

Univerzita Palackého v Olomouci

Fakulta telesnej kultúry

DIPLOMOVÁ PRÁCA

(magisterská)

Univerzita Palackého v Olomouci

Fakulta telesnej kultúry

MOŽNOSTI POHYBU IMOBILNÝCH OSÔB VO VYBRANÝCH
ŠPORTOVISKÁCH KOŠICKÉHO KRAJA

Diplomová práca

(magisterská)

Autor: Lukáš Kondáš

Rekreológia

Vedúci práce: Mgr. Ondřej Ješina, Ph.D.

Olomouc 2021

Bibliografická identifikácia

Meno a priezvisko : Lukáš Kondáš

Názov diplomovej práce: Možnosti pohybu imobilných osôb vo vybraných športoviskách Košického kraja

Pracovisko : Katedra aplikovaných pohybových aktivít

Vedúci diplomovej práce: Mgr. Ondřej Ješina, Ph.D.

Rok obhajoby diplomové práce: 2021

Abstrakt: Hlavným cieľom tejto práce je zmapovanie bezbariérovosti vybraných športovísk v Košickom kraji. Ďalšou súčasťou mojej práce je návrh pre zlepšenie bezbariérovosti týchto športovísk. Ako výskumnú metódu sme zvolili štruktúrované pozorovanie, ktoré sme zaznamenali do štandardne používaného formulára na zmapovanie prístupnosti objektov podľa metodiky Pražskej organizácie vozičkárov. Do mapovania boli vybrané 3 objekty : Steel Aréna v Košiciach, Zimný štadión v Michalovciach a Mestská plaváreň v Trebišove.

Kľúčové slová : bariéry, monitoring, zdravotné postihnutie, prístupnosť, imobilita, aplikované pohybové aktivity

Bibliographic identification

Name and surname: Lukáš Kondáš

Title of the diploma thesis: Movement possibilities of immobile persons in selected sports grounds of the Košice region

Workplace: Faculty of Physical Culture

Thesis supervisor: Mgr. Ondrej Jesina, Ph.D.

Diploma thesis defense year: 2021

Abstract: The main goal of this work is to map the accessibility of selected sports facilities in the Košice region. The following part of my work is a proposal to improve the barrier-free accessibility of these sports facilities. As a research method, we chose a structured observation, which we recorded in the standard observation form, mapping the accessibility of objects according to the methodology of the Prague Organization of Wheelchair Users. Three objects were selected for mapping: Steel Arena in Košice, Winter Stadium in Michalovce and Municipal swimming pool in Trebišov.

Key words: barriers, monitoring, disability, accessibility, immobility, adapted physical activity

Čestne vyhlasujem, že som celú diplomovú prácu vypracoval samostatne s použitím uvedenej odbornej literatúry a pod vedením Mgr. Ondřeje Ješiny, Ph.D.

Košice,.....

.....
Vlastnoručný podpis

Srdečné poďakovanie za odborné vedenie diplomovej práce s cennými radami a pripomienkami patrí Mgr. Ondřejovi Ješiny, Ph.D. Zároveň chcem vyjadriť vďaku všetkým priateľom a rodine, ktorí ma ochotne podporovali v štúdiu.

ZOZNAM OBRÁZKOV

Obrázok 1 - Výt'ah interiér	44
Obrázok 2 – Výt'ah interiér	44
Obrázok 3 – Priestor pred výt'ahom	45
Obrázok 4 – Priestor pred výt'ahom	45
Obrázok 5 – Hlavný vstup	45
Obrázok 6 – Vstup pre imobilné osoby	45
Obrázok 7 – Označenie chodníka k aréne	46
Obrázok 8 – Vyhradené toalety	46
Obrázok 9 – Vybavenie toalety	46
Obrázok 10 – Vybavenie toalety	46
Obrázok 11 – Šatňa	47
Obrázok 12 - Sprchy	47
Obrázok 13 – Chodba zo šatne k ľadu	47
Obrázok 14 – Vstup na hraciu plochu	47
Obrázok 15 – Vstup na hraciu plochu	48
Obrázok 16 – Striedačky z tréningovej haly	48
Obrázok 17 – Tribúna vyhradená pre vozičkárov	48
Obrázok 18 – Parkovacie miesta	48
Obrázok 19 – Vyhradené parkovacie miesta	50
Obrázok 20 – Vyhradené parkovacie miesta	50
Obrázok 21 – Vchod pre verejnosť k turniketom	51
Obrázok 22 - Turnikety	51
Obrázok 23 – Bezbariérový vstup	51
Obrázok 24 – Informačné okienko	51
Obrázok 25 – prístup k tribúne a šatniam	52
Obrázok 26 - Toalety	52
Obrázok 27- Umývadlá	52
Obrázok 28 – Toaleta	52
Obrázok 29 – Prístup na tribúnu	53
Obrázok 30 – Výhľad z tribúny	53
Obrázok 31 – Chodba k šatniam a ľadovej ploche	53
Obrázok 32 - Šatňa	53
Obrázok 33 - Sprchy	54
Obrázok 34 - Priestor v šatni	54
Obrázok 35 - Vstup na hraciu plochu	54
Obrázok 36 - Trestná lavica	55
Obrázok 37 - Striedačky	55
Obrázok 38 - Schody k tribúne z prízemí	55
Obrázok 39 - Hlavný vstup	57
Obrázok 40 - Dvere hlavného východu	57
Obrázok 41 – Pokladňa	58
Obrázok 42 - Turnikety	58
Obrázok 43 - Turniket k šatniam	58
Obrázok 44 - Vyhradená šatňa	58

Obrázok 45 – Fény	59
Obrázok 46 - Klasická šatňa.....	59
Obrázok 47 - Toaleta v priestore šatní.....	59
Obrázok 48 - Interiér toalety	59
Obrázok 49 – Sprchy	60
Obrázok 50 - Schody k bazénu.....	60
Obrázok 51 - Hlavný bazén	60
Obrázok 52 - Detský bazén	60
Obrázok 53 – Wellness.....	61
Obrázok 54 - Fitness centrum.....	61

OBSAH

1	ÚVOD	11
2	BARIÉRY	12
2.1	TYPOLÓGIA BARIÉR	13
2.1.1	Fyzické bariéry	14
2.1.2	Psychické bariéry.....	14
2.1.3	Vnútorne bariéry.....	14
2.1.4	Externé komunikačné bariéry	14
2.1.5	Architektonické bariéry	15
2.1.6	Rampy.....	16
2.1.7	Výt'ahy a schodiská	17
2.1.8	Plošiny	17
2.1.9	Parkovacie miesta	19
2.1.10	Verejne prístupné budovy, verejné priestranstvá a inžinierske stavby.....	19
2.1.11	Miesta vyhradené pre vozičkárov na kultúrnych a športových podujatiach	19
2.1.12	Sociálne zariadenia	19
2.1.13	Slovenská legislatíva	20
3	ZDRAVIE SPOJENÉ S KVALITOU ŽIVOTA	27
3.1	Telesné postihnutie	28
3.2	Detská mozgová obrna (DMO).....	29
3.3	Spina bifida (r'azštep chrbtice)	30
3.4	Poškodenie miechy	31
3.5	Svalová dystrofia	32
3.6	Amputácia končatín	33
3.7	Osobnosť ľudí s telesným postihnutím.....	34
3.8	Zrakové postihnutie	34
3.9	Slepota – slabozrakosť a nevidomosť	36
3.10	Porucha binokulárneho videnia.....	37
3.11	Úrazy oka.....	37
3.12	Benefity pohybových aktivít u ľudí s postihnutím	38
4	CIEĽ PRÁCE	39
4.1	Postup práce	39
4.2	Výskumné otázky	39
5	METODY PRÁCE.....	40
5.1	Charakteristika mapovaných športovísk.....	40

5.1.1	STEEL ARÉNA	40
5.1.2	ZIMNÝ ŠTADIÓN	40
5.1.3	MESTSKÁ KRYTÁ PLAVÁREŇ	41
5.2	Postup práce	41
5.3	Technika zberu a spracovanie dát.....	41
6	VÝSLEDKY	42
6.1	Výsledky zmapovania jednotlivých športovísk	42
6.1.1	STEEL ARÉNA	42
6.1.2	ZIMNÝ ŠTADIÓN v Michalovciach.....	48
6.1.3	MESTSKÁ PLAVÁREŇ v Trebišove	56
7	DISKUSIA	62
	ZÁVER.....	64
	SÚHRN.....	66
	SUMMARY.....	65
	POUŽITÁ LITERATÚRA.....	68
	PRÍLOHY	74

1 ÚVOD

„ Osoby s hendikepom sú integrálnou súčasťou každej spoločnosti a len spolu s nimi tvorí spoločnosť celok“

(neznámy autor)

Zdravie predstavuje pre človeka podľa rôznych sociologických výskumov najdôležitejšiu hodnotu, pravdepodobne z dôvodu, že človek si uvedomuje súvis medzi dobrým zdravotným stavom a kvalitou. Množstvo ľudí však berie dobrý zdravotný stav ako niečo samozrejmé, neuvedomuje si dopady nepriaznivého zdravotného na život človeka. Jedným z dôvodov môže byť aj skutočnosť, že sa priamo nestretávajú s ľuďmi so zdravotným postihnutím, nepoznajú preto ich potreby, obmedzenia a hlavne bariéry, ktoré títo ľudia musia každodenne prekonávať.

S pojmami ako bezbariérovosť alebo zdravotné obmedzenie sa v dnešnej dobe stretávame čoraz viac a môžeme sa o nich dočítať na internete alebo počuť o nich v televízii či rozhlase, ako o činnosti, ktorá sa zameriava na odstraňovanie bariér zo života ľudí. O to viac, keď ide o miesta , ktoré sú súčasťou bežného a voľnočasového života. Často sa stretávame s týmito pojmami pri zlepšovaní podmienok v prospech ľudí so zdravotným postihnutím. Tieto informácie však, my, zdraví ľudia, vnímame len veľmi okrajovo. A pri tom bezbariérovosť má čo v najširšej miere význam pre ľudí, ktorí „bojujú“ so zdravotným postihnutím, a sú tak často ukrátení o chvíle a možnosti, kedy sa môžu socializovať a venovať niečomu, čo môže prispieť k zlepšeniu ich kvality života.

Cieľom danej práce bolo zmapovať bezbariérovosť troch športových areálov v Košickom kraji, išlo o tieto športoviská: Steel Aréna v Košiciach, Športový štadión v Michalovciach a Mestská plaváreň v Trebišove. Nakoľko problematika monitorovania bezbariérovosti športových areálov je na Slovensku stále zanedbaná. Vybrané areály sme sa snažili zmapovať, popísať, nafotiť a zároveň pomeriť. Medzi základné parametre, s ktorými sa v tejto práci zaoberáme patria vstupy do areálu, prístupy do šatní, prístup z parkovacieho miesta do areálu, sociálnych zariadení a samotný vstup na hraciu plochu. Jednotlivé miesta, pri ktorých sa našli nedostatky alebo prekážky, sme zdokumentovali a zároveň navrhli riešenia pre lepšiu dostupnosť.

2 BARIÉRY

Podľa Svetovej zdravotníckej organizácie bariéry sú faktory, ktoré dokážu svojou prítomnosťou alebo absenciou obmedziť fungovanie a vytvárajú tak znevýhodnenie v životnom prostredí jedinca. Napr. nedostupnosťou dôležitých pomocných technológií, neprístupným prostredím a službami, ktoré buď neexistujú alebo bránia zapájaniu sa všetkých zdravotne znevýhodnených ľudí do spoločnosti. V živote ľudí, ktorí sú zdravotne znevýhodnení majú bariéry negatívny dopad na kvalitu života. Dochádza k znižovaniu účasti na pracovnom a spoločenskom živote. (Kišová, Stavrovská, 2009). V aktuálnej dobe existuje množstvo bariér v životnom prostredí človeka, ktoré je potrebné eliminovať. Patria sem bariéry v doprave, pri používaní produktov/výrobkov, bariéry informačné/komunikačné a samotné bariéry v postojoch ľudí (Rollová, Čerešňová, 2016).

Bezbariérovosť má zaručiť, aby jednotlivci so zdravotným znevýhodnením mohli žiť plnohodnotný a nezávislý život. A mali tak možnosť podieľať sa na všetkých aspektoch života. Základnou a jedinou podmienkou je prístupnosť. Pre jednotlivcov s postihnutím je zabezpečenie prístupnosti fyzického prostredia jedným z ich základných ľudských práv a vyplýva to aj z dohovoru OSN o právach osôb so zdravotným postihnutím. Dohovor OSN o právach osôb so zdravotným postihnutím je v Slovenskej republike platný od roku 2010 a má charakter medzinárodnej zmluvy a to podľa čl.7 ods.5 Ústavy Slovenskej republiky má prednosť pred zákonmi Slovenskej republiky. Dohovor má jednoznačne presadzovať, chrániť a zabezpečovať plné a najmä rovnaké využívanie všetkých ľudských práv (Korček, 2010).

Koho sa bezbariérovosť verejných priestorov týka?

Odstraňovanie bariér vo verejných priestoroch má v prvom rade pomôcť osobám s obmedzenou schopnosťou pohybu a orientácie vo verejných priestoroch. Debarierizácia verejných priestorov je základnou podmienkou pre začlenenie zdravotne postihnutých osôb do spoločnosti.

Opatrenia týkajúce sa odstraňovania bariér sa týkajú najmä osôb s poruchou, ktorá negatívne ovplyvňuje:

Pohyblivosť: osoby na invalidnom vozíku a tie, ktoré dokážu chodiť s obmedzeniami alebo potrebujú pri chôdzi kompenzačnú pomôcku (palička, barly a pod.)

Zrak: nevidiaci alebo slabozrakí a ľudia s problémom orientácie v priestore pre poškodenie zraku

Sluch: nepočujúci a ľudia s poškodeným sluchom

Dosah a zručnosť: osoby s chorobami, ktoré ovplyvňujú ich motorické a fyzické schopnosti (napr. svalová dystrofia, choroby centrálného nervového systému)

Intelekt: Osoby s vrodenu alebo získanou poruchou intelektu, ktorá im zabraňuje v orientácii v priestore alebo v chápaní zložitých informačných pokynov

Debarierizácia sa však týka aj starobných dôchodcov, často trpiacich slabou formou alebo kombináciou uvedených porúch, ktorí ale zároveň nie sú považovaní za osoby so znevýhodnením.

Debarierizácia verejných priestorov je ďalej prospešná aj pre špecifické skupiny ľudí, ktoré nie sú nijakým spôsobom zdravotne znevýhodnení. Týkať sa to môže mamičiek alebo oteckov s kočíkmi, osôb prenášajúcich ťažké bremená alebo ľudí s krátkodobo obmedzenou pohyblivosťou (napríklad so zlomeninami končatín).

2.1 TYPOLÓGIA BARIÉR

Navrhovanie bezpečného bezbariérového prostredia pre jednotlivcov s telesným postihnutím musíme brať do úvahy najmä zväčšené priestorové nároky a odstránenie bariér výškových rozdielov. Ak nám daný priestor spĺňa nároky pre ľudí, ktorý sa pohybujú na invalidnom vozíku, tak dokáže spĺňať požiadavky pre všetkých ostatných ľudí. Dôležité je zabezpečiť, aby sa nestratila línia pre orientáciu v priestore pre osoby so zrakovým postihnutím (Glosová, 2006). Manipulačná plocha pre vozík je minimálne 1 200 x 1500 mm pri otáčaní 90/180°. Pri otáčaní invalidného vozíka je adekvátna plocha 360° s minimálnym priemerom 1 500 mm (Šnajderová, 2007).

Kozub, Houston-Wilson a Lieberman sa zamerali na základné bariéry v oblasti integrácie žiakov so zrakovým postihnutím v školskej telesnej výchove. Medzi najčastejšiu bariéru uviedli odbornú prípravu, nedostatok pomôcok a časovú náročnosť. Na základe získaných poznatkov učiteľia telesnej z Izraela vnímajú v školskej telesnej výchovy nasledujúce prekážky v integrácii žiakov so zdravotným postihnutím, nedostatočné priestorové podmienky, problémy pri bezpečnosti a komunikácii s rodičmi zdravotne postihnutého žiaka. (Kudláček a Ješina, 2015). Avšak pozornosť by sa mala sústrediť i na bariéry psychologické, fyzické a zmyslové.

2.1.1 Fyzické bariéry

Fyzické bariéry sú vnímané ako skutočné obmedzenia či znemožnenia pohybu osobám so zdravotným postihnutím v danom prostredí. Fyzické bariéry môžeme deliť nasledovne:

bod 0 – žiadna bariéra nie je prítomna alebo je zanedbateľná,

bod 1 – ľahká bariéra (nízka),

bod 2 – stredne ťažká bariéra (zreteľná, väčšia),

bod 3- ťažká bariéra (vysoká, extrémna) a

bod 4- úplná bariéra (totálna).

Tieto faktory sme rozdelili podľa MKF (2008).

2.1.2 Psychické bariéry

Psychické bariéry môžu komplikovať život ľuďom i bez postihnutia (Opatřilová a Zamečnicková, 2014). Zmyslová bariéra je popísaná ako odlišný význam medzi vyjadrenou prosbou, požiadavkami a príkazmi. Dochádza tak u partnerov k vzájomnému nepochopeniu a nespolupráci. Psychologická bariéra sa prejavuje v pasivite a subjektu, ktorý v dôsledku prekážky nevykonáva určitú činnosť. Komunikačná bariéra môže byť rozdelená na internú a externú. Interná komunikačná bariéra je daná osobnostnými problémami komunikujúceho. K ním môžeme zaradiť príklady ako obava z neúspechu, problémy osobnostného rastu, ktoré sa prejavujú cez prežívanie, emócie, chybné myšlienkové rozpoloženie a kultúrne rozdiely (Janíková, 2006).

2.1.3 Vnútorne bariéry

Vnútorne bariéry ako ich vníma Ješina, Hamřík a kol.. (2011), nevychádzajú z okolia, pretože sú samotnou prekážkou v jedincovi so zdravotným postihnutím. Tieto limity sú predovšetkým ovplyvnené sebavedomím, sebahodnotením a seba prijatím.

2.1.4 Externé komunikačné bariéry

Medzi externé komunikačné bariéry patria okolité rušivé faktory, ale aj demografické bariéry (rozdiel vo veku, pohlaví a pod.), narušenie komunikácie treťou osobou a organizačné bariéry (Janiková, 2012).

2.1.5 Architektonické bariéry

Sú súčasťou fyzických bariér, ktoré spolu so spoločenskými bariérami neumožňujú jedincovi s telesným postihnutím vykonávať plnohodnotnú účasť na spoločenskom živote vo všetkých jeho formách. S architektonickými bariérami sa môže jedinec stretnúť vo verejných budovách, bytoch, verejných priestranstvách, parkoviskách a v školách.

Môžeme ich rozdeliť na:

Výškové rozdiely – dajú sa prekonať iba schodiskovými stupňami, dverové otvory do 600mm a nevhodné rozmery sociálnych zariadení pre vstup občana na invalidnom vozíku. Kľučky na dverách a oknách, rôzne ovládače, nevhodné povrchové úpravy a neprispôsobené zábradlia. Nábytok a pomôcky spoločne s nástrojmi nevhodných rozmerov.

Technické bariéry – môžeme sa s nimi stretnúť vo verejnej doprave (vlaky, autobusy, električky, lietadlá). (Matoúšek, 2005).

Metóda navrhovania pre všetkých, označovaná ako aj Universal Design – univerzálne navrhovanie, ktorou úlohou je zabrániť segregácií zdravotne postihnutých osôb zo spoločenského života. Znamená to, že sa vo všeobecnosti nemajú vytvárať špeciálne priestory určené len pre hendikepovaných jedincov. Ale v zmysle univerzálneho navrhovania vytvárať spoločenské priestory tak aby sa pri všetkých aktivitách mohli zúčastňovať všetky osoby rovnocenne. (Rollová, Čerelňová, 2010).

Legislatíva SR ukladá povinnosť bezbariérových riešení a stavieb. Určuje presné technické parametre a napriek tomu sa bariéry stále vyskytujú. Niektoré budovy tak zostávajú pre telesne postihnutých nedostupné. Vstupné haly a priestory v budovách kladú nároky na informačný systém svojich návštevníkov a bez ohľadu na zdravotné postihnutie by mal byť informačný systém vo vstupných halách zabezpečený tak, aby dostal prijateľné informácie každý jedinec. Najzakladanejšie informácie o budove, ktoré sú dôležité pre pohyb verejnosti majú kontrastné nápisy s minimálnou výškou 50 mm a doplnené vhodným osvetlením (Vyhláška č. 532/2002 Z. z.). touto vyhláškou sa ustanovujú podrobnosti o všeobecných

technických požiadavkách na stavby užívané osobami s obmedzenou schopnosťou pohybu a orientácie.

2.1.6 Rampy

Základným bezbariérovým prvkom k prekonávaniu výškových rozdielov je rampa. Vyhláška Ministerstva životného prostredia SR č. 532/2002 Z.z. poukazuje na to, že minimálna šírka rampy musí byť 1 300 mm a jej pozdĺžny sklon môže byť maximálne 1 : 12 po oboch stranách však musí mať vodiacu tyč vo výške 300 mm. Rampa, ktorá je dlhšia ako 9000 mm musí byť prerušená odpočívadlom a s dĺžkou minimálne 2000mm a samotný prechod rampy na chodník musí byť plynulý.

Technické a doplnkové riešenia exteriérových rámp sú podľa Samovej (2008) riešenia umožňujúce používanie rámp aj v nepriaznivom počasí. Protišmykový drsný povrch nepostačuje. Hodnota šmykového trenia má byť min. $0,6 + \text{tg } \alpha$, keď α je uhol sklonu rampy. Celoročne používaná rampa má byť s temperovaným povrchom rampy (najčastejšie vykurovacie hady pod povrchom). Prekrytie rampy má byť otvorenou či už uzavretou zvislou stenou konštrukcie. Kombinácia týchto riešení vedie k tomu , že takáto rampa je pre zimné obdobie najúčinnějšía. Dôsledné označovanie rampy je sprevádzané na konci a začiatku farebne alebo štruktúrou. Nevyhnutné je dostatočne dobré osvetlenie rampy (Samová, 2008).

Nájazdová rampa

Požiadavky na nájazdovú rampu sú presne špecifikované vo vyhláške. Mali by zaručovať, že osoba na invalidnom vozíku alebo sprevádzajúca osoba nemusí vynaložiť nadmerné úsilie pri ovládaní invalidného vozíka:

Na obidvoch koncoch rampy sa musí nachádzať manipulačná plocha s rozmermi minimálne 1500 x 1500 mm.

Nájazdová rampa musí mať prejazdovú šírku minimálne 1300 mm.

Po obidvoch stranách musí byť vybavená držadlom vo výške 900 mm a vodiacou tyčou vo výške 300 mm.

Odporúča sa zhotoviť aj ďalšie držadlo vo výške 750 mm.

Držadlá a vodiaca tyč musia mať presah mimo samotnú rampu 150 mm na obidvoch stranách.

Na obidvoch stranách musí nachádzať súvislá obruba siahajúca do výšky 100 mm, ktorá zabraňuje vybočeniu vozíka, a takisto slúži ako vodidlo pre slepeckú paličku.

Pozdĺžny sklon rampy môže byť najviac 1:12 (8,3 % = približne 4,75°).

Rampa dlhšia ako 9000 mm musí byť prerušená medzipodestou v dĺžke minimálne 2000 mm.

Ak rampa nie je dlhšia ako 3000 mm, môže mať sklon najviac 1:8 (12,5 % = približne 7°). Toto ale neplatí pri stavbách osobitného určenia, ako sú napríklad bezbariérové bytové domy. Vtedy musí mať aj rampa do 3000mm sklon 1:12.

Prechod medzi rampou a nadväzujúcou komunikáciou musí byť bez výškových rozdielov.

2.1.7 Výtahy a schodiská

Na bezpečné a pohodlné prekonávanie rôznych výškových rozdielov v urbanistickom i architektonickom riešení sú výtahy dôležitým stavebno – technickým riešením. Sú komfortné nie len pre všetky ostatné skupiny obyvateľstva, ale aj pre osoby s telesným postihnutím (Majcher, 2008). Zdvíhacie plošiny – zvislé, sú komfortné nie len pre osoby na vozíku, ale i pre osoby pohybujúce sa pomocou iných kompenzačných pomôcok. Patria sem aj rodičia s kočíkom a seniori. V krátkosti, sem zaraďujeme všetkých tých, ktorí majú ťažkosti pri prekonávaní schodov. Technické a priestorové požiadavky pre bezbariérový výtah a zdvíhacie plošiny sú vo vyhláske č. 532/2002 Z.z. (Majcher, 2008). Ľudia pohybujúci sa na invalidnom vozíku sú schody neprekonateľnou bariérou a pre ľudí so zníženou schopnosťou pohybu a orientácie sú schody nekomfortným prvkom. Ale pri správnom riešení ich môžu používať. Exteriérové nástupné schodisko má mať rameno široké min. 1 100 mm a max. 2 200 mm. Ak sú šírky väčšie ako 2 200 mm je nevyhnutné schodisko rozdeliť zábradlím. V jednom schodiskovom ramene môže byť najviac 16 stupňov (Samová, 2008).

2.1.8 Plošiny

Šikmá schodisková plošina a zvislá zdvíhacia plošina

V niektorých prípadoch vo verejných budovách a na verejných priestranstvách nie je možné budovať šikmé nájazdové rampy, pretože by boli príliš dlhé alebo strmé. V takýchto prípadoch je možná inštalácia zvislých zdvíhacích plošín alebo šikmých schodiskových plošín. Zdvíhacie plošiny dokážu s minimálnymi priestorovými požiadavkami a minimálnymi stavebnými úpravami prevážať osoby so zníženou schopnosťou pohybu na invalidnom vozíku, prípadne na sklopnej sedačke. Tieto zdvíhacie zariadenia sa navrhujú na prekonanie výškových rozdielov v interiéri aj v exteriéri, alebo na prepojenie jednotlivých podlaží. Ovládajú sa

tlačidlami priamo na ovládacom paneli na plošine, prípadne diaľkovým ovládačom. Tieto zariadenia musia byť uzamykateľné proti zneužitiu neautorizovanými osobami.

Zvislé zdvíhacie plošiny

Zvislé zdvíhacie plošiny sa spravidla inštalujú v blízkosti schodov. Takáto plošina sa pohybuje po zvislej dráhe a je možné použiť ju do zdvihu 3000 mm bez opláštenia dráhy s tzv. polkabínou, ktorej ohradenie musí byť vo výške minimálne 1100 mm.

V prípade vyššieho zdvihu už musí byť použitá zvislá plošina s opláštením dráhy. Takáto plošina môže byť priechodzia, prípadne môže mať riešené nastupovanie a vystupovanie do tvaru písmena L. Pri použití s polkabínou bez opláštenia sa nemôžu nachádzať stanice priamo nad sebou, pretože vzniká tzv. strižná hrana. Toto samozrejme neplatí pri použití plošiny s opláštením. Užitočný rozmer takejto plošiny pri použití vo verejnej budove by mal byť 1400 x 900 mm. Vďaka tomu má plošina dostatočný rozmer na prevoz osoby na invalidnom vozíku aj so sprievodom. Minimálna nosnosť je 225 kg a rýchlosť takejto plošiny nesmie byť vyššia ako 0,15 m/s.

Šikmé schodiskové plošiny

Šikmé schodiskové plošiny sa inštalujú priamo na schody pre bezbariérový prístup. Schodiskovú plošinu je možné použiť na takmer akomkoľvek type schodiska (priame schody, so zákrutou, s medzipodestou a pod.). Samotná plošina sa pohybuje po dráhe z vodiacich koľajníc, a tie sú inštalované na samonosných stĺpikoch alebo na stenu budovy. Užitočný rozmer plošiny by mal byť minimálne 900 x 750mm a nosnosť 225 kg. Plošina môže mať sklon 0 – 70°. Výhodou tohto typu plošín je, že na ich inštaláciu nie sú potrebné žiadne stavebné úpravy, za predpokladu, že v priestore dolnej nástupnej stanice je dostatok miesta na dosadenie plošiny a nastúpenie vozičkára na plošinu. V hornej výstupnej stanici plošina spravidla končí svoju dráhu zároveň s posledným schodom, ku ktorému sa vyklopí nájazd. Vo výške ramien prevážanej osoby sa nachádzajú ochranné tyče, ktoré sa musia pri nastupovaní a vystupovaní vyklopiť dohora. V dobe nečinnosti je plošina zaklopená na bočnej strane schodov a neprekáža chodcom v používaní schodov.

2.1.9 Parkovacie miesta

Na každom parkovisku musí byť vyhradené miesto pre osoby so zdravotným znevýhodnením. Tieto miesta musia byť umiestnené, čo najbližšie ku vchodu do budovy. Počet vyhradených parkovacích miest pre osoby so zdravotným znevýhodnením by malo obsahovať 4% z celkovej kapacity parkovacích miest. Podľa Rollovej však musí obsahovať najmenej jedno parkovacie miesto (Rollová, 2015). Šírka miesta pre vozidlá zdravotne znevýhodnených osôb na parkoviskách, garážach a v odstavných plochách musí byť minimálne 3 500 mm (optimálna šírka je 4 000 mm). Sklon môže mať najviac 1 : 20 (5%) a v prípade pozdĺžneho státia napr. pri chodníkoch musí byť dĺžka najmenej parkovacieho miesta 7 000 mm (Šnajderová, 2007).

2.1.10 Verejne prístupné budovy, verejné priestranstvá a inžinierske stavby

Bezbariérový prístup do verejnej budovy musí byť takisto zabezpečený na úrovni chodníka alebo cesty. Pokiaľ to nie je možné zabezpečiť, môže sa tiež použiť na prekonanie prevýšenia nájazdová rampa alebo schodisková plošina, prípadne výt'ah. Pri stavbe s výt'ahom alebo schodiskovou plošinou musí byť prístup k takémuto zdvíhaciemu zariadeniu zabezpečený na každom podlaží, ktoré je verejne prístupné.

2.1.11 Miesta vyhradené pre vozičkárov na kultúrnych a športových podujatiach

Vyhláška upravuje aj to, koľko percent miest v hľadisku má byť vyhradených pre vozičkárov v kultúrnych stánkoch a športových halách. Napríklad v hľadisku budov pre kultúru a verejnú zábavu to musí byť 1 percento (najmenej 2 miesta) z kapacity sedadiel. V hľadisku športovej haly to musí byť minimálne 5 promile. Takéto bezbariérové miesta musia mať pôdorysné rozmery najmenej 1000 x 1200mm a musia byť úplne rovné.

2.1.12 Sociálne zariadenia

Plocha podlahy - na toaletách musí byť dostatočná pre otočenie elektrického vozíka. Okolo WC musí byť dostatok miesta, aby bolo možné zaparkovať elektrický vozík a premiestniť sa na WC sedačku. Podlaha musí byť protišmyková. Na každej strane toalety musia byť držadlá, aby uľahčili osobám pohyb v hocijakom smere. Mali by sa dať ľahko zdvihnúť alebo zavrieť, prípadne uviesť ich do patričnej polohy.

Umývadlá - s pákovou batériou sú potrebné preto, aby ľudia s oslabnutým svalstvom alebo obmedzením mobility mohli otvoriť a zavrieť kohútik.

Dvere najmä uzamknutie, by malo byť ľahko ovládateľné samotným postihnutým. Konvenčné zámky zriedkakedy vyhovujú osobám s obmedzenou pohyblivosťou prstov.

Vo verejne prístupných budovách musí byť takisto minimálne jedna záchodová kabínka určená pre osobu na vozíku dostupná bez architektonických prekážok. Pri väčšom počte kabiňiek musí byť na každých 10 kabiňiek jedna s bezbariérovým prístupom vyhradená pre invalidov. Ak je záchod pre invalidov priamo dostupný z verejného priestoru – čiže spojovacej komunikácie alebo haly – nemusí byť oddelený zvlášť pre mužov a pre ženy.

Všetky typy bariér sa navzájom prelínajú, a preto ich nemôžeme vnímať oddelene. Každé postihnutie a každý imobilný človek má svoje bariéry, s ktorými sa dennodenne stretáva.

2.1.13 Slovenská legislatíva

Základným nástrojom ochrany ľudí so zdravotným postihnutím sú zákony a ďalšie záväzné právne predpisy. Ako uvádza Lýdia Brichtová a K. Repková (2009) existuje množstvo kľúčových dokumentov na celosvetovej, európskej či národnej úrovni, ktoré priamodeterminujú obsah verejných politík v oblasti sociálnej ochrany starších ľudí a ľudí so zdravotným postihnutím.

Pri ich dôslednej sumarizácii by sme museli začať východiskovým medzinárodným dokumentom, ktorým je Všeobecná deklarácia ľudských práv z roku 1948, pokračovať Európskym dohovorom o ochrane ľudských práv (1950), zastaviť sa pri Európskej sociálnej charte v jej prvom znení (platnosť od roku 1965) a pokračovať cez Štandardné pravidlá na vytváranie rovnakých príležitostí pre osoby so zdravotným postihnutím, ktoré prijalo Valné zhromaždenie Organizácie spojených národov (OSN) v roku 1993. Mnohé štáty, vrátane Slovenskej republiky (SR), použili tento dokument ako návod pri tvorbe stratégií pre zlepšenie života ľudí so zdravotným postihnutím. A postupne by sme sa dostali až k súčasnosti, kedy sa Slovenská republika pripravuje na ratifikáciu OSN – Dohovoru o ochrane práv osôb so zdravotným postihnutím. Dohovor prijalo Valné zhromaždenie OSN dňa 6. decembra 2006 s cieľom presadzovať, chrániť a zabezpečovať plné a rovnaké užívanie všetkých ľudských práv a základných slobôd všetkými osobami so zdravotným postihnutím a presadzovať rešpektovanie ich prirodzenej ľudskej dôstojnosti.

Obsah Štandardných pravidiel je v Slovenskej republike premietnutý v Národnom programe rozvoja životných podmienok občanov so zdravotným postihnutím vo všetkých oblastiach života, ktorý bol prijatý uznesením vlády Slovenskej republiky v roku 2001. Národný program obsahuje opatrenia, ktoré majú byť vo vzťahu k občanom so zdravotným postihnutím vykonané zo strany ministerstiev a ďalších verejnoprávnych inštitúcií. To

znamená, že na vnútroštátnej úrovni je potrebné prijať také opatrenia, ktoré zabezpečia osobám so zdravotným postihnutím na rovnakom základe s ostatnými prístup k fyzickému prostrediu, k doprave, k informáciám, komunikácii vrátane informačných technológií, k ďalším prostriedkom a službám poskytovaným a dostupným verejnosti.

Slovensko má čiastočne zakotvené a legislatívne upravené sociálne práva pre ťažko zdravotne postihnutých ľudí aj v Ústave Slovenskej republiky, č. 460/1992 Zb. v znení neskorších predpisov.

V článku 12 ods. 2 Ústavy Slovenskej republiky sa uvádza, že „*základné práva a slobody sa zaručujú na území Slovenskej republiky všetkým bez ohľadu na pohlavie, rasu, farbu pleti, jazyk, vieru a náboženstvo, politické, či iné zmýšľanie, národný alebo sociálny pôvod, príslušnosť k národnosti alebo etnickej skupine, majetok, rod alebo iné postavenie. Nikoho nemožno z týchto dôvodov poškodzovať, zvýhodňovať, alebo znevýhodňovať*“.

Z daného ustanovenia nevyplýva jednoznačne, že poškodzujúcim faktorom by nemalo byť zdravotné postihnutie, preto sa v druhej hlave piateho oddielu Ústavy (článok 35-43) špecifikujú niektoré práva, ktoré sa bezprostredne týkajú ochrany životných podmienok ľudí so zdravotným postihnutím. Patria tam :

- právo na zvýšenú ochranu zdravia pri práci a osobitné pracovné podmienky (čl.38, ods.1),
- právo na osobitnú ochranu pracovných vzťahov a na pomoc pri príprave na povolanie pre mladistvých a zdravotne postihnuté osoby (čl.38, ods.2),
- právo na primerané hmotné zabezpečenie v starobe a pri neprispôsobivosti na prácu, ako ja pri strate živiteľa (čl. 39, ods. 1),
- právo na ochranu zdravia, na bezplatnú zdravotnícku starostlivosť a zdravotnícke pomôcky (čl.40).

Medzi ďalšie významné legislatívne dokumenty, ktoré sú svojím obsahom zamerané na ochranu práv osôb so zdravotným postihnutím, sú napr. Európsky akčný plán: Rovnaké príležitosti pre ľudí so zdravotným postihnutím, (prijatý v roku 2003), Akčný plán Rady Európy na presadzovanie práv ľudí so zdravotným postihnutím a ich plnej účasti v spoločnosti: zlepšenie kvality života ľudí so zdravotným postihnutím Európe v rokoch 2006 – 2015 (prijatý v roku 2006).

K. Repková zdôrazňuje, že v súčasnosti sa v sociálnej politike (a následne aj v sociálnej práci) vo vzťahu k občanom so zdravotným postihnutím najviac zdôrazňuje antidiskriminačný prístup (tzv. prístup základnej rovnosti – občan so zdravotným postihnutím má mať rovnaké možnosti ako človek bez zdravotného postihnutia) a koncept preferenčného zaobchádzania (alebo koncept kompenzácie znevýhodnení).

Východiskom integrácie je rešpektovanie princípu rovnosti. Znamená to, že každý človek by mal mať rovnakú príležitosť (teda nie automaticky rovnakú úroveň) realizovať svoje plány a predstavy o živote a vo vzťahu k ostatným by mal mať vytvorené porovnateľné podmienky na rozvoj vlastnej aktivity vedúcej k ich napĺňaniu.

Druhý v poradí uvádzaný koncept je v SR realizovaný v rámci systému sociálnej pomoci ako forma riešenia sociálnej núdze kompenzáciou sociálnych dôsledkov ťažkého zdravotného postihnutia. Túto oblasť v súčasnosti právne upravuje zákon č. 447/2008 Z. z. o peňažných príspevkoch na kompenzáciu ťažkého zdravotného postihnutia a o zmene a doplnení niektorých zákonov, ktorý je účinný od 1. januára 2009.

Legislatíva Slovenskej republiky zakazuje priamu aj nepriamu diskrimináciu na základe zdravotného postihnutia a táto výslovná formulácia sa nachádza v zákone č. 365/2004 Z.z. o rovnakom zaobchádzaní v niektorých oblastiach, o ochrane pred diskrimináciou a o zmene a doplnení niektorých zákonov (tzv. Antidiskriminačný zákon), ktorý bol prijatý v máji 2004. Prijatím antidiskriminačného zákona sa Slovenská republika zaradila medzi krajiny s komplexnou úpravou zákazu diskriminácie vo svojom právnom poriadku. Antidiskriminačná legislatíva v slovenskom kontexte vychádza z troch základných zdrojov: Ústavy SR, medzinárodných dohôd o ľudských právach a práva Európskej únie.

Priama diskriminácia na základe zdravotného postihnutia znamená, že s osobou so zdravotným postihnutím sa zaobchádza menej priaznivo ako s osobou bez postihnutia v podobnej situácii.

Nepriama diskriminácia nastáva, keď podmienky či požiadavky sú rovnaké pre ľudí s postihnutím aj bez postihnutia, v praxi však človek s postihnutím tieto požiadavky kvôli svojmu postihnutiu nedokáže splniť, prípadne podmienky ho poškodzujú.

Antidiskriminačný zákon (AZ) v § 6 hovorí, že v pracovnoprávných a obdobných právnych vzťahoch sa zakazuje diskriminácia osôb z dôvodu ich pohlavia, náboženského vyznania alebo viery, rasového pôvodu, národnostného alebo etnického pôvodu, zdravotného postihnutia, veku alebo sexuálnej orientácie. Paragraf 7 AZ ukladá zamestnávateľovi povinnosť prijímať vhodné opatrenia pre osoby zdravotne postihnuté v zamestnaní, aby pracovné prostredie nevytváralo podmienky na nerovnosť a diskrimináciu. Antidiskriminačný zákon ukladá povinnosť dodržiavať zásadu rovnakého zaobchádzania orgánom štátnej správy, samosprávy, fyzickým ako aj právnickým osobám v oblastiach, ktoré upravuje.

Jednou z najvýznamnejších foriem podpory zamestnávania občanov so zdravotným postihnutím v Slovenskej republike, ktorú upravuje zákon NR SR č. 5/2004 Z. z. o službách zamestnanosti, je možnosť zriaďovania chránených dielní a chránených pracovísk, ako aj

priame finančné príspevky poskytované na podporu zamestnávania občanov so zdravotným postihnutím. Chránené dielne a chránené pracoviská sú určené predovšetkým na pracovné uplatnenie občanov so zdravotným postihnutím, ktorým zamestnávateľ nemôže poskytnúť vhodné zamestnanie na iných pracoviskách.

Bežná prax však nezodpovedá zákonným ustanoveniam. Väčšina zamestnávateľov nemá vytvorené pracovné podmienky na zamestnávanie zdravotne postihnutých občanov. Mnohí zamestnávatelia ani nemajú dostatočné informácie o možnostiach ich zamestnávania, nepoznajú ich potreby a obávajú sa aj častej chorobnosti, úrazovosti, prípadne nedostatočného pracovného výkonu. Takéto správanie zamestnávateľov môže vyvolať u zdravotne postihnutých osôb obavu zo všeobecného znevýhodnenia, vyplývajúceho z nepriaznivého zdravotného stavu, pocit menejcennosti a nerovnosti šancí.

Eliminácii diskriminácie v oblasti zamestnávania zdravotne postihnutých osôb a pomoci odstraňovať nízku mieru informovanosti o možnostiach ochrany a pomoci v prípade výskytu diskriminačných praktík zo strany štátnych orgánov, zamestnávateľov a samospráv sa venujú medzinárodné i domáce inštitúcie, ako napr. Európske fórum zdravotného postihnutia, Komisia vysokej úrovne pre problematiku zdravotného postihnutia EK, Rada vlády SR pre osoby so zdravotným postihnutím, ako aj niektoré občianske združenia, ako napr. Národná rada občanov so zdravotným postihnutím v SR – je to občianske združenie organizácií tvorených občanmi rôznych druhov zdravotného postihnutia, Únia nevidiacich a slabozrakých, Slovenský zväz telesne postihnutých a ďalšie.

Cieľom Dohovoru o právach osôb so zdravotným postihnutím **č. 317/2010 Z. z. čl.1.** je presadzovať, chrániť a zabezpečovať plné a rovnaké využívanie všetkých ľudských práv a základných slobôd všetkými osobami so zdravotným postihnutím a podporovať úctu k ich prirodzenej dôstojnosti. Osoby so zdravotným postihnutím zahŕňajú osoby s dlhodobými telesnými, mentálnymi, intelektuálnymi alebo zmyslovými postihnutiami, ktoré v súčinnosti s rôznymi prekážkami môžu brániť ich plnému a účinnému zapojeniu do života spoločnosti na rovnakom základe s ostatnými.

Vyhláška č. 317/2010 Z. z. čl. 9. hovorí o tom, ako umožniť osobám so zdravotným postihnutím, aby mohli žiť nezávislým spôsobom života a plne sa podieľať na všetkých aspektoch života, zmluvné strany prijímú príslušné opatrenia, ktoré zabezpečia osobám so zdravotným postihnutím na rovnakom základe s ostatnými prístup k fyzickému prostrediu, k doprave, k informáciám a komunikácii vrátane informačných a komunikačných technológií a systémov, ako aj k ďalším prostriedkom a službám dostupným alebo poskytovaným verejnosti, a to tak v mestských, ako aj vo vidieckych oblastiach. Tieto opatrenia, ktoré budú zahŕňať

identifikáciu a odstraňovanie prekážok a bariér brániacich prístupnosti, budú sa vzťahovať okrem iného na budovy, cesty, dopravné a iné vnútorné a vonkajšie zariadenia vrátane škôl, obytných budov, zdravotníckych zariadení a pracovísk.

Vyhláška č. 447/2008 Z. z. ,tento zákon upravuje právne vzťahy pri poskytovaní peňažných príspevkov na kompenzáciu sociálnych dôsledkov ťažkého zdravotného postihnutia, právne vzťahy pri vyhotovení preukazu fyzickej osoby s ťažkým zdravotným postihnutím, vyhotovení preukazu fyzickej osoby s ťažkým zdravotným postihnutím so sprievodcom (ďalej len „preukaz“), parkovacieho preukazu pre fyzickú osobu so zdravotným postihnutím (ďalej len „parkovací preukaz“) a právne vzťahy na účely posudzovania potreby osobitnej starostlivosti poskytovanej podľa osobitného predpisu.

Vyhláška č. 577/2004 Z. z., účelom tohto zákona je ustanoviť rozsah zdravotnej starostlivosti uhrádzanej na základe verejného zdravotného poistenia za podmienok ustanovených osobitnými predpismi a úhrady za služby súvisiace s poskytovaním zdravotnej starostlivosti.

Súčasťou usmernení sú taktiež prílohy, v ktorých sa nachádzajú piktogramy, ktoré konkrétne kategorizujú prístupnosť pre imobilných. Piktogramy sú veľmi dôležité, pretože sú vyznačené obrázkom. Nie je problémom ich čítať a porozumieť im.

Základnú prístupnosť pre imobilných ľudí určujú piktogramy.

1. Objekt prístupný



Objekt je úplne prístupný.

2. Objekt neprístupný



Objekt je z veľkej časti neprístupný a je potrebná osobná asistencia.

3. Symbol pre sluchovo postihnutých



Symbol je štvorec modrej farby, na ktorom je zobrazený bielou čiarou obrys ucha, ktorý prerušuje diagonála vedená z pravého horného rohu štvorca.

4. Symbol pre zrakovo postihnutých



Piktogram je modrý štvorec, na ktorom je bielou farbou zobrazená postava, ktorá drží v ruke bielu barličku.

5. Symbol toaleta vyhradená pre imobilných



Toaleta je úplne prístupná pre imobilných

6. Piktogram parkovanie vyhradené pre telesne postihnutých



Značka sa používa na parkoviskách k označeniu vyhradeného miesta pre invalidov.

7. Symbol aktívneho vodičara



Od roku 2010 sa už používa aj symbol tzv. aktívneho vozičkára. Jeho použitie vyjadruje rešpekt voči vozičkárom, ktorí sú často aktívnejší ako zdraví ľudia.

3 ZDRAVIE SPOJENÉ S KVALITOU ŽIVOTA

Postihnutie nie je iba zdravotným problémom alebo atribútom jednotlivca, ale odráža aj problémy, ktoré jednotlivci prežívajú pri interakcii so spoločnosťou a fyzickými pohybmi. Zdravotne postihnuté osoby zostávajú zanedbávanou súčasťou spoločnosti a tiež čelia rôznym prekážkam v dôsledku obmedzenia účasti na živote. Pre zdravotne postihnuté osoby a ich rodiny sa situácia stáva dvojnásobne zložitou v dôsledku všeobecného zdravotného problému a jedinečnej sociálnej stigmy spojenej s rôznymi druhmi zdravotného postihnutia. Ľudia so zdravotným postihnutím čelia rôznym prekážkam v dôsledku obmedzenia účasti a ich životy sú ovplyvnené zlými zdravotnými výsledkami, nízkym vzdelaním, nedostatkom sociálnej a ekonomickej účasti, vyššou mierou chudoby a väčšou závislosťou (Kuvalekar, K, 2015).

Kvalitu života môžeme odvodiť od vonkajších objektívnych okolností a situácií, ktoré vymedzujú život človeka, od toho ako človek prežíva určité životné zmeny, a akú hodnotu im pripisuje. Kvalita života môže byť daná vzájomným pôsobením: sociálnych, zdravotných, environmentálnych a ekonomických podmienok, týkajúcich sa ľudského a spoločenského rozvoja. Predstavuje nám na jednej strane objektívne podmienky na kvalitný život a na druhej strane subjektívne prežívanie dobrého života (Vyhnálová , 2008, s. 8). Socializáciu autori definujú najčastejšie ako proces včleňovania jedinca do spoločnosti a spoločenských vzťahov. Podľa Ondrejkooviča „socializáciu rozumieme ako proces a vývin osobnosti vo vzájomnej závislosti od spoločensky sprostredkovaného sociálneho a materiálneho okolia. Podstatné pri tom je, ako sa človek stáva subjektom, schopným spoločenského konania. (Ondrejkoovič, 2004, s. 44).

Pre človeka predstavuje zdravie podľa rôznych sociologických výskumov, jednu z najdôležitejších hodnôt. Z dôvodu, že človek si uvedomuje súvis medzi dobrým zdravotným stavom a kvalitou života. Väčšina ľudí berie dobrý zdravotný stav ako samozrejmosť a neuvedomujú si tak nepriaznivý dopad zdravotného stavu na kvalitu života. (Matulayová, 2001). Keď sa človek vyrovnáva so svojím postihnutím, žije a kooperuje s nepostihnutými. Podáva výkon, ktorý aj on, aj spoločnosť považujú za spoločensky významné. (Končeková, 2004, s 91).

Podľa Matouška zásada rovnakých práv znamená, že potreby každého jednotlivca sú rovnako podstatné a dôležité. Všetky zdroje musia byť rovnako dostupné. Zdravotne postihnutí sú predovšetkým občania a ľudia, ktorí majú právo žiť vo svojej komunite a mala by im byť

zabezpečená podpora vo všetkých oblastiach: zdravotnej starostlivosti, sociálnych služieb a zamestnávania (Matoušek, a kol. 2005).

Pre lepšie chápanie princípov univerzálnej bezbariérovej tvorby je potrebné poznať jednotlivé limity rôznych druhov zdravotného prostredia. Ide o telesné, mentálne postihnutie.

3.1 Telesné postihnutie

Môže byť vrodené (v prenatálnom období). Získané v dôsledku úrazu alebo získané v priebehu života. Telesné postihnutie je stav, ktorý predstavuje ortopedické, kardiovaskulárne, pľúcne poruchy či nervovo svalové poruchy. (Tunstall, 2002). Väčšina telesných postihnutí vyžaduje možnosť využívania kompenzačných pomôcok, ktoré slúžia k vyrovnaniu funkčných obmedzení, posilneniu nezávislosti, pohyblivosti a napomáhajú tak k samostatnosti čo zvyšuje celkovú kvalitu života osoby s telesným postihnutím (Vítková 2010).

Telesné postihnutie môžeme označiť ako poruchu telesnej stránky. Najväčšiu skupinu ľudí s postihnutím tvoria osoby s telesným postihnutím. Ako hlavný znak telesného postihnutia, môže byť celkové, alebo čiastočné obmedzenie hybnosti. Zapríčinenie obmedzenie hybnosti, môžeme rozlíšiť primárnym alebo sekundárnym spôsobom. Medzi primárne poruchy hybnosti radíme napr. detskú mozgovú obrnu, progresívnu svalovú dystrofiu, amputácie, rázštep chrbtice a ďalšie. Druhotné príčiny poškodenia hybnosti sú spôsobené poruchami kardiovaskulárneho a metabolického systému a majú tak za následok obmedzenie pohybu (Vítková, 2006).

Dlhodobý alebo trvalý stav charakterizovaný anatomickou poruchou a orgánov popisujú Kisvetrová a Ježorská (2014). Pojem telesného postihnutia je veľmi široký na , ktorý poukazuje Váľková (2012). Môžeme v ňom vnímať jedinca, ktorý používa vozík , alebo osoby s poškodením miechy, amputáciami ale aj osoby so somatickými problémami: kardiovaskulárnymi , onkologickými, dýchacími a s diabetom. Postihnutie na medzinárodnej úrovni podľa WHO (Svetová zdravotnícka organizácia – World Health Organization) je definované v pojmoch ako: impairment , čo v preklade definuje vadu alebo poškodenie. Strata, alebo abnormalita psychologických, anatomických či fyziologických funkcií ľudského tela. Handicap predstavuje poškodenie či znevýhodnenie a celkovú stratu výkonu, ktorá bráni vykonávať činnosti v takom rozsahu, aby odpovedali pohlaviu, sociálno-kultúrnym faktorom a veku. Disability vyjadruje neschopnosť alebo obmedzenie vykonávať určitú činnosť, ktorá je bežná pre obyčajnú populáciu. (Vítková, 2006).

3.2 *Detská mozgová obrna (DMO)*

Je jedným zo závažných neurologických ochorení v detstve a s pribúdajúcim vekom aj v dospelosti postihnutého. Ide o celoživotný zdravotný problém. DMO je syndrómom s rôznou etiológiou, kde sa uplatňujú civilizačné faktory (Ondriová , 2009).

Detskú mozgovú obrnu je možné definovať, ako neprogresívne a nestacionárne postihnutie centrálného nervového systému, ktorý vedie k poruchám voľnej hybnosti, mimovoľných pohybov a parezám (Ješina, Kudláček a kol., 2012, 75). Detskú mozgovú obrnu môžeme rozdeliť do troch základných skupín: Topografická - diparéza, hemiparéza a kvadruparéza. Nervovo svalová - spastická / nespastická. Funkčno športová – triedy ako CP-IRSA, Spastik Handicapu od najťažších foriem telesného postihnutia CP1 až po CP8, ktorá je najľahšia forma telesného postihnutia (Ješina a Kudláček, 2013). Jedným z najčastejších prejavov je spasticita manifestujúca so zvýšeným svalovým tonusom a napínaných reflexov, ktoré spôsobujú kĺbne kontraktúry limitujúce motoriku (Bajerová 2010). Postihnutie je jednorazové a nemá progresívny charakter. Pokiaľ postihnutie nie je ťažké, dieťa nemusí po pôrode javiť známky postihnutia. Pretože pohybový program novorodenca je veľmi jednoduchý a ide o reflexné odpovede na propioceptívne, a gravitačné podnety – teplo, chlad, tlak, natiahnutie/skrátenie svalu (Pfeiffer, 2007).

Často sa pripája zníženie inteligenčných schopností, kde patria zmyslové poruchy a niekedy aj sekundárna epilepsia. Pri všetkých formách detskej mozgovej obrny vznikajú aj ďalšie poruchy, napr. rečové, zrakové, sluchové a rozličné poruchy citlivosti. A u jednej tretiny všetkých postihnutých sú časté epileptické záchvaty. Pri dodržiavaní správnej životosprávy a sústavnom liečení sa buď zabrzdia, zmiernia, alebo sa zníži ich počet. Pomerne časté sú poruchy inteligencie a poruchy spávania. Dieťa sa nevie sústrediť a je často roztržité a vzdorovité (Kraus, 2005).

Primárne delenie DMO je nasledovné :

- Paréza – ide o čiastočnú obrnu
- Plégia – ide o úplnú obrnu
- Spastická – ak je zasiahnutá CNS: mozog a miecha
- Periférna – zasiahnuté sú nervy periférne
- Zmiešaná a psychogénna. (Kraus, 2005)

Podľa lokalizácie postihnutej časti tela obrnu delíme nasledovne :

- Monoparéza – postihnutá je len jedná z končatín.
- Hemiparéza – zasiahnutá je buď celá pravá alebo ľavá polovica tela, vrátane tvárovej časti.
- Paraparéza – zasiahnuté sú spravidla dolné končatiny. Najčastejšou príčinou vzniku je poškodenie miechy.
- Kvadruparéza – zasiahnuté sú obe dolné i horné končatiny.
- Diparéza – hlavným znakom je spasticita dolných končatín (Jankovský, J. 2006).

3.3 *Spina bifida (rászstep chrbtice)*

Rászstep chrbtice spôsobuje znetvorenie chrbtice, ktoré je spôsobené neúplným uzavretím oblúkových stavcov počas vývoja embrya. Tento defekt je najčastejšie lokalizovaný v lumbálnej oblasti. Stupeň defektu tak môže byť rozličný. Ako najľahšia forma defektu chrbtice je považovaná Spina bifida occulta, kedy prítomný kostný defekt je už bez prítomnej abnormality miechy a miechových obalov. V takomto prípade je kostný defekt naznačený malou jamkou alebo ochlpeným pigmentovým névom na koži, ktorý je lokalizovaný nad miestom postihnutia. Následkom mechúrového opuchu nad defektom pri väčších kožných defektoch vzniká spina bifida cystica (Mohan,2010).

Keďže miecha a chrbtica sa u embrya vyvíjajú z tzv. neurálnej trubice, rászstep chrbtice niekedy označujeme aj ako porucha uzáveru neurálnej trubice – NTD a spina bifida predstavuje neuzatvorenie oblúka stavca. 80% - 90% zatvorených NTD a 100% NTD otvorených (Horn, 2014).

Tortoriho – Donatiho klasifikácia delí defekty NTD podľa celistvosti kožného krytu na zatvorené a otvorené.

- Zatvorená – charakteristické sú patologickým vývojom nervovej rúry, ktorá je krytá kožným krytom.
- Otvorená – je charakteristická prolapsom nervových štruktúr cez neuzavretý svalový, kostný a kožný kryt naširoko otvoreným miechovým kanálom, ktoré majú dorzolaterálnu orientáciu s rudimentárnymi pediklami (Horn, 2014).

Najčastejšie defekty neurálnej rúry u detí patrí myelomeningokela a u dospelých to je spina bifida occulta. Tá je v 20% náhodným neurologickým nálezom (Dragula, 2015).

Meningomyelokéla – dochádza k výstupu miechy a miechových obalov , a v niektorých prípadoch sú nervy odkryté. V iných býva vyčnievajúca časť kožou pokrytá. Ochrtutie môže

byť tak silné, že postihnutá osoba nemôže chodiť. Môže mať inkontinenciu močových ciest a črevnú dysfunkciu (Mohan, 2010).

Myelomeningokéla – považuje sa za najťažšiu vrodenú vývojovú chybu. Viditeľný vak je tvorený miechovými obalmi spolu s malformovaným nervovým tkanivom. Ten sa vyklenuje v strednej čiare na chrbte novorodenca (Gajdoš, 2013).

Príčinou rászštepových ochorení sú heterogenné. Zahŕňajú chromozomálne abnormality a teratogénu expozíciu , avšak príčina vo väčšine prípadov nie je známa. Mechanizmus ochranného účinku známy presne nie je. Je pravdepodobné, že zahŕňa gény, ktoré regulujú metabolizmus folátov a ich látkovú výmenu (Mitchell, 2004). Dostatočný a pravidelný prísun kyseliny listovej pomáha predchádzať defektom neurálnej rúry a to až v 70% prípadov. Dôležité je užívanie kyseliny listovej ešte pred počatím. Týmto môžeme veľmi účinne predchádzať vzniku rászštepu chrbtice a iného defektu neurálnej trubice (Kovács, 2010).

3.4 Poškodenie miechy

Pri poranení miechy dochádza k procesom, kedy dochádza k zmene v štruktúre, ale aj vo fyziológii a správnom fungovaní miechy. Nastáva spinálny šok. Pro ktorom je možné pozorovať prechodnú fyziologickú depresiu sensorických-motorických funkcií. Spojených s poruchou autonómnej inervácie (Dobiáš, 2008). Pod úrovňou zranenia je funkcia miechy značne eliminovaná a okrem paralýzy končatín je obmedzená funkcia zmyslových reflexov. Reflexy na vnímanie tlaku, bolesti, dotyku a reflexov zabezpečujúcich správny chod tráviacej a vylučovacej sústavy (Rowland, 2008). Mechanizmy, ktoré sa odohrávajú v poškodenej mieche môžeme popísať v dvoch fázach. Náhla trauma, tá spôsobí prvé poranenie, ktoré sa odohráva vo fáze primárnej a vzniknuté poranenie však nie je konečné. Odštartuje fázu sekundárnu a spôsobuje množstvo patofyziologických procesov, ktoré pôsobia deštruktívne na tkanivo (Rowland, 2008).

S okamihom úrazu je priamo spätá počiatková mechanická trauma miechy a zahŕňa pôsobenie trakčnej a tlakovej sily na chrbticu alebo priamo na miechu. Ako hlavné mechanizmy poranenia miechy patrí jej hypeflexia, kompresia a hyperextenzia (Mravec, 2013). Tlak a pomliaždenie, ktorý je vyvíjaný na nervové elementy, sú zapríčinené nalomením a translokáciou chrbticových segmentov, ako medzistavcových platničiek, stavcov a tiež okolitého väziva, ktoré poškodia miechu tak aj periférny nervový systém (McDonald – Sadowsky, 2002). Poškodenie okolitých ciev a následnú mikrohemoragiu v sivej hmote vyvolá už počiatkové poškodenie a okrem porušenia krvného zásobovania nastáva narušenie

bunkových membrán nervových buniek a prerušenie axónov (McDonald – Sadowsky, 2002). Trauma, ktorá je spôsobená mechanickým poškodením je len spúšťačom ďalších procesov, odohrávajúcich sa v nasledujúcich dňoch a hodinách po poranení (Rowland, 2008). Sekundárne poškodenie miechy je dôsledkom vzniknutého edému, ischémie a zápalu. Zvyšuje sa počet zanikajúcich neurónov, tieto procesy vedú k narušeniu hemato-encefalickej bariéry, vzniku kavitácií a demyelinizácii, čím dochádza k poškodeniu okolitého tkaniva. Deštrukcia tkaniva je umocnená pôsobením cytokininov, neutrofilov, reaktívnych foriem kyslíka a oxidu dusičnatého (Mravec, 2013).

Rozoznávame niekoľko druhov porúch:

- Motorické poruchy - chabé obrny s poškodením predných rohov miechy. A spastické obrny pri vzniku poškodenia kortikospinálnych dráh.
- Senzitívne poruchy
- Sfinkterové poruchy – môže ísť o inkotinciú a retenciu. Inkotinciú moču môže byť intermitentná a moč odchádza prerušovane a samovoľne.
- Trofické a vegetatívne poruchy – trofické zmeny kostí, kože a svalov (dekubity, atrofia svalov, osteoporóza).
- Sexuálne poruchy – sexuálna anestéza a impotencia. Na túto poruchu musí byť obojstranná lézia. (www.fyzioterapia.kjk.sk).

3.5 Svalová dystrofia

Svalové dystrofie patria medzi geneticky podmienené svalové ochorenia. Odborné nazývané myopatie, ktoré sa prejavujú svalovou slabosťou a atrofiou. Čiže úbytkom svalstva. Priebeh svalových dystrofií je obvykle chronicko- progredientný. Intenzita a lokalizácia svalových príznakov je u jednotlivých svalových dystrofií rozdielne vyjadrená (Mego, 2009). Ide o ochorenie, ktoré najprv postihuje svalovú sústavu. Charakteristickou črtou ochorenia je porucha hybnosti a to v zmysle svalového oslabenia, alebo poruchou svalové sťahu. Postihnuté je priečne pruhované svalstvo. Ochorenie zväčša postihuje chlapcov, príčiny vzniku nie sú známe. Zvyčajne sa začína prejavovať v útlom veku, nenápadne a skryto. Postupne sa stav zhoršuje. Do 10 rokov od vypuknutia choroby stráca chorý schopnosť chodiť. Po rozličných infekčných ochoreniach, alebo zlyhaní srdca nastáva smrť (Tomíková, 2003).

Svalová dystrofia je progresívne ochorenie. Spôsobuje postupné oslabovanie a ochabovanie svalstva na celom tele, pričom sa postihnutý človek stáva odkázaný na pomoc iných osôb. Pri nevyhnutných úkonoch ako je: obliekanie, vyzliekanie, príprava jedla

a hygiena. Najväčším problémom je vznik imobility. Postihnutá osoba stráca schopnosť ovládať niektoré svalové skupiny. Stráca schopnosť sa samostatne postaviť, chodiť po schodov a bežať.

Vývoj deti je na počiatku normálny, prvými príznakmi svalového poškodenia je oneskorený začiatok chôdze ale špičkovanie, kedy dieťa nenašľapuje na päty. Prejavy svalovej slabosti horných končatín sa objavujú o 3-5 rokov neskôr. V 9- 11 rokov vzniká výrazná skolióza a v dôsledku svalovej nerovnováhy vznikajú kontraktúry kĺbov. Srdcové a dýchacie svaly sú tiež postihnuté svalovou slabosťou (Hajduová, 2015).

3.6 Amputácia končatín

Je definovaná ako chirurgické odstránenie celej končatiny alebo jej časti. Realizuje sa najčastejšie ako výkon zachraňujúci život. Exartikulácia je pojem s ktorým sa môžeme stretnúť pri amputácií, rozdiel spočíva v tom, že pri amputácií je odstránená periferná časť končatiny, zatiaľ čo pri exartikulácií dochádza k odstráneniu končatiny v mieste kĺbu (Zeman, 2011). Pre každého pacienta predstavuje takýto výkon vážny zásah do celého organizmu. Zasahuje somatickú ale aj psychickú stránku človeka a mení dovtedajší spôsob života . Postihnutý si uvedomuje trvalú stratu časti tela, ktorú používal pri každodenných činnostiach. Čo ovplyvňuje jeho osobný, rodinný, pracovný a tak isto aj spoločenský život (Krahulec, 2013). Príčiny, ktoré vedú k amputácií sú rôzne. Stavby, ktoré vedú k amputácií sa rozdeľujú do niekoľkých základných skupín a tie sú kongenitálne anomálie, nádory, traumy a choroby končatinových ciev (Sosna, 2001).

- Kongenitálne anomálie: takýmto pojmom označujeme vrodené chyby, ako sú napríklad deformity končatín. V týchto prípadoch je amputácia indikovaná len zriedka a pri odstránení deformity dochádza k zlepšeniu funkcií.
- Nádory: pre pokročilé nádory sú amputácie indikované, keď je postihnutá kosť, svaly, nervy, cievy alebo mäkké tkanivá. Zaradiť sem môžeme maligny mesenchymóm alebo obrovsko bunkový kostný nádor. U benigných nádorov sa vykonáva amputácia len zriedka a to napríklad pri nevhodnej lokalizácii a veľkosti tumoru.
- Traumy: amputácia je indikovaná pri devastujúcich poraneniach. A tak nie je možná rekonštrukcia jednotlivých štruktúr, jedná sa o úrazy spôsobené pri dopravných nehodách, práci alebo úrazov spôsobených z vojny.
- Infekty: infekcie, ktoré nereagujú na konzervatívnu liečbu a môžu ohrozovať život pacienta (Krahulec, 2013).

- Choroby končatinových ciev: zaradujem sem najčastejšie diabetickú angiopatiu, ktorá vedie k vzniku diabetickej gangrény s infekciou, čo zvyšuje riziko amputácie. Atérioskleróza dolných končatín sa prejavuje ischémiou. Nielen že znižuje kvalitu života, ale často vedie k amputácii končatiny (Štvrtinová 2008) .

3.7 Osobnosť ľudí s telesným postihnutím

Navonok je telesné postihnutie azda najviac viditeľné a preto nestačí brať do úvahy objektívny stupeň postihnutia, ale treba prihliadať aj k subjektívnemu hodnoteniu sociálneho významu postihnutia. Ako hodnotí jedinec svoje postihnutie, nezávisí iba od jeho osobných vlastností, ale vo vysokej miere je aj odrazom predsudkov spoločnosti. Predsudky môžu práve viesť k diskriminácii, ktorá reaktívne navodzuje delikventné konanie a asocialitu postihnutých. Predsudky sú často krát kritickejšie, ako reálny spoločenský hendikep postihnutých. Pre samotný rozvoj telesne postihnutého jedinca je mimoriadne dôležité ako sa so svojim postihnutím dokáže vyrovnáť. Platí, že čím je človek mladší, tým sa so svojim postihnutím dokáže lepšie vyrovnáť. Ak k postihnutiu došlo v období puberty alebo neskôr, zvyšuje sa pravdepodobnosť depresívnych stavov a citovej lability. Telesne postihnutých často sprevádza komplex menej cennosti. Najmä ak ide o viditeľné odchýlky telesného vzhľadu (Požár, 1996). Postihnutý jedinec sa usiluje a kompenzuje svoje postihnutie. Spôsoby kompenzácie bývajú rôzne. Je optimálne, ak sa usiluje a dokáže vyniknúť v niektorej oblasti a často krát môže viesť k charakterovým zmenám osobnosti. Pozitívnym príkladom super kompenzácie môžeme uviesť skvelé výsledky, ktoré paraolympionici dosahujú (Požár, 2007).

3.8 Zrakové postihnutie

Osoba so zrakovým postihnutím má svoje špecifické charakteristiká, znaky a prostredníctvom toho sa odlišujú od normálne vidiacich a na druhej strane od iných skupín postihnutých (rečovo, sluchovo, telesne, mentálne) (Slowík, 2007). So zrakovým postihnutím považujeme osobu, jednotlivca, ktorá i po optimálnej korekcii (medikamentóznej, chirurgickej, okuliarovej, a pod) má v bežnom živote problémy so získavaním a spracovaním informácií zrakovou cestou, ako je čítanie, písanie, zraková orientácia v priestore, a iné) (Slowík, 2007). V troch smeroch sa dokáže zrakové postihnutie prejavovať a to znížením zrakovej ostrosti, obmedzením alebo poškodením zorného poľa a poruchou farebného videnia (Oláh, 1998).

Diferencovať do skupín môžeme jednotlivcov so zrakovým poškodením na základe rôznych kritérií. Pri rozdeľovaní sa môžu uplatniť rôzne kritéria a hľadiská. Sú to oftalmologické kritériá, špeciálnopedagogické, pedagogickopsychologické a predovšetkým kritérium zrakovej

ostrosti. Z oftalmologických kritérií môžeme rozdeliť zrakovo postihnutých do troch základných skupín – slabozrakí, binokulárne chybní (tupozrakí, škul'aví) a nevidiaci. Jesenský (2002) definuje špecifickú skupinu osôb so zrakovým postihnutím nasledovne:

- Nevidiaci (úplná slepota, so zachovalým čiastočným videním, so zachovalým svetlocitom).
- Osoby s kombinovaným postihnutím .
- Binokulárne chybní (monokulus, tupozrakí a škul'aví).
- Slabozrakí (ľahkého, stredného a ťažkého stupňa) (Jesenský, 2002).

Na orientáciu v priestore používajú slabozraký hmat, sluch ale aj čuch. Musíme si však uvedomiť, že len malá skupina ľudí so zrakovým postihnutím je skutočne nevidiaca. Slabozrakosťou trpí väčší počet ľudí, ktorí pre pohyb a orientáciu v priestore používajú, v závislosti od stupňa zrakovej poruchy, predovšetkým zvyšky svojho zraku (Samová, 1997). So zvyškom zraku dokážu zrakovo postihnutí vnímať kontrast medzi tieňom, farbami a svetlom, rozoznávať objekty a niekedy aj formy. Mylné sa je domnievať, že pre ľudí so zrakovým postihnutím nie je dôležitá vizuálna stránka diela. Je možné povedať, že dôkladné premyslené vizuálne spracovanie – farba, veľkosť, kontrast – je pre túto skupinu užívateľov veľmi podstatné a preto je dôležité, okrem hmatových a zvukových informácií, sprostredkovať aj dostatočne jasné a vnímateľné vizuálne informácie (Žúžiková, 2011). Spojením nevidiacich s bariérami a potrebou debarizácie nám častokrát cudzia a prekážky, ktoré zabraňujú telesne postihnutému na invalidnom vozíku pokračovať ďalej. Pre nevidiaceho je to situácia ohrozujúca zdravie a dokonca niekedy život alebo znemožňujúcu orientáciu v danej situácii (Martinovič, 2005). Slabozraké a nevidiace osoby majú také nároky k prostrediu, ktoré sú častokrát v rozpore s nárokmi osôb pohybujúcich sa na invalidnom vozíku. Napr. čo je pre nevidiaceho ochrana (obrubník) môže byť pre vozičkára bariéra. (Samová, M. 2008).

Klasifikácia zrakového postihnutia je veľmi rôznorodá a MKN-10, kapitola VII, využíva nasledujúce klasifikácie:

- H00 – H06 ochorenie mihalníc, očné a slzného ústrojenstva
- H10 – H13 ochorenie spojovky
- H15 – H22 ochorenie dúhovky, rohovky, vráskovca a očného bielka
- H25 – H28 ochorenie šošoviek
- H30 – H36 ochorenie cievovky a sietnice
- H40 – H42 glaukóm (zelený zákal)

H43 – H45 ochorenie sklovca a očnej gule

H46 – H48 ochorenie zrakových dráh a zrakového nervu

H49 – H52 porucha binkoulného pohybu, očných svalov, refrakcie a akomodácie

H53 – H54 porucha videnia a slepota

H55 – H59 choroba očných anđexov a iné choroby (WHO, 2014).

3.9 Slepota – slabozrakosť a nevidomosť

Slepota je termín používaný na označenie tých, ktorí majú jednoznačný nedostatok alebo žiadne vnímanie svetla. Približne 15% ľudí s poruchou zraku má úplnú slepotu a väčšina ľudí so zrakovým postihnutím má určitú úroveň videnia. Termín slabozrakosť sa používa, na označenie osôb, ktorých videnie nie je možné úplne korigovať konvenčnými metódami. (okuliare, kontaktné šošovky, lieky, zväčšovacie pomôcky a rôzne iné technológie (Ružičková, 2007). Nevidomosť je vnímaná ako kategória osôb s ťažkým stupňom zrakového postihnutia, dochádza k narušeniu zrakového vnímania až k hranici nevidomosti alebo až k celkovej slepote. Jedná sa o reverzibilný pokles centrálnej zrakovkej ostrosti pod 3/60 a dochádza až k svetlocitu (Ružičková, 2007).

L. Požár (2007) považuje za nevidiacich tých jedincov, ktorí sú: úplne nevidiaci, schopní rozlišovať svetlo a tmu (majú svetlocit) a sú schopní označiť zdroj svetla a jeho lokalizáciu, schopní rozlíšiť pohyby rúk pred svojimi vlastnými očami a schopní vnímať predmet alebo tvár.

Slabozrakosť delíme na : ľahkú, strednú a ťažkú. Ide o zníženú zrakovú ostrosť obidvoch očí a spôsobuje výrazné zrakové ťažkosti, aj pri náprave okuliarmi alebo inou optickou korekciou. Z hľadiska prognózy môže ísť o slabozrakosť stacionárnu, keď je stav nemenný a progresívnu. Dochádza k následnému zhoršovaniu stavu (O.Németh, 1999). Slabozrakosť nazývame nezvratné zhoršenie zrakovkej ostrosti na lepšom oku pod 6/18 až 3/60. To znamená, že osoba čo vidí so zdravým okom z 18 metrovej vzdialenosti tak osoba slabozraká to to vidí až z 6 metrov a dokonca to čo by mala vidieť z 60 metrovej vzdialenosti vidí len z 3 metrovej. (Nová, 2014). Za príčiny postihnutia a jeho vzniku sa uvádza: získané postihnutie v priebehu života, vrodené postihnutie (geneticky alebo získané počas vnútromaternicového vývinu) (Končeková, 2005). Podľa lokalizácie zaradzujeme poruchy zrakového centra, receptora a dostredivej dráhy (O.Németh, 1999).

Finková (2011) poukazuje na zrakovú hygienu. Je dôležité dbať na striedanie zrakovej práce z blízka a do diaľky maximálne po 15 minútach. Finková popisuje slabozrakosť ako orgánové poškodenie oboch očí, ktoré spôsobujú jedincovi problémy pri napĺňaní adekvátnej kvality života.

Nevidomosť

Je stav pri ktorom človek nevníma svetlo, jeho zraková ostrosť je znížená na toľko, že bez výcviku znemožňuje samostatný pohyb a orientáciu v priestore. Preto je v niektorých krajinách rozdielna terminológia. V Indii sa nevidomosť vymedzuje ako úplná strata svetlocitu. V Kanade je nevidomosť chápaná v rozmedzí 6/60 na lepšom oku a s optimálnou zrakovou korekciou (Kimplová, 2010). Růžičková (2015) uvádza, že nevidomosť je spôsobená do 5. roku života v 55% prenatálnym vplyvom a zo 14% infekčnými ochoreniami.

3.10 Porucha binokulárneho videnia

Tzv. binokulárne videnie je koordinovaná senzomotorická činnosť obidvoch očí. Zaisťuje vytvorenie jednoduchého a priestorového obrazu prezentovaného predmetu. Jedná sa o schopnosť vidieť oboma očami pozorovaný predmet jednoducho. S vývojom ostatných zmyslových orgánov prebieha aj binokulárne videnie pričom zrakový dozrieva ako posledný a hneď od narodenia prechádza niekoľkými etapami (Kvetoňová-Švecová, 1999). K poruchám binokulárneho videnia patria poruchy funkčné sú najpočetnejšou skupinou porúch u detí so zrakovým postihnutím a pri týchto situáciách dochádza na sietniciach oboch očí k nevytváraniu rovnakých obrazov, ktoré by pri splynutí vytvorili priestorový vnem (Novohradská, 2009).

To čo vidíme je výsledkom vysielaných signálov z očí do mozgu, mozog zvyčajne prijíma signály z oboch očí súčasne. Informácie z každého oka sú mierne odlišné a pri dobre fungujúcom binokulárnom videní je mozog schopný tieto rozdiely využiť na posúdenie vzdialenosti a koordináciu pohybov očí. Anomálie binokulárneho videnia patria medzi najčastejšie poruchy. S príznakmi sú spojené bolesti hlavy, bolesti očí, rozmazané a občas dvojité videnie. Medzi hlavné výhody binokulárneho videnia patrí schopnosť posúdiť hĺbku a rýchlosť objektov. To môže viesť k problémom napr. s chôdzou po schodoch (Hamed M , 2013).

3.11 Úrazy oka

Tupé poranenia zaraďujeme medzi najčastejšie úrazy, ktoré vznikajú dopadom predmetu na oko, napr. kameň, päšť, lopta a dochádza tak k poraneniu očnice, hlavne jej kostnej

steny. Zlomeniny sú považované za najnebezpečnejšie, ktoré môžu zasahovať do kanálika zrakového nervu. Pri ťažkých poraneniach môže byť poškodená sietnica a zakrvavený sklovec. Kontúzie oka sú súčasťou príznakov samotnej zmeny reakcie zrenice (Uhorová, 2010).

Penetrujúce poranenie oka je veľmi nebezpečné, pretože otvorená rana v oku vytvára vstupnú bránu infekcii. Takéto úrazy vznikajú pôsobením veľkej a náhlej kinetickej energie, väčšinou ostrými predmetmi ako sú: nôž, drôt, nožnice. (Odehnal, 2011).

Pri poranení cudzím telesom väčšinou teleso ostáva pod viečkom, na rohovke alebo v spojovke a spôsobuje bolesť a slzenie. V prípade, ak cudzie teleso prenikne dovnútra oka dochádza k závažnejšiemu poraneniu ako je možnosť vzniku hnisavej infekcie. Medené alebo železné telieska, ktoré ostanú v oku dlhšiu dobu , môžu spôsobiť vo vnútroočných tekutinách telesné zmeny v očnom tkanivu a to býva častou príčinou oslepnutia a atrofie oka. (Růžičková, 2007).

3.12 *Benefity pohybových aktivít u ľudí s postihnutím*

Podľa Ješiny (2011) je pravidelný pohyb vhodným prostriedkom pre celkový rozvoj jedinca. Posilňuje zdravie a skvalitňuje život všetkým vekovým skupinám. Šport veľmi často zohráva veľkú úlohu pri spoločenskom začlenení. Pozitívny efekt pohybovej aktivity môžeme rozdeliť na fyzický, psychický a sociálny.

Do oblasti fyzického zaraďujeme všetky motorické kompetencie a ich rozvoj. Pravidelný pohyb slúži na správne a zdravé udržanie svalovej hmoty, prispieva k skvalitneniu štruktúry kosti a udržaniu ohybnosti kĺbov.

Z psychického hľadiska pohyb ovplyvňuje náladu i celkový pozitívny prístup k životu.

Pohybová aktivita dokáže ovplyvniť našu sebaúctu ako sociálny faktor. Ľuďom s postihnutím pomáha šport s integráciou do rodiny a sociálnych skupín, no hlavne do spoločnosti.

Rovnako ako zdraví ľudia aj ľudia s postihnutím svojou pravidelnou aktivitou prispievajú k prevencii rôznych chorôb. Pohybová aktivita je veľmi dôležitým prvkom k prevencii kardiovaskulárnych chorôb. Ľudia s telesným postihnutím často trpia na srdečné choroby práve kvôli zníženej mobilite.

Pohybová aktivita by mal byť zameraná predovšetkým na rozvoj flexibility a duševnej rovnováhy. Odporúča sa aspoň 5x do týždňa po dobu 30 minút venovať vhodnej „pohybovej“ aktivite, či už plávaniu, cyklistike, rehabilitácii, chôdzi s paličkami,.....

4 CIEĽ PRÁCE

Zmapovanie bezbariérovosti priestorov. Do zmapovania sme zahrnuli a všímali si predovšetkým: parkovacie miesta / plochy /, prístupy do budov, divácke sektory, plochy pre športovcov, taktiež sociálne zariadenia. Snažili sme sa popísať aj cestu od zastávky k jednotlivým mapovaným objektom.

4.1 Postup práce

1. Výber a štúdium literatúry súvisiacou s výskumom
2. Zoznámenie sa s metodikou mapovania
3. Výber relevantných športovísk
4. Zmapovanie areálu
4. Spracovanie dát a informácií

4.2 Výskumné otázky

1. Sú vybrané športoviská, ktoré mapujeme bezbariérové?
2. Aké sú najčastejšie bariéry vo vybraných športoviskách?
3. Je metodika MKPO použiteľná a uplatniteľná pre všetky priestory ?
4. Ktoré z mapovaných športovísk je možné podľa metodiky MKPO zaradiť medzi bezbariérové?
5. Aké sú hlavné bariéry v mapovaných športoviskách?

5 METODY PRÁCE

V procese mapovania bezbariérovosti vybraných športovísk v Košickom kraji sme formou pozorovania a obrazovej dokumentácie získali informácie, ktoré sme spracovali do štandardizovaného záznamového formulára „Formulár pro mapování přístupnosti objektu dle MKPO“. Formulár sme prevzali od Pražskej organizácie vozičkárov, pretože jeho parametre súhlasia s požiadavkami mapovania.

5.1 Charakteristika mapovaných športovísk

Monitorovanie bezbariérovosti športovísk v Košickom kraji prebehlo v týchto miestach:

Košice – STEEL ARÉNA

Michalovce- ZIMNÝ ŠTADIÓN

Trebišov – Mestská krytá plaváreň – AREÁL VODNÝCH ŠPORTOV

5.1.1 STEEL ARÉNA

Adresa: Nerudova 1627/12, 040 01 Košice

Popis budovy: STEEL ARÉNA je najmodernejšou a jedinou multifunkčnou halou na Slovensku. Vďaka úsiliu občianskeho združenia Košická aréna, ktoré po takmer deviatich rokoch obnovilo práce na starom Zimnom štadióne L. Trojáka, sa brány novej STEEL ARÉNY slávnostne otvorili dňa 24. februára 2006. Výsledkom celej snahy je moderný stánok, ktorý, je pýchou mesta Košice a slúži širokej verejnosti. STEEL ARÉNA je situovaná v centre mesta a jej súčasťou je Club Hotel, ktorý je s halou priamo prepojený. Svojou kapacitou 8347 miest a svojim dobre vybudovaným zázemím, doplneným reštauráciou, barmi, sieťou bufetov, štyridsiatimi VIP lôžami a VIP zónami, bezbariérovými vstupmi pre imobilných, výťahy pre imobilných, vytvorila STEEL ARÉNA dôstojné podmienky pre rozvoj košického hokeja, ktorý prirodzene je dominantný, a zároveň umožňuje aj organizáciu rôznych iných športových, kultúrnych a spoločenských podujatí, najmä výstav, koncertov, majstrovstiev a turnajov, rôznych mítingov, kongresov i plesov.

5.1.2 ZIMNÝ ŠTADIÓN

Adresa : Športová 1 , 07101 Michalovce

Popis : Kapacita štadióna je cca 2500 miest na sedenie, celková kapacita štadióna je 4000 divákov. V prízemí (1. nadzemné podlažie) objektu sú umiestnené šatne hráčov, účinkujúcich, aj zamestnancov s potrebným zázemím. Druhé a tretie nadzemné podlažia sú venované nástupu divákov do hľadiskového priestoru (tribúna A, B), priestory pre bufet a hygienické zariadenia pre verejnosť. Na štvrtom nadzemnom podlaží tribúny "A", ktoré je prístupne z hľadiska je vytvorený priestor na státie. Priestor galérie (ochozu) na strane existujúceho objektu technického vybavenia (severná strana), vytvára v dvoch úrovniach komunikačné prepojenie obidvoch tribún a zároveň vytvára priestor pre státie divákov.

5.1.3 MESTSKÁ KRYTÁ PLAVÁREŇ

Adresa : Škultétyho 07501 Trebišov - Areál vodných športov

Popis: Krytá plaváreň s plaveckým a detským bazénom sa nachádza v Areáli vodných športov v strede mesta, na okraji mestského parku pri futbalovom ihrisku. Súčasťou plavárne je plavecký bazén, detský bazén, taktiež parkovisko, šatne, sociálne zariadenia. Momentálny stav : V REKONŠTRUKCII

5.2 Postup práce

Vzhľadom k pandémie Covid-19 prebiehala komunikácia prostredníctvom telefonickej komunikácie alebo prostredníctvom emailu.

Fotodokumentácia a zmapovanie priestoru mi bolo umožnené v zime a potom v máji 2021. Napriek tomu som veľmi povďačný za ústretovosť a ochotu jednotlivým prevádzkovateľom športovísk.

5.3. Technika zberu a spracovanie dát

Hlavnou metódou zberu dát k diplomovej práci bolo štruktúrované pozorovanie a meranie fyzikálnych veličín. Výsledky boli zaznamenané do zápisového archu. K zberu dát som použil formulár pre mapovanie prístupnosti podľa MKPO. Autorom formulára je Pražská organizácia vozičkárov. K meraniu som používal laserový merač značky BOSCH typu GLM 80 Professional, ktorý bol požičaný Univerzitou Palackého v Olomouci.

6 VÝSLEDKY

V tejto časti sme sa venovali popisu vybraných športovísk v Košickom kraji, ktoré boli súčasťou zmapovania bezbariérovosti. K zmapovaniu sme využili formulár prístupnosti objektov podľa MKPO. Súčasťou zmapovania športovísk je aj fotodokumentácia.

6.1 Výsledky zmapovania jednotlivých športovísk

6.1.1 STEEL ARÉNA v Košiciach

Adresa: Nerudova 1627/12, 040 01 Košice



PRÍSTUPNÝ OBJEKT

STEEL ARÉNA je multifunkčná hala, ktorú môžete využiť pre rôzne akcie: 3x tenis, basketbal, hádzaná /polyfunkčná hala A, polyfunkčná hala B, polyfunkčná hala C /,tenis, volejbal.

STEEL ARÉNA v spolupráci so spoločnosťou OMNIPACK s.r.o. zakúpila špeciálnu izoláciu ICE COVERTAN SYSTEMS, ktorú je možné použiť na prekrytie ľadovej plochy.

STEEL ARÉNA sa stala **prvou a jedinečnou halou v Košickom kraji**, ktorá vlastní tento systém.

Prekrytie ľadovej plochy bolo vyvinuté ako podlahová krytina pre zimné štadióny pre polozenie na ľadovú plochu. Pre jeho mechanickú odolnosť a ľahkú montáž/demontáž sa dá použiť na akýkoľvek povrch (parketové podlahy, dlažby, betón, zemina, atď.) viac-menej v športových, kultúrnych a spoločenských miestnostiach. Použitím krycích dosiek je možné využívať túto plochu viacúčelovo, napr. využiť zimný športový areál pre iné športové činnosti, pre kultúrne akcie (koncerty, divadelné predstavenia a iné).

Vstup a interiér

V blízkosti haly je parkovací dom, na ktorom je vyhradených 20 parkovacích miest. Cesta k hlavnému vchodu je vzdialená 300m. Okrem týchto miest sú v blízkosti ďalšie vyhradené miesta, ktoré už však nie sú súčasťou Steel arény. Bezbariérový vstup do budovy je možný hlavným vchodom, ktorý je určený hlavne pre športovcov a personál. Hlavné dvere sú automatické-dvojkridle-posuvné s otváraním do strany. Prejazdová šírka pri otvorení dverí je 120cm. Vstup pre divákov tvoria dvojkridlové mechanické dvere, ktoré umožňujú prístup k turniketom. Tie sú vo výške 85 cm a výška systému k spracovaniu lístka vo výške 105 cm. Vedľa hlavného vchodu je vstup vyhradený vstup do budovy, ktorý je vyčlenený pre imobilné osoby a VIP členov. Vstup do budovy umožňujú dvojkridle manuálne dvere s otváraním von s prejazdovou šírkou hlavného krídla 177cm. Pri vstupe sa okamžite nachádza výtah, ktorý umožňuje prístup na hlavnú tribúnu. Hlavné tlačidlo k privolaniu výtahu je vo výške 112 cm vo všetkých poschodiach. Vstup do výtahu umožňujú šachovité dvere s prejazdovou šírkou 80cm. Klietka je v rozmeroch 110 – 140 cm , interiér tvorí madlo na čelnej stene. Ovládanie výtahu je tvorené reliéfom (ryté vypuklé s najvyššou výškou tlačidla vo výške 125 cm). Po vystúpení z výtahu je vodiaci symbol na stenách, ktorý smeruje k hlavnej tribúne. Cesta pre vozíčkarov na vyhradenú tribúnu bez sedadiel. Pod tribúnou sa nachádzajú miesta, ktoré sú určené pre doprovod. V prípade, ak by chcel divák sledovať podujatie zo sedadiel čaká ho ulička v šírke 40 cm.

Hracia plocha

Prístup na ľadovú plochu je cez mechanické mantinely, ktoré umožňujú voľne prístup na hraciu plochu a jej úpravu. Naproti tomuto vstupu je dlhá bezbariérová chodba, ktorá vedie k šatniam a taktiež tréningovej hracej ploche. Šatne sú tvorené dvermi. Dĺžka hracej plochy je 6000 cm a šírka 3000 cm. Výška mantinelov 100 cm a výška ochranných skiel 180 cm po stranách a za bránou 240 cm. Vzdialenosť mantinelov k divákom je 240 cm. Veľkosť otvoru na striedačky a trestné lavice je 110 cm, lavičky na striedačkách majú dĺžku 1200 cm a šírku 205 cm. Rozmery tréningovej hracej plochy sú na dĺžku 5600 cm a na šírku 2600 cm. Vstup na túto hraciu plochu je rovnako pre verejnosť ako pri hlavnej hracej ploche , a to cez mechanické mantinely.

Sociálne zariadenia – sprcha, toaleta

V hlavnej hale sa nachádza 12 šatní, ktoré sú rozdelené podľa potrieb a vyťaženia klubu. Šatne pre komerčné účely tvoria dvere, ktoré sa otvárajú dovnútra so šírkou 90cm. Prechod medzi dvermi tvorí prechodová lišta vo výške 2cm. Lavice sú vo výške 50 cm nad podlahou. Každé miesto na lavici má 4 vešiaky a tie sú vo výške 150cm. K toaletám a sprchám vedú dvere

v šírke 80cm s otváraním do vnútra. Vypínač v šatni je umiestnený vo výške 125 cm, na toalete a v sprche vo výške 120cm. V sprche a na toalete sa nachádzajú umývadlá s dostatočným priestorom popod nohy ,batérie sú vo výške 93cm. Toaletný papier je pripevnený po pravej ruke na stene vo výške 120 cm od podlahy. V priestoroch šatní sa nenachádzajú upravené toalety. V šatni sa okrem toaliet dá jednoducho dostať k sprchám bez žiadnych prekážok, sprchy poskytujú dostatok manipulačného priestoru Celý priestor v sprchách je pokrytí dlážkou. Sprchová batéria je vo výške 119cm s pákovým mechanizmom. Vo výške 145cm sa nachádza upevnený držiak na mydlo. V šatniach chýbajú upravené toalety, ale tie sa nachádzajú na západnom a východnom krídle arény.

FOTODOKUMENTÁCIA



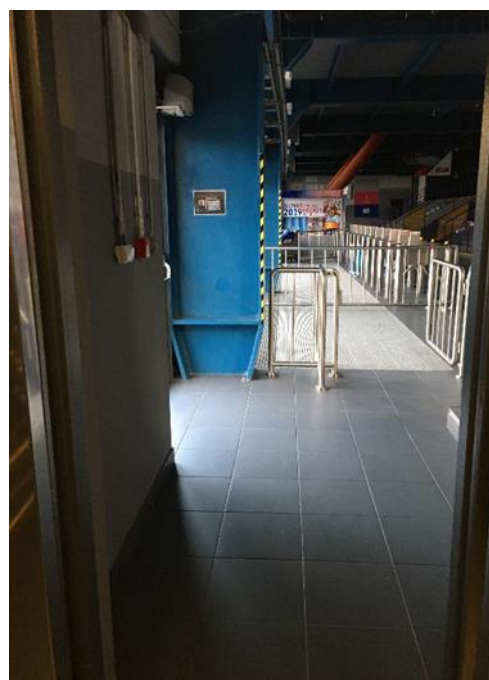
Obrázok 1 - Výťah interiér



Obrázok 2 – Výťah interiér



Obrázok 3 – Priestor pred výtahom



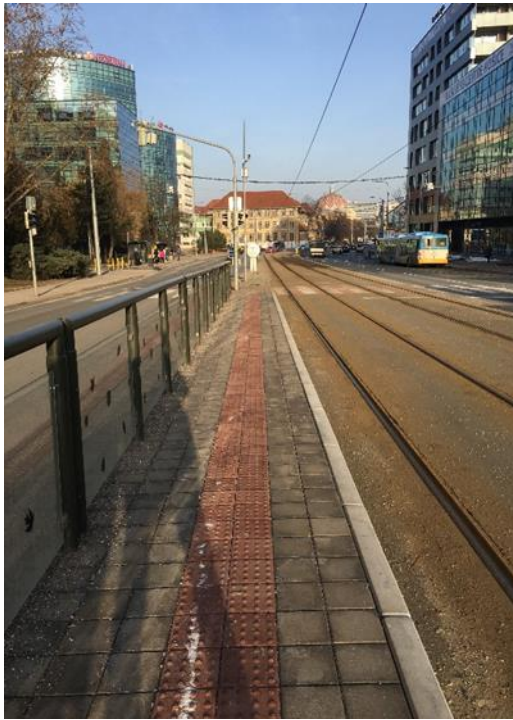
Obrázok 4 – Priestor pred výtahom



Obrázok 5 – Hlavný vstup



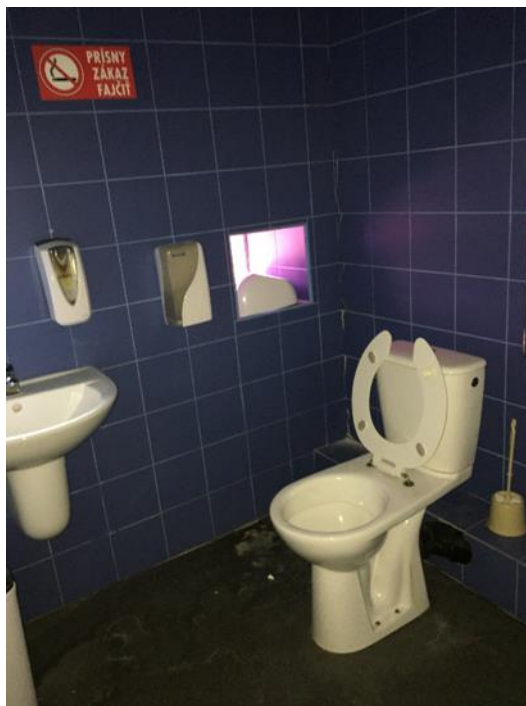
Obrázok 6 – Vstup pre imobilné osoby



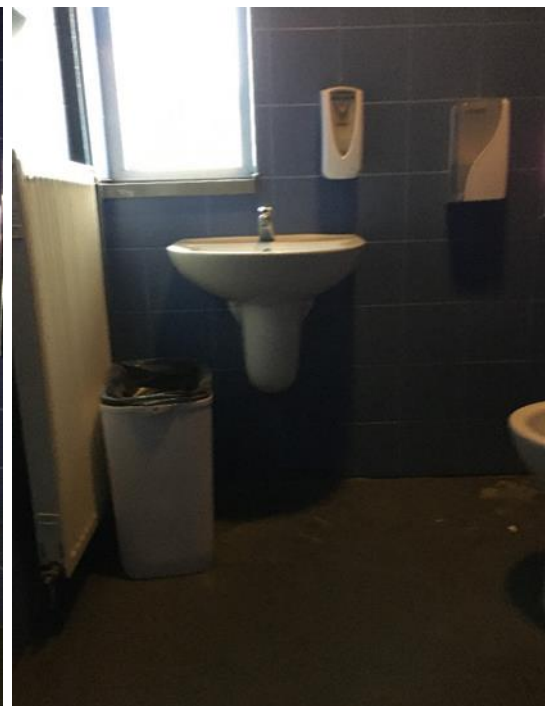
Obrázok 7 – Označenie chodníka k aréne



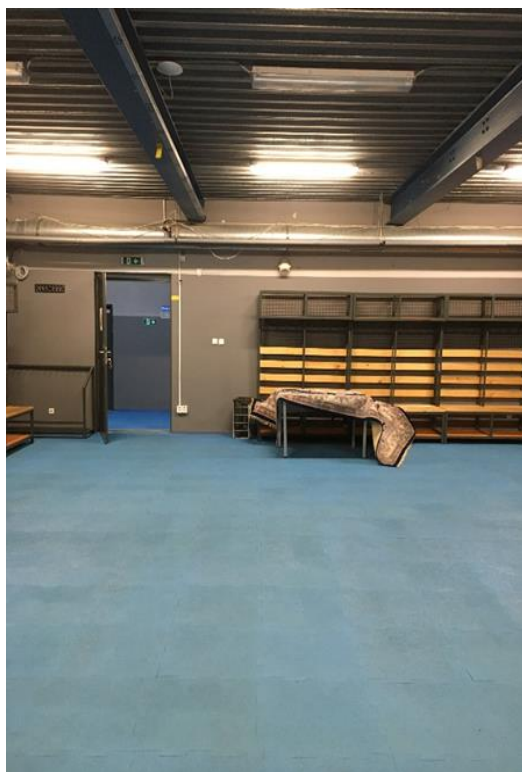
Obrázok 8 – Vyhradené toalety



Obrázok 9 – Vybavenie toalety



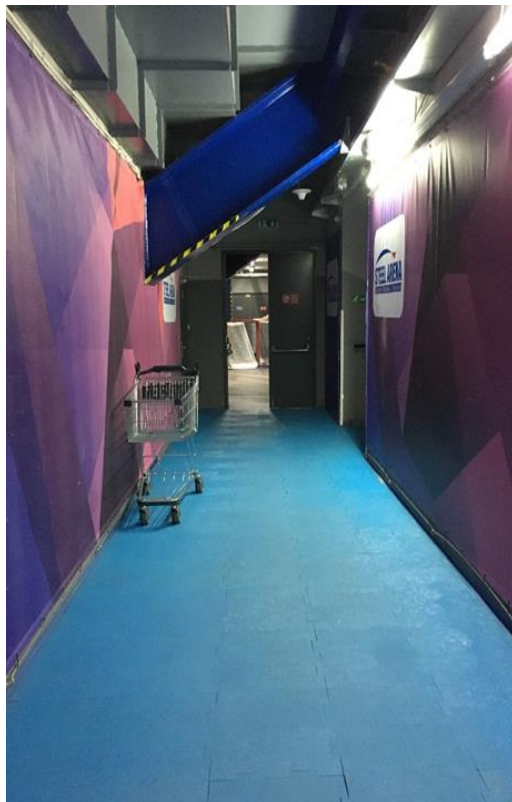
Obrázok 10 – Vybavenie toalety



Obrázok 11 – Šatňa



Obrázok 12 - Sprchy



Obrázok 13 – Chodba zo šatne k ľadu



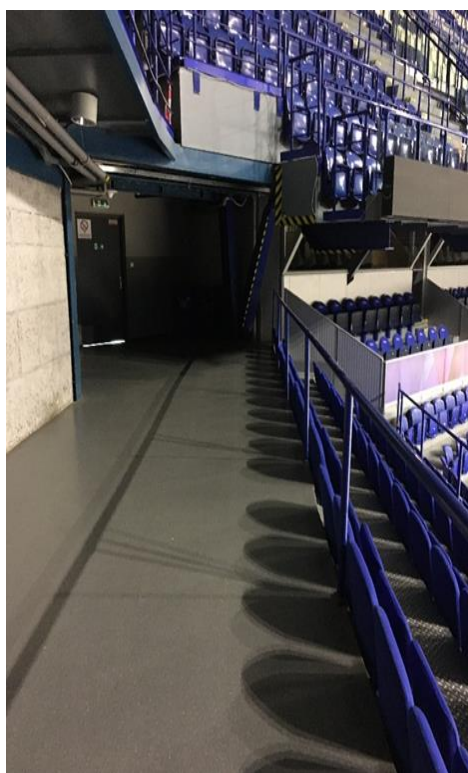
Obrázok 14 – Vstup na hraciu plochu



Obrázok 15 – Vstup na hraciu plochu



Obrázok 16 – Striedačky z tréningovej haly



Obrázok 17 – Tribúna vyhradená pre vozičkárov



Obrázok 18 – Parkovacie miesta

6.1.2 ZIMNÝ ŠTADIÓN v Michalovciach
Adresa : Športová 1 , 07101 Michalovce



ČIASTOČNE PRÍSTUPNÝ OBJEKT

Vstup a interiér

Vstup do haly je možný priamo z parkovacieho miesta, ktorý je od vstupu vzdialený zopár metrov. Pred halou je vyhradených 6 parkovacích miest pre osoby so zdravotným postihnutím. Do budovy je cesta k vchodu pre osoby so zdravotným postihnutím bezbariérová. Pred vstupom a dvermi sa nenachádza žiaden obrubník alebo prekážka, ktorá vytvára obmedzenie. Hlavné dvere sú mechanické dvojkrídlové s otváraním von. Prejazdová šírka hlavného krídla je 90 cm a vedľajšieho 35cm. Po vstupe do vnútra sa po pravej strane nachádza informačné okienko vo výške 125 cm. Na konci tejto chodby sa po pravej strane nachádza upravená toaleta a dvere rovnako mechanické a dvojkrídle, cez ktoré sa je možné dostať k upravenej tribúne a šatniam. Ak by sme sa chceli dostať na prvé poschodie k tribúnam je potrebné prekonať 27 schodov nachádzajúcich sa von pred budovou a následne prejsť cez turnikety. Začiatok a koniec schodov je kontrastne značený. Osoby na vozičku majú na prízemí vlastnú tribúnu nachádzajúcu sa priamo pri mantineloch. Tribúna je vo výške 65 cm s príjazdovou plochou v 23° uhle a 62cm vzdialenosti od mantinelu. Z prízemí je možné sa dostať k miestam na sedenie na tribúne po prekonaní 10 schodov.

Hracia plocha

Zo šatne hracia plocha nie je ďaleko vzdialená a po prekonaní dverí v 90 cm šírke sa dostaneme k striedačkám. Tie sú po pravej a ľavej strane. Veľkosť otvoru je 110 cm cez ktoré sa je možné dostať na ľad. Hracia plocha je v rozmeroch na dĺžku 6000 cm a na šírku 3000 cm. Na striedačkách je lavička v dĺžke 1500 cm a vo výške 67cm. Otvory na striedačkách a trestných laviciach sú v prejazdovej šírke 110 cm. Výška mantinelov je 110 cm a s plexisklom dosahuje výšku 240 cm.

Sociálne zariadenia

V hale je dostupných 7 šatní, ktoré sú rozdelené podľa potrieb klubu a verejnosti. Prístup do šatne je cez dvere v šírke 90 cm s otváraním von. Pri prechode cez dvere sa nachádza prach vo výške 3 cm. Vypínač svetla je vo výške 150 cm a elektrické zásuvky v 115 cm výške. Lavice

na sedenie sú vo výške 49 cm. Pod lavicami sa nachádza odkladací box. Každé miesto na sedenie má 4 vešiaky. Jeden vešiak je vo výške 140 cm a zvyšné 3 v 150cm výške. Nad nimi sa nachádza ďalší úložný priestor. Sprchy a toalety poskytujú umývadla s dostatočným priestorom pod nohy. Umývadlo je vo výške 105cm s mechanickou batériou. Sprchy poskytujú dostatok manipulačného priestoru. Sprchová hlavica je vo výške 195 cm a senzorom pre automatické spustenie v 125 cm výške. V šatni sa nachádzajú 2 stacionárne bicykle. Upravené toalety sa v šatniach nenachádzajú, tie sú pri vstupe z hlavného vchodu cez ktorý prechádzame k upravenej tribúne a hracej ploche.

FOTODOKUMENTÁCIA



Obrázok 19 – Vyhradené parkovacie miesta



Obrázok 20 – Vyhradené parkovacie miesta



Obrázok 21 – Vchod pre verejnosť k turniketom



Obrázok 22 - Turnikety



Obrázok 23 – Bezbariérový vstup



Obrázok 24 – Informačné okienko



Obrázok 25 – prístup k tribúne a šatniam



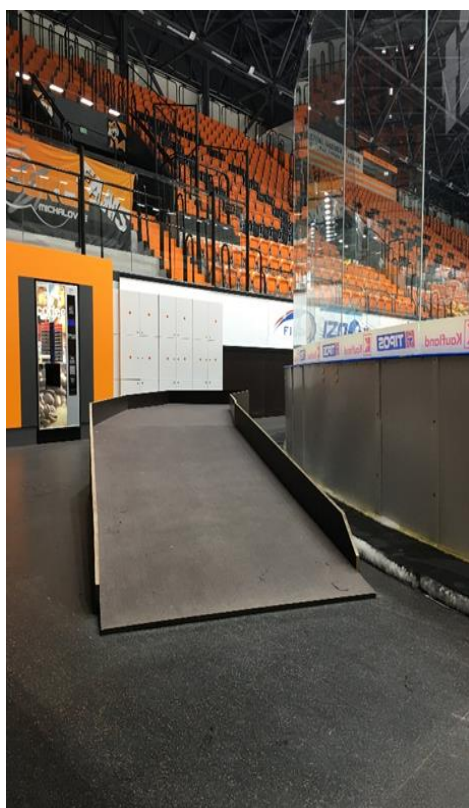
Obrázok 26 - Toalety



Obrázok 27- Umývadlá



Obrázok 28 – Toaleta



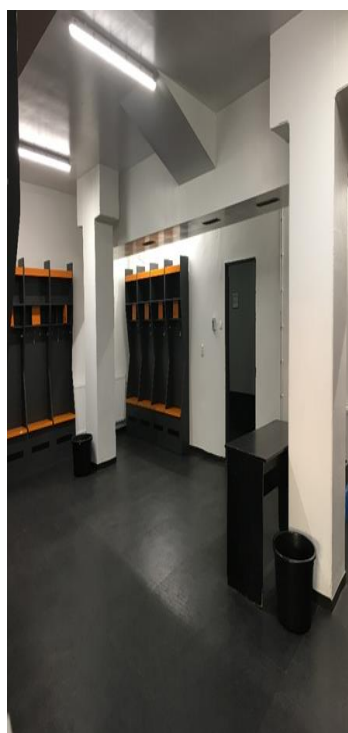
Obrázok 29 – Prístup na tribúnu



Obrázok 30 – Výhľad z tribúny



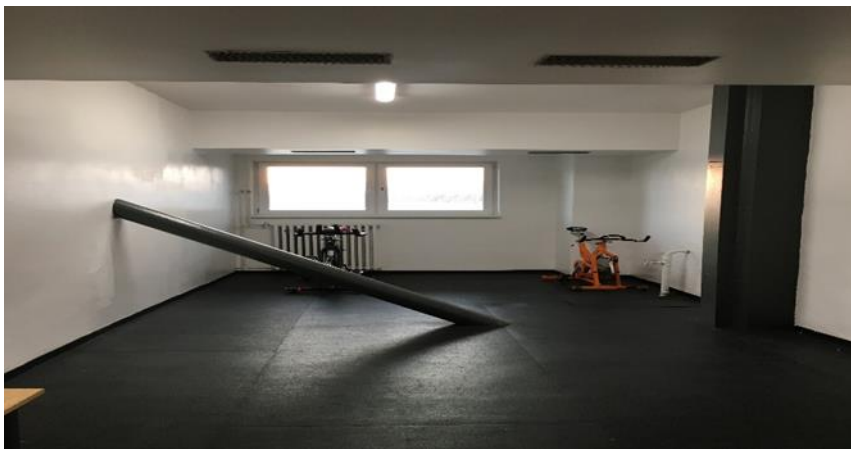
Obrázok 31 – Chodba k šatniam a ľadovej ploche



Obrázok 32 - Šatňa



Obrázok 33 - Sprchy



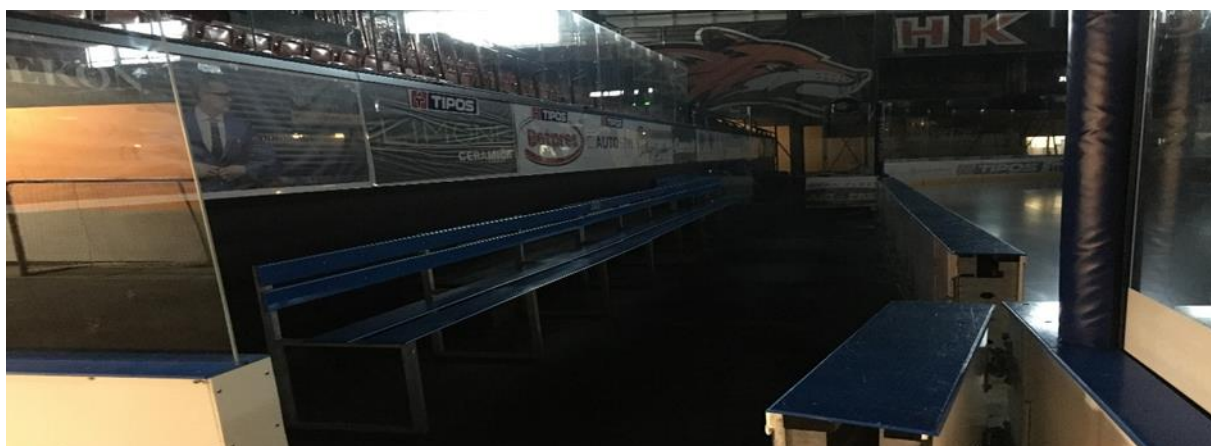
Obrázok 34 - Priestor v šatni



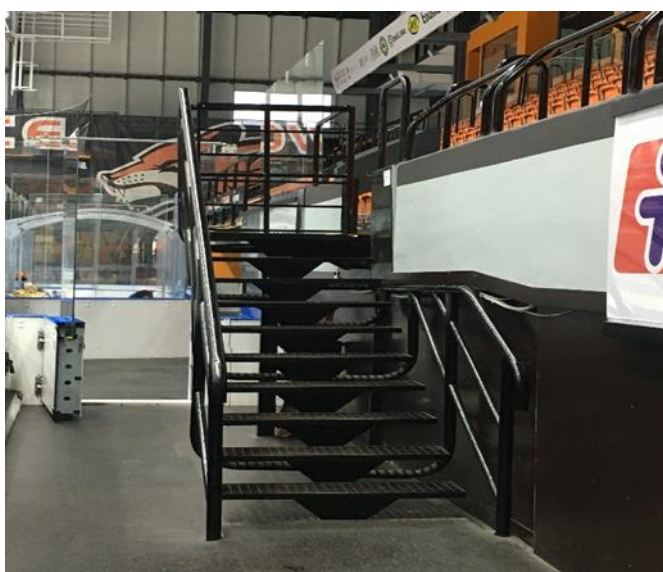
Obrázok 35 - Vstup na hraciu plochu



Obrázok 36 - Trestná lavica



Obrázok 37 - Striedačky



Obrázok 38 - Schody k tribúne z prízemí

6.1.3 MESTSKÁ PLAVÁREŇ v Trebišove

Adresa : Škultétyho 07501 Trebišov - Areál vodných športov



ČIASTOČNE PRÍSTUPNÝ OBJEKT

Vstup do areálu

Areál sa nachádza na rovinnom povrchu a celková dostupnosť k hlavnému vchodu a pokladni je tak bezbariérová. Parkovisko je vzdialené od budovy 20 m a ponúka 2 miesta pre osoby so zdravotným postihnutím. Hlavné dvere sú manuálne dvojkrídlové s otváraním k sebe. Pravé krídlo má šírku 90 cm s rúčkou 70 cm od zeme. Rovnako ako plaváreň tak aj chodníky sa podrobili rekonštrukcii a okrem toho sa pred budovou nachádza zóna s 8 lavičkami. K plavárni nejazdí žiaden autobus a je možné sa k nej dostať okrem auta hlavným chodníkom z mesta. V budove pri pokladni sa nachádzajú 2 turnikety, ktoré umožňujú vstup k ďalším priestorom plavárne. Turniket je na čip vo výške 105 cm a s prejazdovou šírkou 61 cm. Turnikety sú ohraničené zábradlím a v prípade potreby sú tam dvierka, ktoré je možné otvoriť s použitím kľúča a prejazdovou šírkou 80 cm. Takéto turnikety sa okrem vstupu do šatne nachádzajú aj pri vstupe do sauny, oddychovej zóny a posilňovne.

Šatne a sociálne zázemie

Toalety a rovnako aj šatne sa nachádzajú na prízemí. Upravené toalety sú otvorené po celý čas ako aj ostatné. Dvere na toaletách sú v 90 cm šírke s otváraním k sebe. Kľučky sú umiestnené 101 cm od zeme. Vypínač je vo výške 119 cm vľavo od dverí a vedľa neho sa nachádza prebaľovací pult vo výške 108 cm. Toaleta je vo výške 55cm so splachovaním umiestnením na stene v 120 cm výške. Madlo pevne upevnené má dĺžku 60 cm a od steny vzdialené 34 cm. Sklápacie madlo je rovnako vo výške 55 cm a s dĺžkou 80 cm. Umývadlo s pákovou batériou je umiestnené po ľavej strane od toalety v 85 cm výške s dostatočným priestorom pod nohy. Toalety pre ostatných sú umiestnené rovnako v priestoroch šatne. Sprchy majú sprchovú hlavicu vo výške 212 cm a mechanizmus k spusteniu sprchy 122 cm od zeme. V podobnej výške sa nachádza mydlo. V priestoroch spŕch je dostatok priestoru k pohybu. Okrem toho sa v šatni nachádzajú 4 fény upevnené na stane v 135 cm výške. Fény sa spúšťajú automaticky a manuálne výškovo nastaviteľné. V šatni sa nachádza kabínka na prezliekanie pre

osoby so zdravotným postihnutím. Dvere kabínky sú v 90 cm šírke. Hĺbka priestoru kabínky je 148 cm a dĺžka 298 cm. Lavička v kabínke je od zeme 47 cm a kľučka na dverách je 106 cm vysoko. V kabínke sa nachádza vešiak upevnený na dverách a vešiaková tyč. Kabínka ponúka dostatok manipulačného priestoru.

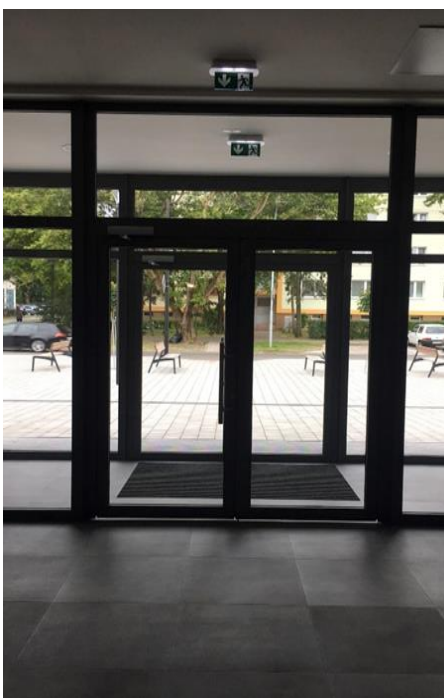
Bazény a zvyšok areálu

K bazénom sa je možné dostať po prekonaní schodiska. Schody nie sú kontrastné na začiatku a ani na konci značené. Prvá časť schodiska je v šírke 173 cm s madlom popri stene vo výške 94 cm a v druhej časti schodiska sa nachádza 11 schodov rovnako s madlom popri stene. Výška schodov je 19 cm. Hlavný bazén má dĺžku 25m a šírku 10m s maximálnou hĺbkou 2 m. Detský bazén má dĺžku 7m a šírku 3m. Prístup do bazénu je možný po rebríku bez pomocných madiel. Z areálu kde sa nachádzajú bazény sa je možné dostať k oddychovej zóne a wellness cez turniket. Dvere do sáun sú v 80 cm šírke. Súčasťou plavárne je taktiež fitness centrum, ktoré ponúka rovnako toalety pre osoby so zdravotným postihnutím, no bez pomocných madiel a prebaľovacieho pultu.

FOTODOKUMENTÁCIA



Obrázok 39 - Hlavný vstup



Obrázok 40 - Dvere hlavného východu



Obrázok 41 – Pokladňa



Obrázok 42 - Turnikety



Obrázok 43 - Turniket k šatniam



Obrázok 44 - Vyhradená šatňa



Obrázok 45 – Fény



Obrázok 46 - Klasická šatňa



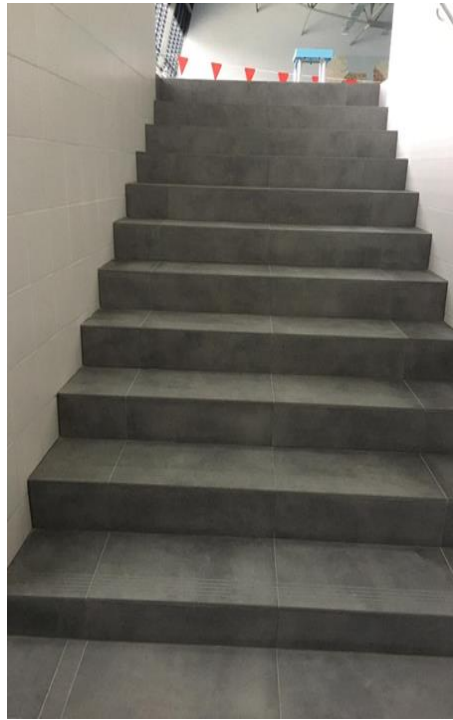
Obrázok 47 - Toaleta v priestore šatní



Obrázok 48 - Interiér toalety



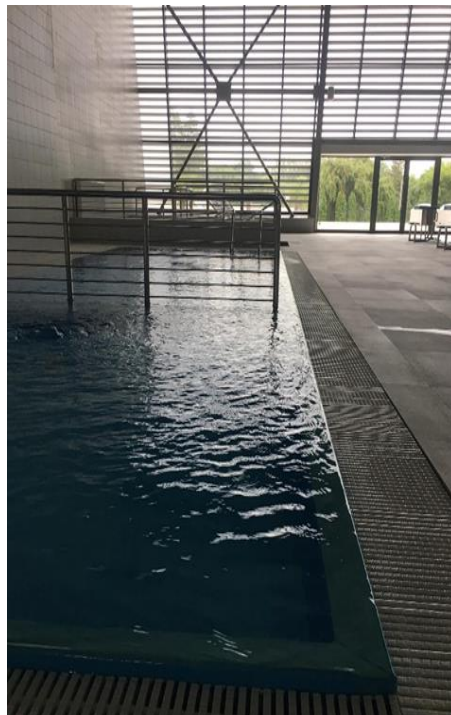
Obrázok 49 – Sprchy



Obrázok 50 - Schody k bazénu



Obrázok 51 - Hlavný bazén



Obrázok 52 - Detský bazén



Obrázok 53 – Wellness



Obrázok 54 - Fitness centrum

7 DISKUSIA

Pri písaní diplomovej práce som navštívil jednotlivé športové komplexy. Na vybraných športoviskách som komunikoval s jednotlivými prevádzkovateľmi. Po vzájomnej dohode sme mohli prísť k jednotlivým meraniam a zároveň jednotlivé hodnoty zaznamenať do formulára MKPO.

Zároveň som sa zúčastnil školenia pre mapovanie bezbariérovosti, ktoré prebehlo na Univerzite Palackého v Olomouci pod záštitou Mgr. Lucie Ješinovej. Školenie bolo veľmi dôležité, pretože bez neho by som nemohol sám zvládnuť meranie bezbariérovosti jednotlivých vybraných športovísk v Košickom kraji.

Košický kraj je z hľadiska bezbariérovosti na dobrej úrovni. Najväčším problémom sú stále vstupy do budovy. Niektoré inštitúcie, ktoré nie sú vybavené bezbariérovosťou, vybavili aspoň nájazdové plošiny alebo zvončeky. Košický kraj spolu s neziskovými organizáciami vytvoril mobilnú aplikáciu, ktorá mapuje vyhradené parkovacie miesta pre zdravotne postihnutých. Aplikácia sa volá parking4disabled a jej funkciou je navigácia ku konkrétnemu parkovaciemu miestu a samozrejme databázu takýchto miest. Taktiež je veľmi obľúbená Appka WHEEL SCOUT, ktorá využíva Open Street Map. Imobilní ľudia si tu vedia nájsť cestu, ktorou sa môžu vydať, a ktorá je pre nich najbezpečnejšia. Tieto aplikácie už v dnešnej dobe zobrazujú aj toalety v danej oblasti, kde je bezbariérový prístup. Dokonca už existuje aj navigácia Wheel Map, kde sú bezbariérové reštaurácie či zdravotné strediská.

Osobne odporúčam tieto aplikácie, pretože okrem toho, že sú veľmi moderné, sú aj prehľadné a u imobilných ľudí veľmi obľúbené.

Diplomová práca (Sís, 2010) sa venuje bezbariérovosti vybraných športových zariadení v Brne. Na športoviskách / hala Morenda a objekt TJ Jesla / chýbali bezbariérové toalety.

V mojej diplomovej práci chýbali prístupné toalety v dvoch športoviskách / Michalovce, Trebišov /. Na menovaných športoviskách prebieha rekonštrukcia.

Taktiež i Stredisko pre podporu študentov so špecifickými potrebami Českého vysokého učení technického v Prahe (ČVUT ESLA, 2015) sa zaoberá bezbariérovým prostredím na troch športoviskách, t.j. Športovisko Juliskou a Kotlářskou, ale i Loděnicí Malá

Chuchle. Športovisko Juliska je označené ako objekt čiastočne prístupný. Športovisko Kotlářka označuje tenisové kurty za objekt prístupný. Objekt Loděnice Malá Chuchle sa klasifikuje ako objekt neprístupný.

Taktiež vo svojej diplomovej práci sa stretávam u vybraných športovísk s týmito bariérami, predovšetkým v Michalovciach a Trebišove sú športoviská čiastočne prístupné. Steel Aréna v Košiciach je prístupná.

ZÁVER

Cieľom našej diplomovej práce bolo zmapovanie bezbariérovosti vybraných športovísk v Košickom kraji. V závere tejto práce si zodpovieme na stanovené výskumné otázky na základe zistených a spracovaných údajov.

Výskumná otázka číslo 1 -Sú vybrané športoviská, ktoré mapujeme bezbariérové?

Športoviská, ktoré sme sa rozhodli mapovať ponúkajú dostatok možností k efektívnemu tráveniu voľného času a vzhľadom k tomu, že možnosti a potreby každého jedinca so zdravotným postihnutím sú rozdielne a to čo je pre niekoho bariérou, môže byť pre niekoho bezbariérové a naopak. Naše mapované športoviská ako multifunkčná Steel aréna a zimný štadión v Michalovciach sa pravidelne podrobujú rekonštrukciám a potrebným úpravám. V mestskej plavárni Trebišov doteraz prebiehajú posledné úpravy pred otvorením. V zásade sú 2 objekty čiastočne prístupné a jeden objekt úplne prístupný.

Výskumná otázka číslo 2 -Aké sú najčastejšie bariéry vo vybraných športoviskách?

Medzi najčastejšie nedostatky v Steel aréne a zimnom štadióne v Michalovciach patrí väčší dôraz na komfort šatní. Šatne v budúcnosti môžu zvýšiť svoju úroveň ak sa v nich bude nachádzať upravená toaleta a sprchy pre osoby s postihnutím. Okrem toho nie každé športovisko ponúka rovnaký komfort na toaletách. V športoviskách ako je zimný štadión v Michalovciach a mestskej plavárne Trebišov môže byť pre niektoré osoby najväčšou bariérou dostupnosť. V blízkosti týchto športovísk sa nenachádza zastávka a nepremáva k nim žiadna MHD. Na miestach kde je potrebné prekonať schody sa nenachádzajú plošiny.

Výskumná otázka číslo 3 -Je metodika MKPO použiteľná a uplatniteľná pre všetky priestory ?

Metodika MKPO nie je uplatniteľná pre vybrané športoviská. Skôr je zameraná na bežné objekty, ako sú napr. inštitúcie, úrady, školy, univerzity, obchodné centrá, divadlá, múzea, kaviarne, reštaurácie,....Pri mapovaní športovísk by bolo vhodné do formulára MKPO zaradiť šatne, sprchy, divácke tribúny,.....

Je však potrebné si uvedomiť , že na SK formulár MKPO neexistuje a my sme využili formulár- metodiku od Pražskej organizácie vozičkárov. Avšak najväčšou bariérou sú stále financie a ochota ich investovať na dobrú vec.

Výskumná otázka číslo 4- Ktoré z mapovaných športovísk je možné podľa metodiky MKPO zaradiť medzi bezbariérové?

Podľa metodiky MKPO je možné úplne zaradiť medzi bezbariérové Steel Arénu v Košiciach.

Výskumná otázka číslo 5 - Aké sú hlavné bariéry v mapovaných športoviskách?

Medzi hlavné objekty, ktoré môžeme podľa metodiky POV zaradiť ako bezbariérové patria dvere a prechody, ktoré umožňujú prístup do areálu a jeho priestorov. V Steel Aréne je dostupný výťah, ktorý umožňuje prekonávanie výškového rozdielu. Povrchy a sklon v objektoch výrazne nekomplikuje pohyb na vozíku a ani prístup k šatniam. Toalety sú umiestnené samostatne a voľne otvorené, poskytujú dostatok priestoru k pohybu a priestoru pod umývadlom. Taktiež v jednotlivých športoviskách absentoval akustický orientačný maják.

Odporúčanie pre prax : Legislatíva spojená s riešením debarierizácie verejných priestorov na Slovensku je v platnosti mnoho rokov. Skúsenosti ľudí, ktorí sa musia každodenne s bariérami stretávať, však hovoria, že jej dodržiavanie je mnohokrát nedôsledné a tlačené do úzadia. Pre ľudí s obmedzenou pohyblivosťou nie je nič horšie ako pocit, že ich potreby sú na obtiaž a ostatným spôsobujú problémy. Preto by sme sa mali k odstraňovaniu bariér postaviť ako k činnosti, ktorá je samozrejmá a všeobecne prospešná.

Navrhovaním bezbariérovosti by sa mali zaoberať odborníci, ktorí majú mnohoročné praktické skúsenosti s odstraňovaním bariér a berú do úvahy aj detaily, ktoré nie sú dané legislatívou, a pritom nič nestoja. Okrem “papierového” odstránenia bariéry treba riešenia navrhovať tak, aby splnili svoj hlavný účel: Prístup do verejných budov a priestranstiev musí byť bezproblémový a ľahko použiteľný pre samotných vozičkárov.

„ Zostať v pohybe znamená zostať v súlade s Vesmírom “

(Český olympijský výbor)

SÚHRN

Cieľom našej diplomovej práce bolo zmapovanie bezbariérovosti vybraných športovísk.

Teoretická časť diplomovej práce obsahuje teoretické poznatky o jednotlivých typoch zdravotného postihnutia. Taktiež sme sa venovali bariéram a legislatíve na SK.

Bariéry sme rozčlenili na sociálne, psychologické a architektonické.

V praktickej časti sme sa zamerali na vyhodnotenie prístupnosti vo vybraných športoviskách, a to Steel Aréna – multifunkčná hala v Košiciach, Zimný štadión v Michalovciach a nakoniec Mestská plaváreň v Trebišove.

V súčasnosti na Slovensku úplne absentujú bezbariérové zariadenia a riešenia, ktoré by riešili otázku inklúzie a súčasne by boli ľuďom so zdravotným znevýhodnením nápomocné (či už z hľadiska sociálneho, zdravotného alebo spoločenského). A to aj napriek tomu, že takmer 15 % Slovenskej populácie tvoria ľudia s nejakou formou zdravotného hendikepu.

Šport, resp. zlepšenie zdravotného stavu, poskytuje možnosť získať na veci nový pohľad, otvára brány do sveta, kde nezáleží na tom, či človek má zdravotné obmedzenie, alebo nie. Je jednou z oblastí, v ktorej môžu excelovať aj ľudia, ktorí bežne čelia podceňovaniu, stigmatizovaniu, o ktorých mnohí tvrdia, že veľa nedokážu. Už Dohovor o právach osôb so zdravotným postihnutím rieši otázku, ako žiť nezávisle a byť začlenený do komunity. Len sa na to v praxi častokrát zabúda.....

SUMMARY

The aim of our diploma thesis was to map the accessibility of selected sporting areas.

The theoretical part of the diploma thesis contains the theoretical knowledge of certain types of disabilities. The measures are in accordance with the Slovak legislation.

We have divided the barriers into social, psychological and architectural.

In the practical part we have focused on the evaluation of the accessibility of sports facilities, such as the Steel Arena - a multifunctional hall in Košice, the National Stadium in Michalovce and the town swimming pool in Trebišov.

In the present, in Slovakia absolutely absents the barrier-free facilities and solutions, which will solve the questions of inclusion and at the same time they will be helpful to people with challenges (from social, health or social point of view). Despite the fact, that almost 15% of Slovak population is challenged in some way.

Sports, in accordance to better health condition, provides the possibility to gain new views, opens the gate to new worlds, where it does not matter if a person has health limitations or not. It is one of the areas, where people who are usually underestimated, stigmatized, can excel. The Convention of human rights of people with health challenges, solves the question, how to live independently and to be integrated to the community. Unfortunately, it is often forgotten in the practice...

POUŽITÁ LITERATÚRA

1. Brichtová, L., Repková, K. (2009) Sociálna ochrana starších osôb a osôb so zdravotným postihnutím vybrané aspekty. Bratislava : EPOS. ISBN 978-80-8057-797-1.
2. Bajerová, J.- Jadrný, J.- Poul, J. (2010) Laboratoř chuze-její možnosti a přínos pro indikace chirurgické léčby pacientu s DMO. In. Rehabilitácia, ISSN 0375-0922, 2010, roč.47, č.4, s.44-47.
3. Čerešňová, Z. (2007): Nízkorozpočtová architektúra. In: Bytové domy na Slovensku: Teória. Recenzie. Diskusia. Bratislava: Eurostav, 2007. ISBN: 978-80-89228-13-3, str. 138 – 141
4. Čerešňová, Z. (2008): Všeobecne platné požiadavky na bezbariérové prostredie: 2.3: Orientačné systémy pre zrakovo postihnuté osoby. In: Samová, M. a kol. Tvorba bezbariérového prostredia. Základné princípy a súvislosť. Bratislava: Eurostav, 2008. ISBN: 978-80-89228-10-2, str. 20 – 24
5. Čerešňová, Z. (2008): Vzdelávanie, práca, obchod a služby: 5.1 Vzdelávanie. In: Tvorba bezbariérového prostredia: Základné princípy a súvislosť. Bratislava: Eurostav, 2008,. ISBN: 978-80-89228-10-2, str. 79 – 86
6. Čerešňová, Z., Rollová, L. (2015): Tvorba inkluzívneho vysokoškolského prostredia.
7. Dobiáš.V.,(2008) Poranenia chrbtice a miechy. In: Via practica. Roč 5, č.12
8. Dragula,M et al, (2015) , Detská neurochirurgia. 1 . Vyd. Martin: Vydavateľstvo P+M, ISBN 978-80- 89694-10-5.
9. Finková, D., Ludíková, L., & Růžicková, V. (2007). Speciální pedagogika osob se zrakovým postižením. 1. Vyd. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci.
10. Gajdoš, M (2013), Základy neurochirurgie. 1 vyd. Košice: Univerzita Pavla Jozefa Šafárika v Košiciach, ISBN 978-80-8152-003-7.
11. Horn,F. (2014): Detská chirurgia. Slovac Academic Press. ISBN:978-80-896-0724-2
12. Janíková, V. Fonetická-fonologická kompetence u žáků s narušenou komunikační schopností při učení se němčině. Phonetic and Phonological Kompetenz of Pupils with Impaired Communication in Learning German. In KLENKOVÁ, J. a kol. Vzdělávání žáků s narušenou komunikační schopností. Brno : Paido, 2008, s. 211-226. ISBN 978-80-210-4708-2.
13. Janíková, H. (2012). Základy komunikačních dovedností, „Nejen ústa mluví“. Retrieved 30. 3. 2016 from the World Wide Web: <http://www.skp->

centrum.cz/wpcontent/uploads/2012/05/Zaklady-komunikacnich-dovednosti-aneb-Nejen-ustymluvipdf

14. Jankovský, J. (2006). Ucelená rehabilitace dětí s tělesným a kombinovaným postižením. 2.vyd. Praha: Triton, 2006. 176s. ISBN 80-7254-730-5.
15. Jesenský, J. (2007). Prolegomena systému tyflorehabilitace, metodiky tyflorehabilitačních výcviků a příprava rehabilitačně-edukačních pracovníků tyflopedického centra. 1. Vydání. Praha: Univerzita Jana Amose Komenského Praha.
16. Ješina, O., & Hamřík, Z. (2011). Podpora aplikovaných pohybových aktivit v kontextu volného času. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci.
17. Ješina, O., Kudláček, M., Janečka, Z., Kukolová, P., Nekudová, B., Němcová, D., Rybová, L., Štěrbová, D., & Vyhlídal, T. (2011). Aplikovaná tělesná výchova. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci.
18. Kisvetrová, H., & Ježorská, Š. (2014). Osoby se zdravotním postižením: Vybrané kapitoly. I. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci.
19. Končeková, L. Patopsychológia.(2005) 2. vyd. Prešov: Lana. 223 s. ISBN 8089235-00-X.
20. Kovács,L.(2010) Pediatria .1. vyd. Bratislava : arete, ISBN 978-80-970624-0-8
21. Kraus,J. (2005). Dětská mozková obrna.Grada. ISBN: 802-47-1018-8
22. Kudláček, M., Ješina, O., Machová, I., & Válek, J. (2007). Aplikované pohybové aktivity pro osoby s tělesným postižením. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci.
23. Kudláček, M., & Ješina, O. (2013). Integrovaná tělesná výchova, rekreace a sport. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci.
24. Kudláček, M. (2013). Aplikované pohybové aktivity osob s tělesným postižením. Olomouc, Česká Republika: Univerzita Palackého v Olomouci.
25. Kvetonová, L. et al. (2007). Vysokoškolské studium se zajištěním speciálně-pedagogických potřeb. Brno: Paido.
26. Krahulec, Boris, Gašpar, Ľudovít, Štvrtinová, Viera a kol., 2013. Manažment pacienta so syndrómom diabetickej nohy. Bratislava: vydavateľstvo Slovenskej akadémie vied. ISBN 978-80-224-1293-3.
27. Lieberman, LJ a Houston-Wilson, C. (2002). Vnímané bariéry začlenenia študentov so zrakovým postihnutím do všeobecnej telesnej výchovy. Prispôsobená fyzická aktivita štvrťročne, 19 (3), 364-377.
28. McDonald, J.W., Sadowsky, C.,(2002). Spinal- cord injury. In: the Lancet, Vol.359, p 417- 425

29. Majcher, S et al (2008): „Tvorba bezbariérového prostredia – základné princípy a súvislosti“ Vydavateľstvo Eurostav, spol.s.r.o., Bratislava, ISBN 80-89228-10-2
30. Matoušek,O. (2005) .Sociální práce v praxi.Portál. ISBN:978-80-7367-818-0
31. Mravec, B, (2013) Nervový systém: patofyziológia. Bratislava: SAP. ISBN 978-80-89607-08-2.
32. Mohan,H (2010) Patológia. 1. vyd. Bratislava: Balneotherma, ISBN 978-80-970156-6-4.
33. Mitchell., L.E et al. (2004) Spina bifida. In Lancet. Dostupné na: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15555669>
34. Németh, O.(1999) Slabozrakosť ako pedagogický problém. Bratislava: Sapientia,. 113 s. ISBN 80-967180-5-3.
35. Nová, M. (2014). Mŕj spolužák se zrakovým postižením. In M. Kaliba, M. Nová, L. Neubauerová, T. Skákalová et al. Mŕj spolužák se specifickými potrebami. Hradec Králové: Gaudeamus
36. Pfeiffer, J. (2007). Neurologie v rehabilitaci-Pro studium a praxi. Praha:Grada, 2007. 352s. ISBN 978-80-247-1135-5.
37. Rollová, L., Samová, M., Čerešňová, Z., Končeková, D., Korček, P.(2015): Identifikácia architektonických bariér v prostredí. Vysoké školy a študentské domovy. Bratislava: Nakladateľstvo STU, 137 strán, 2015, ISBN: 978-80-227-4451-5
38. Rowland, J.W et al., (2008) Current status of acute spinal cord injury pathophysiology and emerging therapies : promise on the horizon. In: neurosurgical Focus. Vol.25, no 5.
39. Tunstall (2002). Physical disability & sensory impairments. Retrieved 8. 4. 2016 from the [World Wide Web:http://www.tunstall.co.uk/Uploads/Documents/Telehealthcare%20Solutions%20Physical%20Disabilities%20and%20Sensory%20Impairments%2002.13.pdf](http://www.tunstall.co.uk/Uploads/Documents/Telehealthcare%20Solutions%20Physical%20Disabilities%20and%20Sensory%20Impairments%2002.13.pdf)
40. Odehnal, M. (2011). Úrazy oka: zvláštni kapitola oftalmologie. In Sanquis, 2011, č.88, s.74. ISSN 1212-6535
41. Ondriová, I.- Sinaiová, A. 2009. Detská mozgová obrna. s.10 In. Lekárske listy-Neurológia, XIV/LVIII. ISSN 1335-4477.
42. Opatřilová, D. (2014). Bariéry ve vnitřním a vnějším prostředí.
43. Opatřilová.,D. (2016) Podpora rozvoje hybnosti osob s tělesným postižením. Retrieved 2. 2. 2016 from the [World Wide Web: is.muni.cz/do/rect/el/estud/pedf/ps14/hybnost/web/pages/04-01-bariery.htm](http://www.is.muni.cz/do/rect/el/estud/pedf/ps14/hybnost/web/pages/04-01-bariery.htm)

44. Požár, L.(2007) *Základy psychológie ľudí s postihnutím*, Trnava: Typi Universitatis Tyrnaviensis, 184 s. ISBN 978 80 80821470
45. Ružičková, K. (2015). *Rehabilitace zraku slabozrakých a rozvíjení čtenářské výkonnosti*. Hradec Králové: Gaudeamus.
46. Ružičková, V. (2007) *Speciální pedagogika osob se zrakovým postižením*. Olomouc: UP, 2007. ISBN 978-80-244-1857-5
47. Samová, M. a kol. (2008): *Tvorba bezbariérového prostredia. Základné princípy a súvislost*. Bratislava: Eurostav, 2008. ISBN: 978-80-89228-10-2
48. Samová, M. a kol. (2010): *Audit bezbariérovost prostredia*. Bratislava: CEDA FA STU, 2010. ISBN: 978-80-970177-6-7
49. Sís, P. (2010). *Analýza sportovišť v Brně z hlediska bezbariérového přístupu*. Brno: Masarykova Univerzita v Brně.
50. Slowík, J. (2007). *Speciální pedagogika*. Praha: Grada Publishing.
51. Sosna, Antonín, Vavřík Pavel, Krbec Martin, Pokorný David a kol., 2001. *Základy ortopedie*. Praha: Triton. ISBN 80-7254-202-8.
52. Šnajderová ,M (2013) . *Detská andrológie*. Mladá fronta.ISBN 978-80-204313-5-6
53. Štvrtinová, Viera, et al., 2008. *Choroby ciev*. Bratislava: Slovak Academic Press, s.r.o. ISBN 978-80-8095-025-5.
54. Šrámková, L. (2016). *Mapování bezbariérovosti sportovišť a vybraných zařízení pro výuku studentů fakulty Tělesné kultury Univerzity Palackého v Olomouci*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci.
55. Vítková, M. (2006). *Somatopedické aspekty*. Brno: Paido.
56. Vítková, M. (2010). *Klasifikace pohybových vad*. In Pipeková, J. et al. *Kapitoly zespeciálnípedagogiky*. Brno: Paido.
57. Vítková, M. (2014). *Speciální pedagogika osob s tělesným postižením a zrakovým postižením*. In Valenta, M.et al. *Přehled speciální pedagogiky*. Praha: Portál.
58. Zeman, Miroslav, Krška, Zdeňek a kol., 2011. *Chirurgická propedeutika 3 vydání*. Praha: Grada Publishing, a.s. ISBN 978-80-247-3770-6.
59. World Health Organization (WHO, 2007). *Mezinárodní klasifikace funkčních schopností, disability a zdraví: MKF*. Praha: GradaPublishing.

DOKUMENTY, USMERNENIA, LEGISLATÍVNE PREDPISY

1. Dohovor o právach osôb so zdravotným postihnutím. Bratislava: AOZPO SR, 2011, str. 15

2. Európska komisia (2012 a) Spoločné európske usmernenia na prechod z inštitucionálnej na komunitnú starostlivosť. [online]. Brusel: Európska expertná skupina pre prechod z inštitucionálnej na komunitnú starostlivosť, november 2012. [cit: 2015-08-27]. Dostupné na internete: <http://deinsttutonalisatonguide.eu/wp-content/uploads/2013/10/2013-10-18-Common-European-Guidelines_Slovakversion_EDITED.pdf>
3. Európska komisia (2012 b): Manuál o využívaní európskych fondov pre prechod z inštitucionálnej na komunitnú starostlivosť. [online]. Brussels: Európska expertná skupina pre prechod z inštitucionálnej na komunitnú starostlivosť, november 2012. [cit: 2015-09-03]. Dostupné na internete: <http://deinsttutonalisatonguide.eu/wp-content/uploads/2013/10/2013-10-18-Toolkit_Slovak-version_EDITED>.
4. Housing and Disability: Future Proofng New Zealand's Housing Stock for an Inclusive Society. [online]. Centre for Housing Research, Aotearoa New Zealand, 2007. [cit: 2015-09-11]. Dostupné na internete: <www.lifetmehomes.org.uk/data/files/Reports/housing-and-disability-futureproofng-new-zealands-housing-stock-for-an-inclusive-society>.
5. Livable Housing Design Guidelines. [online]. Australia, 2012. [cit: 2015-08-14]. Dostupné na internete: <http://www.lifetmehomes.org.uk/data/files/Reports/Livable_Housing_Design_Guidelines_Web>.
6. MPSVaR SR (2011 a): Národný akčný plán prechodu z inštitucionálnej na komunitnú starostlivosť v systéme sociálnych služieb na roky 2012 – 2015.
7. MPSVaR SR (2011 b): Stratégia deinštitucionalizácie systému sociálnych služieb a náhradnej starostlivosti v Slovenskej republike, MPSVR SR, november 2011
8. MPSVaR SR (2014): Národné priority rozvoja sociálnych služieb na roky 2015–2020
9. Manuál na tvorbu bezbariérového bývania. [online]. (336 strán). [cit: 2015-09-16]. Dostupné na internete: <http://www.entervzw.be/sites/default/files/ontwerpgids_meegroeiwonen.pdf>
10. Natonal care standards - care homes for people with physical and sensory impairment. [online]. Scotch Executve, September, 2005. [cit: 2015-08-28]. Dostupné na internete: <<http://www.gov.scot/resource/doc/349411/0116825.pdf>>
11. Rada Európy (2001): Recommendaton Res AP (2001)1 on the introducton of the principles of universal design into the curricula of all occupatons working on the built environment.
12. Rada Európy (2009): Recommendaton CM/Rec (2009)8 of the Committee of Ministers to member states on achievingfull partcipaton through Universal Design
13. Rada Európy (2010): Recommendaton CM/Rec(2010)2 of the Committee of Ministers to member states on deinstittutonalisaton and community living of children with disabilities

14. STN 73 4301 Budovy na bývanie Vyhláška MŽP SR č. 532/2002 Z. z., ktorou sa ustanovujú podrobnosti o všeobecných technických požiadavkách na výstavbu a o všeobecných technických požiadavkách na stavby užívané osobami s obmedzenou schopnosťou pohybu a orientácie
15. Vyhláška MZ SR č. 505/2002 Z. z., ktorou sa ustanovujú najnižšie hygienické požiadavky na byty v bytových domoch, hygienické požiadavky na ubytovacie zariadenia a náležitosti prevádzkového poriadku ubytovacích zariadení
16. Zákon č. 448/2008 Z. z. o sociálnych službách a o zmene a doplnení zákona č. 455/1991 Zb. o živnostenskom podnikaní (živnostenský zákon), v znení neskorších predpisov

PRÍLOHY

Príloha č. 1 Použité piktogramy



Čiastočne prístupná toaleta , WC



Úzke dvere alebo prejazd



Výťah



Bezbariérová toaleta



Bezbariérový vstup bočným vchodom



Bezbariérový vstup cez hlavný vchod



Objekt čiastočne prístupný



Objekt obtiažne prístupný alebo neprístupný



Objekt prístupný



Obtiažný povrch



Obtiažny sklon



Plošina pre osoby s obmedzeným pohybom



Schody



Štandardná toaleta, WC



Točité schody



Vyhradené parkovisko pre imobilné osoby

Príloha č. 2 : Formulár MKPO- vzor

FORMULÁR PRO MAPOVANÍ PRÍSTUPNOSTI OBJEKTU DLE MKPO

VSTUP HLAVNÍ		
Vyhrazené parkovací stání	ano / ne	
	lokalizace:	
	počet:	
	prístup od VPS ke vstupu objektu: <i>(bezbariérový, obrubník bez nájezdu, zúžení...)</i>	
Prístup ke vstupu	obtížný povrch	ano/ne
		typ povrchu: <i>(hrubá historická dlažba, popraskaný asfalt...)</i>
	sklon podélný	ano / ne
		lokalizace: <i>(prístupová komunikace, prostor pred vstupem)</i> sklon: %
	sklon příčný	ano/ne
		lokalizace: <i>(prístupová komunikace, prostor pred vstupem)</i> sklon: %
vodiči linie	prirazená / umělá / chybí	
Prístupnost vstupu	bez prevýšení / jeden schod /vice schodu / plošina (příloha č. 2) / rampa (příloha č. 3)	
Schody pred vstupem	jeden schod	výška: cm hloubka: cm
	vice schodu	počet:
Plocha pred dvermi	šířka: cm	hloubka: cm
Zvonek	pouze zvonění / interkom / chybí	
	výška: cm	odsazení od rohu: cm
AOM (akustický orientační majáček)	ano / ne	
	nad osou vstupních dverí: ano / ne	
	lokalizace AOM v prípade, že není nad osou dverí:	
Dvere	jednokřídlé / dvoukřídlé / karuselové	
	mechanické / automatické / posuvné / kyvné	
	otevírání ven / otevírání dovnitř/ otevírání do straň / otevírání do strany	
	prújezdová šířka hlavního křídla: cm	
	šířka vedlejšího křídla: cm	
	výška prahu: cm	
Zádveří	šířka: cm	hloubka: cm
Dvere zádveří	jednokřídlé / dvoukřídlé / karuselové	
	mechanické / automatické / posuvné / kyvné	
	otevírání do zádveří / otevírání ze zádveří / otevírání do straň / otevírání do strany	
	prújezdová šířka hlavního křídla: cm	
	šířka vedlejšího křídla: cm	
	výška prahu: cm	
Schody v zádveří	jeden schod	výška: cm hloubka: cm
	vice schodu	počet:

Kontrastní značení prosklených plůch	prosklené plochy (prosklení níže než 80 cm nad podlahu): ano / ne		
	ve spodní výškové úrovni / v horní výškové úrovni / chybí		
Kontrastní značení schodil	první a poslední schod kontrastně vyznačen: ano / ne		
Poznámky			
Slovní popis úseku			
VSTUP VEDLEJŠÍ			
Lokalizace			
Označení vstupu	vedlejší vstup vyznačen: ano / ne		
	informace o vedlejším vstupu u vstupu hlavního: ano / ne		
Vyhrazené parkovací stání	ano / ne		
	lokalizace:		
	počet:		
	přístup od VPS ke vstupu objektu: <i>(bezbariérový, obrubník beznájezdu, zúžení...)</i>		
Přístup ke vstupu	obtížný povrch	ano/ne	
		typ povrchu: <i>(hrubá historická dlažba, popraskaný asfalt...)</i>	
	sklon podélný	ano/ne	
		lokalizace: <i>(přístupová komunikace, prostor před vstupem)</i>	
		sklon: %	
	sklon příčný	ano/ne	
	lokalizace: <i>(přístupová komunikace, prostor před vstupem)</i>		
	sklon: %		
	vodiči linie	přirazená / umelá / chybí	
Přístupnost vstupu	volně přístupný / uzamčený	přístup zajistí:	
	bez převýšení / jeden schod / více schodil / plošina (příloha č. 2) / rampa (příloha č. 3)		
Schody před vstupem	jeden schod	výška: cm	hloubka: cm
	více schodu	počet:	
Plocha před dveřmi	šířka: cm	hloubka: cm	
Zvonek	pouze zvonění / interkom / chybí		
	výška: cm	odsazení od rohu: cm	
AOM (akustický orientační majáček)	ano / ne		
	nad osou vstupních dveří: ano / ne		
	lokalizace AOM v případě, že není nad osou dveří:		
Dveře	jednokřídlé / dvoukřídlé / karuselové		
	mechanické / automatické / posuvné / kyvné		
	otevírání ven / otevírání dovnitř / otevírání do straň / otevírání do strany		
	průjezdová šířka hlavního křídla: cm		
	šířka vedlejšího křídla: cm		
	výška prahu: cm		
Zádveří	šířka: cm	hloubka: cm	
Dveře zádveří	jednokřídlé / dvoukřídlé / karuselové		
	mechanické / automatické / posuvné / kyvné		

	otevírání do zádveří / otevírání ze zádveří / otevírání do straň / otevírání do strany		
	průjezdová šířka hlavního křídla: cm		
	šířka vedlejšího křídla: cm		
	výška prahu: cm		
Schody v zádveří	jeden schod	výška: cm	hloubka: cm
	vice schodu	počet:	
Kontrastní značení prosklených ploch	prosklené plochy (prosklení níže než 80 cm nad podlahu): ano / ne		
	ve spodní výškové úrovni / v horní výškové úrovni / chybí		
Kontrastní značení schodil	první a poslední schod kontrastně vyznačen: ano / ne		

Poznámky	
Slovní popis úseku	

INTERIÉR	<i>(funkční specifika interiéru řešena v závislosti na typu objektu)</i>		
Schody v interiéru	ano/ne		
	jeden schod	výška: cm	hloubka: cm
	vice schodu	počet:	
	lokalizace:		
Schodiště v interiéru (<i>spojující patra budovy</i>)	ano/ne		
	přímé/ točité		
	šířka schodiště:		
	zábradlí u schodiště: ano / ne		
Zúžený průchod (<i>méně než 80 cm</i>)	ano / ne		
	šířka: cm		
	lokalizace:		
TUrnikety	ano/ne		
	lokalizace:		
Kontrastní značení prosklených ploch	prosklené plochy (prosklení níže než 80 cm nad podlahu): ano / ne		
	ve spodní výškové úrovni / v horní výškové úrovni / chybí		
Kontrastní značení schodu	první a poslední schod kontrastně vyznačen: ano / ne		
AOM (akustický orientační majáček)	ano/ne		
	nad osou vstupních dveří: ano / ne		
	lokalizace AOM v případě, že není nad osou dveří:		
Navigační systém pro osoby se zrakovým omezením	ano/ne		
	popis: (<i>haptický, elektronický...</i>)		
Přístupnost interiéru	celý interiéru nebo jeho větší část / pouze část interiéru / nepřístupný interiéru		
Poznámky			
Slovní popis úseku			

Príloha č. 1 VÝŤAH

Lokalizace výtahu			
Typ výtahu	volné prístupný / uzamčený	prístup do výtahu zaisťujú:	
	osobný / nákladný	výtah spája poschody:	
Nástupní plocha	dojezd na hlavních podestách / dojezd v mezipatroch		
	šířka: cm	hloubka: cm	
	prevýšení (rozdíl výšek mezi podlahou klece a nástupišťem): cm		
Dvere	šachetní:	šířka: cm	
		otvírání: automatické / mechanické ven / mechanické dovnitř	
	klecové:	šířka: cm	
		otvírání: automatické / mechanické ven / mechanické dovnitř	
Ovládače na nástupních místech	výška horního tlačítka ve všech patrech max.: cm		
	označení:	relief:	ryté / vystouplé
		ploché	grafické / digitální (dotyk)
		Braille:	ano / ne
	ano / ne		
	nad osou dverí: ano / ne		
lokalizace AOM v případě, že není nad osou dverí:			
AOM (akustický orientační majáček)	hlášení: fráze / trylek		
	rozmery:	šířka: cm	
		hloubka: cm	
	průchozí:	ano / ne	
		druhé dvere na čelní stěně / boční stěně	
Ovládače uvnitř klece	vzdálenost ovládače od nejbližšího rohu: cm		
	výška horního tlačítka: cm		
	označení:	relief:	ryté / vystouplé
		ploché	grafické / digitální (dotyk)
		Braille:	ano / ne
	hlášení:	akustické:	ano / ne
fonetické:		ano / ne	
Vybavení klece	madlo:	ano / ne	
		čelní stěna / boční stěna / boční stěny	
	zrcadlo:	ano / ne	
		čelní stěna / boční stěna / boční stěny	
		výška spodní hrany: cm	
	sedátko:	ano / ne	
		funkční ve všech polohách: ano / ne	
ovládač v dosahu: ano / ne			
Poznámky			
Slovní popis úseku			

Příloha č. 3 RAMPA / LIŽINY				
Rampa	pred vstupními dvermi / v zádveří / v interiéru			
	lokalizace v interiéru:			
	pevná / mobilní		prístup zajistí:	
	primá / zalomená / točitá			
	počet ramen (úseků):			
	1. rameno:	sklon: %	šířka: cm	délka: cm
	2. rameno:	sklon: %	šířka: cm	délka: cm
	3. rameno:	sklon: %	šířka: cm	délka: cm
	4. rameno:	sklon: %	šířka: cm	délka: cm
	plocha nad rampou:		šířka: cm	hloubka: cm
	plocha pod rampou:		šířka: cm	hloubka: cm
	podesty:		šířka: cm	hloubka: cm
	povrch:		kluzký / nekluzký	
	madlo (zábradlí): ano / ne		jednostranné / oboustranné	
			výška: cm	
Ližiny	pred vstupními dvermi / v zádveří / v interiéru			
	lokalizace v interiéru:			
	pevné / mobilní			
	sklon: %	délka: cm		
Poznámky				
Slovní popis úseku				