. -- 1 online zdroj

České a anglické resumé

Nad názvem: Univerzita Palackého v Olomouci, Pedagogická fakulta, Ústav speciálněpedagogických studií. -- Obsahuje bibliografii

ISBN 978-80-244-5898-4 (online ; pdf)

* 316.344.6-056.26/.3 * 316.728-021.465 * 364-22-021.464 * 351.78:614.8 * 613 * 364-786 * 331.4 * 37.04
* 616-74/-76 * 316.7 * (048.8:082)

- osoby se zdravotním postižením
- kvalita života
- soběstačnost
- osobní bezpečnost
- péče o zdraví
- sociální integrace
- pracovní prostředí
- podpůrná opatření (vzdělávání)
- kompenzační pomůcky
- kultura
- kolektivní monografie

316.3 - Globální společnosti. Sociální struktura. Sociální skupiny [18]

ÚPRAVA PROSTŘEDÍ POHLEDEM OSOB SE ZDRAVOTNÍM POSTIŽENÍM

Kateřina Kroupová, Adéla Hanáková a kol.

Odpovědný redaktor Jiří Slavík

Technická redakce Jiřina Vaclová

Jazyková korektura Vendula Kopecká

Návrh a grafické zpracování obálky Jiřina Vaclová

Vydala a vytiskla Univerzita Palackého v Olomouci

Křížkovského 8, 771 47 Olomouc

www.vydavatelstvi.upol.cz

Neprodejná publikace

1. vydání

Olomouc 2021

DOI 10.5507/pdf.20.24458977

ISBN 978-80-244-5897-7 (print)

ISBN 978-80-244-5898-4 (online: PDF)

VUP 2020/0334 (print)

VUP 2020/0456 (online: PDF)



Monografie má za cíl poukázat na faktory prostředí, které vnímá cílová skupina osob se zdravotním postižením jako problematické, a popsat postoje, obavy, které se v souvislosti s nevyhovujícími podmínkami v prostředí vynořují. Dílčím cílem monografie je tvorba vlastního návrhu úprav prostředí samotnými osobami se zdravotním postižením. Součástí monografie jsou příklady dobré praxe. Unikátnost publikace spočívá v tom, že shrnuje všechny faktory úpravy prostředí, které determinují inkluzivní vzdělávání, socializaci, pracovní uplatnění a kvalitu života osob se zdravotním postižením. Klíčovými pojmy publikace jsou orientace; sebeobsluha; mobilita; vedení domácnosti; přístupnost objektů, tras a komunikací, e-přístupnost; bezbariérovost; úprava prostředí v kontextu podpůrných opatření a společného vzdělávání; pomůcky pro osoby se zdravotním postižením; inkluzivní a univerzální design; úprava prostředí a bezpečí osob se zdravotním postižením.