

**UNIVERZITA JANA AMOSE KOMENSKÉHO PRAHA**

bakalářské kombinované studium  
2009 – 2012

**BAKALÁŘSKÁ PRÁCE**

Vendula Říhová

Vymezení kategorie tělesného postižení, sociální dimenze  
postižení, současné pojetí oboru a vývojové tendence v oboru

**Praha 2012**

**Vedoucí bakalářské práce:  
Mgr. Milan Fleischman**

**JAN AMOS KOMENSKÝ UNIVERSITY PRAGUE**

Bachelor Combined Studies  
2009 – 2012

**BACHELOR THESIS**

Vendula Říhová

Definition of category of disability, the social dimension of  
disability, actual conception and development of tendencies in  
the field

**Prague 2012**

**The Bachelor Thesis Work Supervisor:**  
Mgr. Milan Fleischman

**Prohlášení:**

Prohlašuji, že předložená bakalářská práce je mým původním autorským dílem, které jsem vypracovala samostatně. Veškerou literaturu a další zdroje, z nichž jsem při zpracování čerpala, v práci řádně cituji a jsou uvedeny v seznamu použité literatury.

Souhlasím s prezenčním zpřístupněním své práce v Univerzitní knihovně.

V Praze dne 8. 3. 2012

Vendula Říhová

## **Poděkování:**

Na tomto místě bych ráda poděkovala Mgr. Milanovi Fleischmanovi, za jeho odbornou pomoc, vedení mé bakalářské práce, za jeho rady a čas strávený při konzultacích této práce.

Poděkování patří také respondentům, bez kterých by má bakalářská práce nevznikla.

Závěrem děkuji své rodině a mým nejbližším, kteří mě psychicky podporovali a měli se mnou trpělivost.

## **Anotace**

Bakalářská práce se zabývá historií a současností jedinců s tělesným postižením. V první kapitole probereme tělesné postižení, definici a pojetí oboru somatopedie, dále definici zdravotního postižení, po které následuje vysvětlení základních terminologických pojmů. V druhé kapitole se zaměříme na typy tělesných postižení a jejich vysvětlení. Dále následuje pohled na historii tělesně postižených. Čtvrtá kapitola se zabývá sociální dimenzí tělesně postižených. Následující kapitola pojednává o současném pojetí oboru. Šestá kapitola se týká vývojových tendencí. Ukončení teoretické části se týká legislativy pro jedince s tělesným postižením. Praktická část zahrnuje vyhodnocení rozhovoru.

## **Klíčové pojmy**

Amputace, deformace, integrace, malformace, rehabilitace, socializace, sociální dimenze tělesně postižených, školní integrace, tělesné postižení,

## **Annotation**

This thesis deals with the history and present of individuals with disabilities. In the first part we explain physical disability, the definition and concept of somatopedie, next follows the definition of disability and the explanation of basic terminology. In the second part we focus on the types of physical disabilities and their explanation. Hereafter follows a view at the history of the disabled. Fourth chapter deals with the social dimension of disabled. The next part discusses the current concept of the field. The sixth part covers development of tendencies in the field. End of the theoretical part concerns legislation for individuals with disabilities. The practical part includes the evaluation of interview.

## **Key words**

Amputation, deformation, integration, malformation, rehabilitation, socialization, social dimension of the disabled, school integration, physical disability.

# OBSAH

ÚVOD.....	9
<b>TEORETICKÁ ČÁST</b>	
<b>1. TĚLESNÁ POSTIŽENÍ.....</b>	<b>10</b>
1.1 DEFINICE A POJETÍ OBORU SOMATOPEDIE.....	10
1.2 DEFINICE ZDRAVOTNÍHO POSTIŽENÍ .....	10
1.3 ZÁKLADNÍ TERMINOLOGICKÉ POJMY .....	11
1.3.1 Školní integrace.....	11
1.3.2 Terminologie druhu postižení.....	11
1.3.3 Rehabilitace.....	12
<b>2. TĚLESNÉ POSTIŽENÍ A JEHO KATEGORIE.....</b>	<b>13</b>
2.1 OBRNY CENTRÁLNÍ A PERIFERNÍ.....	13
2.1.1 Dětská mozková obrna .....	13
2.1.2 Lehká mozková dysfunkce .....	14
2.1.3 Dětská obrna .....	14
2.1.4 Mozkové záněty, nádory a příhody.....	14
2.1.5 Traumatické obrny .....	15
2.1.6 Obrna míchy.....	15
2.1.7 Degenerativní onemocnění mozku a míchy.....	15
2.2 DEFORMACE, MALFORMACE A AMPUTACE .....	16
2.2.1 Deformace .....	16
2.2.2 Malformace a amputace.....	17
<b>3. HISTORIE ZDRAVOTNĚ POSTIŽENÝCH.....</b>	<b>18</b>
3.1 HISTORICKÁ PODMÍNĚNOST PŘÍSTUPU SPOLEČNOSTI K RŮZNÝM POSTIŽENÍM .....	18
3.2 STADIUM REPRESIVNÍ.....	18
3.3 STADIUM CHARITATIVNÍ.....	19
3.4 STADIUM HUMANITNÍ PÉČE .....	19
3.5 STADIUM REHABILITAČNÍ A PREVENTIVNÍ PÉČE .....	19
3.6 VÝZNAMNÉ OSOBNOSTI.....	20
3.6.1 Prof. MuDr. Rudolf Jedlička (20. 02. 1869 – 26. 10. 1926).....	20
3.6.2 František Bakule (17. 5. 1877 – 15. 1. 1957).....	20
3.6.3 Augustin Bartoš (29. 2. 1888 – 24. 1. 1969).....	21
3.6.4 Jan Chlup (22. 11. 1889 – 4. 8. 1968).....	21
<b>4. SOCIÁLNÍ DIMENZE TĚLESNĚ POSTIŽENÝCH.....</b>	<b>22</b>
4.1 SOCIALIZACE.....	22
4.2 PŘÍSTUP ZDRAVÝCH JEDINCŮ K INVALIDŮM A POTŘEBY NEMOCNÉHO.....	22
4.3 PRAHA A ODSTRAŇOVÁNÍ BARIÉR .....	23
4.4 INTEGRACE.....	23
<b>5. SOUČASNÉ POJETÍ OBORU .....</b>	<b>25</b>
5.1 SPORT U ZDRAVOTNĚ POSTIŽENÝCH .....	25
5.1.1 Významná data sportovních her pro tělesně postižené.....	25
5.1.2 Integrace ve sportu u osob s tělesným postižením.....	26
5.2 ORGANIZACE ZDRAVOTNĚ POSTIŽENÝCH .....	26
5.3 OSOBNÍ ASISTENCE.....	28
5.4 STUPNĚ ROZDĚLENÍ TĚLESNÉHO POSTIŽENÍ.....	29

<b>6. VÝVOJOVÉ TENDENCE .....</b>	<b>30</b>
6.1 UŽÍVÁNÍ TERMÍNU TĚLESNÉ POSTIŽENÍ.....	30
6.2 VZTAH SPOLEČNOSTI K LIDEM SE ZDRAVOTNÍM POSTIŽENÍM .....	31
<b>7. LEGISLATIVA .....</b>	<b>32</b>
<b>8. PRAKTICKÁ ČÁST .....</b>	<b>34</b>
8.1 CÍL VÝZKUMU .....	34
8.2 METODY VÝZKUMU.....	34
8.3 VÝZKUMNÝ VZOREK .....	34
8.4 ZPRACOVÁNÍ DAT.....	34
8.5 ROZHOVOR A JEHO INTERPRETACE .....	35
1. Jaký je stupeň Vašeho postižení? Jak k postižení došlo?.....	35
2. Jaký je druh Vašeho postižení a máte nějaké další nemoci? .....	35
3. Ve kterém roce vzniklo postižení?.....	36
4. Je nebo bylo v rodině více jedinců s tělesným postižením? O jaké postižení se jedná?.....	36
5. Jaký byl přístup lékařů a informace o zdravotním stavu v době vzniku tělesného postižení? .	37
6. Jaká byla léčba a rehabilitace?.....	38
7. Používáte nějaké zdravotní pomůcky?.....	38
8. Jsou ve Vašem okolí bezbariérové vstupy? Potřebujete je pro usnadnění života? .....	39
9. Jaká je možnost Vašeho uplatnění na pracovním trhu? .....	39
10. Jak se k Vám chová okolí?.....	40
11. Jak časté je přezkušování zdravotního stavu? .....	40
12. Posouzení péče v době vzniku tělesného postižení a nyní?.....	40
13. Jaký je celkový stav nyní?.....	41
8.6 ZÁVĚR PRAKTICKÉ ČÁSTI .....	42
<b>ZÁVĚR.....</b>	<b>43</b>
<b>SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY .....</b>	<b>44</b>
<b>SEZNAM PŘÍLOH .....</b>	<b>46</b>



## ÚVOD

Bakalářská práce se zabývá pohledem na problematiku současného života jedince s tělesným postižením, ale i na jejich historii. Rozebírá druhy postižení, možnost pracovního využití, významné osobnosti v somatopedii, socializaci jedince s tělesným postižením, ale i přístupy zdravých jedinců k jedincům se zdravotním postižením, odstraňování bariér a také integrací.

S jedinci s tělesným postižením se setkáváme ve všech oblastech života. Na některých osobách s tělesným postižením není na první pohled postižení vůbec poznat, ale na mnohých jde postižení znát již na první pohled. V současné době se o jedincích s tělesným postižením více mluví, společnost a stát se jim snaží pomoci. Je mnoho směrů, kterými je možné se vydat, ať už finančním darem nebo vlastní pomocí. Leckdy tyto jedince potěší i zájem, pomoc s nákupem, popovídání si, ale často udělá mnoho i milý úsměv a vlídné chování.

Na závěr je detailně popsána příprava rozhovoru, rozhovor s jedinci se zdravotním postižením a zjištění rozdílů mezi situací, která byla pro jedince se zdravotním postižením před 15 lety a v současné době.

Toto téma jsem si vybrala z důvodu, že v mé bezprostřední blízkosti jsou jedinci se zdravotním postižením, a proto jsem se o tuto problematiku začala zajímat. Jelikož jedna osoba, s kterou jsem dělala rozhovor, měla vznik postižení již před více než patnácti lety, a druhá osoba je těžce zdravotně postižena teprve od roku 2006, mě zaujal rozdíl mezi možnostmi v dřívějších dobách a současným stavem.

# 1. TĚLESNÁ POSTIŽENÍ

## 1.1 Definice a pojetí oboru somatopedie

*„Somatopedie je vědní obor speciální pedagogiky, který se zabývá výchovou, vzděláváním a socializací mládeže tělesně vadné, nemocné a zdravotně oslabené. Název oboru je vytvořen z řečtiny soma (tělo) a paidea (věda).“<sup>1</sup>*

Speciální pedagogika jako obor vznikla v roce 1946. Na nově vzniklých pedagogických fakultách bylo v roce 1946 zavedeno vysokoškolské studium speciální pedagogiky. Původním názvem byla pedopatologie, v roce 1948 byl zaveden název defektologie a od roku 1963 se začalo užívat názvu speciální pedagogika. Samotná somatopedie užívala původně název defektologie ortopedická, ale již od roku 1956 se používá název somatopedie. Tento termín začal jako první užívat František Kábele (1913-1998).

Somatopedie jako obor připravuje studenty na profese učitelů speciálních Mateřských škol, Základních škol nebo Středních škol. Dále mohou působit jako učitelé běžného typu ve speciálních třídách. Somatopedie připravuje studenty i na profese vychovatelů ve speciálních zařízeních a poradenských nebo vědeckých pracovníků.

## 1.2 Definice zdravotního postižení

*„Termín zdravotní postižení nejprve označoval osoby s tělesným postižením, nemocné a zdravotně oslabené. Dnes pod něj zahrnujeme většinou i ostatní typy zdravotních postižení, tzn. zrakové, sluchové, mentální atd. Také termín tělesné postižení se v somatopedii někdy používá v rozšířeném významu. Tehdy se jím rozumí navíc osoby nemocné a zdravotně postižené. Velké snahy jsou vyvíjeny pro odstranění dehonestující terminologie. Termín tělesně postižený je nahrazován novějším pojmem osoba s tělesným postižením. Tyto snahy mají jistě pozitivní vliv na utváření zdravého sebevědomí osob s postižením a zlepšení interakcí ze stran intaktní*

---

<sup>1</sup> MILICHOVSKÝ, Luboš, *Kapitoly ze somatopedie*. Pelhřimov: SPMPP Pelhřimov, 1998, s. 3.

*populace. Na druhé straně nelze opomenout, že mnohá označení získala negativní konotace až druhotně.*<sup>2</sup>

Hlavním znakem osob s tělesným postižením je celkové nebo částečné omezení hybnosti.

U celkového omezení hybnosti se jedná o přímé postižení hybného ústrojí či o postižení centrální či periferní nervové soustavy, kdy je v periferní části postiženo hybné ústrojí (amputace, deformace, vývojové vady aj.), při postižení nižších center vznikají chabé obrny, zatímco při patologických změnách korových a přilehlých částí jsou následkem obrny spasické nebo rozmanité poruchy hybnosti.

U částečného omezení hybnosti zůstává centrální i periferní nervová soustava bez patologických změn, avšak hybnost je omezena z jiných důvodů. Zde se projevují důsledky např. kostních chorob, chorob srdce a revmatismu, které omezují hybnost nemocného.

### **1.3 Základní terminologické pojmy**

#### **1.3.1 Školní integrace**

Školní integrace se dá definovat jako úsilí o co nejvíce možné společné vzdělávání a výchovu dětí s postižením a dětí zdravých. Je to snaha zajistit vzdělávání a výchovu u žáků se speciálními vzdělávacími potřebami mezi žáky, které tyto speciální vzdělávací potřeby nepotřebují, a to vše v blízké škole, kam by dítě spadalo, pokud by nemělo postižení.

#### **1.3.2 Terminologie druhu postižení**

- *Vada (poškození) – je poškození systému pohybového, podpůrného či jiných orgánů, vedoucí k podstatným somatickým změnám.*
- *Omezení (snížení výkonu) – jde o kvantitativní změny a snížení pohybového výkonu vzhledem k výkonnosti normální, běžné v závislosti na věku, konstituci a vzhledem k životnímu prostředí*

---

<sup>2</sup> VALENTA, Milan. *Herní specialista v somatopedii*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2003, s. 12.

- *Postižení – jedná se o trvalé podstatné působení na kognitivní, emocionální a sociální výkony, ztíženou sociální interakci, neúplné nebo chybějící přebírání sociálních rolí v souladu s pohlavím a věkem.*<sup>3</sup>

### **1.3.3 Rehabilitace**

*„Rehabilitace je kombinované a koordinované použití léčebných, sociálních, výchovných a pracovních prostředků pro výcvik anebo přecvičení jednotlivce (jedince) k nejvyšší možné funkční schopnosti.“*<sup>4</sup>

Rehabilitace se dělí:

- **Léčebná** – zahrnuje léčbu radikální, konzervativní, dietetickou, klimatickou, psychoterapeutickou, rehabilitační a protetickou
- **Výchovně vzdělávací** – zajišťuje výchovu a vzdělávání postižené mládeže ve speciálních školách a zařízení pro postiženou mládež.
- **Pracovní** – připravuje jedince se změněnou pracovní schopností na vykonávání dřívějšího zaměstnání nebo na nové zaměstnání vhodné pro jeho zdravotní stav.
- **Sociální** – zajišťuje pracovní místo pro osoby se sníženou pracovní schopností se zajištěním péče. Dále zajišťuje i společenský život těchto jedinců
- **Psychologická péče** – úsek klinické psychologie, vývojové a pedagogické psychologie, pracovní psychologie a sociální psychologie
- **Technická péče** – výroba zdravotnických pomůcek, zajišťování bezbariérovosti aj.
- **Právní péče** – normy a opatření zabezpečující lidské a společenské práva pro postižené
- **Ekonomická péče** – zajišťuje chráněné pracoviště, vybírá vhodné obory pro postižené. Snaží se sehnat pracovní uplatnění pro co nejvíce jedinců s postižením.

---

<sup>3</sup> RENOTIÉROVÁ, Marie. *Somatopedické minimum*. Olomouc: Pedagogická fakulta Univerzita Palackého, 2003, s. 7.

<sup>4</sup> TROJAN, Stanislav. *Fyziologie a léčebná rehabilitace motoriky člověka*. Praha: Grada, 2005, s. 196.

## 2. TĚLESNÉ POSTIŽENÍ A JEHO KATEGORIE

### 2.1 Obrny centrální a periferní

V této části probereme obrny týkající se centrální a periferní nervové soustavy. Centrální část zahrnuje míchu, mozek a část obvodového periferního nervstva. Dělí se na parézy (částečné ochrnutí) a plégie (úplné ochrnutí). Mozkové pohybové postižení může nastat před narozením, po narození, během narození a cca do 4 let věku dítěte. Narušena je rovněž sensorika i motorika. Existují také postižení získaná nemocí nebo úrazem. Postižena může být - centrální nervová soustava, tonus nebo koordinace. Podle tonusu rozlišujeme hypertonii, hypotonii. Podle lokalizace – kvadruparézu/kvadruplégií, diparézu/diplégií, hemiplégií/hemiparézu.

#### 2.1.1 Dětská mozková obrna

*„Mezi závažná centrální postižení patří dětská mozková obrna, která vzniká před narozením dítěte, při porodu nebo brzy po něm. Dětská mozková obrna je definována jako syndrom nepokračujícího postižení nezralého mozku. Uvádí se 2-5 případů dětské mozkové obrny na 1000 živě narozených dětí.“<sup>5</sup>*

U dětské mozkové obrny je dominující motorické postižení, ale může dojít i k postižení smyslových funkcí a i k postižení mentálnímu. U dětské mozkové obrny je typický nerovnoměrný vývoj, tělesná neobratnost, zvýšená pohyblivost a neklid, nesoustředěnost, těkavost, nedostatečná představitivost, nedokonalost vnímání aj.

Podle hybného postižení se rozlišuje forma spastická (61%), dále dyskineticko-dystonické (21%), hypotonické, cerebelární (6%) a smíšené formy (12%).

Léčba dětské mozkové obrny vyžaduje vždy týmovou práci rodiny, odborného lékaře, psychologa, fyzioterapeutů a speciálních pedagogů. Důležitá je včasná léčba.

„V roce 1949 se poprvé podařilo kultivovat poliovirus v různých tkáňových kulturách, což napomohlo při vývoji první očkovací látky proti dětské obrně. První vakcínu, která obsahovala usmrcené polioviry, připravil a zavedl americký badatel Jonas E. Salk v roce 1954. Již v roce 1955 Salkův kolega Thomas Francis přednesl zprávu o 90 procentní úspěšnosti očkování, potvrzenou poklesem výskytu

---

<sup>5</sup> VÍTKOVÁ, Marie. *Somatopedické aspekty*. Brno: Paido, 2006, s. 41.

onemocnění o 80 procent. Inaktivovaná očkovací látka proti dětské obrně je dosud používaná, ale její výroba doznala velkých technologických změn.

*„Velmi krátce po zavedení inaktivované vakcíny byla vyvinuta a připravena americkým virologem Albertem Brucem Sabinem další vakcína proti dětské obrně, která obsahovala živé oslabené polioviry. Tehdejší Československo bylo prvním státem, kde se v roce 1960 poprvé celoplošně podávala tato živá oslabená poliovakcína. Úspěch byl triumfální, počet nově nakažených dětí byl nulový. Sabinova vakcína byla zavedena pro celoplošné očkování také v ostatních zemích od roku 1962.“<sup>6</sup>*

### **2.1.2 Lehká mozková dysfunkce**

Jedná se o poruchu centrálního nervového systému lehčího typu. Základem je oslabení schopností a vlastností, které jsou zodpovědné za regulaci, kontrolu, integraci a koordinaci. Jedná se o celkovou úroveň aktivace a sebekontroly. Významný činitel je i pozornost. Poruchy se projevují psychomotorickým neklidem, změnou nálad, impulsivností apod. Dále se projevují také nerovnoměrným vývojem. Lehká mozková dysfunkce bývá často diagnostikována až v předškolním věku nebo v 1. třídě, kdy se více projevují specifické poruchy učení a poruchy chování.

### **2.1.3 Dětská obrna**

Je to infekční onemocnění, které postihovalo nejčastěji předškolní děti. Dětská obrna má dvě fáze – první jsou lehké chřipkové příznaky trvající 5 – 10 dní a poté nastupuje druhá fáze, ve které jsou horečky s příznaky podráždění mozkových blan. U většiny jedinců proběhne pouze v této formě. U některých se ale rozvinou i paretické příznaky různého stupně – často v podobě kvadruplegie s ochrnutím dýchacích svalů. Má formu buď spinální, nebo bulbární (život ohrožující). Intelekt zůstává nepoškozený. Další průběh je u každého individuální – funkce se mohou upravit nebo může zůstat chabá až trvalá kvadruparéza s neschopností chůze.

### **2.1.4 Mozkové záněty, nádory a příhody**

Mozkové záněty jsou nejčastěji vyvolány mikrobiálními činiteli. Zpravidla mívá dvě fáze. U první fáze mikrob vnikne do krve a jedinec má příznaky chřipky

---

<sup>6</sup> PETRÁŠ, Marek. Dětská přenosná obrna. In: [online]. [cit. 2012-02-22]. Dostupné z: [http://archiv.neviditelnypes.lidovky.cz/clanky/2003/01/27600\\_79\\_0\\_0.html](http://archiv.neviditelnypes.lidovky.cz/clanky/2003/01/27600_79_0_0.html)

s horečkou, bolestmi hlavy a nechutenstvím. Potě přechodné zlepšení, po kterém následuje třes, ochrnutí končetin, vysoké teploty a často i epileptické záchvaty. Po odeznění nemoci většinou příznaky mizí.

Mozkové nádory – po operaci nádoru mohou nastat následky v oblasti pohybové a řečové. U řeči může být porucha afázie – ztráta již vyvinuté řeči. Afázie sensorická – jedinec slyší a vidí, ale nerozumí tomu, co říkáme. Afázie motorická – jedinec rozumí, ale nedokáže odpovědět.

Mozkové příhody vznikají krvácením do mozku a mívají podobné příznaky jako u nádorů. Dle zasažení hemisféry dochází k levostranné nebo pravostranné hemiparéze až hemiplegii. Většinou postihuje starší jedince.

### **2.1.5 Traumatické obrny**

Vznikají při úrazech, které vzniknou otevřeným či uzavřeným poraněním hlavy, přičemž může být zasažena i lebka a mozek. Nejlehčí formou je otřes mozku – rozděluje se na lehký, střední a těžký. Poté následuje stlačení mozku a nejtěžší formou je zhmoždění mozku. Důležité je vyhledat lékařskou pomoc. Následky záleží na rychlosti ošetření, jak je mozek poškozen a v které části a jak je starý jedinec.

### **2.1.6 Obrna míchy**

Nastává vlivem různých onemocnění, častou příčinou je úraz páteře s poraněním míchy. Záleží na tom, zda mícha byla poškozena částečně nebo úplně a také na místě, v kterém byla postižena. Čím blíže je poškození ke krční míše, tím je stav jedince závažnější. Při poškození bederní a křížové míchy vzniká paraparéza až paraplegie a porucha citlivosti dolních končetin. Při zasažení horní části krční míchy vzniká spastická kvadruparéza až kvadruplegie, kde se poruší citlivost až ke krku. Po úraze je nutné projít rozsáhlým rehabilitačním programem.

### **2.1.7 Degenerativní onemocnění mozku a míchy**

Projevuje se až v průběhu života. Patří sem mnoho nemocí např.

- Mozečková heredoataxie – je dědičná a vzniká postižením jedné nebo obou hemisfér. Velmi důležitá je systematická rehabilitace, nemoc se projevuje vrávoravou chůzí, atrofií, poruchami očí a nystagmem. Prognóza je nepříznivá.

- Roztroušená skleróza mozkomíšní – vyznačuje se ložiskovými změnami mozku a míchy. Vyskytuje se u mladších dospělých. Příznaky jsou poruchy pohybového aparátu, zraku, řeči a v pokročilejším stadiu demence.
- Degenerativní onemocnění míchy - začíná se projevovat mezi 6 – 10 rokem. Typická je nejistá a vrávoravá chůze a zvláštní deformita nohy. Později se objevuje spasická obrna dolních končetin.

## **2.2 Deformace, malformace a amputace**

### **2.2.1 Deformace**

Deformace zahrnují velkou škálu vrozených či získaných vad, které se vyznačují nesprávným tvarem určité části těla. U vrozených deformací to jsou vývojové deformity lebky, kloubů, svalů a končetin. U vrozených vad pohybového ústrojí je více příčin vzniku vrozené vady, jde o multifaktoriální typ dědičnosti.

#### **2.2.1.1 Vrozené vykloubení kyčlí**

Velice četná skupina. Bývá vyvoláno vrozeným nedostatečným vývojem kyčelních kloubů, může být oboustranné nebo jednostranné. Důležitá je prevence a včasné zjištění vady. Léčba je zahájena ihned a jde o to, aby se vhodnou polohou dolních končetin hlavička stehenní kosti pomalu a nenásilně dostala do jamky kloubů.

#### **2.2.1.2 Perthesova choroba**

U této choroby je postižena hlavička stehenní kosti. Onemocnění postihuje nejvíce děti ve věku 5 až 7 let. U této choroby se zastaví další růstový vývoj jádrové hlavičky a začne se tříštit do několika oddělených ostrůvků. Léčba je dlouhodobá, nesmí se přetěžovat postižená končetina a trvá až dva roky. V této době je dítě umístěno v léčebně, speciální škole nebo střídavě doma a v nemocnici.

#### **2.2.1.3 Nesprávné držení těla**

Vadné držení těla může způsobit získanou deformaci. Některé druhy skolióz a kyfóz tímto způsobem začínají. Příčiny vadného držení těla jsou vnitřní – růstové, dědičné vlivy, výživa, konstituční, nerovnoměrný růst dítěte nebo vnější – nedostatek pohybu, obezita, dlouhé sezení, předčasné posazování kojence apod.



#### **2.2.1.4 Progresivní svalové dystrofie**

Jedná se o poruchu svalu. Specifickým příkladem je Duchennova svalová dystrofie, která má nepříznivou prognózu a postihuje téměř výlučně chlapce. Jedná se o infantilní a maligní úbytek svalové hmoty. Nemoc se dědí nebo vznikne ve vaječné buňce matky. Tato nemoc vede k postupnému rozpadu celého svalstva. Počátečními symptomy jsou časté pády, jiný druh chůze, problém s chůzí po schodech, neschopnost skákání aj. V pozdější době často vede k pseudohypertrofii, deformitám páteře, fixované kontrakci ohybačů a změnám na srdci. Po 6 až 10 letech onemocnění je dítě na invalidním vozíku.

#### **2.2.2 Malformace a amputace**

Malformace je patologické vyvinutí různých částí těla převážně končetin. Patří do skupiny vrozených vývojových vad. V současné době se s úspěchem provádí screening VVV ultrazvukem. Amelie je částečně chybějící končetina a u fokomelie končetina navazuje přímo na trup.

Amputace je umělé odnětí končetiny od trupu. Nejčastější příčinou jsou úrazy, u dospělých i cévní onemocnění – choroba Bürgerova-Winiwarterova. U této nemoci vzniká akutní zánět žil a tepen, při které postupně dochází k trombóze. Další příčinou amputací jsou zhoubné nádory na končetinách, ale i u infekčního původu se sepsí, kterou nelze zvládnout konzervativními prostředky.

### **3. HISTORIE ZDRAVOTNĚ POSTIŽENÝCH**

#### **3.1 Historická podmíněnost přístupu společnosti k různým postižením**

Chceme-li hledat počátek tělesně postižených jedinců, musíme začít už na samém počátku. Za konvenční hranici tohoto nástupu se uznává 40000 let B. P. Věcnou oporou jsou výsledky paleodemografického a paleopatologického zkoumání, které přináší řadu poznatků o tom, že i v raném společenství přežívali postižení jedinci, kteří by bez pomoci jiných zemřeli.

Člověk je v mnoha ohledech podmíněn společností, ve které žije a tím se utváří jeho osobnost. Společnost vytváří určitá pravidla, hodnoty a normy. Kultura tedy určuje, co je pro danou společnost považováno za žádoucí a nežádoucí. Vztah společnosti k postiženým jedincům se měnil a vyvíjel dle společenského myšlení i politikou.

#### **3.2 Stadium represivní**

V prvobytně pospolné společnosti nebyly vytvořeny morální normy ve smyslu zla a dobra. V této společnosti se zbavovali všech jedinců, kteří nezvládli život v tvrdých přírodních podmínkách. Existovaly dva druhy zbavování se jedinců – opuštění a zabití.

V otrokářské společnosti zbavování se starých, nemocných a defektních osob ztrácelo opodstatnění. Neduživé děti byly utracovány dle zákona. Defektní děti otroků nebyli vždy zabíjeni, zneužívalo se jich k nejtěžším pracím a žebrotě.

Rozlišují se dvě formy:

- Likvidace – násilné usmrcování tělesně postižených osob nebo vadně vyvinutých dětí. Například ve Spartě bylo postižené dítě odloženo v pohoří Taigelos.
- Segregace – u některých kočovných národů postižené jedince neusmrcovali, ale zanechali je na starém místě se zásobou jídla a pití. I přesto tyto jedinci zpravidla zahynuli.

### **3.3 Stadium charitativní**

Určitou změnu v postojích společnosti k postiženým jedincům přineslo křesťanství. Rozvíjela se charitativní činnost, uskutečňovala se v kostelech, azylech, klášterech a špitálech, které se staraly o trpící. Pokud se postižené dítě narodilo do bohaté rodiny, mělo dva možné osudy. Někdy se rodina styděla za toto dítě a tak ho zlikvidovaly nebo skrývaly (dávaly na výchovu na odlehlá místa).

V charitativním stádiu byla zásadní změna ve vztahu k postiženým. Poprvé zde byla péče o zdravotně postiženého jedince.

### **3.4 Stadium humanitní péče**

Změna ve vztahu k postiženým jedincům – i přes odpor feudálů, kteří se obávali vzdělanosti poddaných, objevovaly se názory, že i postižení jedinci by měli mít možnost se vzdělávat.

J. A. Komenský žádá vzdělání pro všechny bez ohledu na původ, pohlaví a stav. Zákonná péče o tělesně postižené, byla založena na charitativních přístupech k „mrzákům“ vznikla v roce 1601 v Anglii. První léčebný ústav vznikl ve Švýcarsku v roce 1770.

### **3.5 Stadium rehabilitační a preventivní péče**

Na území Rakouska – Uherska byl podklad pro péči o tělesně postižené v zákoně 78/1902. Školní řád byl pověřen dle Školského zákona (1905) zařazovat tělesně postižené do výuky – navštěvovat školu, být dočasně nebo trvale osvobozen nebo být vyučován doma. Péče o výchovu a vzdělávání zdravotně postižených jedinců se začala rozvíjet počátkem 20. století. V roce 1889 v Praze bylo založeno Vincentium, které zajišťovalo péči o výchovu a vzdělávání tělesně a zdravotně postižených jedinců, ale škola zde nefungovala.

## 3.6 Významné osobnosti

### 3.6.1 Prof. MuDr. Rudolf Jedlička (20. 02. 1869 – 26. 10. 1926)

Byl předsedou „Zemského spolku pro léčbu a výchovu mrzáků“ v Praze. Významně přispěl k vybudování Ústavu pro tělesně postižené děti v Praze (Jedličkův ústav, 1913). Díky jeho myšlenkám byly založeny ústavy tohoto typu v Čechách na Moravě i na Slovensku. Vytvořil teoretickou koncepci komplexní rehabilitace tělesně postižených dětí a v Jedličkově ústavu ji také zajišťoval. V roce 1914 vybudoval v Praze Podolí kliniku pro tělesně postižené a do konce života pracoval jako lékař léčebného oddělení. V roce 1921 byl jmenován profesorem chirurgie a rentgenologie na Karlově Univerzitě v Praze.

### 3.6.2 František Bakule (17. 5. 1877 – 15. 1. 1957)

První ředitel Jedličkova ústavu pro tělesně postižené děti. Patřil k proudu učitelů, kteří usilovali o činnou školu s nárokem na uplatnění dětské aktivity. Hledali nové vyučovací metody, vhodné pomůcky, střídali učení ve třídách a práci v dílnách. Žáky vedl k úzkému vztahu k přírodě, literárnímu a hudebnímu umění, diskutoval s nimi o sociálních a politických otázkách, taktickým způsobem hovořil s dětmi i o sexuální problematice. V roce 1912 se zúčastnil 6. Mezinárodního kongresu elektrologie radiologie v Praze, kde se osobně setkal s prof. MUDr. Rudolfem Jedličkou. Záhy přijal nabídku na vedení Jedličkova ústavu. I v Jedličkově ústavu zavedl princip volné výchovy a volné kázně. Protože odmítl řídit se schválenými osnovami, byl z funkce ředitele odvolán. V roce 1919 za přispění amerického Červeného kříže byl založen „Bakalův ústav pro výchovu životem a prací“. V novém období svého života dokázal obdivuhodným způsobem spojit život dětí s tělesným postižením a dětmi zdravými, kterých se ujal zejména na pražských předměstích. V roce 1933 se vzdal vedení tohoto ústavu, který poté zanikl.

*„Otevřme brány, otevřme dveře, otevřme okna, ať může život k dětem do našich škol a děti ať z nich volně mohou k životu. Ať škola přestane být věznicí těla a ducha a stane se místem volně rašících lidských schopností.“<sup>7</sup>*

---

<sup>7</sup> *Speciální pedagogika: časopis pro teorii a praxi speciální pedagogiky*. Praha: Pedagogická fakulta Univerzity Karlovy, 2007, roč. 17, s. 222 – 224.

### **3.6.3 Augustin Bartoš (29. 2. 1888 – 24. 1. 1969)**

Nahradil Františka Bakuleho na pozici ředitele Jedličkova ústavu. Zřídil zde dílnu truhlářskou, krejčovskou, eiselérskou, knihařskou, linkařskou, vyšivačskou, kobercovou i knihkupectví. Význam byl především v demonstraci toho, že i těžce tělesně postižení jsou schopni pracovního uplatnění. Dále realizoval zavedení výuky do ústavní nemocnice. 6. 9. 1928 byla oficiálně vybudována škola při nemocnici. Podrobně rozpracoval speciální metodiky psaní, dle schopnosti každého žáka s tělesným postižením. Usiloval i nahrazení termínu „mrzák“ za termín „člověk s tělesným defektem či tělesnou vadou“. Přednášel na Mezinárodních konferencích, kde se zaměřoval na specifika výchovy a vzdělávání práce s tělesně postiženými. Z Jedličkova ústavu odešel v roce 1945. Poté se stal inspektorem v Městském školním výboru v Praze. Na pedagogické fakultě Univerzity Karlovy v Praze byl jmenován lektorem v letech 1945 – 1951.

### **3.6.4 Jan Chlup (22. 11. 1889 – 4. 8. 1968)**

Ředitel „Ústavu pro děti zmrzačené“ v Brně od roku 1919. Jeho zásluhou byl ústav rozšířen o nové budovy a pavilony. Neustále si zvyšoval odbornost a totéž chtěl i od svých zaměstnanců. Úzce spolupracoval s Jedličkovým ústavem. Pokusil se zavést evidenci tělesně postižených dětí a mládeže. Na Moravě bylo takto evidováno 3264 tělesně postižených, pro které vybudována poradna. Jan Chlup působil také jako tajemník Zemského spolku pro péči o zmrzačené na Moravě a Slezsku. Dle koncepce prof. MUDr. Rudolfa Jedličky se snažil o realizaci komplexní rehabilitace. Prosazoval, aby všichni zaměstnanci byli dobře informováni o cílech a metodách výchovy a práce v každém jednotlivém případě. Z Brněnského ústavu odešel v roce 1945, poté pracoval na Ministerstvu obrany, práce a sociální péče v Praze, kde předkládal návrhy týkající se tělesně postižených.

## 4. Sociální dimenze tělesně postižených

### 4.1 Socializace

*Vztah zdravé populace k jedincům s postižením má řadu biologických, psychologických, pedagogických a sociálních aspektů, které se často střetávají. Jde především o vztah postiženého a okolí k realitě postižení. Osoby s postižením jsou často hodnoceny negativně, to znamená, co nedovedou. Pokud se mají jedinci s postižením zařazovat do společnosti, je třeba opačný přístup, takže co člověk s postižením umí nebo se naučí.*

*Třídění dle stupně socializace (dle Sováka)*

- *Integrace- postižený je schopen samostatného pohybu, dorozumívání a života v běžné společnosti bez pomoci druhých osob*
- *Adaptace – postižený je schopen pohybu dorozumívání a života v běžném společenském prostředí – při určitých adaptačních úpravách, při použití určitých pomůcek a za pomoci druhých osob, je samostatný pouze za určitých okolností a ohledů k jeho defektu.*
- *Utilita – postižený je schopen určitých činností, ale jen za předpokladu stálé pomoci a společenské péče – většinou v ústavním zařízení*
- *Inferiorita – postižený není schopen samostatné činnosti ani sebeobsluhy a vyžaduje stálou, zpravidla ústavní péči, jedná se o nevytvoření sociálních vztahů.<sup>8</sup>*

### 4.2 Přístup zdravých jedinců k invalidům a potřeby nemocného

Dle Murphyho jsou sociální vztahy mezi handicapovanými a zdravými plné napětí. Dobročinnost je ještě více separuje. Zdravým připadá chování postižených nevypočitatelné a ti se poté dostávají do sociální izolace.

---

<sup>8</sup> MILICHOVSKÝ, Luboš, *Kapitoly ze somatopedie*. Pelhřimov: SPMPP Pelhřimov, 1998, s. 41.

Potřeby nemocného se dělí na tělesné, psychické, sociální a duchovní. Nemoc může narušit uspokojování potřeb. Jedinci s postižením mohou silněji vnímat uspokojování potřeb u své nemoci a u příčiny postižení.

- Obnovení osobnostní rovnováhy – přizpůsobení se situaci, úprava podmínek u prostředí, v němž jedinec žije.
- Akceptace handicapu- je možná, pokud se jedinec objektivně smíří se svým handicapem. Je to velmi problematické.

### 4.3 Praha a odstraňování bariér

Vedení Prahy před nedávnou dobou oznámilo vyhlášení investičních grantů v projektu Praha bezbariérová. Program se týká nejen vnějších úprav, ale i odstraňování bariér uvnitř objektů. Nepůjde o velké investiční projekty, jako je například nedávno zavedený bezbariérový přístup do metra na zastávce Národní třída nebo nákupy nízkopodlažních tramvají a autobusů, do kterých Praha dává ze svého rozpočtu stovky milionů korun. Jedná se především o menší úpravy objektů a odstranění bariér. Praha uvažuje i o zavedení certifikátu bezbariérovosti.

V časopise Můžeš 9/2010 ve článku Praha je splněný sen pan Radek Musílek říká *„Jednoznačně pozitivním faktem je skutečnost, že získat bezbariérový byt není v Praze nespílitelný sen. Ba kacířsky říkám: Není to velký problém. Už vidím některé čtenáře, jak pochybovačně zvedají obočí. Ale když srovnám svou bytovou situaci s mými zdravými vrstevníky, nemám si na co stěžovat. Mnozí třicátníci s rodinou stále žijí v nejistotě nebo platí vysokou hypotéku. Mě díky bezbariérovému bytu obojí minulo už po vysoké škole.“*

Podle Vladimíra Dykasta, ředitele bytového odboru magistrátu disponuje město Praha čtyřmi stovkami takových bytů. Další desítky až stovky mají jednotlivé městské části. Nejznámější jsou lokality Černý Most, Kunratice a Stodůlky.

### 4.4 Integrace

*„Integraci lze definovat jako stav spolužití postižených s nepostiženými při přijatelně nízké míře konfliktnosti vztahů těchto skupin. Je to stav, při kterém „zdravá společnost“ nepocituje přítomnost zdravotně postiženého jako mimořádný*

*jev, se kterým neví co dělat, který od ní nevyžaduje nepřiměřené osobní oběti. Nepostižení jsou ochotni z vlastní vůle pomoci a berou to jako samozřejmost a postižení usilují o maximální míru sebeobsluhy, pomoc ze strany zdravých nevyžadují nebo v ní mají pro zdravé přijatelné požadavky.“<sup>9</sup>*

U začlenění do škol u postižených dětí rozhodují hlavně rodiče. Mohou dítě umístit do běžné školy nebo do speciální školy. Záleží i na místě, kde se škola nachází a zda dítě bude moci zůstat u rodiny či bude muset na internát.

Pro každé tělesné postižené dítě je vytvořen Individuální vzdělávací plán, na kterém se podílí rodiče, speciální pedagog, učitelé a ředitel. Individuální vzdělávací plán se vyhotovuje dvakrát ročně.

Velice důležité je, aby rodiče školu respektovali a měli k ní kladný vztah. Pokud chybí dobrá vazba škola – rodiče je to vždy problém.

#### *Příklad třídění tělesně postižené mládeže<sup>10</sup>*

- *Mírné postižení – dítě je schopno výchovy a teoretického vzdělávání ve škole a třídě běžného typu – při individuální výchovně vzdělávací péči.*
- *Lehké postižení – dítě je schopno výchovy a vzdělávání ve speciální třídě nebo škole, a to za pomoci speciálních didaktických, reedukačních a kompenzačních metod a pomůcek.*
- *Střední postižení – schopnost výchovy a základního vzdělání, výchovy k sebeobsluze, k určitým pohybovým dovednostem a návykům, společenského chování.*
- *Těžké postižení – dítě je schopno výchovy k dorozumívání, k pomoci při základní sebeobsluze a při základní hygieně.*
- *Hluboké postižení – dítě není schopno reagovat na podněty k aktivní činnosti, k základní sebeobsluze a hygieně.*

---

<sup>9</sup> MILICHOVSKÝ, Luboš, *Kapitoly ze somatopedie*. Pelhřimov: SPMPP Pelhřimov, 1998, s. 40.

<sup>10</sup> MILICHOVSKÝ, Luboš, *Kapitoly ze somatopedie*. Pelhřimov: SPMPP Pelhřimov, 1998, s. 40.



## 5. SOUČASNÉ POJETÍ OBORU

### 5.1 Sport u zdravotně postižených

Historie – již v roce 1948 se ve Velké Británii uskutečnily Stoke-mandevillské hry. Zúčastnilo se jich 16 zdravotně postižených sportovců z britských ostrovů. Zakladatel a propagátor sportu osob na vozíku Sir Ludwig Guttmann byl neurolog, který ve Velké Británii vedl rehabilitační ústav. Viděl obrovský potenciál sportu ve vztahu ke komplexní rehabilitaci.

V ČR se 3 měsíce před těmito hrami uskutečnili 1. Kladrubské sportovní hry pro tělesně postižené, které se ale setkaly s negativním ohlasem lékařů z rehabilitačního ústavu a na 20 let byly hry přerušeny.

#### 5.1.1 Významná data sportovních her pro tělesně postižené

- 1960 – první paralympijské hry v Římě - 400 sportovců z 23 zemí. Disciplíny - lukostřelba, basketball, šerm, lehká atletika, plavání, hod míčkem na cíl, hod oštěpem na cíl, hod kuželkou, stolní tenis, biliard.
- 1964 – Tokio, Japonsko – 370 sportovců z 22 zemí. Nové disciplíny – sprint 60m, štafeta 4x60m, slalom na vozíku, hod diskem a vzpírání.
- 1968 – Tel Aviv, Izrael - 750 sportovců z 29 zemí.
- 1972 – Heidelberg, Německo- 1004 sportovců, z toho 273 žen. Nově zařazen sprint na 40m pro osoby s kvadruplegií, vypuštěn byl hod kuželkou.
- 1976 – Toronto, Kanada – 1560 sportovců ze 42 zemí
- 1980 – Arnhem, Nizozemí – 2550 sportovců (účastnický rekord)
- 1984 – New York, USA a Stoke Mandeville – v New Yorku soutěžící s DMO, amputací a Les Autres a v Stoke Mandeville vozíčkáři.
- 1988 – Soul, Jižní Korea – rozhodnutí o zrušení disciplín, ve kterých byli přihlášení méně než tři sportovci.

- 1992 – Barcelona, Španělsko – bylo rozdáno 431 zlatých medailí a překonáno 279 světových rekordů.
- 1996 – Atlanta, USA – 3195 sportovců ze 103 zemí. Soutěže se konaly ve 20 sportech a 508 disciplínách.
- 2000 – Sydney, Austrálie – 18 sportů, 550 zlatých medailí, překonáno 300 světových nebo paralympijských rekordů.

### **5.1.2 Integrace ve sportu u osob s tělesným postižením**

*„Sport u osob se zdravotním postižením zaznamenal v posledním desetiletí obrovský rozmach. Kyrálová (Sport report,3,1994,č.10) prohlašuje „prostřednictvím sportu se daří nenásilně začleňovat jedince se zdravotním postižením mezi jedince tzv.nepostižené a zdůrazňuje, že sport a tělesná aktivita umožňují snazší komunikaci mezi lidmi a sociálními skupinami a také integraci jednotlivců do těchto skupin.“<sup>11</sup>*

## **5.2 Organizace zdravotně postižených**

- Pražská organizace vozíčkářů – sdružení občanů pohybujících se pomocí vozíku, jejich rodinných příslušníků a přátel, kteří s nejlepší znalostí vlastních potřeb poskytují pomoc lidem s podobnými problémy.
- Sportovní klub vozíčkářů – Pražský klub, který je úzce svázán s Centrem Paraple. Klub má čtyři oddíly – stolní fotbal, florbal, lyžování a orientační závod a turistiku.
- Ostravská organizace vozíčkářů – poskytuje poradenskou službu, vydává časopis Vozka a další činnosti.
- Asociace Polio České republiky – informují o problematice dětské obrny, představují činnost asociace, odkazují na důležité zdroje.
- Liga za práva vozíčkářů – sídlí v Brně, usiluje o naplnění lidských práv zdravotně postižených a aktivizuje občany s postižením k pracovní, rehabilitační i zájmové činnosti, prosazování a obhajování svých práv. Vydává časopis Vozíčkář.

---

<sup>11</sup> KUDLÁČEK, Martin. *Aplikované pohybové aktivity pro osoby s tělesným postižením*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2007, s. 13.

- Svaz paraplegiků – hájí zájmy lidí ochrnutých po poranění míchy a pomáhají, aby se co nejdříve po úrazu vrátili k aktivnímu způsobu života bez ohledu na postižení. Je krizovým centrem.
- Svaz tělesně postižených v České republice – poskytují svým členům – půjčovnu kompenzačních pomůcek, dopravu osob mikrobusem, rehabilitační a rekondiční pobyty, dětské ozdravné tábory, pomoc při uzačleňování do zaměstnání, pečovatelská služba pro těžce zdravotně postižené, bezúročné půjčky, bezbariérové středisko Březejc, Euro klíče.
- Spolek Trend vozíčkářů Olomouc – patří k největším poskytovatelům osobní asistence v rámci celé České republiky. Napomáhá všestranné integraci těžce tělesně postižených. Poskytuje osobní asistenci, sociálně právní poradenství, sociální rehabilitaci, půjčovnu kompenzačních pomůcek, volnočasové programy a pomoc při hledání zaměstnání.
- Český svaz tělesně postižených sportovců – informace o atletice, basketbalu, cyklistice, floorballu, jachtingu, jezdectví, kuželek, lukostřelby, lyžování, orientačních běhů vozíčkářů, plavání, volejbalu a mnoha dalších sportech.
- Sdružení zdravotně postižených a jejich přátel – sídlí v Ostravě, nabízí rozšířené speciálně – pedagogické poradenství pro své členy i ostatní zájemce. Dále poskytují poradenství v oblasti rehabilitace sociální i léčebné, zdravotní, pedagogické, pracovní a také v odstraňování bariér.
- Klub vozíčkářů Petýrkova – sdružení občanů odkázaných na používání vozíku a také na pomoc jiných lidí. Pořádá rehabilitačně výchovné kurzy, zajišťuje civilní pečovatelskou službu, sociální a právní poradenství a pořádá i zájezdy, návštěvy kulturních a sportovních akcí, organizuje bezbariérovou dopravu a osobní asistenci.
- Centrum služeb a pomoci AVAZ – sdružuje děti a dospělé se zdravotním či smyslovým postižením z celé republiky. Centrum je v Děčíně, kde půjčuje pomůcky, poskytuje sociálně zdravotní péči, poradenskou a asistenční službu, rehabilitační cvičení.

- Klub aktivních vozíčkářů – vyznačuje se aktivní činností svých členů z celé republiky. Je členem Českého svazu tělesně postižených sportovců a také mapuje Jizerské hory.
- Klub Bechtěreviků – občanské sdružení osob, kteří mají zájem o zlepšení životních podmínek nemocných s Bechtěrevovou chorobou.
- Parent project – Sdružení, které chce spojit rodiče a rodinné příslušníky dětí, které se narodily se svalovou dystrofií Duchenne Becker a společně bojovat proti této nevyléčitelné nemoci.
- Asociace muskulárních dystrofií Česká republika – na stránkách jsou důležité zdroje, které obsahují cenné informace pro nemocné a historie.
- Paleček – sdružuje a zastřešuje děti a dospělé s achondroplazií i s rodinnými příslušníky. Web obsahuje sekci rodičů, lékařské informace a odkazy na užitečné informace.
- Život bez bariér - novopacké občanské sdružení pro vzdělávání, sport a odstraňování bariér postižených informuje na svých stránkách o činnosti organizace a jejich projektech.

### 5.3 Osobní asistence

Posláním sociálních služeb je zapojení uživatelů do společnosti. Dříve znamenalo postižení kvůli poskytované službě život na okraji společnosti. Ze zákona, ten kdo potřeboval komplexní sociální službu, měl jedinou možnost – život v ústavu. O rozvíjení vztahů s přirozeným sociálním prostředím nemohlo být ani řeči. Pokud nechtěla osoba s postižením zůstat v ústavu, musela se o něj postarat rodina.

Osobní asistence je pokroková služba, která může naplnit poslání sociálních služeb. Je to prostředek, jímž kompenzuje tělesně postiženého tak, že jeho nositel má stejné příležitosti jako člověk bez postižení.

Službu poskytují registrovaní poskytovatelé dle § 39, zákona 108/2006 Sb. – o sociálních službách. Dále ji poskytují „jiné“ fyzické osoby jak vyplývá z § 24, 29 a 83.

Účelem osobní asistence je umožnit žít ve společnosti i člověku, který potřebuje pro svůj život komplexní péči.

#### **5.4 Stupně rozdělení tělesného postižení**

1. STUPEŇ – určen pro občany s těžkým postižením. Tento stupeň zaručuje nárok na vyhrazené místo k sezení ve veřejných dopravních podnicích a nárok na přednost při osobním projednávání věcí. Pracovní schopnost klesla nejméně o 35%, ale nejvíce o 49%.

2. STUPEŇ - pro zvláště těžce postižené občany. Držitelé těchto průkazů mají výhody 1. stupně, k tomu nárok na bezplatnou dopravu městskou hromadnou dopravou, na slevu z jízdného ve vlaku a autobusu. Pracovní schopnost klesla nejméně o 50%, ale nejvíce o 69%.

3. STUPEŇ – obdrží ho zvláště těžce postižení občané s potřebou průvodce. Mimořádné výhody tohoto stupně zahrnují výhody 1 a 2 stupně – tedy nárok na bezplatnou dopravu městskou hromadnou dopravu, slevu ve vlacích a autobusech. Dále je to nárok na bezplatnou přepravu průvodce veřejnými hromadnými prostředky v místní i dálkové vnitrostátní dopravě. Pracovní schopnost klesla nejméně o 70%.

## 6. VÝVOJOVÉ TENDENCE

### 6.1 Užívání termínu tělesné postižení

V časopise Můžeš 3/2011 v článku „Proč nejsme invalidé ani handicapovaní“ Tomáš Cíkr prohlašuje: *„Začneme slovy či označeními, která nemají ve slovníku slušných lidí roku 2011 co pohledávat. Mrzák a tvrdší ekvivalent německého původu kripl jsou dnes nadávkami. V roce 1908 však slovo mrzák nebylo ničím špatným, vždyť tehdy vznikl ctihodný Spolek pro léčbu a výchovu rachitiků a mrzáků, který pak přes 40 let provozoval Jedličkův ústav. To ten rošťák čas s nimi zametl. S dobou se mění význam a hlavně zabarvení slov. Horší je zbavit se označení, která se tváří nevinně a přitom skrývají významy, které popisovanou osobu ponižují. Nejfrekventovanější mezi nimi je invalida, invalidní. Pochází snad z latiny, obsahuje zápor in, který vyjadřoval opak ke slovu validius, což značilo zdravý, silný, zdatný. Ten, kdo nebyl zdravý a silný, byl tedy invalidní. Slovo validní se ale dnes už netýká zdraví, znamená platný, uznaný. Invalidní by tedy v češtině mělo znamenat poškozený, neplatný. Člověk s postižením je chápán jako příjemce dávek, který má být rád, že něco dostal, když už je jeho validita nulová. Neobstojí výmluva, že invalidita je v oněch předpisech definována jinak, totiž jako ztráta nebo snížení pracovní schopnosti. To, že je nějaký pojem účelově definován do právních předpisů, ještě neznamena, že je tím ze světa vymazán jeho pravý význam.*

*Po revoluci proniklo do naší mluvy slůvko hendikep, čili počestěná obdoba anglického slova handicap. Kouzlo handicapu tkví v jeho nesrozumitelnosti. Svěží slovíčko handicap nezní tak staře nevhodně jako invalida a invalidní. Jenže co vlastně znamená? Vzniklo spojením tří slov: hand – in – cap. Mnoho lidí má za to, že to vyjadřuje situaci, kdy někdo v ruce (in hand) drží čepici (cap), někteří si dokonce myslí, že to není čepice, ale pohárek či hrneček (ale to by se psalo cup) a že tedy takový člověk se s nataženou rukou domáhá almužny. Proto je prý třeba slovo handicap odmítnout jako urážlivé.*

*Ve Spojených státech se před více než dvaceti lety začal při veřejných slyšeních k projednávaným zákonům objevovat požadavek, aby se místo pojmu „handicapovaní jedinci“ začalo používat spojení „lidé s postižením“. V roce 1990*

*vznikl zákon o Američanech se zdravotním postižením a od té doby se ujal politicky korektní jazyk označovaný jako people-first language. Klade na první místo označení člověk a jakékoliv další charakteristiky jsou až na místě druhém. Nejsme tedy postižení lidé, ale lidé s postižením. Ono „s“ je tam důležité, ale dobře může posloužit i jiná předložka nebo nějaká jazyková klička, která člověka ponechá na onom prvním místě: tedy nikoliv vozíčkář, ale člověk na vozíčku nebo člověk, který používá vozík. Stejně tak dítě není autista, ale chlapec nebo dívka s artismem. V prostředí odborníků a komunit osob se zdravotním postižením se jazyk s člověkem na prvním místě používá bez problému i v Česku. V médiích a v politice se však u nás, žel, nadále sveřepě drží pojmy invalida a handicapovaný.“*

## **6.2 Vztah společnosti k lidem se zdravotním postižením**

Vyvíjel se v závislosti na struktuře společnosti v určité oblasti, záleží na vyspělosti společnosti, morálce, normách a hodnotách společnosti.

V této době je velice důležitá integrace dětí se zdravotním postižením. Individuální integrace je začlenění dítěte do běžné třídy ve škole a skupinová integrace je třída pro žáky se speciálními vzdělávacími potřebami zřizované ve školách.

Dále jsou v České republice sociální ústavy pro jedince se zdravotním postižením Jedličkův ústav a školy – komplexní služby včetně ubytování nebo program s denní docházkou, dále program ambulantních služeb pro děti a mládež v běžných školách aj.

Kociánka v Brně je zařízení pro denní, týdenní nebo celoroční pobyt pro děti a mládež s neurologickým nebo ortopedickým onemocněním od 3 do 26 let. Poskytuje zdravotní a poradenskou péči, rehabilitace, léčebnou preventivní péči, sociálně-právní činnost, odbornou přípravu na povolání, psychologickou a logopedickou péči, dopravu pro lidi s postižením aj.

## 7. LEGISLATIVA

- LISTINA ZÁKLADNÍCH PRÁV A SVOBOD 2/1993 Sb. – vyplývá z ní, že osoby se zdravotním postižením mají právo na zvýšenou ochranu zdraví při práci a na zvláštní pracovní podmínky a rovněž mají právo na zvláštní ochranu v pracovních vztazích a na pomoc při přípravě povolání
- ÚMLUVA OSN z roku 2006 o právech osob se zdravotním postižením
- ZÁKON 435/2004 Sb. – zákon o zaměstnanosti – povinnost zaměstnávat osoby se zdravotním postižením a vytváření podmínek pro jejich zaměstnávání
- ZÁKON 108/2006 Sb. – o sociálních službách – upravuje poskytování sociálních služeb na základě svobodné volby adresáta
- ZÁKON 100/1988 Sb. – o sociálním zabezpečení - § 86 – mimořádné výhody pro 3 skupiny osob se zdravotním postižením a odpovídající průkazy
- ZÁKON 262/ 2006 Sb. – zákoník práce
- ZÁKON 117/1995 Sb. – o státní sociální podpoře – upravuje systém dávek a podmínek pro jejich přiznání
- ZÁKON 198/2009 Sb. – o rovném zacházení a o právních prostředcích ochrany před diskriminací
- ZÁKON 111/2006 Sb. – o pomoci v hmotné nouzi
- ZÁKON 155/1995 Sb. – o důchodovém pojištění – upravuje důchodové pojištění, soustavu důchodů a podmínky nutné pro přiznání nároku na důchod.
- ZÁKON 561/2004 Sb. – školský zákon – žáci s tělesným postižením mají právo na vzdělání, jehož obsah, formy a metody odpovídají jejich potřebám a mentálním a tělesným možnostem



- VYHLÁŠKA 182/1991 Sb. – provádí se jí zákon o sociálním zabezpečení, upravuje posuzování zdravotního stavu a pracovní neschopnosti, poskytování příspěvků a mimořádné péče
- VYHLÁŠKA č. 73/2005 Sb. – p vzdělávání dětí, žáků a studentů se speciálními vzdělávacími potřebami a dětí, žáků a studentů mimořádně nadaných
- VYHLÁŠKA č. 72/2005 Sb. – o poskytování poradenských služeb ve školách a školských zařízeních
- VYHLÁŠKA č. 359/2009 Sb. – o posuzování invalidity
- VYHLÁŠKA č. 369/2001 Sb. – o obecných technických požadavcích, které zabezpečují užívání staveb osobami s omezenou schopností pohybu a orientace
- VYHLÁŠKA 451/2009 Sb. – provádí se jí zákon o sociálním zabezpečení
- CHARTA PRÁV TĚLESNĚ POSTIŽENÝCH OSOB – vychází prohlášení lidských a občanských práv, Evropské konvence o lidských právech, Všeobecného prohlášení o lidských právech a Všeobecného zákona o lidských právech

## **8. PRAKTICKÁ ČÁST**

### **8.1 Cíl výzkumu**

V tomto výzkumu bylo cílem zjistit rozdíly mezi lékařskou péčí, bezbariérovostí, celkovou péčí, ale i mezi viditelným rozdílem u postižení v době před patnácti lety a v současné době.

### **8.2 Metody výzkumu**

Jako výzkumný nástroj byl použit nestrukturovaný rozhovor. Zkoumaným bylo položeno 13 otázek, na které mohli volně odpovídat.

Rozhovor probíhal na schůzce v domácím prostředí. U první dotazované jsem se ptala jedince přímo, u druhého zkoumaného jsem mluvila jak s jedincem s postižením, ale hlavně s jeho manželkou, protože dotyčný spíše jenom doplňoval některé údaje. Měl problém s řečí a jeho manželka má i soudní rozhodnutí o vyřizování veškerých věcí, týkající se této osoby.

### **8.3 Výzkumný vzorek**

Výzkumu se zúčastnili dva jedinci s tělesným postižením. U první zkoumané byl vznik postižení již v roce 1991, a to po operaci levé ruky. U druhé osoby vzniklo postižení v roce 2006. Tyto dva jedince se zdravotním postižením jsem vybrala záměrným výběrem, z důvodu, aby byl mezi vznikem postižení rozdíl alespoň 15 let.

### **8.4 Zpracování dat**

V každé odpovědi se pokusím porovnat v čem je péče a jednání stále stejné jako před patnácti lety, a v čem se tyto faktory změnily.

## **8.5 Rozhovor a jeho interpretace**

### **1. Jaký je stupeň Vašeho postižení? Jak k postižení došlo?**

#### 1. zkoumaný:

Mám první stupeň postižení. K postižení došlo v roce 1991 po operaci levé ruky. Po operaci mi zůstala ruka nehybná. Zpočátku jsem byla v plném invalidním důchodě, zhruba až do roku 2000.

#### 2. zkoumaný:

Manžel má třetí stupeň postižení. K postižení došlo v roce 2006. Po mozkové příhodě, která nastala po operaci kyčelního kloubu, se manžel probudil s ochrnutou pravou stranou těla, nemohl mluvit, a do druhého dne úplně přestal hýbat pravou rukou a nohou a přestal mluvit, pouze vydával zvuky.

#### **Shrnutí:**

U obou postižených nastalo postižení po operaci, V jednom případě nastalo důsledkem mozkové mrtvice, operace nebyla příčinou postižení. V druhém případě byla spouštěčem postižení operace.

### **2. Jaký je druh Vašeho postižení a máte nějaké další nemoci?**

#### 1. zkoumaný:

Moje postižení se skládá z nepohyblivosti levé ruky v zápěstí, poté nemoc zasáhla i lokty. V současné době se artróza přesunula již do celého těla. Na tuto nemoc mám pouze ibuprofen proti bolesti. Z dalších nemocí, které mám, to je například špatná činnost štítné žlázy, která je léčena poslední čtyři roky, ale pravděpodobně zjištěna už dříve, ale nikdo mi to neoznámil. Pouze u přezkušovací komise se mě ptali, zda mám nemocnou i štítnou žlázu, že to vidí v lékařských zprávách. Na to jsem odpověděla, že to netuším, a poté jsem několik let o špatné činnosti štítné žlázy nevěděla. V současné době chodím na pravidelné kontroly k lékaři. Dále se léčím s cukrovkou, v současné době mi byl určen druhý stupeň. Na cukrovku beru tablety a pravidelně chodím na kontroly k lékaři. Dále beru léky i na vysoký tlak, kdysi mi lékaři oznámili i srdeční arytmií, ale s tím nebylo nic děláno. Beru tablety i na žaludek. Problémy mám i s ledvinami – na chirurgii mi před deseti lety oznámili, že mám ledvinové kameny ve velikosti pětikoruny. Poslali mě na specializované

pracoviště v Ústí nad Orlicí, kde mi lékař sdělil, že mám pít vodu s citronem a při bolestech si vzít algifen. Poslední nemocí je lupenka, kterou mám zhruba již od sedmnácti let, nejčastěji se vyskytuje na loktech a kolenech. Po narození každého z mých dětí se lupenka o něco zlepšila.

## 2. zkoumaný:

Postižení manžela se skládá z celkové nehybnosti pravé ruky, neschopnosti dlouhé chůze, u krátkých tras je potřeba mít francouzské hole. Porušeno je i řečové centrum, řeč je nesrozumitelná. Dále se léčí na dnu, na kterou bere Milurit. V případě, když ho dna postihne, není schopen chodit a musí držet dietu, protože některá jídla a nápoje dnu zhoršují. Také mu byl léčen vysoký tlak. Několik let před operací a dva roky po operaci. V současné době se mu tlak srovnal, proto žádné léky nebere. Přesto musí chodit na pravidelné kontroly.

## **Shrnutí:**

V tomto případě má první zkoumaná více nemocí, které přímo nesouvisí s postižením. U druhého jedince se zdravotním postižením je těchto nemocí méně. Oba postižení mají nehybnou jednu ruku. U první zkoumané, ale postižení nejde vidět na první pohled, zatím u druhé dotazované osoby je postižení viditelné.

## **3. Ve kterém roce vzniklo postižení?**

### 1. zkoumaný:

Postižení vzniklo v roce 1991 v 36 letech.

### 2. zkoumaný:

Postižení vzniklo v roce 2006 v 56 letech.

## **Shrnutí:**

U první osoby vzniklo postižení již ve středním věku, zatímco u druhého postižení vzniklo až jako u staršího muže.

## **4. Je nebo bylo v rodině více jedinců s tělesným postižením? O jaké postižení se jedná?**

### 1. zkoumaný:

Má maminka byla v invalidním důchodě zhruba od 40 let. Měla těžkou cukrovku, při které si musela píchat inzulin, nemocné srdce a klouby. Dále byla tělesně

postižená i má tchýně a to již od mládí, kdy prodělala těžkou tuberkulózu, po které ji museli vyoperovat jednu třetinu plic. Poslední byl můj tatínek, který v roce 1984 zemřel na rakovinu plic.

2. zkoumaný:

V rodině nikdo žádné postižení nemá a nikdy neměl.

#### **Shrnutí:**

V tomto případě u první zkoumané bylo více jedinců se zdravotním postižením. U její matky byla také artróza, takže výskyt této nemoci v rodině již byl. Druhá osoba je prvním z rodiny, kdo má zdravotní postižení.

### **5. Jaký byl přístup lékařů a informace o zdravotním stavu v době vzniku tělesného postižení?**

1. zkoumaný:

Po operaci předloktí na levé ruce mi lékař oznámil, že v kloubu nebyla křupka, takže zůstala kost na kosti. Chtěli mi ruku zpevnit železem, ale toto jsem odmítla z důvodu, že v tom případě bych rukou nepohnula ani minimálně. Operace proběhla v nemocnici v Litomyšli. Jinak mi lékaři nic nesdělili, na otázky ohledně možnosti léčby jsem se nic nedozvěděla.

2. zkoumaný:

O stavu manžela mě informovali hned druhý den po operaci pan primář a lékař, který vedl operaci. Mluvili se mnou o tom, že mrtvice nebyla následkem operace, ale po ní se nejspíše něco utrhlo od srdce. Vysvětlili mi vše o nemoci a o tom, jaké jsou předpoklady vývoje nemoci, i o tom, co podniknou pro to, aby se stav zlepšil. Ihned začali zajišťovat i pobyt v rehabilitačním centru v Kladrubech.

#### **Shrnutí:**

Zatímco v prvním případě dali lékaři pouze kusé informace, v druhém případě lékaři vysvětlili vše, co bylo potřeba.

## **6. Jaká byla léčba a rehabilitace?**

### 1. zkoumaný:

Pravidelně jsem jezdila na kontroly na ortopedii, kde kontrolovali můj zdravotní stav a průběh postižení. Na rehabilitaci jsem jezdila na měsíc do Brandýsa nad Orlicí, kde byly rehabilitace, plavání, masáže a cvičení.

### 2. zkoumaný:

První tři měsíce po vzniku postižení byl manžel v nemocnici v Mělníku, poté byl umístěn do rehabilitačního centra v Kladrubech. Po třech měsících byl převezen do domácí péče, kde o něj muselo být všestranně pečováno, z důvodu, že nemohl sám mluvit, chodit ani jíst. Dodnes k němu docházejí sestřičky z Červeného kříže. První rok chodily každý pracovní den, poté dva roky zhruba tři dny v týdnu a v současné době chodí dvakrát týdně. Tyto sestřičky zajišťují rehabilitaci – cvičí s ním, ruce a nohy mu promasírují a podle počasí jdou na krátkou procházku. Velkou výhodou je, že obec zajistila i rozvoz obědů, protože manželka chodí do zaměstnání. Léčba se skládá z pravidelných kontrol u lékaře.

### **Shrnutí:**

V prvním případě byla několikrát rehabilitace v rehabilitačních centrech, jinak pouze pravidelné kontroly. U druhého zkoumaného byla léčba v rehabilitačním centru pouze jednou, ale stále probíhá rehabilitace, kde dochází rehabilitační sestry přímo k postiženému.

## **7. Používáte nějaké zdravotní pomůcky?**

### 1. zkoumaný:

Používám pouze ortézu na levé předloktí.

### 2. zkoumaný:

V době po úraze a nyní v případech zhoršení stavu používá invalidní vozík. Dále používá polohovací postel, nástavec na toaletu a sedátko na vanu. V současnosti využívám i francouzskou hůl.

### **Shrnutí:**

Zatímco v prvním případě se používá pouze ortéza, u druhého zkoumaného je více zdravotních pomůcek, které používá v každodenním životě.

## **8. Jsou ve Vašem okolí bezbariérové vstupy? Potřebujete je pro usnadnění života?**

### 1. zkoumaný:

V našem okolí jsou bezbariérové vstupy pouze na Městském úřadě v Králíkách, což je přilehlé město. Přímo u nás ve vsi se žádné bezbariérové vstupy nenacházejí. U mého postižení nejsou potřeba.

### 2. zkoumaný:

Přímo v obci je pouze bezbariérový vstup na obecní úřad a do restaurace. V Mělníku je mnoho bezbariérových vstupů, ale z důvodů mého postižení jen málokdy jedu do města. Problém máme pouze u bydliště, protože do bytu vedou schody, proto zpočátku, když se potřebovalo jet na kontrolu k lékaři, bylo zapotřebí sehnat alespoň dva muže, kteří snesli invalidní vozík s manželem k autu. U mého postižení je pro mě důležité, aby byli v mém okolí bezbariérové vstupy.

### **Shrnutí:**

U první dotazované je málo bezbariérových vstupů, ale v tomto případě nejsou nutné. Druhému dotazovanému pomáhají bezbariérové vstupy k životu.

## **9. Jaká je možnost Vašeho uplatnění na pracovním trhu?**

### 1. zkoumaný:

Na pracovním trhu jsem se neuplatnila z důvodu, že jsem práci několikrát sháněla a nezískala jsem jí. Poněvadž jsem měla pouze základní vzdělání, bylo to ještě těžší. Před 3-4 roky jsem si udělala rekvalifikační kurz na počítače.

### 2. zkoumaný:

Z důvodu, že nemá vůbec pohyblivou pravou ruku, velice špatně chodí a problém je i s řečí, není žádná možnost uplatnění.

### **Shrnutí:**

U obou dotázaných je velice složité najít pracovní uplatnění. U první dotazované byl problém v nalezení práce, u druhého dotazovaného pracovní uplatnění vůbec není možné.

## **10. Jak se k Vám chová okolí?**

### 1. zkoumaný:

Blízká rodina se chovala stále stejně, protože viděla mou nemoc a jaké jsem měla bolesti, ale okolí se na mě často dívalo „přes prsty“, protože měli pocit, že se bezdůvodně válím doma. Bylo to z toho důvodu, že mé postižení není na první pohled viditelné.

### 2. zkoumaný:

Vztah okolí se nezměnil, pouze na něj všichni začali brát ohled a jednali s ním opatrně.

### **Shrnutí:**

V této otázce jde vidět rozdíl mezi tím, jak se lidé chovají k jedinci, který má viditelné postižení a jak k lidem bez viditelného postižení. Rozdíl v tomto chování je patrný na první pohled.

## **11. Jak časté je přezkušování zdravotního stavu?**

### 1. zkoumaný:

Přezkušování zdravotního stavu probíhalo zhruba jednou za 3 roky. U komise kontrolovali zdravotní stav ke konkrétnímu datu a rozhodovali o dalším postupu. Zpočátku jsem byla v plném invalidním důchodu, nyní jsem v prvním stupni.

### 2. zkoumaný:

Poprvé byl po roce nemoci, nyní jezdí každé dva roky na přezkoušení. Již poprvé přiznali invaliditu 3. stupně.

### **Shrnutí:**

Přezkušování zdravotního stavu se týká obou dotazovaných a v tomto případě zde nejsou velké rozdíly.

## **12. Posouzení péče v době vzniku tělesného postižení a nyní?**

### 1. zkoumaný:

V době postižení jsem se o nemoci dozvěděla velice málo, pouze mi předepsali léky, ale moc mi toho nevysvětlili. Nyní se o nemocích dozvídám mnohem více informací, vysvětlí mi problém a snaží se navrhnout řešení, které by mi vyhovovalo.



2. zkoumaný:

V podstatě se lékařská péče nezměnila. Od začátku byla velice dobrá a informace byly vynikající.

**Shrnutí:**

V této otázce je rozdíl ve vnímání péče vidět. U první dotazované vzniklo postižení před 15 lety, proto je zde patrný rozdíl. Druhý postižený měl dobrou zkušenost od začátku.

**13. Jaký je celkový stav nyní?**

1. zkoumaný:

Můj zdravotní stav se za dobu postižení nezměnil. Zhoršila se mi artróza a nyní se léčím i s cukrovkou a špatnou funkcí štítné žlázy.

2. zkoumaný:

Mírně se zlepšila chůze, ujde sám krátkou trasu o jedné francouzské holi, protože pravá ruka je nehybná, nemůže používat obě. Řeč se mírně zlepšila, ale musí si dávat pozor na to, co říká, aby mu bylo rozumět. V řeči zaměňuje písmena. K zlepšení řeči pomohla i malá vnučka, která často k prarodičům jezdí.

**Shrnutí:**

V tomto případě větší zlepšení nastalo u druhého zkoumaného. I přes to je jeho stav stále špatný.

## 8.6 Závěr praktické části

V tomto výzkumu jsem se zaměřila na rozdíly v lékařské péči, vztahu okolí a jiných aspektů v současné době, ale i v době vzniku postižení, které se u dotazovaných liší o patnáct let.

Tento výzkum byl velmi malý, proto nelze vyvodit jednoznačný závěr. Ale u těchto dvou osob, které jsou zdravotně postižené, jsou vidět velké rozdíly. Hodně velký je rozdíl v lékařské péči, kde si druhý dotazovaný chválí informace a jednání, zatímco u první dotazované je vidět rozdíl v chování lékařů před 15 lety a nyní.

Dále jsou velké odlišnosti i v chování okolí. V případě, že postižení není na první pohled znát, jsou lidé více odměření a někdy i zlí. U viditelného postižení jde vidět, že lidé to přijímají, ale přesto se chovají k jedinci se zdravotním postižením opatrněji a dost často nejsou ve vzniklé situaci ve své kůži.

Zhodnotím-li výzkum, jsou vidět velké rozdíly v práci s lidmi s postižením před patnácti lety a nyní.

## ZÁVĚR

Jedinci se zdravotním postižením jsou součástí naší společnosti. V současné době se o jedince se zdravotním postižením zajímá veřejnost více než v dřívějších dobách. Jedinci s tělesným postižením se snaží začlenit do společnosti, zakládají různé zájmové kluby a podobně.

Jedinci s tělesným postižením potřebují pomoc v souvislosti se svou chorobou. To se neskládá pouze ze základních potřeb, ale potřebují i oporu, pocit bezpečí a v neposlední řadě i vztahy, ať už se jedná o přátelský vztah nebo lásku.

Zdravotní postižení je obtížná životní situace, která zasahuje do všech oblastí života. Ale není pravdou, že jedinci se zdravotním postižením potřebují lítost a soucit. Mnohdy je toto jednání přivádí do rozpaků.

Je důležité, aby se zdraví jedinci chovali k jedincům se zdravotním postižením stejně, jako by se chovali k někomu, kdo je jim blízký nebo tak, jak by chtěli, aby se okolí chovalo v této situaci k nim.

Myslím si, že k tomu, aby se postoj veřejné i odborné společnosti k jedincům se zdravotním postižením změnil, vede ještě dlouhá cesta, která může být usnadněna i lepší osvětou v této problematice.

## SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

### Monografie:

KUDLÁČEK, Martin. *Aplikované pohybové aktivity pro osoby s tělesným postižením*. 1. vyd. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2007. ISBN 978-802-4416-557.

MILICHOVSKÝ, Luboš. *Kapitoly ze somatopedie*. 1. vyd. Pelhřimov: SPMPP Pelhřimov, 1998.

PIPEKOVÁ, Jarmila. *Kapitoly ze speciální pedagogiky*. 2. rozš. a přeprac. vyd. Brno: Paido, 2006, 404 s. ISBN 80-731-5120-0.

RENOTIÉROVÁ, Marie. *Somatopedické minimum*. 1. vyd. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2003, 87 s. ISBN 80-244-0532-6.

TITZL, Boris. *Postižený člověk ve společnosti*. Praha: Pedagogická fakulta Univerzity Karlovy v Praze, 2000, 248 s. ISBN 80-860-3990-0.

TROJAN, Stanislav. *Fyziologie a léčebná rehabilitace motoriky člověka*. 3., přeprac. a dopl. vyd. Praha: Grada, 2005. ISBN 80-247-1296-2.

VALENTA, Milan. *Herní specialista v somatopedii*. 2. přeprac. vyd. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2003, 218 s. ISBN 80-244-0763-9.

### Časopis

MŮŽEŠ: časopis o překonávání bariér. Praha: Sdružení přátel Konta BARIÉRY s Nadací Charty 77, 2010, č. 9, s. 20 – 21.

*MŮŽEŠ: časopis o překonávání bariér.* Praha: Sdružení přátel Konta BARIÉRY s Nadací Charty 77, 2011, č. 3.

*Speciální pedagogika: časopis pro teorii a praxi speciální pedagogiky.* Praha: Pedagogická fakulta Univerzity Karlovy, 2007, roč. 17, 1-2. ISSN 1211-2720.

### **Internetové stránky**

Tělesně handicapovaní lidé a jejich sociální integrace v ČR. [online]. 17. 01. 2012 [cit. 2012-02-14]. Dostupné z: [http://krajane.czu.cz/geografie-nab/doku.php?id=telesne\\_handicapovani\\_lide\\_a\\_jejich\\_socialni\\_integrace\\_v\\_cr](http://krajane.czu.cz/geografie-nab/doku.php?id=telesne_handicapovani_lide_a_jejich_socialni_integrace_v_cr)

PETRÁŠ, Marek. Dětská přenosná obrna. In: [online]. [cit. 2012-02-22]. Dostupné z: [http://archiv.neviditelnypes.lidovky.cz/clanky/2003/01/7600\\_79\\_0\\_0.html](http://archiv.neviditelnypes.lidovky.cz/clanky/2003/01/7600_79_0_0.html)

Česká asociace paraplegiků [online]. 2010 [cit. 2011-11-03]. Dostupné z: <http://www.czepa.cz/>

Liga vozíčkářů [online]. 2001-2009 [cit. 2011-11-03]. Dostupné z: <http://www.ligavozic.cz/>

Práce pro ZP [online]. [cit. 2011-11-07]. Dostupné z: <http://www.praceprozp.cz/poradenstvi/moznosti-a-kontakty-pro-realizaci.html>

Somatopedická společnost [online]. [cit. 2011-11-03]. Dostupné z: <http://www.somspol.wz.cz/ospolecnosti.html>

Svaz tělesně postižených v České republice, o. s. [online]. 2005 [cit. 2011-11-03]. Dostupné z: <http://www.svaztp.cz/start/>

## **SEZNAM PŘÍLOH**

Příloha A - Seznam otázek pro rozhovor .....	I
--	---

# PŘÍLOHY

## Příloha A - Seznam otázek pro rozhovor

1. Jaký je stupeň Vašeho postižení? Jak k postižení došlo?
2. Jaký je druh Vašeho postižení a máte nějaké ostatní nemoci?
3. Ve kterém roce vzniklo postižení?
4. Je nebo bylo v rodině více jedinců s tělesným postižením? O jaké postižení se jedná?
5. Jaký byl přístup lékařů a informace o zdravotním stavu v době vzniku tělesného postižení?
6. Jaká byla léčba a rehabilitace?
7. Používáte nějaké zdravotní pomůcky?
8. Jsou ve Vašem okolí bezbariérové vstupy? Potřebujete je pro usnadnění života?
9. Jaká je možnost Vašeho uplatnění na pracovním trhu?
10. Jak se k Vám chová okolí?
11. Jak časté je přezkušování zdravotního stavu?
12. Posouzení péče v době vzniku tělesného postižení a nyní?
13. Jaký je celkový stav nyní?

## **BIBLIOGRAFICKÉ ÚDAJE**

**Jméno autora:** Vendula Říhová

**Obor:** Speciální pedagogika - vychovatelství

**Forma studia:** kombinovaná

**Název práce:** Vymezení kategorie tělesného postižení, sociální dimenze postižení, současné pojetí oboru a vývojové tendence v oboru

**Rok:** 2012

**Počet stran textu bez příloh:** 46

**Celkový počet stran příloh:** 1

**Počet titulů české literatury a pramenů:** 10

**Počet titulů zahraniční literatury a pramenů:** 0

**Počet internetových zdrojů:** 7

**Vedoucí práce:** Mgr. Milan Fleischman