

**UNIVERZITA JANA AMOSE KOMENSKÉHO
PRAHA**

BAKALÁRSKE KOMBINOVANÉ ŠTÚDIUM

2010 – 2013

BAKALÁRSKA PRÁCA

Monika Kleinová

Zdravotne postihnutý človek medzi ľuďmi

Praha 2013

Vedúci bakalárskej práce:
PhDr. Edita Ondříšková

JAN AMOS KOMENSKY UNIVERSITY PRAGUE

BACHELOR COMBINED STUDIES

2010 - 2013

BACHELOR THESIS

Monika Kleinová

Disabled person among people

Prague 2013

The bachelor thesis work supervisor:
PhDr. Edita Ondříšková

Prehlásenie

Prehlasujem, že predložená bakalárska práca je mojím pôvodným autorským dielom, ktoré som vypracovala samostatne. Všetku literatúru a ďalšie zdroje, z ktorých som pri spracovaní čerpala v práci poriadne citujem a sú uvedené v zozname použitých zdrojov.

Súhlasím s prezenčným sprístupnením svojej práce v univerzitnej knižnici.

V Prahe dňa 15.03.2013

Meno autorky: Monika Kleinová

Pod'akovanie

Chcela by som poďakovať PhDr. Edite Ondriškovej za odborné vedenie, za pomoc a rady pri spracovaní tejto práce.

Anotácia

Bakalárska práca sa zaoberá problematikou telesného postihnutia. Vysvetľuje základné pojmy týkajúce sa telesného postihnutia, uvádza problematiku integrácie a tiež postoje spoločnosti k telesnému postihnutiu. Opisuje problémy pri integrácii občanov s telesným postihnutím. V praktickej časti sme mapovali prístupnosť miest pre osoby s telesným postihnutím.

Kľúčové pojmy

Bariéry, bezbariérovosť, integrácia, pozorovania, spoločnosť, telesné postihnutie.

Annotation

Bachelor thesis deals with disability. It explains the basic concepts of disability, says the issue of integration and also positions the company for disability. It describes the problems in the integration of people with disabilities. In the practical part, we investigated the accessibility sites for people with disabilities.

Key words

Accessibility, barriers, integration, observation, physical disability, society.

OBSAH

ÚVOD	8
1 Vymedzenie základným pojmov.....	9
1.1 Definícia zdravotného postihnutia.....	9
1.2 Telesné postihnutie.....	10
1.2.1 Členenie telesného postihnutia.....	11
1.3 História telesného postihnutia	14
1.3.1 Začiatky starostlivosti o telesne postihnutých v českých krajinách	16
1.3.2 Začiatky starostlivosti o telesne postihnutých na Slovensku	17
2 Telesne postihnutý človek a spoločnosť	19
2.1 Spoločnosť a telesné postihnutie.....	19
2.2 Občan telesne postihnutý a jeho integrácie do spoločnosti.....	22
2.2.1 Školská integrácia	24
2.2.2 Pracovná integrácia	26
2.2.3 Spoločenská integrácia	30
2.3. Problémy integrácie telesne postihnutých	31
2.3.1 Telesne postihnutí a ich nároky na prostredie	32
2.3.2 Špeciálne pomôcky pre telesne postihnuté osoby	34
3 Bezbariérovosť v meste Turčianske Teplice	38
3.1 Cieľ prieskumu	38
3.2 Metódy prieskumu.....	38
3.3 Predpokladané výsledky výskumu	39
3.4 Realizácia prieskumu	39
3.5 Priebeh prieskumu	39
3.6 Rozbor skúmaných prvkov	40
3.7 Popis bezbariérových budov	42
3.8 Zhrnutie	47
ZÁVER	48
ZOZNAM POUŽITÝCH ZDROJOV	49
ZOZNAM OBRÁZKOV, TABULIEK.....	52
ZOZNAM PRÍLOH	53

ÚVOD

Žijú medzi nami v našej spoločnosti, v poslednej dobe ich môžeme čoraz častejšie stretávať vo svojom okolí, hovoríme o ľuďoch so zdravotným postihnutím. Zdravotne postihnuté osoby patria do jednej z najviac diskriminovaných skupín v našej spoločnosti. Aj napriek tomu, že prístup k ľuďom s postihnutím sa za posledné obdobie výrazne zlepšil, nemožno však povedať, že intaktné osoby ich prijímajú medzi seba ako rovnocenných. Zdravotne postihnuté osoby sa stretávajú s mnohými prekážkami, ktoré im bránia sa v zapojení bežného spoločenského života.

Cieľom našej bakalárskej práce bolo oboznámenie s problematikou telesného postihnutia, ako postihnutie vplýva na osobnosť človeka, aké majú telesne postihnutí ľudia problémy a tiež vzťah spoločnosti k telesnému postihnutiu. Ako hlavné metódy, na vzniku práce boli použité štúdium odbornej literatúry, zákony a tiež dokumenty. Práca je rozdelená na teoreticko – praktickú. V prvej kapitole sa venujeme vymedzeniu jednotlivých pojmov. V podkapitolách charakterizujeme zdravotné postihnutie, našou úlohou bolo zamerať sa hlavne na definíciu a kategorizáciu telesného postihnutia. V druhej kapitole sme sa venovali problematike integrácie telesne postihnutých a postojmi spoločnosti k danej problematike a zároveň chceme priblížiť problematiku bariér a možnosti kompenzácie.

V našej práci sme sa snažili priblížiť s akými problémami sa telesne postihnutí musia pravidelne stretávať. Jeden z najväčších problémov pre pohyb telesne postihnutých v spoločnosti tvoria práve bariéry, ktoré ich obmedzujú vo vykonávaní napríklad v oblasti voľnočasových aktivít, vzdelávania, kultúry a podobne. A práve tejto téme sme sa venovali aj v praktickej časti, kde bolo našou úlohou zmapovať prístupnosť okolia v kúpeľnom meste Turčianske Teplice, kde sme riešili otázku bezbariérovosti, uskutočnili sme terénny prieskum konkrétnych objektov a následne popísali a zhodnotili situáciu. Prieskum bola zameraný na prístupnosť prostredia pre telesne postihnuté osoby.

TEORETICKÁ ČASŤ

1. Vymedzenie základných pojmov

1.1 Definícia zdravotného postihnutia

Väčšina ľudí si pod pojmom postihnutie predstaví niekoho na invalidnom vozíku, alebo človeka bez chýbajúcich končatín a podobne. Skutočnosť je však iná, zdravotné postihnutie zahŕňa pomerne veľké množstvo rôznych obmedzení, ktoré sa vyskytujú v rôznej populácii na celom svete.

Repková (2003, s.17) definuje zdravotné postihnutie ako *„znevýhodnenie, ktoré má človek s dlhodobou alebo trvalou poruchou telesného alebo duševného zdravia v štandardne usporiadanom režime a sociálnom prostredí, a ktoré je potrebné minimalizovať intervenciami v rámci sociálnej politiky a sociálnej práce“*.

Podľa Vaška (2005,s.33) možno postihnutie chápať ako *„ dôsledok anomálneho vývinu, výsledkom ktorého sú ťažkosti pri transformácii javov a procesov do symbolických foriem, pri ich spracovaní, uchovaní, vybavení a pri uskutočňovaní operácií s nimi, ďalej pri riešení situácií pohybom, v mobilite, sociálnej interakcii a v sebaobsluže“*.

Existujú rôzne výrazy na objasnenie základných pojmov súvisiacich so stavom zdravia. V súčasnosti sa stretávame s pojmi ako postihnutý jedinec, defektný, invalidný jedinec, taktiež aj anomálny jedinec či hendikepovaný jedinec a podobne .

Svetová zdravotnícka organizácia (WHO) z roku 1980 rozlišuje nasledovné úrovne (Labudová,2001).

- porucha
- disaptibilita (obmedzenie)
- hendikep

Podľa Labudovej (2001, s.5) je porucha definovaná aj ako *„strata alebo abnormálnosť, anomália v psychickej, fyziologickej alebo anatomickej štruktúre, vzhľade tela alebo funkcií orgánu či systému“*. Je to stav

v konkrétnom čase a môže mať charakter trvalej, alebo dočasnej zmeny v štruktúre a funkcií orgánu (Labudová, 2001).

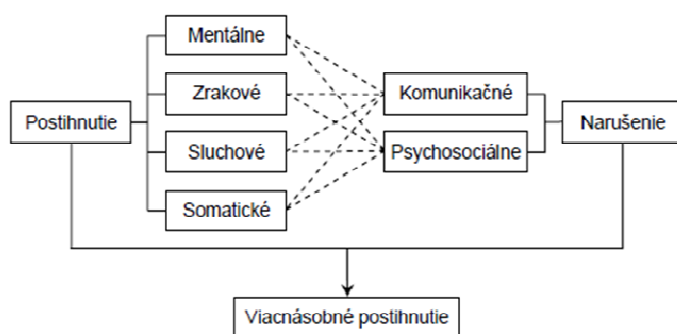
Pojem „disaptibilita“ možno označiť aj ako „každé oslabenie, obmedzenie alebo stratu schopnosti vykonávať určitú činnosť, ktorá je spôsobená danou poruchou“.(Labudová,2001,s.6)

Matoušek (2008) charakterizuje hendikep ako nepriaznivú sociálnu situáciu, ktorá vyplýva z poruchy alebo obmedzenej činnosti. Podľa WHO (2003) ide o obmedzenie participácie, pričom participácia sa rozumie ako účasť a zapájanie sa jednotlivca do životných situácií.

Delenie zdravotných postihnutí

V živote sa často stáva, že sa na niektoré druhy a stupne postihnutia ľudia pozerajú inak, sú viac sociálne akceptované, zatiaľ čo iné vyvolávajú skôr odpor, poprípade rozpaky. Zdravotné postihnutie zahŕňa veľké množstvo obmedzení, s ktorým sa stretávame v bežnom živote. Najčastejšie rozlišujeme postihnutie:

Obr. 1: Možné kombinácie postihnutí a narušení podľa Vaška (2005)



Zdroj:Vašek, Š. Základy špeciálnej pedagogiky, Praha: Univerzita Jana Amose Komenského, 2005.

Každá z týchto porúch môže mať trvalý, alebo dočasný charakter.

1.2 Telesné postihnutie

Zdravotné postihnutie predstavuje širokú škálu rôznych postihnutí, pozornosť v našej práci sústredíme na telesné postihnutie. V odborných literatúrach sa stretávame s rôznymi definíciami telesného postihnutia.

V našej dobe možno telesné postihnutie chápať ako dlhodobý, alebo trvalý stav, ktorý je charakteristický anatomickou, orgánovou alebo funkčnou poruchou, ktorú nemožno žiadnou lekárskou starostlivosťou odstrániť, či významne zmierniť (Novosad,2011). Matoušek (2008) uvádza, že ide o postihnutie, ktoré môže byť vrodené, alebo získané a týka sa pohybovej alebo inej sústavy. Hartl (2000,s.442) telesné postihnutie chápe ako „ *postihnutie, ktoré bráni v mobilite, pracovnej činnosti.*“

Inú definíciu uvádza Vašek (2005,s.181), ktorý tvrdí, že „*telesným postihnutím sa rozumejú spravidla anomálie takého výrazného stupňa, že tieto odlišujú jedinca od ostatných, napríklad deformácie kostry horných končatín – amélia, deformácie chrbtice – gibbus, deformácie dolných končatín – pes equinovarus, výrazné znetvorenie kĺbov a ďalšie*“.

Podľa Krhutovej (2005) rozdeľujeme osoby s telesným postihnutím na dve základné skupiny:

- *chronické postihnutie* - kedy ide o dlhodobý nepriaznivý stav. Je to poškodenie alebo oslabenie fyziologických funkcií ľudského organizmu, ktoré si vyžaduje stanovenú životosprávu a životný štýl, dodržiavaním určitých liečebných opatrení.
- *telesné postihnutie* - je obmedzenie hybnosti až znemožnení pohybu a dysfunkcie motorickej koordinácie v súvislosti s poškodením, chybou či funkčnou poruchou nosného alebo hybného aparátu.

Požár (2007) tvrdí , že telesné postihnutie sa prejaví v dvoch oblastiach. Prvou a základnou je porucha samostatného pohybu, isté obmedzenie pohyblivosti a tou druhou sú odchýlky od bežného života, normálneho telesného vzhľadu.

1.2.1 Členenie telesného postihnutia

Telesné postihnutie z hľadiska príčin a prejavov člení Krhutová (2005,s.214) nasledovne:

1)Obrny – pri dôsledkoch tráum centrálného nervového systému je rozhodujúce ktorá oblasť mozgu bola poškodená. Môže dôjsť k poruche hybnosti končatín a motorickej koordinácie, strata kontroly vylučovania

a pohlavných funkcií, poruchám reči či pamäti, obehovým aj dychovým, či iným vegetatívnym ťažkostiam.

Podľa intenzity sa obrny delia na (Novosad 2011,s.124):

- *Parézy*, čiastočné ochrnutie s narušením nervosvalového prenosu a znížením, či obmedzením hybnosti a motorickej koordinácie.
- *Plégie*, úplne ochrnutie s porušením inervácie a plnou stratou hybnosti.

Kraus (1964), uvádza nasledovné členenie:

- *Monoparéza* (monoplégia) označuje čiastočné ochrnutie jednej končatiny.
- *Diparéza* (diplégia) označuje čiastočne, alebo úplne ochrnutie dvoch rovnakých horných, alebo dolných končatín. Podobne ako *paraparéza* (paraplégia).
- *Triparéza* (triplégia) ide o ochrnutie troch končatín.
- *Kvadruparéza* (kvadruplégia) označuje úplne ochrnutie všetkých štyroch končatín.
- *Hemiparéza* (hemiplégia) označuje čiastočné (úplné) ochrnutie dvoch jednostranných končatín.

2)Deformácie – ide o vrodené či získané chýbanie končatín, alebo ich častí, alebo deformácia iných telesných súčastí. Poruchy rastu, vzrastu, či získané poškodenie končatín, chrbta, kostí, kĺbov, šliach a svalov.(Novosad,2011).

K vrodeným deformáciám by sme mohli zaradiť malformáciu, améliu či dysméliu končatín, tiež tam môžeme zaradiť chýbanie dlhých kostí a vývojové anomálie kĺbu. K získaným deformáciám patria deformácie vzniknuté následkom úrazu. Do tejto kategórie by sme zaradili artritídy, artrózy či osteoartrózy (Novosad, 2011).

3)Amputácie – traumatické straty končatín, niekedy kompenzovateľné mechanickými, alebo myoelektrickými protézami (Novosad,2011).

Podľa doby vzniku rozdeľujeme postihnutie (Novotná, Kremličková, 1997):

1. Poruchy prenatálne – vznikajú vplyvom nepriaznivých okolností v období pred narodením človeka.
2. Poruchy perinatálne – dôsledky náročného, či dlhotrvajúceho pôrodu, či iných nepriaznivých okolností počas pôrodu.
3. Poruchy postnatálne – sú výsledkom nepriaznivých okolností počas života človeka, ktoré limitujú normálny vývoj .

Vrodené verzus získané postihnutie

V súvislosti s vrozeným či získaným postihnutím je ťažko klásť si otázku, ktorá životná situácia je horšia či závažnejšia. Či už je to narodenie dieťaťa s postihnutím, alebo náhla zmena zdravotného stavu a život so získaným postihnutím.

Krhutová (2005,s.207) hovorí, že *„jedinec s vrozeným či veľmi včasne získaným postihnutím máva k dispozícii časový priestor a škálu podporných opatrení k tomu, aby sa adaptoval na svoju reálnu situáciu, prijal ju, našiel vlastnú cestu k sebarealizácii a naučil sa žiť čo možno najbohatšie.“* Tiež uvádza, že človek ktorý pri prudkej zmene svojho zdravotného stavu získal postihnutie spravidla túto možnosť nemá.

Výskumy a skúsenosti ukázali, že ľudia s postihnutím ktorí sú poučení o podstatných aspektoch svojej situácie, poznajú svoj zdravotný stav, sú vhodne motivovaní, majú vytvorený systém hodnôt aj postupne dostupných cieľov, majú podporu blízkej osoby, majú zreteľnú životnú perspektívu, s ktorou sa stotožnili omnoho lepšie spolupracujú pri všetkých fázach rehabilitácie či adaptácie. Rýchlejšie sa zotavujú, lepšie znášajú bolesť a lepšie zvládajú ťažkosti. Je potrebné preto zdôrazniť mimoriadny význam na pozitívne realistického náhľadu a nádeje a taktiež sociálnej podpory zo strany užšieho sociálneho okolia, čo znamená predovšetkým podpora a spoľahlivé a motivujúce zázemie rodiny či blízkych osôb (Novosad,2011).

1.3 História starostlivosti o telesne postihnutých

Telesne postihnutí jedinci už oddávna vyvolávali rozličné postoje okolia. V histórii sa zaznamenáva ich utláčanie, neuznávanie, prejavy ľútosti, súcitu až po ich fyzickú likvidáciu. Na rannom stupni rozvoja ľudskej spoločnosti, ťažké životné podmienky viedli k prirodzenej regulácii počtu chybných jedincov (Kollárová,2002).

Ako píše V. Lechta (2009) postoj spoločnosti k jedincom s postihnutím sa v dejinách ľudstva stále vyvíjal a doteraz vyvíja od fyzickej likvidácie, cez rôzne formy represívneho prístupu až k prístupu prijateľnému, láskavému a pomáhajúcemu.

Vo vyspelých starovekých štátoch sa deti hodnotili už po narodení. Z európskej histórie sú známe postupy v Sparte a v Ríme, kde tzv. rada starších rozhodovala o tom či dieťa ostane nažive. U Rimanov bolo toto právo ponechané otcovi. Existujú aj prípady, kedy bol postihnutý jedinec predávaný na trhu ako otrok. V starom Ríme sa trh nazýval „forum morionum“. Odlišné postoje však boli prejavované k invalidom, ktorí svoju telesnú chybu získali ako vojaci pri bojoch (Kollárová,2002).

V stredoveku sa tiež vyskytovali extrémny vzťahy k telesne postihnutým. Kresťanstvo sa snažilo pomáhať milosrdnými skutkami, ale postoje spoločnosti boli poznačené poverčivosťou a strachom, postihnutie vnímali ako zlé znamenie. Prevažovali názory, že postihnutí sú deťmi zlého ducha či diabla. Známe sú aj prípady mučenia a usmrcovania ľudí, v dôsledku podozrenia z tzv. bosoráctva (Kollárova,2002).

Osud telesne postihnutého závisel aj na spoločenskom postavení jeho rodiny. V najhoršej situácii boli práve tí, ktorí pochádzali z chudobných rodín. Často sa z nich stávali žobráci, ktorí vystavovaním svojich deformácií, chceli vzbudiť pozornosť prejavovým milodarom. Deti využívali na žobranie aj ich vlastné rodiny, ktorí sa ich ako opustených ujali (Kollárová,2002).

S cieľom pomôcť v beznádejnej situácii chudobným s telesným postihnutím, boli pre nich zriaďované útulky. Zakladala ich cirkev, alebo spoločenstvá postihnutých. Plnili iba sociálne poslanie. Výrazné napredovanie pomoci telesne postihnutým nastalo od 18. storočia ,kde sú známe dva ústavy,

a to nemecký ústav, ktorý založil v roku 1758 v Badene K. Fridrich a švajčiarsky ústav ortopedického charakteru, ktorý založil v roku 1780 A. Ventel v Orbe. Vzhľadom nato, že išlo o telesné postihnutie, kde bol dôležitý medicínsky aspekt starostlivosti, k rozvoju došlo aj na základe významných pokrokov v medicíne. Počas 18., ale najmä 19. storočia sa objavovali práce lekárov, ktoré popisovali viaceré choroby a chyby a spôsoby ich liečby. S tým súvisel aj vznik ústavov, v nich sa sústreďovala pozornosť na liečebnú starostlivosť. Jedným z nich bol aj ústav vo Francúzsku, ktorý založil J. Prévex a I. Querin v roku 1825 v Paríži a v Nemecku Heineho ústavy vo Wutzburgu (založený v roku 1812) a Canstatte, založený v roku 1829 (Kollárová,2002).

Sovák (1972) rozdeľuje vývojové štádia starostlivosti o postihnuté osoby takto: štádium represívne, štádium zotročovania, štádium charitatívne, štádium renesančného humanizmu, štádium rehabilitačné, štádium socializačné a štádium prevencie .

Kollárová (2002) zaznamenáva, že 19. storočie je známe rozvojom školského vzdelávania. Narastá význam školstva poskytovať vzdelanie aj telesne postihnutým. Ústavy sa stávajú miestom, kde majú postihnutí možnosť vzdelávať sa. Podľa V. Lechtu(2009) je prístup k ľuďom s postihnutím, v druhej polovici 19. storočia typický pre vznik veľkého množstva špeciálnych škôl, čo charakterizuje ako rozvoj inštitucionalizovanej, organizovanej a cieľenej starostlivosti o ľudí s postihnutím.

Kollárová (2002) ďalej uvádza, že v roku 1832 v Nemecku – Mníchove, založil Johan von Kurz ústav, v ktorom bola príprava na zamestnanie i škola. Spočiatku menšieho ústavu sa postupne stal jeden z najvýznamnejších v Európe. V Nemecku do začiatku 20. storočia je zaznamenaný pomerne veľký rozvoj ústavnej starostlivosti o telesne postihnutých. Starostlivosť o telesne postihnutých sa zavádzala aj v Anglicku keď v roku 1851 vznikol v Londýne ústav pre dievčatá, a neskôr v roku 1870 aj pre chlapcov. Zaujímavosťou je, že v Londýne sa v druhej polovici 19. storočia zaviedlo vyučovanie telesne postihnutých v bežných školách. Zásluhou pastora Hansa Knudsena (1813-1886) vznikol v Dánsku ústav, ktorý poskytoval úplnú starostlivosť, mal školské aj nemocničné oddelenie a tiež dielne. Vo Švédsku v Štokholme

vznikol v roku 1882 ústav na podnet princeznej Eugénie nazvaný Eugenia – Hemmet, ktorého zameranie bolo podobné ako v Dánsku. Pokračovalo založenie ústavov v roku 1890 vo Fínsku v Helsinkách, v roku 1892 v Nórsku v Osle a v roku 1890 v Petrohrade v Rusku (Kollárová,2002).

V 20. storočí poskytovali ústavy pre telesne postihnutých rôznu starostlivosť. V niektorých sa zachoval sociálny charakter, v iných prevládala liečebná starostlivosť, v ďalších prevažovala školská výučba. V moderných ústavoch sa praktizovala aj príprava na také povolania, ktoré sa považujú ako vhodné pre telesne postihnutých jedincov s ohľadom na ich postihnutie (Kollárová,2002).

1.3.1 Začiatky starostlivosti o telesne postihnutých v českých krajinách

Starostlivosť o telesne postihnutých v českých krajinách sa rozvíjala už od 20. storočia, do tej doby existovali len zariadenia charitatívneho charakteru. V roku 1888 v Prahe bol založený „Útulek zmrzačených dívek“, ktorý slúžil jedincom s nevyliciteľnými stavmi a okrem telesne postihnutých, sa v ňom nachádzali aj inak postihnutí (Kollárová,2002).

Prvý ústav pre telesne postihnutých bol založený v Prahe v roku 1911, predsedom bol Rudolf Jedlička, lekár a profesor Karlovej univerzity(1896-1926). Založil „pražské sanatórium“, ktoré bolo neskôr premenované na „Jedličkuv ústav pro zmrzačené“, kde sa uplatňovala starostlivosť o postihnutých tak, ako ju zaviedol Rudolf Jedlička. Obsahovala liečbu, školskú výučbu, ako aj prípravu na povolanie. Neskôr sa stal riaditeľom školy František Bakule(1877-1957), ktorý tu pôsobil od roku 1919. Bol stúpencom reformnej pedagogiky a pracoval na tzv. princípe „voľnej školy“, v ktorej vyzdvihoval estetickú a pracovnú výchovu a viac pozornosti venoval celkovej aktivizácii telesne postihnutých detí (Kollárová,2002).

Situácia sa však zmenila, keď sa do ústavu začali umiestňovať vojnoví invalidi, to bránilo F. Bakule vykonávať svoju pedagogickú činnosť a tak v roku 1919 odišiel. Neskôr založil vlastný malý ústav, ktorý nazval „Ústav pro výchovu životem a práci“, kde k telesne postihnutým pripojil aj sociálne zanedbaných

z okolia. Ústav sa ale hospodársky neudržal a v roku 1937 zanikol (Kollárová,2002).

Kollárová (2002) uvádza, že v roku 1921 vznikol v Čechách ústav a to v Plzni, ktorý založila „Okresní péče o mládež“ a viedol ho Ján Nebeský. V roku 1924 sa v ňom bola zriadená aj škola. Od roku 1953 slúžil tento ústav len pre telesne postihnuté deti s pridruženou mentálnou retardáciou.

Starostlivosť o telesne postihnutých na Morave sa rozvinula v roku 1919 vznikom „Zemského spolku pro léčbu a výchovu mrzáku na Moravě a ve Slezku“. Spolok zabezpečil založenie ústavu v Brne-Královo Pole. Umiestnení bol v rozsiahlom lesoparku a tvorilo ho viacero pavilónov. Ústav bol najväčším v Československu a mal vyše 400 miest. Riaditeľom bol Jan Chlup(1889-1968). Detom bolo v ústave poskytnuté základné vzdelanie a realizovala sa aj výučba, ako príprava na viaceré povolania. V roku 1939 sa otvorila prvá materská škôlka pre telesne postihnuté deti. V ústave bol zriadené aj psychologické laboratórium , ktoré viedol Václav Chmelař, známy psychológ a neskôr profesor na Masarykovej univerzite v Brne, kde sa boli vykonávané vyšetrenia mentálnej úrovne telesne postihnutých detí. V roku 1941 sa zriadila osobitná trieda, kde išlo vôbec o prvú triedu tohto druhu pre telesne postihnutých (Kollárová,2002).

1.3.2 Starostlivosť o telesne postihnutých na Slovensku

Podľa Kollárovej (2002) sa vznik ústavov pre telesne postihnutých na území Slovenska datuje od obdobia po 1. svetovej vojne.

V roku 1920 bol založený „Spolok pre stavbu nemocníc“, ktorého zámerom bolo budovať nemocnice pre tuberkulózných a súčasne sa starať aj o telesne postihnutých. Od roku 1925 sa spolok sústreďoval len na problematiku telesne postihnutých a zmenil názov na „Spolok pre pečlivosť o zmrzačených na Slovensku“. V roku 1922 v obci Slávnica bol otvorený ústav nazvaný ako „Domov slovenských mrzákov“. Prvým riaditeľom ústavu bol český učiteľ Ján Kríž. Ústav mal kapacitu iba 60 miest a boli v ňom umiestnení ako deti tak aj dospelí. V ústave sa nachádzali dielne, poľnohospodárstvo, záhradníctvo a zavedený bol aj chov hospodárskych zvierat. Tieto činnosti mali význam

z hľadiska pracovného zamestnania chovancov a tiež aj z hľadiska zabezpečovania potravín (Kollárová,2002).

V podmienkach aké poskytoval Slávnický ústav nebolo možné uskutočňovať komplexnú starostlivosť a tak sa spolok pokúšal pre veľký počet uchádzačov riešiť problém poskytovania komplexnej starostlivosti a to vybudovaním nového ústavu. Za najvhodnejšie miesto sa pokladala Bratislava. Ústav pre telesne postihnutých vznikol v Bratislave v roku 1937. Prvým riaditeľom sa stal Jozef Smetana. Ústav mal kapacitu zhruba 120 miest prijímal sa do neho školopovinné deti, pre ktoré bola zriadená málotriedna škola označovaná ako „Zvláštna národná škola pre zmrzačené deti v školopovinnom veku“(Kollárová,2002).

Kollárová(2002) ďalej uvádza, že v roku 1948-49 vznikol tretí ústav pre telesne postihnutých a to v Humennom, spolu so školou poskytujúcou základné vzdelanie. Išlo o menší ústav, kapacita približne 60 detí a v jeho starostlivosti nebola zahrnutá liečebná zložka ani potrebné zdravotnícke úkony tu nebolo možné realizovať.

Starostlivosť o telesne postihnutých s normálnou mentálnou úrovňou prevzali dva novozaložené ústavy a to v roku 1968, kedy bol založený ústav v Bratislave, v ktorom bola zriadená aj materská škola, základná a v roku 1970 aj gymnázium, ako prvá škola tohto typu u nás. Podobný ústav bol založený v roku 1970 v Košiciach. V roku 1974 pribudol ešte v roku 1974 ústav v Novej Bani a pre potreby starostlivosti o telesne a mentálne postihnutých sa v ňom zriadila osobitná škola. Ústavné zariadenie, ktoré bolo orientované na starostlivosť o telesne postihnutých dospelých vzniklo v roku 1971 v Prešove, kde obyvatelia okrem stravovania, ubytovania a zdravotníckej starostlivosti našli aj rôzne pracovné možnosti, či rekreačné a záujmové aktivity (Kollárová,2002).

2. Telesne postihnutý človek a spoločnosť

2.1 Spoločnosť a telesné postihnutie

Postoje spoločnosti k telesne postihnutým sa líšia, na jednej strane cítime súcit, pretože ich postihlo niečo začo veľa krát nemôžu, na druhej strane sa často postihnutí jedinci stretávajú s diskrimináciou, s rôznymi bariérami či už psychickými alebo fyzickými ako aj predsudkami spoločnosti. Je pravda, že človek na vozíku vyvoláva väčšiu pozornosť, pretože jeho postihnutie je najviac viditeľné, preto sa často stáva, že ľudia práve s takýmto postihnutým bývajú často odmietnutí práve na základe vonkajšieho vzhľadu.

K telesnému postihnutiu sa obvykle vzťahujú iné zvyčajne menšie očakávania, býva na jednej strane častejšie podceňované a na druhej strane sú jeho prejavy vo väčšej miere tolerované, pretože sa od neho moc neočakáva (Vágnerová,2004).

Novosad (2011) uvádza, že človek s telesným postihnutím žije v každodennej konfrontácii prebiehajúcej v troch základných rovinách:

- v konfrontácii medzi možnosťami danými obmedzeniami, neprítomným či poškodeným funkciami vlastného tela a ambíciami jedinca primeraných jeho nadaniu, intelektu, vzdelaniu, veku a sociokultúrneho statusu,
- v stálej reflexii seba samého v postojoch a chovaniach druhých ľudí a v porovnávaní seba samého s inými jedincami podobne postihnutými,
- v konfrontácii medzi tým, čoho by mal s ohľadom na panujúce hmotné a výkonové atribúty súčasnej spoločnosti dosiahnuť a tým, čo reálne aj dosiahnuť môže.

Vzťahy a postoje voči hendikepovaným jedincom a starostlivosti o nich rozdeľuje Novotná, Kremlíčková (1997) takto :

Vzťahy a postoje represívne, ktoré označujú postihnutého jedinca za neschopného, zaťažujúceho, nežiaduceho a bez životnej perspektívy. Represia je tiež odmietanie pomoci a ľahostajnosť. Represívne vzťahy môžu vyústiť do segregácie čo je vylúčenie zo spoločnosti, alebo nezáujem o určitú populáciu.

Vzt'ahy a postoje charitatívne, ktoré označujú postihnutých jedincov ako tzv. chudákov, ktorí potrebujú pomoc a ošetrovanie druhých. Tento postoj ale znamená pozitívny obrat, zmenu k lepšiemu. Ako optimálny sa považuje **humanistický prístup**, ktorý si zakladá na dôstojnosti každého človeka, ktorý ma rovnaké práva na rozvoj života , rozvoja svojej individuality. Zakladá si na prijatí človeka takého aký je, pozitívne nahliada na jeho šance na základe poznania jeho predpokladov.

Ako sme už spomínali telesne postihnutí jedinci sa často stretávajú aj s predsudkami verejnosti. V tejto súvislosti Novosad (2011) popisuje nasledovné typy predsudkov s ktorými sa telesne postihnutí stretávajú.

Paternalistické a podceňujúce predsudky – charakterizuje ich prístup v rámci ktorého osoby starajúce sa o telesne postihnutých jedincov posudzujú možnosti a vhodnosti potrieb a tiež rozhodujú o tom, čo títo ľudia môžu, čo dokážu, bez ohľadu na ich potenciál. Predpokladá sa , že jedinci si zaslúžia poľutovanie a dohľad pomáhajúcich.

Odmietavé a degradujúce predsudky – vylučujú práva a potenciály ľudí s telesným postihnutím. Sú považovaní za neužitočných, neproduktívnych a zaťažujúcich spoločnosť. Postihnutie sa berie ako trest, človek s postihnutím si ho zavinil sám, pretože si nedával na seba pozor alebo sa zle liečil, poprípade zbytočne riskoval. Čo sa týka zamestnania , bývajú rozdielne hodnotení. Aj keď človek s postihnutím dosahuje rovnaké výsledky, preukazuje rovnakú iniciatívu tak sa na jeho výkon pozerá inak, ako u zdravého jedinca, chýba mzdové aj morálne ocenenie.

Z obidvoch predsudkov vyrastá postoj zvaný disabilizmus, ktorý Matoušek (2008) definuje ako termín označujúci prechodné, dlhodobé alebo trvalé obmedzenie človeka bez ohľadu nato či stagnuje, alebo sa vyvíja.

Protektívne paušalizujúce predsudky – zastávajú názor, že telesne postihnutí majú množstvo neoprávnených či nezaslúžených výhod. Vytvára to dojem benefitov pre postihnutých, čo ale nie je pravda, pretože v skutočnosti ide o čiastočnú kompenzáciu ako postihnutia, tak aj zníženej zárobkovej možnosti.

Idealizujúce predsudky – ponímajú život s telesným postihnutím ako hrdinstvo a obdivuhodnosť. Avšak aj tieto predsudky sú pre postihnutých

paradoxne nepriaznivé, pretože v nich prevláda iracionálny prvok nad faktami. Osoby pocivé, zodpovedné či vypočítavé, alebo bezohľadné možno nájsť rovnako medzi zdravými či postihnutými jedincami.

Osobnosť telesne postihnutých

Veľmi dôležitým faktorom ovplyvňujúcim kvalitu života telesne postihnutého jedinca závisí aj od stupňa či závažnosti postihnutia. Dôležitá býva aj úroveň sebestačnosti. Pre rozvoj telesne postihnutých je veľmi dôležité do akej miery sú schopní sa so svojim postihnutím vyrovnáť. Ako sme už spomínali v kapitole 1.2.1 dôležitým faktorom je aj vývinové obdobie, kedy došlo k postihnutiu. Je veľmi pravdepodobné, že človek ktorý získal postihnutie napríklad v období puberty bude u neho väčšia pravdepodobnosť citovej lability, depresívnych stavov a pocitov bezmocnosti ako u dieťaťa ktoré sa s postihnutím narodilo.

Požár (1996,s.50) tvrdí, že *„to, ako jedinec hodnotí svoje postihnutie, nezávisí však iba od jeho osobných vlastností, ale v značnej miere ale aj odrazu vzťahu spoločnosti k nemu, je aj odrazom predsudkov v spoločnosti proti manifestnému prejavu postihnutia. Práve predsudky môžu potom viesť k spoločenskej diskriminácii, ktorá potom až reaktívne navodzuje delikventné konanie a asocialitu bilagovaných“*.

Požár (1996) ďalej uvádza, že pri telesne postihnutých jedincoch sa stretávame s rôznymi reakciami, ktoré sú prejavom buď aktivity, alebo úplnej pasivity. Rozoznávame **astenické** a **stenické** city. O astenických citov je v popredí pasivita, negatívne pôsobiaca na postihnutého. Najčastejšie prejavy reagovania môžu byť zatrpknutosť, stiesnenosť, strata záujmu o vonkajšie dianie . Pri týchto reakciách prevláda ústup a rezignácia. Druhú skupinu tvoria stenické city, ktoré zosilňujú energiu človeka, v popredí je silná snaha po uplatnení, po dosiahnutí vytýčených cieľov. Postihnutie je tu ako impulz energie. Nie vždy ide iba o vyrovnanie sa s postihnutím, niekedy siaha ešte ďalej, kedy môže dôjsť k prekompenzácií.

2.2 Občan telesne postihnutý a jeho integrácia do spoločnosti

Integrácia poskytuje hendikepovaným v súčasnej dobe zapojiť sa do bežného života, umožňuje možnosť nenechať sa zlákať na pozíciu bezmocného, či menejcenného. Pomáha pri rozvoji potenciálu aj napriek nevýhodám, ktoré hendikepovaný jedinec má.

„Osoby so zdravotným postihnutím sú členmi spoločnosti a majú právo zostať žiť v miestnej komunite. V rámci normálnych štruktúr vzdelávania, zdravotníckej starostlivosti, zamestnávania a sociálnych služieb by mali dostať takú pomoc, akú potrebujú“ (Štandardné pravidlá na vytváranie rovnakých príležitostí pre osoby so zdravotným postihnutím, 1993).

Integrácia je v dnešnej dobe veľmi populárny a pojem. Často sa v literatúrach stretávame aj s pojmami ako rehabilitácia, začlenenie či socializácia. Napriek rôznym vymedzeniam sa pri integrácií vždy jedná o zjednocovanie, či spájanie častí do celku. Opakom integrácie je **segregácia**, čo znamená vyčlenenie zo spoločenských vzťahov, izoláciu, rezignáciu na spoločenské vzťahy, podvolenie sa hendikepu, permanentnú hĺbkovú defektivitu. Znevýhodnenie je chápané ako neprekročiteľná bariéra medzi hendikepovanými a tými druhými (Novotná, Kremličková, 1997). Jedná sa o únik od spoločnosti, ako dôsledok segregácia môže byť agresivita, či útoky voči sebe.

Pojem integrácia vysvetľuje Jesenský (1995) aj ako stav spolužitia postihnutých a nepostihnutých v prijateľnej miere konfliktnosti, vyjadrenej slovami „jeden pre druhého“. Ďalej uvádza, že v spoločnosti je integrácia vysoko frekvencovaným javom, ktorý v podstate predstavuje zjednocovanie častí v celok.

Inú definíciu uvádza Požár (1999, s.46)., ktorý chápe integráciu *„ako zjednocovanie postojov hodnôt, správania a smerovania aktivít rôzneho druhu“*.

Pre integráciu hendikepovaných jedincov musia byť vytvorené podmienky, ktoré Novotná, Kremličková (1997) rozdeľujú na podmienky **ekonomické, psychosociálne, právne a politické**.

Ekonomické podmienky súvisia v prvom rade s ekonomickou situáciou štátu. Do psychosociálnych podmienok možno zaradiť prekonanie predsudkov, alebo

odstránenie pocitov neistoty. Podmienky právne a politické súvisia s legislatívnou ochranou ľudí s fyzickým, psychickým, sociálnym, alebo kombinovaným postihnutím.

Stupne integrácie podľa (Novotnej, Kremličkovej, 1997):

- **úplná sociálna integrácia** (úplná účasť v sociálnych vzťahoch).
- **inhibovaná integrácia** (znevýhodnenie, nie však znemožnenie normálnych sociálnych vzťahov).
- **obmedzená účasť v sociálnych vzťahoch** (rezignácia, či nemožnosť realizovať činnosti).
- **zmenšená účasť v sociálnych vzťahoch** (obmedzenie vzťahov na mikro prostredie každého jedinca).
- **ochudobnené vzťahy** (rezignácia na širšie spoločenské kontakty okrem rodiny).
- **redukované vzťahy** (kontakt s výrazne obmedzeným počtom osôb).
- **narušené vzťahy** (osoby neschopné udržiavať sociálne kontakty s dôvodu postihnutia).
- **spoločenská izolácia** (nezistiteľná schopnosť spoločenských vzťahov).

Požár (1999) vo svojej publikácii uvádza dva základné prístupy (smery) riešenia integrácie:

Asimilačný smer, ktorý definuje ako splývanie postihnutých s intaktnými jedincami.

Koadapčný smer predstavuje partnerské súžitie intaktných a hendikepovaných. Potenciálna konfliktnosť tohto súžitia nesmie byť prekážkou, ale stimulom k dosiahnutiu integrácie v pozícií jeden pre druhého.

Tabuľka č. 1 Základné prístupy riešenia problémov integrácie (Požár, 1999)

1. Asimilačný smer	2. Koadapčný smer
Integrácia je najmä problémom postihnutých.	Integrácia je spoločným problémom intaktných a postihnutých.
Integrácia vyjadruje vzťah nadriadenosti a podriadenosti, hodnotový systém a správanie majority je jediné správne.	Integrácia je vzťahom partnerstva.
Integrácia predstavuje stotožnenie sa minority s identitou majority.	Integrácia je nová hodnota vytvorená tak z hodnôt minority ako aj z hodnôt majority.
Hlavným spôsobom postupu je bezvýhradné prijatie písaných i nepísaných noriem majoritnej spoločnosti.	Hlavným spôsobom postupu v integráciách je koadaptácia.
Hlavnou formou riešenia je začlenenie postihnutých do inštitúcií intaktných.	Začlenenie postihnutých do inštitúcií nie je jedinou formou integrácie.

Zdroj: Požár, L. Školská integrácia a kvalita života postihnutých In. Psychológia patopsychológia dieťaťa, roč.34,č.3, 1999.

2.2.1 Školská integrácia

Vítková (2004) vo svojej publikácii uvádza 4 modely školskej integrácie:

1. **Medicínsky model** – vychádza z biologicko-organických, alebo funkčných príčin, čo vedie k medicínsky orientovanej starostlivosti. Prekonanie a liečba je v tomto prípade cieľom, integrácia v tomto prípade znamená reintegráciu do bežnej školy po predchádzajúcom zaradení do špeciálnej školy.
2. **Sociálne – patologický model** – na čele tohto modelu stojí otázka socializácie a diskriminácie podmienená postihnutím. Postihnutí,

pomocou špeciálnej terapie, musia byť adaptovaný a normalizovaný, z dôvodu sociálneho neprispôsobenia sa.

3. **Model prostredia** – zaoberá sa otázkou ako má škola zmeniť, aby bola v prospech postihnutých žiakov. Tým, že sú deti integrované do bežnej školy sa škola prispôsobuje potrebám všetkých žiakov. Prednosť tohto modelu spočíva predovšetkým v oblasti sociálnej.
4. **Antropologický model** – pri tomto modeli nejde o zlepšenie prostredia, vybavenia, ale je potrebné hlavne rešpektovať identitu a jedinečnosť postihnutých. Dôležité je realistické ohodnotenie situácie. Úlohou školy je rešpektovanie žiaka a jeho potrieb. Postihnuté dieťa je silno ovplyvnené aj postojom učiteľov a spolužiakov.

Ako sme už spomínali, postoje spoločnosti k vzdelávaniu jedincov so zdravotným postihnutím prešli mnohými významnými fázami. Najprv sa vzdelávanie úplne odmietalo, zdalo sa byť nepotrebné, nakoľko spoločnosť neplánovala zapájať občanov s postihnutím do pracovného pomeru. Neskôr nasledovalo obdobie vzdelávania v špeciálnych školách, väčšinou internátneho typu, ktoré bolo založené na segregácii detí so zdravotným postihnutím od bežných rovesníkov, rodiny či spoločnosti (Repková,1998).

Pri prijímaní žiakov s telesným postihnutím do bežnej školy a tým aj realizáciu spoločného vyučovania s nepostihnutými sa hodnotí psychický, sociálny a kognitívny vývoj, na základe výsledkov ktorého možno realizovať vyučovanie podľa rovnakého vzdelávacieho programu. Ďalším dôležitým faktorom pre integráciu predstavuje stupeň potreby a starostlivosti o telesne postihnutých. Pokiaľ telesne postihnutí vyžadujú dodatočnú starostlivosť, je potrebné využívať služby asistencie, ktoré môžeme rozdeliť na **asistenciu osobnú**, ktorá zahŕňa kompenzáciu ich znevýhodnenia v oblasti sebaobsluhy, osobnej hygieny, či stravovania a **pedagogickú asistenciu**, ktorá je nutnou kompenzáciou ich znevýhodnenia v oblasti výchovy a vzdelávania (Vítková,2004).

Pre úspešné vzdelávanie telesne postihnutých a intaktných jedincov, v zmysle spoločenskej integrácie sa vyžaduje primerané architektonické, organizačné, personálne a tiež aj materiálne vybavenie. K rámcovým

podmienkam patrí nižší počet žiakov v triede, ergonomické vybavenie pracoviska žiaka (špeciálne upravená stolička, polohovacie stojany a podobne), špecifické pomôcky pre telesne postihnutých, flexibilné organizačné formy vyučovania a priestorové podmienky pre individuálnu starostlivosť. Predpokladom pre úspešnú integráciu je tiež aby učitelia na základných školách disponovali základnými špeciálno-pedagogickými znalosťami schopný včasne rozoznať poruchy a vhodne s nimi pedagogicky pracovať (Vítková,2004).

Dôležité je definovať podstatu výchovy a vzdelávania. Pokiaľ to bude dosiahnutie minimálneho a vyššieho štandardu pre všetkých bez rozdielu, zostane to aj naďalej nereálnou aspiráciou, avšak ak to pojmeme ako proces sociálneho učenia založenom na individuálnom potenciáli a šanci pre jednotlivca, každé dieťa bude predstavovať nevyčerpatelný a neopakovateľný zdroj možností s výhradným právom na ich podporovanie a rozvoj (Repková,1998).

Dôležitú úlohu zohráva aj schopnosť pedagógov a bežných detí prijať medzi seba deti so zdravotným postihnutím, uznať ich právo navštevovať bežnú školu. Integrácia nie je jednoduchá pre toho, kto vstupuje do majoritnej skupiny v pozícií minoritnej a preto je dôležité aby spoločnosť, ktorou sú postihnutí jedinci obklopení uznať ich právo na vzdelanie a prekonať bariéru odlišnosti.

2.2.2 Pracovná integrácia

Pracovné uplatňovanie je u nás v našich podmienkach spojené s trhom práce. Každá ľudská bytosť sa snaží byť vo svojom živote aktívna, resp. činná. Stotožňujeme sa s názorom Novosada (2011), ktorý považuje prácu za zmysluplnú telesnú a duševnú aktivitu, ktorá vedie k určitému cieľu a k vytváraniu hodnôt, ktoré majú význam pre jedinca a pre spoločnosť. Je predpokladom seberealizácie človeka. Ďalej uvádza, že u ľudí s telesným postihnutím je uplatnenie na trhu omnoho zložitejšie. Je preto dôležité podchytenie a tiež rozvinutie tých vlôh a schopností človeka, ktoré nie sú obmedzené, či zdeformované poruchou, či úrazom.

V. Lechta a kol.(2009) poukazuje nato, že osoby so zdravotným postihnutím patria k skupinám znevýhodnených uchádzačov o prácu, pretože na bežných pracoviskách bez špeciálnych úprav so svojou zníženou výkonnosťou neuspjú, ich šance na uplatnenie sa na pracovnom trhu sa zmenšujú s rastúcim prejavom ich stupňa postihnutia, pri stúpajúcom počte nezamestnaných. Podniky skôr hľadajú výkonných pracovníkov. Z hľadiska zárobkovej činnosti sú preto postihnutí jedinci segregovaní.

Frečerová (2008) nevidí hlavný zdroj znevýhodnenia ľudí so zdravotným postihnutím, voči ľuďom bez postihnutia, samotné postihnutie. Zastáva myšlienku, že ide skôr o nerovnosť príležitostí v živote, nerovnosť v prístupnosti ku vzdelaniu, v prístupnosti k verejným službám a tiež nerovnosť pri dosahovaní životného štandardu.

V dnešnej dobe si hľadajú prácu rôzni ľudia, rôzneho veku, či vzdelania. Zdravotne postihnutá osoba to má omnoho zložitejšie nakoľko nemôže vykonávať každú prácu a tiež sa stretáva s tým, že ju zamestnávateľ nechce zamestnať.

Hanzelová a kol. (2007) poukazuje na hlavné príčiny zamestnávania zdravotne postihnutých osôb a sú to faktory súvisiace s úpravou pracoviska pre výkon zamestnania pracovníkov so zdravotným postihnutím a s finančnými aspektmi, tj. nutnosť zabezpečiť bezbariérový prístup na pracovisko, nutnosť prispôbiť pracovné miesto a finančné náklady spojené s úpravami. Ďalším faktorom je možná častá neprítomnosť pracovníka so zdravotným postihnutím a tiež faktor zabezpečenia ochrany pri práci takého pracovníka. Častým problémom býva aj nedostatočná informovanosť zamestnávateľov o problematike zamestnania zdravotne postihnutých.

Heribanová (2006) upozorňuje, že je veľmi dôležité zmeniť pohľad na zdravotne postihnuté osoby, aby si zamestnávatelia uvedomili, že:

- o osoby so zdravotným postihnutím sú rovnako spoľahlivé a tiež produktívne ako ostatní zamestnanci,
- o dlhšie zostávajú u jedného zamestnávateľa,
- o ak je nutné prispôbiť pracovisko, pomáha štátna podpora, ktorá umožňuje týmto ľuďom rozvíjať svoj potenciál.

Sládečková (1997) hovorí, že vzdelanie by malo zdravotne postihnutým osobám umožniť:

- dosiahnuť čo najvyššiu úroveň osobného rozvoja
- získať podnety k učeniu, pomocou pomôcok učenie uľahčiť,
- prijať svoje postihnutie a dosiahnuť schopnosti potrebné ku prekonaniu problémov, ktorým musia čeliť.

Ďalej tvrdí, že výchova a vzdelávanie by malo týmto ľuďom pomôcť dosiahnuť hmotnú nezávislosť až pokiaľ je to možné.

Kombinácie zdravotných postihnutí sú veľmi rozličné a tiež individuálne, preto môžu byť očakávania obmedzené, ktoré vyplývajú zo zdravotného postihnutia úplne iné ako skutočnosť, napríklad zamestnanie telesne postihnutých jedincov, nemusí byť obmedzené len na bezbariérový prístup, zamestnancom sa môže stať aj napríklad pri práci z domu. Zamestnaním získajú postihnutí jedinci príjem, z ktorého si môžu hrať svoje životné náklady, ktoré nie sú práve najmenšie. Ľudia, ktorí majú zdravotné postihnutie môžu byť rovnako zdatní a spoľahliví zamestnanci ako aj zdraví zamestnanci a preto by nemali byť znevýhodňovaní len preto, že majú určité zdravotné obmedzenie.

Verejná podpora štátu zdravotne postihnutým osobám

Pre zdravotne postihnuté osoby je dôležité aby mali prístup k informáciám o službách, ktoré sú im poskytnuté o svojich právach a možnostiach a aby boli tieto informácie dostupné pre každého. Pri hľadaní práce a tým aj zlepšení šancí a zapojenie sa do spoločenského života pomáhajú zdravotne postihnutým úrady práce, rôzne občianske združenia, chránené dielne a podobne. V našej práci sa bližšie oboznámime s agentúrou podporovaného zamestnania, pomocným asistentom a chránenými pracovnými dielňami.

Agentúra podporovaného zamestnania, je podľa § 58 zákona o službách zamestnanosti č. 5/2004 Z.z. právnická, alebo fyzická osoba, ktorá poskytuje služby občanom so zdravotným postihnutím, dlhodobo nezamestnaným občanom a zamestnávateľom. Služby sa zameriavajú na uľahčenie získania

zamestnania, alebo na udržanie zamestnania, pre zamestnávateľov pomáha získať zamestnanca z radu občanov so zdravotným postihnutím a dlhodobo nezamestnaným občanov.

Vykonáva najmä tieto činnosti:

- poskytuje odborné poradenstvo zamerané na podporu a pomoc pri získavaní a udržiavaní si miesta,
- zisťovanie schopností a odborných zručností občanov so zdravotným postihnutím vzhľadom na trh práce,
- vyhľadá a sprostredkúva vhodné zamestnanie pre občanov so zdravotným postihnutím,
- poskytuje odborné poradenstvo aj zamestnávateľovi pri získavaní zamestnancov, ktorí sú občanmi so zdravotným postihnutím a pri riešení problémov počas ich zamestnania,
- vykonáva výber vhodného občana so zdravotným postihnutím na pracovné miesto na základe požiadaviek a nárokov zamestnávateľa,
- poskytuje odborné poradenstvo zamestnávateľovi pri úprave pracovného miesta a pracovných podmienok pri zamestnávaní konkrétneho občana so zdravotným postihnutím (Zákon č. 5/ 2005 Z.z o službách zamestnanosti).

Na Slovensku bolo ku dňu 30. september 2012 registrovaných 62 agentúr podporovaného zamestnania.

Pracovný asistent – je podľa § 59 zákona o službách zamestnanosti č.5/2004 Z.z zamestnanec, ktorý poskytuje pomoc zamestnancovi, alebo zamestnancom, ktorí sú občanmi so zdravotným postihnutím, pri vykonávaní zamestnania a osobných potrieb počas pracovného času, alebo tiež fyzická osoba, ktorá poskytuje pomoc samostatne zárobkovo činnéj osobe, a tiež zamestnanec, alebo fyzická osoba, ktorí poskytujú pomoc znevýhodnenému uchádzačovi o zamestnanie pri zapracovaní alebo pomoc pri príprave na pracovné uplatnenie občana so zdravotným postihnutím . Príspevok sa poskytuje mesačne najmenej vo výške 41 % a najviac vo výške 90 % celkovej ceny práce podľa § 49 ods.4 zákona o službách zamestnanosti vypočítanej z priemernej

mzdy zamestnanca v hospodárstve Slovenskej republiky za prvý až tretí štvrtrok kalendárneho roka, ktorý predchádza kalendárnemu roku, v ktorom sa uzatvára dohoda, na činnosť jedného pracovného asistenta počas trvania:

- o pracovného pomeru zamestnanca, alebo zamestnancov, ktorí sú občanmi so ZP, ktorí sú v priamej starostlivosti pracovného asistenta,
- o prevádzkovania, alebo vykonávania samostatnej zárobkovej činnosti osobou, ktorá je občanom so ZP,
- o zapracovania, alebo prípravy na pracovné uplatnenie občana so ZP alebo občanov so ZP, ktorí sú v priamej starostlivosti pracovného asistenta (Zákon č.5/2004 Z.z. o službách zamestnanosti).

Chránená dielňa a chránene pracovisko je podľa § 55 zákona o službách zamestnanosti č. 5/2004 Z.z pracovisko zriadené fyzickou, alebo právnickou osobou v ktorých pracuje najmenej 50 % občanov so zdravotným postihnutím, ktorí nie sú schopní nájsť si zamestnanie na otvorenom trhu práce, alebo pracoviská, na ktorých sa občania so zdravotným postihnutím zaškoľujú, alebo pripravujú na prácu a v ktorých sú pracovné podmienky vrátane nárokov na pracovný výkon prispôsobené zdravotnému stavu občanov so zdravotným postihnutím. Príspevok na zriadenie chránenej dielne, alebo pracoviska poskytuje úrad zamestnávateľovi, ktorý na zriadené pracovné miesto prijme občana so zdravotným postihnutím. Výška príspevku na zriadenie jedného pracovného miesta je podľa § 56 v Bratislavskom kraji najviac 55 % zo 16 – násobku celkovej ceny práce (v roku 2012 je celková cena práce 1034,27 eura) teda 9101,60 eura, v ostatných krajoch najviac 65 % zo 16 – násobku celkovej ceny práce – 10 756,40 eur (Zákon č.5/2004 Z.z o službách zamestnanosti).

2.2.3 Spoločenská integrácia

Telesne , alebo inak postihnutí ľudia sú súčasťou nášho každodenného života. Stretávame sa s nimi na rôznych miestach ktoré navštevujeme. Aj postihnutí ľudia majú svoj život, ktorý však nie je jednoduchý. Neustále sa stretávajú s množstvami problémov okolitého sveta. Ľudia s telesným

postihnutím, žijú často v úplnej izolácii, skrývajú sa pred svetom sú zakomplexovaní a zatrpknutí. Musia čeliť rôznym nástrahám, bariéram, ktoré ich obmedzujú napríklad vo vstupe do budov, cestovať verejnou dopravou, alebo navštevovať rôzne verejné inštitúcie.

V minulosti boli postihnutí jedinci odsúvaní na okraj spoločnosti, trvalo veľmi dlho kým ich spoločnosť začala akceptovať ako plnohodnotných občanov a začala im pomáhať rôznymi spôsobmi, ktoré im uľahčujú život. Čoraz častejšie stretávame na ulici osoby na invalidnom vozíku ako nakupujú, navštevujú reštaurácie a podobne. Telesne postihnuté osoby, však nechcú ostať na vozíku medzi štyrmi stenami, nechcú byť len pasívnymi konzumentmi primárnych biologických potrieb. Takisto ako zdraví jedinci aj oni sa chcú vzdelávať, pracovať, športovať, túžiť po láske a venovať sa svojím záujmom. Je preto dôležité, aby ich v tomto neobmedzovali žiadne bariéry vytvorené človekom.

2.3 Problémy integrácie telesne postihnutých

Bariéry možno definovať aj ako prekážky, či problémy, ktoré musia ľudia s postihnutím vo svojom každodennom živote prekonávať, alebo tiež príčiny, ktoré im obmedzujú pohyb v prostredí, v ktorom sa nachádzame. S bariérami sa vo svojom živote stretáva každý, avšak pre vozíčkarov to môže byť takmer neriešiteľnou prekážkou.

Filipiová (2002) uvádza, že v spoločnosti existujú bariéry dvojitého druhu. Fyzické bariéry kedy sú osoby s postihnutím obmedzené v prostredí v ktorom žijú a v ktorom sa pohybujú. Tieto bariéry spôsobujú, že vozíčkari nemajú prístup a sú obmedzení v navštevovaní verejných inštitúcií, ako sú napríklad mestský úrad, úrad práce, lekáreň, alebo tiež problémy pri návšteve kultúrnych zariadení, ako je napríklad kino či divadlo. Avšak nie každé mesto je upravené tak, aby vyhovovalo aj telesne postihnutým a preto sa stáva, že postihnutí bývajú často odkázaní na pomoc asistentov. Ako ďalšie bariéry uvádza Filipiová (2002) bariéry psychické, tie v mysliach ľudí sú v podobe predsudkov, ktoré majú voči ľuďom so zdravotným postihnutím. Vznikajú z xenofóbnych pocitov, z pocitov z nedôvery v neznáme, v nepoznané.

Psychické bariéry možno posudzovať z dvoch pohľadov:

- a) z pohľadu zdravej populácie voči občanom so zdravotným postihnutím
- b) z pohľadu občanov so zdravotným postihnutím voči sebe a okoliu.

Aby sa odstraňovali psychické bariéry, je dôležité vychovávať deti k tolerancii, empatii a úcte a tiež ochote pomáhať si navzájom.

Každodenná súčasť života človeka na vozíčku je aj prekonávanie architektonických, dopravných, a tiež komunikačných bariér.

Architektonické bariéry tvoria veľkú skupinu, ktoré sú dane fyzickou dosiahnuteľnosťou (vstupy do budov, schody, klzké podlahy a podobne).

Možno ich rozdeliť do troch skupín:

- o výškové rozdiely, ktoré sa dajú prekonať iba schodiskovými stupňami, nevhodné rozmery sociálnych zariadení pre vstup občana na invalidnom vozíku,
- o neprispôsobené zábradlia, rôzne ovládače, nevhodné povrchové úpravy,
- o nábytok, pomôcky a nástroje nevhodných rozmerov (Kánová,2008).

Ako hovorí Franko (1997) práve architektonické bariéry bývajú pre vozíčkarov najväčší problém, často sa stáva, že postihnutí nemajú dostatočne prístupné vyhovujúce hygienické zariadenie, nie je adekvátne urobený dobrý prístup na chodník .

Ďalšiu skupinu predstavujú dopravné bariéry , ktoré sú zásadné pre pohyb a orientáciu osôb s telesným postihnutím, do tejto kategórie možno zaradiť aj bariéry informačné a orientačné, ktoré s dopravou súvisia. Komunikačné bariéry, ktoré sú často pre jedincov s telesným postihnutím veľkým obmedzením, ovplyvňujú nielen ich samostatnosť a nezávislosť, ale aj celkovú možnosť socializácie a ich celkový rozvoj osobnosti (Kánová,2008).

2.3.1 Telesne postihnutí a ich nároky na prostredie

Podľa Filipiovej (2002) je charakteristika telesného postihnutia zložitá vzhľadom na rozmanitosť hendikepu a tiež kombináciu zdravotných postihnutí.

Skupiny telesne postihnutých podľa Sámovej (2008)

V **prvej skupine** sú ľudia s ľahším postihnutím. Pohybujú sa väčšinou pomocou palíc, alebo tiež francúzskych palíc, poprípade ide o staršie osoby. Problémom pre nich bývajú vysoké schodišťové stupne, ťažkosti pri nastupovaní do dopravných prostriedkov, nebezpečný klzký terén.

Do **druhej skupiny** zaraďujeme osoby, ktoré sa pohybujú pomocou francúzskych palíc a nezriedka aj pomocou protetických a ortopedických pomôcok, ktoré im umožňujú stáť a vo väčšej miere aj chodiť. Veľkým problémom bývajú schody, dopravné prostriedky sú neprístupné a veľké nebezpečenstvo predstavuje šmyklavý povrch.

V **tretej skupine** sú vozičkári avšak aj medzi nimi existujú rozdiely.

- Vozičkári, ktorí potrebujú vozík len na pohyb vonku, pretože nie sú schopný dlhšie stáť, resp. chodiť. Môžu to byť osoby s amputovanou končatinou, ale tiež staršie osoby.
- Vozičkari, ktorí sú síce natrvalo pripútaní na invalidný vozík, no napriek tomu sú samostatní. Nepotrebujú, iba výnimočne pomoc druhej osoby. Pohybujú sa automobilom, vychovávajú deti a podobne.
- Vozičkari, ktorí k niektorým úkonom potrebujú pomoc druhej osoby, napríklad pri premiestňovaní z vozíka na lôžko, pri osobnej hygiene a podobne.
- Vozičkari, ktorí potrebujú pomoc 24 hodín denne, väčšinou sa jedná o kvadruplegikov, teda osoby s ochrnutím všetkých štyroch končatín.

Osobitnú skupinu tvoria osoby na elektrickom vozíku. Väčšinou ide o osoby s postihnutými rukami, títo ľudia majú vzhľadom na špecifický druh vozíka zvýšené nároky na priestor.

Rozmerové parametre

Sámová (2008) ďalej uvádza, že plošné, objemové i rozmerové parametre pre telesne postihnuté osoby sú dané manipulačnými a rozmerovými parametrami invalidného vozíka. Dôvodom je, že nároky vozičkára sú priestorovo náročnejšie voči ostatným zdravotným postihnutiam. Rozmery vozíka sú dôležité pre navrhovanie veľkostí, priestorov, presadacích výšok a pod.

Hlavným údajom sú dosahové vzdialenosti vozíka, sú dôležité pre návrh interiéru, ale tiež pre umiestnenie ovládacích prvkov.

Aby sa vozičkár úplne integroval do spoločnosti, je dôležité aby mal vo všetkých sférach služieb rovnakú možnosť ako zdravý jedinec. Zvlášť to platí vo väčších mestách, kde je omnoho viac vozičkarov. Architekti a stavbári by sa mali na svoj život pozrieť z úrovne vozičkara a nebudovať budovy, či nákupné strediská s bariérami (Franko,1997).

2.3.2 Špeciálne pomôcky telesne postihnuté osoby

Na odstránenie bariér sú vhodné aj pomôcky, ktoré zvyšujú kvalitu života postihnutých osobám a tiež sú nástrojom k väčšej sebestačnosti.

Kompenzačná pomôcka je podľa Orgonášovej (2008) charakterizovaná schopnosťou doplniť, rozšíriť či nahradiť niektorú telesnú štruktúru.

Základné delenie pomôcok pre občanov s telesným postihnutím je nasledovné Habšudová(2001):

- a) Kompenzačné pomôcky pre telesne postihnutých
- b) Rehabilitačné pomôcky pre telesne postihnutých
- c) Ortopedické pomôcky pre telesne postihnutých

Kompenzačné pomôcky môžeme definovať podľa Habšudovej (2001,s.18)ako *„pomôcky, ktoré pomáhajú vyrovnávať nedostatočne rozvinuté, prípadne porušené funkcie orgánov tela využívaním zachovaných, alebo prestavbou len čiastočne narušených funkcií“*.

Palice a barly – podporné pomôcky s pevnou oporou. Barly rozoznávame vysoké tzv. pazuchové barly, ktoré môžu byť drevené, alebo kovové a predlakt'ové barly, ktorá môže byť tiež drevená, alebo kovová a od vysokej barly sa líši tým ,že siaha iba pod predlaktie, ktoré je pri chytení o rukoväť zachytené po obvode koženým remeňom. Podporné palice, môžu byť vyrobené z dreva, alebo zliatin ľahkých kovov.

Rolátory – pomôcky, o ktoré sa postihnutý opiera pri chôdzi oboma rukami, pričom pomôcku tlačí pred sebou. Rolátor sa posúva pomocou predných koliesok.

Vozíky – umožňujú postihnutým osobám s obmedzenou pohybovou schopnosťou presuny na krátke či dlhšie vzdialenosti s vlastnou aktivitou, alebo za pomoci druhých. Vozíky rozdeľujeme z viacerých hľadísk:

Podľa veľkosti a tvaru: vozíky pre deti, vozíky Junior, vozíky pre dospelých

Podľa spôsobu pohonu: bicykle, trojkolky pre deti a dospelých, vozíky mechanické poháňané vlastnou silou, ktoré môžu byť ovládané oboma rukami dvoma pákami, jednopákový, alebo pomocou ovládacích kruhov upevnených na rámoch kolies.

Podľa možnosti uskladnenia vozíkov: skladacie vozíky, pevné /neskladacie/ vozíky.

Podľa konštrukcie: vozíky s veľkými kolesami vpredu /na presun po hrboľatom teréne/ a vozíky s veľkým kolesami vzadu /na cesty do terénu/ a vozíky so štyrmi menšími kolesami pričom zadné sú otočné (Habšudová,2001).

Vzhľadom na určenie rôznych činností rozoznávame tieto rozdelenia kompenzačných pomôcok Brozmanová (1990):

1. Sebaobsluhu, k nasýteniu (držiak príboru, resp. pohára,..) . k obliekaniu (zapínače gombíkov rôznych veľkostí, špeciálne typy vešiakov,..), k osobnej hygiene (sedačky do vane, protisklzové podložky, klieštiky na nechty,...).
2. Vzdelávanie (držiak ceruzky, pera, ťažidlá, zrkadlo pri písaní, čítaní,..)
3. Zamestnanie (špeciálne násadce a držiaky pracovného náradia, podávač švédsky, škrabka na zeleninu,...)
4. Lokomóciu (prenášacie pomôcky, oporné pomôcky, palice, barly, vozíky.

Rehabilitačné pomôcky pomáhajú bez trvalého spojenia s telom zlepšiť stratené, či oslabené funkcie pohybového aparátu. Slúžia pri uľahčení nácviku rozličných úkonov. Na posilňovanie svalov dolných končatín sú vhodné rôzne zariadenia, napríklad vrecká s pieskom, či rehabilitačné šliapadlá až po špeciálne posilňovanie zariadenia. Na posilňovanie svalov horných končatín

a tiež aj precvičovanie chytania sa používajú posilňovacie pružiny, gumené loptičky, krúžky, rôzne závesy a podobne (Habšudová,2001).

Ortopedické pomôcky sa upevňujú na telo postihnutého. Ich úlohou je podopierať časti tela, poprípade ich fixovať v určitej polohe, alebo svojím tlakom vyrovnávať niektoré deformity, alebo zabraňovať ich vzniku.

Podľa účelu ich rozdeľujeme na:

- Podporné pomôcky, ktoré slúžia na podopieranie končatín.
- Fixačné pomôcky, slúžia k udržiavaniu žiadanej polohy príslušnej časti tela.
- Korekčné pomôcky, pomáhajú pri postupnej úprave deformovanej časti tela.
- Vyrovnávacie pomôcky , slúžia k vyrovnávaniu dolných končatín (Habšudová,2011).

Ortopedická protetika sa delí podľa základných funkcií na:

- Protetiku, zaoberá sa náhradami stratených častí tela – **protézami**.
- Ortotika, zaoberá sa iníciou, konštrukciou a aplikáciou ortopedických pomôcok – **ortéz**.
- Epiteka, zaoberá sa pomôckami, ktoré nahrádzajú chýbajúce časti tela kozmeticky, alebo kryjú niektoré vrodené postihnutia – epitézy.
- Kalceotika, zaoberá sa konštrukciou a aplikáciou ortopedickej obuvi.
- Adiuvatika, zaoberá sa konštrukciou a aplikáciou pomôcok, ktoré umožňujú postihnutým sebaobsľuhu, hygienu, lokomóciu a podobne.
- Protetometria, zaoberá sa všeobecným i špeciálnymi vyšetrovacími metódami, meracími pomôckami a tiež zariadeniami, ktoré napomáhajú správnu výrobu a aplikáciu všetkých druhov ortopedických pomôcok (Habšudová,2001).

Doplnkové a pomocné zariadenia na prekonávanie výškových rozdielov

Medzi doplnkové a pomocné zariadenia patria najmä zvislé zdvíhacie plošiny, schodiskové plošiny, alebo tiež schodolezy.

Zdvíhacie plošiny – prepravujú osoby na vozíku. Plošina môže byť plnohodnotným riešením bezbariérovosti, rozmery sa pohybujú zhruba od 1 000 x 1 400 mm do 1 500 x 1 820 mm s pohonom.

Schodiskové plošiny – pomocné prídavné zariadenia slúžia hlavne na prepravu vozíčkarov. V ponuke sú plošiny tzv. sedačky, ktoré slúžia na prepravu sediaceho človeka.

Schodolez – umožňuje osobám pohybujúcich sa na vozíku prekonávať schody bez ohľadu nato, či sú bariéry v interiéri či v exteriéri. Na trhu sú momentálne dva druhy schodolezov. Schodolez s obsluhou, zariadenie obsluhuje asistent, ktorý pri obsluhuje nemusí vynakladať fyzickú námahu a samoobslužný schodolez je určený pre ľudí čo majú postihnutú len dolnú časť tela a horná časť tela slúži na obsluhu schodoleza (Sámová,2002).

PRAKTICKÁ ČASŤ

3. Bezbariérovosť v meste Turčianske Teplice

Nasledujúca kapitola sa zaoberá prieskumom, hlavne čo sa týka integrácie osôb s telesným postihnutím. Ako sme už spomenuli, je dôležité aby mali postihnutí jedinci možnosť zaradiť sa do každodenného života, bol im umožnení pohyb a prístup do spoločnosti, úradom, ekonomickým aktivitám, či aktivitám vo voľnom čase . Problematika, ktorej sa bude venovať je otázka bezbariérovosti v meste Turčianske Teplice.

Bezbariérové prístupy v kúpeľných mestách sú nevyhnutnosťou a jedným z tých miest sú aj Turčianske Teplice. Kúpeľné mesto Turčianske Teplice patrí medzi najstaršie kúpeľné mestá Slovenska s počtom obyvateľov 7031. V kúpeľoch sa liečia choroby pohybového ústrojenstva, najmä stavy po reumatických zápaloch, degeneratívne chronické ochorenia, ochorenie bedrových, kolenných kĺbov, poúrazové deformácie a pooperačné stavy pohybového ústrojenstva. Je to turistom a hlavne kúpeľným hosťom obľúbené vyhľadávané mesto.

3.1 Cieľ prieskumu

Za hlavný cieľ prieskumu sme si stanovili zistiť situáciu bezbariérového prostredia v kúpeľnom meste Turčianske Teplice. Dôležité tiež bolo pre nás zistiť či väčšia časť mesta je bezbariérová.

3.2 Metódy prieskumu

Pre svoju prácu sme použili kvalitatívny druh výskumu. Ako metódu sme použili rozhovor a tiež metódu pozorovania. Navštívili sme vybrané budovy, kde sme preskúmali architektonické prvky, ako napríklad vstup, pohyb po budove, toalety a tiež parkovanie pre vozíčkarov. Problematiku sme konzultovali s pracovníkmi jednotlivých objektov . Našou úlohou bolo zistiť:

Na akej úrovni je bezbariérovosť mestských inštitúciách ?

Na akej úrovni je bezbariérovosť v kultúrnych zariadeniach?

Na akej úrovni je bezbariérovosť v reštauračných zariadeniach?

3.3 Predpokladané výsledky prieskumu

Predpokladáme, že bezbariérovosť kúpeľného mesta Turčianske Teplice, bude na dobrej úrovni, nakoľko je to práve miesto , ktoré ľudia s telesným postihnutím navštevujú veľmi často. Predpokladáme tiež, že bezbariérovosť v mestských inštitúciách bude na dobrej úrovni a prístupná osobám na vozíku. Ďalej predpokladáme, že v oblasti kultúrnych zariadení nebudú technické bariéry a budú pripravené na návštevu aj pre vozíčkarov a predpokladáme, že reštauračných zariadeniach bude bezbariérovosť dostatočná, vzhľadom nato, že väčšina z tých budov sú novostavby, čo znamená, že bezbariérový prístup by mal byť samozrejmosť.

3.4 Realizácia prieskumu

Terénny prieskum prebiehal v čase od novembra 2012 do januára 2013, kedy sme navštevovali budovy a komunikovali s pracovníkmi na tému bariéry.

Stanovenie cieľa	28.11.2012
Rozhovor a priebežné pozorovanie	7. - 14.1 2013
Vyhodnocovanie	16. -18.1 2013
Zhrnutie výsledkov, doporučené pre prax	22.1.2013

3.5 Priebeh prieskumu

Pre svoj prieskum sme vybrali tri z mestských inštitúcií a to mestský úrad, slovenskú poštu a banku slovenskú sporiteľňu. Z oblasti kultúrnych zariadení sme vybrali nasledovné budovy : mestské kino, galériu Mikuláša Galandu, Spa a Aquapark a z reštauračných zariadení : Penzión Oáza, kaviareň Big Ben a penzión Mliečna víla. V budovách sme uskutočnili pozorovanie, kde som zhodnotila technickú aj sociálnu bezbariérovosť, poprípade rozhovor

s personálom a zamestnancami daných objektov . Toto všetko sme si zapisovali do poznámkového bloku.

3.6 Rozbor skúmaných prvkov

V nasledujúcej časti sa zameriame na rozbor architektonických prvkov , ktoré sú platné podľa Vyhlášky č. 532/2002 Z.z. Pri pozorovaní sme sa zamerali hlavne na tieto prvky.

Vstup do budovy

Bezbariérový prístup je dôležitý na dosiahnutie bezbariérového prostredia. Podľa vyhlášky č.532/2002 Z.z. vstup do budovy musí byť riešený tak, aby bola pred ním vytvorená vodorovná plocha min. 1500 x 1500 mm za predpokladu, že sa vstupné dvere otvárajú smerom dnu, alebo sú posuvne. Pokiaľ sa dvere otvárajú smerom von, čo je najčastejší prípad pri budovách pre verejnosť, plocha musí byť široká najmenej 1500 mm a dlhá 1500mm + šírka dreveného krídla. Vstupné dvere musia umožňovať otvorenie minimálne na šírku 900 mm a zasklené do výšky 400mm od podlahy, poprípade zasklené nerozbitným sklom. Zámka má byť umiestnená vo výške max 1000mm a vo výške max.1100 mm by sa mala nachádzať kľučka, alebo držadlo. Horná hrana zvončekového panelu nesmie byť vyššie ako 1400 mm od podlahy (Sámová,2002). Ako najvhodnejšie dvere pre vozíčkarov, by sme mohli povedať, že sú dvere na fotobunku, kde sa dvere otvárajú samé bez fyzickej námahy.

Pohyb po budove

Je dôležité, aby vstupné haly, chodby a iné priestory spĺňali hlavne priestorové požiadavky, ktoré bývajú odvodené od rozmerov vozíka. Kde je predpoklad zriedkavejšieho počtu obyvateľov minimálna bezbariérová šírka chodby by mala byť 1 500mm a naopak, kde je predpoklad väčšieho počtu vozíčkarov, stretnutie dvoch, poprípade sprievodu, šírka chodby by mala byť minimálne 1 800 mm. V chodbových a iných komunikačných priestoroch je neprípustné navrhovať osadenie predmetov na steny vo výške viac ako 450mm a menej ako 2 200mm (Sámová,2002).

Pohyb po budove umožňujú napríklad rampy , ktoré podľa vyhlášky č. 532/2002 Z.z musia byť široké najmenej 1300 mm a pozdĺžny sklon môže byť najviac 1:12 (8,3%). Ako optimálny sklon sa považuje naklonenie rampy 1:20 (5%). Rampa ktorá je dlhšia ako 9 000mm musí byť prerušená odpočívadlom, ktorého dĺžka je najmenej 2 000 mm. Rampa by mala mať po obidvoch stranách vodiacu tyč vo výške 300 mm a držadlo vo výške 900 mm. Začiatok a koniec rampy musí byť výrazný a povrchovou úpravou rozoznateľný od okolia.

Ďalšou alternatívou sú napríklad výťahy, ktoré sú najdôležitejším stavebno – technickým riešením a tiež bezpečné a pohodlné prekonávanie výškových rozdielov. Sú komfortné nielen pre zdravotne postihnutých, ale aj pre zdravú časť populácie. Podľa vyhlášky č.532/2002 Z.z. by mala byť voľná plocha pred nástupnými miestami do výťahov najmenej 1500 mm x 1500 mm, alebo s priemerom 1500mm. Kabína výťahu by mala mať šírku najmenej 1 100mm a hĺbku 1 400mm. Dopravná plošina schodiskových výťahov a zvislých zdvíhacích plôch by mala určených na prepravu osôb na vozíku by mala mať šírku najmenej 800 mm a dĺžku 1 250 mm (Sámová, 2002).

Hygienické zariadenia

Každý z nás sa s tým už stretol, že toalety bývajú niekedy také stiesnené, že aj zdravý človek má problém sa v nich pohybovať. Sámová (2002) vo svojej publikácii uvádza tieto zásady bezbariérového hygienického zariadenia:

- Šírka dverí by mala byť dostatočná, vhodný typ dverí (bez prahu) a taktiež vhodný spôsob otvárania.
- Vyhovujúce rozmery priestorov z hľadiska nárokov osoby na vozíku.
- Správne umiestnenie predmetov z hľadiska potrieb osoby s obmedzeným pohybom.
- Vhodná úprava povrchu.
- Nainštalované pomocné zariadenia, ako napríklad opierky, sklopné sedadlo a podobne.

Ďalej uvádza, že šírka dverí hygienického zariadenia musí byť 800 mm, ako optimálna šírka dverí pre vozíčkara je 900mm. Najvhodnejšie dvere sú posuvne, alebo tiež otváracie dvere, ktoré sa však otvárajú smerom von

z priestoru. Ideálne dvere sú bezprahové, pokiaľ sa prah nachádza nesmie mať výšku väčšiu ako 20 mm. Z vnútornej strany by malo byť upevnené držadlo. Záchodová kabína by mala mať v novostavbe rozmery 1 600 x 1 800 mm a pri rekonštrukcii 1 400 x 1 800 mm. Záchodová misa by mala byť vybavená vodorovnými sklopnými opierkami po oboch stranách. Opierky by mali byť vo výške 650 – 780 mm od podlahy.

Parkovanie pre vozíčkarov

Podľa vyhlášky 532/2002 Z.z musí byť vyhradené parkovacie miesto široké najmenej 3 500 mm, aby bol vytvorený dostatočný priestor pre manipuláciu a pohyb s invalidným vozíkom. Za optimálnu sa považuje šírka 4 000 mm. Pri kolkom usporiadaní stojísk sa vyžaduje dĺžka parkovacieho miesta minimálne 5 000 mm a pri pozdĺžnom spôsobe parkovania najmenej 6 000 mm. Parkovacie miesto pre osoby s obmedzenou schopnosťou pohybu musí mať sklon minimálne 1: 50. Vyhradená parkovacia plocha musí byť označená medzinárodným symbolom prístupnosti a tiež príslušným dopravným značením.

V praxi to veľa krát vyzerá tak, že budova sa javí ako bezbariérová, ale vozíčkar bez pomoci asistenta sa tam nedostane. Bezbariérovosť v mestách sa za posledné obdobie zlepšila, avšak ešte stále sa nájdu miesta kam sa vozíčkári nedostanú.

3.7 Popis bezbariérových budov

Táto podkapitola sa venuje popisu konkrétnych budov a ich prístupnosti.

Mestské inštitúcie

Mestský úrad Turčianske Teplice

Pred hlavným vstupom do budovy je z boku novo postavený bezbariérový prístup. (Príloha A - obr.2) Problém môže byť pri otváraní manuálnych dverí, ktoré sa veľmi ťažko sa otvárajú a priestor pre vchod dovnútra je dosť úzky. V budove sa nachádza aj divadelná sála, kde je bezbariérovosť zabezpečená bočnými vchodmi. Po príchode do budovy sa na vyššie poschodie nemožno dostať, pretože sa tam nachádzajú strmé schody bez bezbariérového prístupu. (Príloha A – obr.3) Keď som sa nato opýtala zamestnancov mestského

úradu, bolo nám povedané, že z dôvodu veľmi nákladnej rekonštrukcie doposiaľ nebolo možné rekonštruovať budovu zvnútra, aby bola prístupná aj pre vozíčkarov. Z toho dôvodu bola zriadená miestnosť na prízemí, kde možno vybaviť potrebné náležitosti. Na prízemí sa taktiež nachádza aj bezbariérová toaleta. Parkovanie je hneď sa budovou úradu, kde sú vyhradené miesta pre postihnuté osoby.

Zhodnotenie:

Vstup do budovy : vyhovujúci bezbariérový

Bezbariérová toaleta: vyhovujúca

Parkovanie: vyhradené

Slovenská sporiteľňa

Vstup do budovy je bezbariérový, vstupuje sa mechanicky otvárateľnými dverami, ktoré sa otvárajú smerom dovnútra. (Príloha A –obr.4) Budova zvnútra je navrhnutá bezbariérovo a nie je problém sa tam pohybovať aj na invalidnom vozíku. Parkovanie hodnotím veľmi kladne, nachádza sa hneď vedľa budovy, označené príslušným symbolom.

Zhodnotenie:

Vstup do budovy : vyhovujúci bezbariérový

Bezbariérová toaleta: nenachádza sa

Parkovanie : vyhradené

Slovenská pošta

Budova pošty je zrekonštruovaná, sú vybudované bezbariérové vstupy do budov (Príloha A, obr.5), zabezpečené aj protišmykovou plochou veľmi pozitívne hodnotím otváranie dverí na senzor, ktoré sú dostatočne široké aj pre vozík.(Príloha A, obr.6) Pohyb po pošte je bezproblémový, priehradky sú navrhnuté tak, aby vyhovovali osobám na vozíku. Toalety sú rozdelené na dámske a pánske a sú prístupné aj verejnosti a je v nich dostatočný priestor aj na pohyb na vozíku. Možnosť parkovania hneď pri budove, označené príslušným symbolom jedno parkovacie miesto.

Zhodnotenie:

Vstup do budovy: vyhovujúci bezbariérový

Bezbariérové toalety : vyhovuje čiastočne

Parkovanie : vyhradené

Kultúrne zariadenia

Mestské kino

Budova je staršia, takže nevyhovuje podmienkam bezbariérovosti, vstup je iba prostredníctvom schodov (Príloha A, obr.7), takže bez pomoci sa imobilní občania dovnútra nedostanú. Ako sme sa dozvedeli prebieha momentálne rekonštrukcia kina, s ktorou by sa malo začať vo februári roka 2013. Budova kina je viacposchodová, kino sa však nachádza na prízemí, ktoré je prispôsobené aj pre vozičkárov. Bezbariérové toalety sa v budove nenachádzajú, iba toalety s označením pre pánov a dámy, ktoré sú však veľmi úzke a invalidný vozík sa tam nedostane. S parkovaním nie je problém, budova má vyhradené 2 parkovacie miesta.

Zhodnotenie:

Vstup do budovy : nevyhovujúci

Bezbariérové toalety : nenachádzajú sa

Parkovanie: vyhradené

Galéria Mikuláša Galandu

Vstup do galérie je veľmi komplikovaný. Vchádza sa cez veľmi úzku bráničku (Príloha A, obr.8) a vchod do galérie je možný iba prostredníctvom schodov (Príloha A, obr.9), čiže bez pomoci asistenta sa tam vozíčkar nedostane, iný vstup do galérie nie je. Budova je viacposchodová avšak na poschodie sa možno dostať iba schodmi, čo je pre imobilného človeka veľká prekážka. Toalety sa nachádzajú na prízemí, ale priestory sú veľmi úzke. Rekonštrukcia galérie sa momentálne neplánuje. Parkovanie je možné vedľa budovy a nie je vyhradené príslušným symbolom.

Zhodnotenie:

Vstup do budovy : nevyhovujúci

Bezbariérové toalety : nenachádzajú sa

Parkovanie: nevyhradené

Spa & Aquapark Turčianske Teplice

Vstup do budovy je vyhovujúci, bezbariérový prístup je z oboch strán aj z časti Spa (Príloha A, obr.10) aj z časti Aquaparku (Príloha A, obr.11). Vchádza sa cez pomerne ťažké manuálne otvárateľné dvere, nachádza sa tam však zvonček, ktorým si môže osoba na invalidnom vozíku privolať pomoc. (Príloha A, obr.12) Z vnútornej časti je budova sčasti bezbariérová, úplne bezbariérový je Areál Spa, ktorý je plne prístupný osobám na vozíku, avšak do areálu Aquaparku, vedú prudké schody, ktoré osoba na vozíku bez pomoci nezvládne. Opýtali sme sa nato aj personálu a odpoveď bola, že osoby na vozíku sa zdržujú prevažne v časti Spa a pokiaľ majú záujem o Aquapark môžu sa tam dostať druhým vchodom, pokiaľ nemajú asistenta. Toalety sú v oboch areáloch bezbariérové. Problém nie je ani s parkovaním, pri budove je vyhradených 12 miest.

Zhodnotenie:

Vstup do budovy: vyhovujúci bezbariérový

Bezbariérové toalety : vyhovujúce

Parkovanie : vyhradené

Reštauračné zariadenia

Penzión Oáza

Do penziónu vedie bezbariérový vstup, dvere sú široké avšak otvárajú sa manuálne a veľmi ťažko smerom von . (Príloha A, obr.13) Interiér v reštaurácií je trošku stiesnení, stoly sú blízko pri sebe, ale pohyb je s troškou trpezlivosti možný. Penzión nemá bezbariérové toalety a tie ktoré sa tam nachádzajú majú veľmi úzke priestory a pre vozíčkarov sú dostupné s problémami. Parkovanie je hneď pred penziónom s jedným vyhradeným miestom.

Zhodnotenie:

Vstup do budovy : vyhovujúci bezbariérový

Bezbariérové toalety : nevyhovujúce

Parkovanie: vyhradené

Kaviareň Big – Ben

Vchod do kaviarne je bez prekážok. (Príloha A, obr.14) Pohyb po kaviarni je bezproblémový, priestor je dostatočný aj na prechod na invalidnom vozíku.(Príloha A, obr.15) Vstup na toaletu je tiež bezbariérový avšak bezbariérové toalety sa tam nenachádzajú. Toalety, ktoré sa tu nachádzajú sú však z väčšej časti neprístupné vozíčkarom, nakoľko sú veľmi úzke a pohybovať sa v nich má problém aj zdravý človek. Keď sme sa nato opýtali personálu, vedeli o probléme avšak nemôžu s tým nič robiť, pretože pri rekonštrukcii bolo podmienkou zanechať pôvodný stav budovy. Problémy sú taktiež aj pri parkovaní, keďže kaviareň stojí na pešej zóne najbližšie parkovisko je pomerne ďaleko od kaviarne.

Zhodnotenie:

Vstup do budovy : vyhovujúci bezbariérový

Bezbariérové toalety: nevyhovujúce

Parkovanie : nevyhradené, nevyhovujúce

Penzión Mliečna víla

Vstup do priestoru je bezproblémový,(Príloha A, obr.16) taktiež aj interiér kaviarne je veľmi priestranný aj pre pohyb osoby na vozíku, hneď pri príchode sme si všimli šípku, ktorá vedie k bezbariérovým toaletám. Dostať sa k nim je však pre vozíčkara nemožné, vedú k nim strmé schody, ktoré by bolo problém zvládnuť aj s asistentom . (Príloha A, obr.17) Keď sme sa nato opýtali personálu odpoveď bola, „áno je to trošku problém ,ale zatiaľ sme tu vozíčkarov nemali“, následne sme sa opýtali, že keby sa náhodou osoba na vozíku príde ako by to riešili, personál nebol ochotní komunikovať na túto tému. Na parkovisko a z parkoviska sa možno dostať len prechodom cez cestu, ktorá je pomerne frekventovaná.

Zhodnotenie:

Vstup do budovy : vyhovujúci bezbariérový

Bezbariérové toalety: nevyhovujúce

Parkovanie : nevyhovujúce

3.8 Zhrnutie

Predmetom našej praktickej časti bolo zistiť bezbariérovosť v kúpeľnom meste Turčianske Teplice. Z prieskumu môžeme konštatovať, že bezbariérovosť je na dobrej úrovni a stále sa zlepšuje. Samotné mesto Turčianske Teplice má snahu pomáhať občanov s telesným postihnutím, rozhodli sa postupne budovať ďalšie bezbariérové prístupy, či bezbariérové priechody, ktoré uľahčia pohyb po mestských komunikáciách. Mesto čaká taktiež renovácia železničnej stanice, kde budú prechody k vlakom riešené aj pre imobilných občanov. Ako povedal pán primátor mesta M. Sygút „ Každé mesto sa musí starať o svojich obyvateľov i návštevníkov mesta a vytvárať im primerané prostredie pre život a možnosti, ako sa bezproblémovo dostať na akýkoľvek úrad, do obchodu či kultúrneho zariadenia“.

Aj napriek tomu sa však nájdú miesta, ktoré nespĺňajú tieto kritéria, ide prevažne o staršie budovy. V zrekonštruovaných budovách sme sa stretli väčšinou s nevyhovujúcimi toaletami, či stiesnenými podmienkami pre pohyb na invalidnom vozíku. Budovy sa na prvý pohľad zdali ako bezbariérové, no skutočnosť bola iná a personál vo väčšine prípadoch nebol moc ochotný komunikovať na danú problematiku.

Odporúčania pre prax

Na základe výsledkov nášho prieskumu by sme doporučili tieto opatrenia, ako poskytovať viac informácií o telesnom postihnutí, aby mali ľudia lepšiu schopnosť predstaviť si aké problémy musia títo ľudia denne prekonávať, taktiež pri navrhovaní a upravovaní budov by bolo vhodné skúmanie terénu pomocou osoby na vozíku, ktorá najlepšie posúdi čo je vyhovujúce, tiež by sme doporučili lepšiu komunikáciu mesta s osobami na vozíku a ich potrebami.

ZÁVER

Dnešná spoločnosť je zameraná hlavne na zdravých jedincov bez telesného postihnutia, väčšina ľudí sa ani nezamyslí nad tým, aké to majú telesne postihnuté osoby ťažké, či už ide o spoločenské prispôsobenie, alebo prispôsobenie sa životným podmienkam. Aj napriek tomu, že sa z roka na rok zlepšuje stále sa nájdu napríklad miesta kam sa telesne postihnutá osoba nedostane. Telesne postihnuté osoby majú obmedzenú pohybovú aktivitu a preto sa táto osoba stáva vo veľkej miere závislá na svojom okolí, na svojich blízkych a celej spoločnosti. Preto by sme mali byť viac empatickí, vedeli sa viac vcítiť do potrieb iných. Je potrebné, aby spoločnosť pomáhala pri integrácií týchto osôb do spoločnosti. Ako my všetci, aj postihnuté osoby majú nárok na samostatný a nezávislý spôsob života. Je preto dôležité, aby neboli vylúčení zo spoločnosti, ale práve naopak stali sa jej súčasťou.

V našej práci sme sa snažili zhromaždiť poznatky o tejto problematike a zhrnúť ich do jedného celku. Teoretická časť bola venovaná vymedzeniu jednotlivých pojmov, pozornosť sme venovali taktiež aj postojom spoločnosti, zaoberali sme sa pojmami ako integrácia, a tiež problémami pri integrácií. Praktickú časť sme venovali hlavne spoločenskej integrácií, kde sme mapovali prístupnosť do budov, ktoré telesne postihnuté osoby navštevujú. Vybrali sme si na to metódu pozorovania a rozhovoru. V práci sme nemohli objasniť celú problematiku ohľadom integrácie telesne postihnutej osoby, do spoločnosti a preto navrhujeme zamerať sa v budúcnosti viac na možnosti pracovnej integrácie.

Zoznam použitých zdrojov

BROZMANOVÁ, B. a kol. Ortopedická protetika. Martin: Osveta, 1990. ISBN 80-217-0133-1.

FRANKO, V. Debarierizácia životného prostredia – Súčasný stav z pohľadu organizácie vozíčkarov In. Integrácia zdravotne postihnutých osôb do spoločnosti. Bratislava: Nadácia Antona Tunegu, 1997.

FILIPIOVÁ, D. Projektujeme bez bariér. Praha: Ministerstvo práce a sociálnych vecí, 2002. ISBN 80-86552-18-7.

HABŠUDOVÁ, M. Špeciálne pomôcky. Púchov: ASSA, s.r.o., 2001. ISBN 80-968099-4-6.

HANZELOVÁ, E. a kol. Sociálna ochrana osôb so zdravotným postihnutím po systémových zmenách sociálnej politiky a trhu práce. Bratislava: Inštitút pre výskum práce, 2007.

HARTL, P., HARTLOVÁ H. Psychologický slovník. Praha: Portál, 2000. ISBN 80-7178-303-X.

HORŇÁK, L., KOLLÁROVÁ, E., MATUŠKA E. Dejiny špeciálnej pedagogiky. Prešov: Prešovská univerzita, 2002. ISBN 80-8068-122-8.

JESENSKÝ, J. Uvedení do rehabilitace zdravotně postižených. Praha: Karolinum, 1995. ISBN 80-7066-941-1.

KRAUS, J., ŠANDERA, O. Tělesně postižené dítě. Praha: Státní pedagogické nakladatelství, 1964.

KRHUTOVÁ, L. a kol. Občané se zdravotním postižením a veřejná správa. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2005. ISBN 80-244-1168-7.

KRUPA, S. Individuálne potreby, možnosti, práva In. Integrácia zdravotne postihnutých osôb do spoločnosti. Bratislava: Nadácia Antona Tunegu, 1997.

LABUDOVÁ, J. Integrácia zdravotne oslabených žiakov v školskej telesnej výchove. Bratislava: Metodické centrum, 2001. ISBN 80-8052-113-1.

- LECHTA, V. a kol. Východiská a perspektívy inkluzívnej pedagogiky. Martin: Osveta, 2009. ISBN 80-8063-303-05.
- MATOUŠEK, O. Slovník sociální práce. Praha: Portál, 2008. ISBN 978-80-7367-368-0.
- NOVOSAD, L. Tělesné postižení jako fenomén i životní realita. Praha: Portál, 2011. ISBN 978-80-7367-873-9.
- NOVOTNÁ, M., KREMLIČKOVÁ, M. Kapitoly ze speciální pedagogiky pro učitele. Praha: Státní pedagogické nakladatelství, 1997. ISBN 80-85937-60-3.
- POŽÁR, L. Psychológia osobnosti postihnutých. Bratislava: Univerzita Komenského, 1996. ISBN: 80-223-1021-2.
- POŽÁR, L. Školská integrácia a kvalita života postihnutých In. Psychológia a patopsychológia dieťaťa. 1999, roč. 34, č.3. ISSN 0555-5574.
- POŽÁR, L. Základy psychológie ľudí s postihnutím. Bratislava: Typi Universitatis Tyrnaviensis, 2007. ISBN 978-80-8082-147-0.
- REPKOVÁ, K. Občan so zdravotným postihnutím v procese spoločenskej integrácie. Bratislava: Epos, 1996. ISBN 80-8057-005-1.
- REPKOVÁ, K a kol. Zdravotné postihnutie v kontexte novodobej sociálnej politiky. Bratislava : Informačná kancelária Rady Európy, 2003. ISBN 80-891-41-03-X.
- SÁMOVÁ, M. a kol. Tvorba bezbariérového prostredia. Bratislava: Eurostav, spol. s.r.o., 2008. ISBN: 80-89228-10-2.
- SLÁDEČKOVÁ, M. Vzdelávanie zdravotne postihnutých osôb In. Integrácia zdravotne postihnutých osôb do spoločnosti. Bratislava: Nadácia Antona Tunegu, 1997.
- Štandardné pravidlá na vytváranie rovnakých príležitostí pre osoby so zdravotným postihnutím In. Občan so zdravotným postihnutím v procese spoločenskej integrácie. Bratislava : Epos, 1998. ISBN 80-8057-005-1.
- VÁGNEROVÁ, M. Psychopatológie pro pomáhající profese. Praha: Portal, s.r.o., 2004. ISBN 80-7178-802-3.

VÍTKOVÁ, M. Integratívny (speciálny) pedagogiky. Brno : MSD, spol. s.r.o., 2004. ISBN 80-86633-22-5.

VAŠEK, Š. Základy špeciálnej pedagogiky. Praha : Univerzita Jana Amose Komenského, 2005. ISBN 80-86723-13-6.

Zoznam použitých internetových zdrojov

HERIBANOVÁ, Z. Školenie nezamestnaných občanov so zdravotným postihnutím na prácu aktivistu In. Rovnosť príležitostí občanov so zdravotným postihnutím a sociálne partnerstvá pre monitoring a odstraňovanie diskriminačných fenoménov na trhu práce [online]. Bratislava : Národná rada občanov so zdravotným postihnutím v SR, 2006 [cit. 2013-01-22]. Dostupné z http://www.nrozp.sk/publikacie/zbornik_phare.pdf.

KÁNOVÁ, A. Sloboda pohybu a pobytu je zaručená In. Bariéry očami ľudí so zdravotným postihnutím [online]. Bratislava: Národná rada občanov so zdravotným postihnutím v SR, 2008 [cit.2013-02-04]. Dostupné z <http://www.nrozp-bariery.sk/files/brozura.pdf>.

Vyhláška č. 532/2002 Z.z o všeobecných technických požiadavkách na výstavbu a o všeobecných technických požiadavkách na stavby užívané osobami s obmedzenou schopnosťou pohybu a orientácie [online] [cit.2013- 01-11]. Dostupné z <http://www.stavba-online.sk/zakony/vyhlaska-c-5322002-zz/>.

Zákon č. 5/2004 Z.z o službách zamestnanosti [online] [cit. 2013-02-25]. Dostupné z http://www.upsvar.sk/sluzby-zamestnanosti/zakladne-informacie-o-sluzbach-zamestnanosti/zakon-o-sluzbach-zamestnanosti.html?page_id=12823.

ZOZNAM OBRÁZKOV A TABULIEK

Zoznam obrázkov

Obrázok 1: Možné kombinácie postihnutí a narušení..... 10

Zoznam tabuliek

Tabuľka 1: Základné prístupy riešenia problémov integrácie..... 24

Zoznam príloh

Príloha A - Fotografie	I
-------------------------------------	----------

Prílohy

Príloha A – Fotografie



Obr.2 :Vchod do budovy



Obr.3: Schody na úrade



Obr. 4: Vchod do budovy



Obr. 5: Vchod na poštu



Obr. 6: Vstup do budovy pošty



Obr. 7 : Schody do kina



Obr.8: Bránička do galérie



Obr.9: Schody do galérie



Obr. 10: Vchod do Spa areálu



Obr.11: Vchod do Aquaparku



Obr. 12: Zvonček pri Spa areáli



Obr.13 : Vchod do penziónu



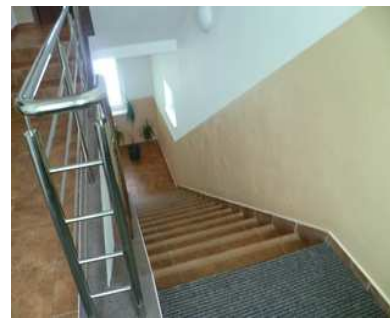
Obr.14: Vchod do kaviarne



Obr. 15: Interiér kaviarne



Obr. 16: Vchod do penziónu



Obr.17: Schody na toalety

BIBLIOGRAFICKÉ ÚDAJE

Meno autora: Monika Kleinová

Odbor: Špeciálna pedagogika - vychovávateľstvo

Forma štúdia: Kombinovaná

Názov práce: Zdravotne postihnutý človek medzi ľuďmi

Rok: 2013

Počet strán bez textu bez príloh: 41

Celkový počet strán príloh: 3

Počet titulov českých použitých zdrojov: 10

Počet titulov zahraničných použitých zdrojov: 0

Počet internetových zdrojov: 4

Počet titulov slovenských použitých zdrojov: 17

Vedúci práce: PhDr. Edita Ondrišková