



evropský
sociální
fond v ČR



EVROPSKÁ UNIE



MINISTERSTVO ŠKOLSTVÍ,
MLÁDEŽE A TĚLOVÝCHOVY



OP Vzdělávání
pro konkurenceschopnost



UNIVERSITAS
OSTRAVIENSIS

INVESTICE DO ROZVOJE VZDĚLÁVÁNÍ

Úvod do disability studies

Lenka Krhutová

ČÍSLO OPERAČNÍHO PROGRAMU: CZ.1.07
NÁZEV OPERAČNÍHO PROGRAMU:
OP VZDĚLÁVÁNÍ PRO KONKURENCESCHOPNOST
PRIORITNÍ OSA: 2
ČÍSLO OBLASTI PODPORY: 2.2

**KOMPETENCE ABSOLVENTŮ OU ZAMĚŘENÉ NA ROVNOST
PŘÍLEŽITOSTÍ NA TRHU PRÁCE**

REGISTRAČNÍ ČÍSLO PROJEKTU: CZ.1.07/2.2.00/15.0456

OSTRAVA 2013

Tento projekt je spolufinancován Evropským sociálním fondem a státním rozpočtem České republiky

Název: Úvod do disability studies
Autorka: Mgr. Lenka Krhutová, Ph.D.
Vydání: druhé, 2013
Počet stran: 154
ISBN: 978-80-7464-288-3

Jazyková korektura nebyla provedena, za jazykovou stránku odpovídá autorka.

© Mgr. Lenka Krhutová, Ph.D.
© Ostravská univerzita v Ostravě

Použité symboly a jejich význam



Průvodce studiem – vstup autora do textu, zpravidla úvodní informace ke studované kapitole.



Klíčová slova



Čas potřebný k prostudování kapitoly



Příklad – objasnění nebo konkretizování problematiky na příkladu ze života, z praxe, ze společenské reality, apod.



Pojmy k zapamatování



Shrnutí – shrnutí kapitoly nebo podkapitoly



Literatura – použitá ve studijním materiálu, pro doplnění a rozšíření poznatků



Kontrolní otázky a úkoly – prověřují, do jaké míry studující text a problematiku pochopil, zapamatoval si podstatné a důležité informace a zda je dokáže aplikovat při řešení problémů. Kontrolní otázky mohou být použity v testu.



Úkoly k textu – je potřeba je splnit neprodleně, neboť pomáhají dobrému zvládnutí studijní látky. Pokud není uvedeno jinak, jejich plnění se vyučujícím nezasílá a předpokládá se, že úkol student splnil. Obsah úkolu může být součástí testu.



K zamyšlení



Část pro zájemce – přináší látku a úkoly rozšiřující úroveň základního kurzu. Pasáže a úkoly jsou dobrovolné



Odkaz na studijní materiál v Moodle – má charakter Úkolu k textu

Úvod	6
1 TEORETICKÁ VÝCHODISKA DISABILITY STUDIES	
1.1 Předmět studia disability studies	9
1.2 Teoretický rámec disability studies	14
1.3 Co je zdravotní postižení? Kdo má zdravotní postižení?	18
1.4 Kdo je odborníkem na zdravotní postižení?	24
1.5 Mezinárodní klasifikace funkčních schopností, disability a zdraví	29
1.5.1 Disabilita	29
1.5.2 Komponenty a kvalifikátory v souvislosti se zdravím	30
1.6 Metodologické problémy výzkumu zdravotního postižení	32
2 K HISTORII ZDRAVOTNÍHO POSTIŽENÍ	
2.1 Období do první poloviny 20. století	38
2.2 Novodobá historie	43
3 SPOLEČENSKÉ KONTEXTY ZDRAVOTNÍHO POSTIŽENÍ	
3.1 Sociální fungování, komplexita životní situace	48
3.2 Životní prostředí a lidé s postižením	52
3.2.1 Sociální prostředí	54
3.2.2 Fyzické prostředí	58
3.2.3 Informační prostředí	63
3.3 Veřejná politika ve vztahu k lidem s postižením v ČR	67
3.3.1 Zdravotní politika	67
3.3.2 Vzdělávací politika	70
3.3.3 Systémy sociální ochrany	74
3.3.4 Politika zaměstnanosti	83
3.4 Právní systém	87
4 POLITICKÉ KONTEXTY ZDRAVOTNÍHO POSTIŽENÍ	
4.1 Mezinárodní hnutí za občanská práva lidí s postižením	93
4.2 Politické aktivity lidí s postižením v ČR	94
4.3 Organizace osob se zdravotním postižením	95
4.4 Participace lidí s postižením na utváření, realizaci a hodnocení veřejné politiky v ČR	100

5	KULTURNÍ KONTEXTY ZDRAVOTNÍHO POSTIŽENÍ	
5.1	Jazykové aspekty zdravotního postižení	106
5.2	Etické aspekty zdravotního postižení	110
5.2.1	Morální hodnoty	110
5.2.2	Rodičovství	111
5.2.3	Genetická diskriminace	113
5.3	Sociálně kulturní konstrukce zdravotního postižení	114
5.4	Prezentace zdravotního postižení v umění a v médiích	116
5.4.1	Zdravotní postižení v literatuře	117
5.4.2	Zdravotní postižení ve výtvarném umění	119
5.4.3	Zdravotní postižení ve filmové a televizní tvorbě	121
5.4.4	Zdravotní postižení a zpravodajská média	128
5.4.5	Umělecká tvorba lidí s postižením	131
6	VÝZNAMNÉ OSOBNOSTI SE ZDRAVOTNÍM POSTIŽENÍM	133
	Literatura	138
	Přílohy	149

Úvod

Zkušenost zdravotního postižení je nepřenositelná. Dospělý člověk, který se s ním nenarodil či jej nezískal v raném věku, může jen stěží vnímat všechny souvislosti každodenního života s postižením. Kdo jej získal později, bývá zpočátku zpravidla dezorientován v neznámé životní situaci a stává se (dočasně či trvale) „cizincem“ na svém vlastním území. Mapování „území zdravotního postižení“, jeho historie, kultury, jazyka, politiky atd. je ústřední myšlenkou mladého vědního oboru disability studies, který se na úrovni vysokoškolského vzdělávání etabloval v polovině devadesátých let minulého století.

O zdravotním postižení budeme přemýšlet tentokrát nikoliv z pohledu tradičních klinických, pedagogických či terapeutických přístupů, nýbrž bude nás zajímat, jak je zdravotní postižení prezentováno a chápáno ve společenském, kulturním a politickém kontextu. Zaměříme se na etické otázky zdravotního postižení, a na to, jak je zdravotní postižení prezentováno v literatuře, výtvarném umění, v médiích, tj. mimo rámec pojetí lidí s postižením jako příjemců zdravotní péče, sociální ochrany či speciálně pedagogických intervencí.

Otevíráte studijní oporu ke kurzu, který je studentkám a studentům Ostravské univerzity (OU) nabízen Fakultou sociálních studií OU. Možná jste se při zápisu do předmětu podivili cizojazyčnému názvu kurzu – k čemu to vnášení anglicismů do češtiny? Má užití anglického názvu nějaký zvláštní důvod?

Ano, má.

Obor disability Studies (DS) je velmi mladý a na rozdíl od řady jiných zemí nemá v České republice dosud etablovanou odbornou základnu. Charakter výuky na ojedinělých vysokoškolských pracovištích v ČR, kde si DS pozvolna nachází své stoupence, má v současné době podobu izolovaných kurzů či jen částí kurzů zaměřených na vybraná témata DS. Česká varianta anglického názvu zatím nenašla své jazykové zakotvení, z důvodu komplikovaného obsahu (napříč světem včetně anglicky

mluvících zemí) a ještě komplikovanějšího překladu výrazu „disability“ jej nelze přeložit jednoslovným výrazem, jak dále v textu uvidíme.

Po prostudování studijní opory

budete znát

- podmínky sociálního fungování lidí se zdravotním postižením
- společenský, kulturní a politický kontext zdravotního postižení

získáte

- přehled o klíčových makro tématech zdravotního postižení
- předpoklady pro porozumění zdravotnímu postižení

budete schopni

- vnímat témata zdravotního postižení v mezioborových souvislostech

Obsah studia

1. Teoretická východiska disability studies.
Teorie a modely zdravotního postižení.
2. Mezinárodní klasifikace funkčních schopností, disability a zdraví.
Metodologické problémy výzkumu zdravotního postižení.
3. Historie zdravotního postižení.
4. Sociální fungování, komplexita životní situace. Sociální prostředí.
5. Fyzické a informační prostředí.
6. Zdravotní a vzdělávací politika. Systémy sociální ochrany.
7. Politika zaměstnanosti. Právní systém.
8. Mezinárodní hnutí za občanská práva lidí s postižením.
Politické aktivity lidí s postižením v ČR.
9. Organizace osob se zdravotním postižením. Participace lidí s postižením na utváření a realizaci veřejné politiky v ČR.
10. Jazykové a etické aspekty zdravotního postižení.
11. Sociálně kulturní konstrukce zdravotního postižení.
Zdravotní postižení v literatuře a ve výtvarném umění.
12. Zdravotní postižení ve filmové a televizní tvorbě.
Zdravotní postižení a zpravodajská média.
13. Umělecká tvorba lidí s postižením.
Významné osobnosti se zdravotním postižením.





Poznámky ke studiu

- 1 Cílem této studijní opory – skript¹ je opora studenta ve smyslu jeho *provázení studiem* předmětu Úvod do disability studies (DISTU). Nejedná se tedy ani o vědecký typ odborného textu, ani o standardní didaktickou učebnici.
- 2 Mimo tuto druhou verzi studijní opory² vám budou poskytovány další samostatné původní studijní texty a další zadání, jimiž si postupně sumarizujete Čítanku textů k DS (dále Čítanka) a aktivně si tak sami vytvoříte vlastní portfolio studijních materiálů k Úvodu do DS. Všechny studijní texty a interaktivní studijní materiály jsou studentům zapsaným do kurzu DISTU dostupné v e-Learningovém výukovém prostředí Moodle na OU.
- 3 Úvod do DS je primárně nabízen v kategorii povinně volitelných předmětů v magisterských oborech sociální práce na FSS OU, kde se předpokládají znalosti studenta v oblasti klíčových filozofických a sociologických konceptů a jeho orientace v přehledu sociologických paradigmat a teorií.
- 4 Pro porozumění komplexity životních podmínek lidí se zdravotním postižením studijní opory nestačí – těmi lze pouze nastínit vzhled do tématu. Nejlepším rádcem pro praxi je vlastní zkušenost, otevřená mysl a optimismus.

Přeji úspěšné studium, radost a užitek z nových poznatků

Lenka Krhutová

Odborná garantka a vyučující kurzu KAS/DISTU,

lenka.krhutova@osu.cz

Hlavní změny ve druhém vydání publikace v roce 2013 oproti prvnímu vydání v roce 2011 zohledňují zejména vývoj jazykových aspektů zdravotního postižení a aktualizaci legislativy užití v textu a dále doplnění aktuální nové odborné literatury.

¹ Skripta tj. „(prozatímní) učební texty pro vysokoškolské studium“. (Akademický 1995: 696)

² Kurz je na FSS OU vyučován od roku 2010.

1 TEORETICKÁ VÝCHODISKA DISABILITY STUDIES

V této kapitole se dozvíte

- co je předmětem studia oboru disability studies (DS), jak a kdy vznikl, čím se zabývá,
- v čem liší od tradičních oborů zaměřených na zdravotní postižení,
- z jakých teoretických základů čerpá a jak se vyvíjí,
- proč nelze zjistit počty lidí s postižením a proč je výzkum zdravotního postižení problematický,
- jak se „měří“, zda někdo má či nemá zdravotní postižení



Klíčová slova této kapitoly

disability studies, interdisciplinarita, impairment, funkční schopnosti, klasifikace



Čas potřebný k prostudování této kapitoly

8 hodin



1.1 Předmět studia disability studies

V běžném společenském prostředí bývá existence člověka se zdravotním postižením zpravidla vnímána jako ne-normální jev. Existence lidí s postižením je však přirozeným, běžným, a tedy i normálním jevem, který se vždy vyskytoval, vyskytuje a vyskytovat bude ve všech obdobích, společnostech a ve všech úrovních stratifikační pyramidy. Pomineme-li snahy eugeniky o „optimalizaci genetického kódu lidstva“ a přes nesporné úspěchy lékařských a technických věd je zřejmé, že patrně nikdy nevymizí nemoci a úrazy působící trvalé zdravotní postižení a s výjimkou vědomého vzdání se potomstva nelze ani zdaleka ve všech případech zabránit vzniku vývojových odlišností, tzv. „vývojových vad“. *Porozumět odlišnosti, vnímat odlišnost jako něco, co je součástí života*, je jedním z cílů DS.

Kdy, proč a za jakých podmínek vznikl obor disability studies?

Nový interdisciplinární vědní a studijní obor disability studies se v zahraničí etabluje od 80. let minulého století. Jeho vznik je spojen s aktivizací intelektuálů se zdravotním postižením a hnutím Independent Living (Nezávislý život) v 60. a 70. letech minulého století v USA a ve Velké Británii.

Je možné, že dnešním studentům nemusí být v době, kdy již existují obecně uznávaná opatření k zajištění občanských práv lidí s postižením, myšlenka Independent Living zcela srozumitelná – k čemu hnutí, proč?

V minulosti bylo pravidlem, že s lidmi s postižením bylo zacházeno jako s těmi, kdo jsou automaticky závislí na druhých, kdo jsou vděční za jakoukoliv pomoc, kdo pasivně přijímají rozhodnutí odborníků o jejich léčbě, o řešení sociálních, vzdělávacích a jiných potřeb atd.



Příklad

Pro příklad nemusíme chodit do zahraničí. Ještě v nedávné době bylo v ČR běžné a právně možné, aby o tom, kde bude člověk s postižením bydlet, rozhodoval anonymní úředník, aniž by vůbec kdy vstoupil s tímto člověkem do kontaktu, znal jeho sociální situaci, vazbu na rodinu apod. Stávalo se běžně, že lidé s postižením žili desítky kilometrů od svého původního bydliště, v izolaci bez rodiny, přátel a známých, v ústavních zařízeních, která byla namnoze vzdálena důstojnému bydlení a kde takový člověk „bydlel“ na pokoji např. s dalšími dvaceti lidmi.

V 60. letech minulého století začali lidé s postižením v USA a ve Velké Británii systematicky a veřejně prosazovat občanská práva a svobody jako je právo na svobodu pohybu a bydlení, právo na vzdělání (včetně vysokoškolského), právo užívat veřejné služby (doprava, přístup do veřejných budov) atd., tedy to, co bylo do té doby pro lidi s postižením obtížné nebo nemožné. Ústřední myšlenkou hnutí byla a je snaha aktérů o změnu přístupu k lidem s postižením jako pasivních objektů sociální dobročinnosti směrem k subjektu lidských práv.

Disability studies mají základ v osobní nezprostředkované zkušenostech lidí s fenoménem zdravotního postižení. Žitá osobní zkušenost a vnímavost k této zkušenosti je jedním z klíčových aspektů oboru. Byli to právě lidé s postižením, kdo posunuli náhled na zdravotní postižení od jednostranně patologického pojetí postižení zaměřeného výhradně na vady, nedostatky a limity jedince (zdůrazňování toho, co nemohou, nesmí, či čeho nejsou schopni) směrem k zájmu o podmínky, které jim vytváří společnost, tj. bariérové prostředí (architektonické, psychologické, sociální), sociální vyloučení, předsudky atd. Disabilita jako zastřešující výraz pro překážky (spojené se zdravotním postižením) je v tomto smyslu chápána jako důsledek společenských podmínek.

Čím se disability studies zabývá?

„Předmětem zájmu disability studies je zkoumání zdravotního postižení primárně ve smyslu společenského, kulturního a politického fenoménu. Na rozdíl od klinických, medicínských, pedagogických či terapeutických přístupů se tedy zaměřuje na to, jak je zdravotní postižení definováno a prezentováno ve společnosti. V tomto smyslu je pojem 'disabilita' orientován primárně nikoliv na člověka – jedince s postižením, ale jako pojem, jehož smysl a těžiště je potřebné hledat v sociálním, kulturním a politickém kontextu.“³

Disability studies je interdisciplinárním a multiparadigmatickým oborem, který integruje vědecké poznatky různorodých disciplín, zejména historie, filozofie, sociologie, politických věd, práva, ekonomie, antropologie, pedagogiky, kulturních studií, geografie, architektury, psychologie, teologie, genderových studií, komunikace, mediálních studií, literatury, umění a dalších humanitních a společenských věd – ve vztahu ke zdravotnímu postižení.

Cíle tohoto vědního a studijního oboru směřují k vyšší míře porozumění zdravotnímu postižení, komplexity životních podmínek a kvality života jeho nositelů. Multioborový charakter DS je znázorněním, že téma či řešení těchto podmínek je interdisciplinární záležitostí se vzájemným propojením a přesahy do jednotlivých oblastí.

³ Barnes 2002: 3-15, dále Albrecht, 2002: 23-28, Albrecht, 2000, Johnstone, 2001, Barnes, Oliver, Barton, 2002, Siebers, 2008, ad.

Mezi hlavní tématické okruhy oboru DS patří:

- paradigma, teorie, modely, definice, klasifikační systémy zdravotního postižení;
- filozofické, psychologické, sociální, etické, ekonomické, kulturní, politické, environmentální ad. aspekty postižení;
- veřejná politika ve vztahu k lidem s postižením – školství, zdravotnictví, sociální politika, politika zaměstnanosti, politika přístupnosti – územní plánování, stavby, doprava, asistivní technologie ad.;
- politika a organizace osob s postižením; sociální hnutí osob se zdravotním postižením;
- metodologické otázky výzkumu v kontextu zdravotního postižení;
- etické otázky zdravotního postižení – vztah lidé s postižením / profesionálové, bioetické problémy genetiky a reprodukční technologie, rozhodování o léčbě, kvalita života lidí s postižením, etika rozhodování, asistovaná sebevražda, deinstitucionalizace, genetická diskriminace;
- zdravotní postižení v rodině,
- advokacie – včetně práv rodičů a sebeobhájců,
- gender, sexualita lidí s postižením,
- postavení žen se zdravotním postižením v společnosti;
- kulturní aspekty zdravotního postižení – kulturní stereotypy, jazyk, normalita, zdravotní postižení jako sociální a kulturní fenomén, reprezentace odlišného těla, zdravotní postižení a popkultura, prezentace zdravotního postižení ve filmu, divadle, v médiích, literárním a výtvarném umění ad.

V pojetí DS se etablovaly dvě hlavní linie. Přes společné základní jádro existuje rozdíl v pojetí „britské“ a „americké“ linie DS. Britská linie se vyznačuje poměrně zřetelným politickým aktivismem s vysokou mírou preferencí lidí s postižením v advokacii a v dalších profesích zaměřených na přímé řešení životních podmínek lidí s postižením. Americká linie má subtilněji pojatý základ občanských a ústavních práv, vyznačuje se širokým spektrem společenských a humanitních věd a profesí, které se zabývají tématy zdravotního postižení a relativně vysokou mírou zapojení lidí „s“ i „bez“ postižení do těchto profesí a badatelských aktivit.

Oficiální definice disability studies byla přijata v roce 1993 mezinárodní společností Society for disability studies, která vznikla v roce 1982 v USA. Jejími členy byli a jsou společně akademici z řad lidí s i bez postižení v širokém rámci výše uvedených a dalších oborů. Oficiální webové stránky organizace jsou dostupné na odkaze <http://www.disstudies.org/> (cit. 30. 11. 2011).

Pro zájemce

Kde lze obor DS studovat? V České republice t.č. ne. Etablován je na mnoha univerzitách zejména v USA a ve Velké Británii, ale také v Austrálii, Německu, Rakousku, Švédku a v dalších zemích (nejen pod názvem disability studies), a to jak v bakalářských, tak v magisterských a doktorských studijních programech. Absolventi získávají odbornou způsobilost pro práci v institucích, v nichž jsou na mikro-mezo-makro úrovni řešeny různorodé aspekty života lidí s postižením. Mnoho absolventů i pedagogů oboru DS má zdravotní postižení.



Pro toho, kdo vnímá zdravotní postižení jako fenomén, který náleží hlavně (či jen) do oblasti sociální a zdravotní péče, popřípadě školství, může být nezvyklou představa, že obor DS může, ale také nemusí připravovat absolventy pouze či výhradně k výkonu profesí, které jsme zvyklí označovat jako „pomáhající“. Vysokou míru uplatnění mohou jeho absolventi (v zahraničí) nalézt rovněž v uměleckých profesích, literatuře, v oblasti médií, reklamy apod.⁴

Od praxe k teorii – od teorie k praxi

Jakkoli se může na první pohled zdát, že obor disability studies není v tradičním slova smyslu „praktický“ či je od praxe „teoreticky odtažitý“, při diskusi o (jakékoliv) „praktičnosti“ je potřebné vždy brát v úvahu rovinu společenské praxe. Ta může být jak mikro-individuální s přímým kontaktem „tváří v tvář“ nebo mezo či makro-společenská, kdy jsou předmětem praktických řešení různá systémová opatření (včetně výzkumů), vztahy majorit/minorit, vztah kultura/jednotlivec ad., podle toho, z jakého náhledu a v jakých souvislostech o zdravotním postižením přemýšlíme, diskutujeme.

⁴ Krhutová 2011a: 29

Obor vznikl z potřeby praxe a jeho poznatky se k praxi zpět vrací v podobě vyššího porozumění souvislostem zdravotního postižení, kterého lze jen s obtížemi dosáhnout v rámci jednotlivých, relativně uzavřených specializačních zaměření.



K zamyšlení

„Specializace, blahodárně působící v oblasti výroby a akumulace kapitálu, postupně proměnila vědění o skutečnosti v konglomerát často nesouvisejících specializovaných poznatků, pro něž skutečnost existuje pouze jako velmi dílčí výsek skutečnosti, fragment. [...] Díky neúprosnému postupu specializace a ztrátě komunikace mezi jednotlivými specializacemi [...] stále více věcí zůstává „mezi“ a tudíž „mimo“ zorné pole vědění. [...] Moderní selekce vědění nutně znamená nerespektování jiných poznávacích možností, nabízených jinými lidmi, skupinami, kulturami.“⁵

V DS zdaleka nejde o prostý „součet“ obsahů/náhledů jednotlivých vědních oborů, které se tématy zdravotního postižení zabývají. Zaměřením témat v „rodině disability studies“ a jejich vzájemným ovlivňováním vzniká nová kvalita a nový obsah vědění o zdravotním postižení, mající charakter komplexity.⁶

1.2 Teoretický rámec disability studies

Vycházíme-li z úvodního vymezení předmětu DS, v jehož zájmu je „zkoumání zdravotního postižení primárně ve smyslu společenského, kulturního a politického fenoménu“, pak společným jmenovatelem DS je triáda:

- 1) důraz na odklon od definování zdravotního postižení primárně jako patologického stavu a lidí s postižením jako objektu sociální dobročinnosti,
- 2) zřetelné odlišování rovin postižení:
 - „impairment“ , tj. postižení ve smyslu individuálního orgánového

⁵ Hubík (1999: 199, 201)

⁶ „Komplexita (z lat. complexus = spojení) – jednota rozmanitosti, též spojitost, celistvost, úplnost. Pojem se užívá různým způsobem při analýze systému v teorii systému.“ (Mucha 1996: 506)

a/nebo funkčního poškození tělesných funkcí,

- „disability“ , tj. postižení ve smyslu ztráty nebo omezení příležitostí člověka účastnit se běžného společenského života na stejné úrovni jako lidé bez postižení, přičemž důvodem této ztráty nebo omezení účasti jsou bariéry prostředí,⁷

3) respekt k žité osobní zkušenosti zdravotního postižení.

Zdravotní postižení je fenoménem multiparadigmatickým. Žitá zkušenost postižení působí najednou – nelze ji dělit na části, které odborníci různých vědních disciplín zkoumají, relativně izolovaně, ze svého úhlu pohledu, přičemž ostatní úhly pohledu mohou a mnohdy i musí „zanedbat“. Žádná věda tento fenomén „najednou“ zkoumat neumí, redukce je proto do určité míry nezbytná. V průběhu vývoje díky této „vědecké fragmentaci“ vznikla celá řada teorií zdravotního postižení. Pole těchto teorií je značně rozmanité podle zaměření jednotlivých vědních disciplín. Na zdravotní postižení a jeho vymezení (pojmenování a definice) můžeme nahlížet optikou sociologie, antropologie, pedagogiky, politologie, sociální práce ad.

Hovoříme-li o oboru DS, bylo by přesnější hovořit spíše v plurálu jako o „souboru“ různorodých vědních oborů zabývajících se zdravotním postižením ze své vlastní perspektivy a které vzájemným působením vytvářejí komplexní „vědu o zdravotním postižení“. (K jednotlivým teoriím a modelům odkazují na materiály v Moodle, Čítanka textů, modul D1.)

- Sociologickou perspektivu lze představit přehledem teorií a modelů, např. v členění (1) Fenomenologické teorie disability, (2) Postmodernistické teorie disability, (3) Ekologické teorie disability, (4) Sociopolitické modely disability, (5) Sociokulturní model ad.
- Antropologickou perspektivu představují přístupy a teorie: (1) Fenomenologický přístup, (2) Osobnostní přístup, (3) Přístup Disablement Process, (4) Semiotický přístup, (5) Teorie sociální komplexity disability, (6) Teorie stigmatu, (7) Teorie liminality, (8) Teorie anomaly ad.

⁷ DPI, 1982

- Akcent na celkové fungování jedince v jeho prostředí je základem (1) sociálně konstruktivistického modelu – preferovaného v USA, (2) britské verze sociálního modelu, (4) politického modelu, (5) modelu Independent Living, (6) postmodernistického modelu, (8) modelu variace, (9) diskriminačního modelu disability ad.

V souvislosti s teoretickými rámci jsou v odborné literatuře dále popsána paradigmatu zdravotního postižení:

- biologické paradigma
- rehabilitační paradigma
- integrační paradigma
- antropologické paradigma ad.⁸

Současná odborná literatura uvádí četné množství modelů⁹ zdravotního postižení, např. :

- Klasifikační model WHO – ICF 2001
- Etický model
- Deficitní model
- Medicínský model
- Model osobní tragédie
- Sociální model
- Model diverzity
- Model Independent Living
- Model oprese minoritních skupin (politický model) ad.¹⁰
-

Zahraniční odborná literatura DS je velmi rozsáhlá, srov. např. Brown (1994), Oliver (1996), Silvers, Wasserman a Mahovald (1998), Barnes, Mercer a Shakespeare (1999), Albrecht, Seelman a Bury (2000), Barnes, Oliver a Barton (2000), Johnstone (2001), Albrecht (2002), Swain, French a

⁸ Viz Jesenský 2000

⁹ Model – zde ve smyslu „schéma, zjednodušení jevu sloužící k jeho zkoumání a vysvětlení (Akademický 1995: 503)

¹⁰ srov. Krhutová 2010a, Pfeiffer 2005, Brading, Curtis 1999, Hiranadani 2005, Oliver 1996, Swain, French, Cameron 2003, Thompson 2001, Sibilski 2000, Hayashi 2005, Charlton 2000, Shakespeare 2006, Brown, 1994

Cameron (2003), McRuer (2006), Snyder a Mitchell (2006), Shakespeare (2006), Thomas (2007), Siebers (2008), Baird, Rosenbaum a Toombs (2009) ad.

Počátky disability studies v ČR

Za jedny z prvních textů z hlediska systematického propracování teorie s rysy nového vědního oboru je v česky psaných odborných pramenech možné považovat části prací Jesenského (2000, 2003), přestože v nich autor samotný pojem disability studies přímo neužívá. K historické perspektivě DS lze zařadit práci Titzla (2000), k teoretickým základům a vývoji oboru práce Krhutové (2008, 2010), diskurs odlišného těla a genderovou linii DS obsahují např. práce Sinecké (2008), Kolářové (2009, 2010, 2012), Novosáda (2009), právními aspekty zdravotního postižení se zabývá Michalík (2011a) a další autoři.

„V českém prostředí se objevují badatelské aktivity charakteru DS signalizující počáteční rozvoj vědního oboru v ČR. V současné době u nás existují prvotní úvahy o možnostech aktivizace studijního programu. Z úrovně instituce tato myšlenka vzešla na půdě Vědecké rady Národní rady osob se zdravotním postižením ČR. Její realizace předpokládá spolupráci stávajících vysokoškolských pracovišť a odborníků.

Významným badatelským počinem se stala první odborná konference specificky zaměřená k tématům DS pořádaná katedrami obecné antropologie a genderových studií Fakulty humanitních studií Univerzity Karlovy v Praze a Filozofickým ústavem Akademie věd ČR v říjnu 2010. Konference se zaměřila na témata reprezentace odlišného těla v interdisciplinární perspektivě (česká část) a Crippling Neoliberalism (mezinárodní část). Zúčastnila se jí řada světových špiček v oboru DS (R. McRuer, D. Mitchell, S. Snyder, A. Waldschmidt, M. Shildrick aj.).¹¹

¹¹ Krhutová 2011a: 29 Bližší informace o konferenci viz odkaz <http://www.fhs.cuni.cz/antropologie/index.php/cs/konference-a-workshopy/137-konference-reprezentace-odlisneho-tela.html> (cit. 30. 11. 2011)

1.3 Co je zdravotní postižení? Kdo má zdravotní postižení?

Zdravotní postižení bývá nezdědka zaměňováno za nemoc a člověk s postižením bývá vnímán jako „nemocný“. Mezi oběma pojmy je však významný rozdíl. Zatímco určujícím rámcem *nemoci/onemocnění* je „diagnóza“, význam pojmu *zdravotní postižení* je širší a váže se k funkčním schopnostem a kompetencím člověka (se zdravotním problémem), které bývají zpravidla dlouhodobě nebo trvale limitovány v kvalitě a/nebo množství ve srovnání s tzv. běžnou populací.

Lidé se zdravotním postižením (angl. people with disabilities) jsou „lidé mající dlouhodobé fyzické, duševní, mentální nebo smyslové postižení, které v interakci s různými překážkami může bránit jejich plnému a účinnému zapojení do společnosti na rovnoprávném základě s ostatními.“¹²

Zdravotní postižení lze z pohledu funkční definice vymežit jako dlouhodobý či setrvalý zdravotní *stav* odlišný od běžné zdravotní kondice odpovídající věku, který se projevuje snížením funkčních schopností v rámci tří úrovní fungování:¹³

1. v rovině *fyzické*, tj. na úrovni těla – slyšení, vidění, hybnost, řečové, mentální funkce ad., angl. impairment – nemá český ekvivalent,
2. v rovině *provádění úkonů*, úkolů, činů, aktivit jedincem – angl. activity,
3. v rovině účasti / participace na společenském dění, zapojení do životní situace – angl. participation.

První rovina je podmínkou *sine qua non* – musí nastat vždy (abychom mohli uvažovat o zdravotním postižení), druhé dvě *mohou* nebo *nemusí* nastat, resp. mohou nastat v různé míře viz dále.



Pojmy k zapamatování

IMPAIRMENT

... tělo

AKTIVITY

... činnost

PARTICIPACE

... účast

¹² Úmluva 2010

¹³ MKF 2008

„Postižení, nemoc, slabost všeho druhu jsou nejen protipóly „ne-postižení“, zdraví a síly, ale ve své komplementaritě jsou součástí lidského údělu stejně jako narození a smrt“.¹⁴ Příčiny zdravotního postižení nelze a ani do budoucna zřejmě nebude možné eliminovat.

Impairment může vzniknout jako následek:

- nemocí (v důsledku některých nemocí matky v období těhotenství, např. zarděnky, nebo užívání některých léčiv či kombinací některých léčiv v těhotenství, dále v důsledku akutních či chronických somatických či duševních nemocí infekce, autoimunitní onemocnění, nemoci z nesprávné výživy, psychická traumata ad.)
- užívání drog, kouření v těhotenství,
- porodních komplikací,
- dědičných vlivů,
- úrazů (dopravní nehody, pracovní úrazy, úrazy v domácnosti, při sportu a jiných volnočasových aktivitách, úrazy v souvislosti s násilnými trestnými činy, živelnou katastrofou ad.),
- nedokonaných sebevražd,
- involučních změn ve stáří (stařecká polymorbidita, tj. přítomnost více chorob současně objevujících se ve stáří).

U značného množství geneticky podmíněných, ale i později získaných onemocnění nelze jejich příčinu zjistit.

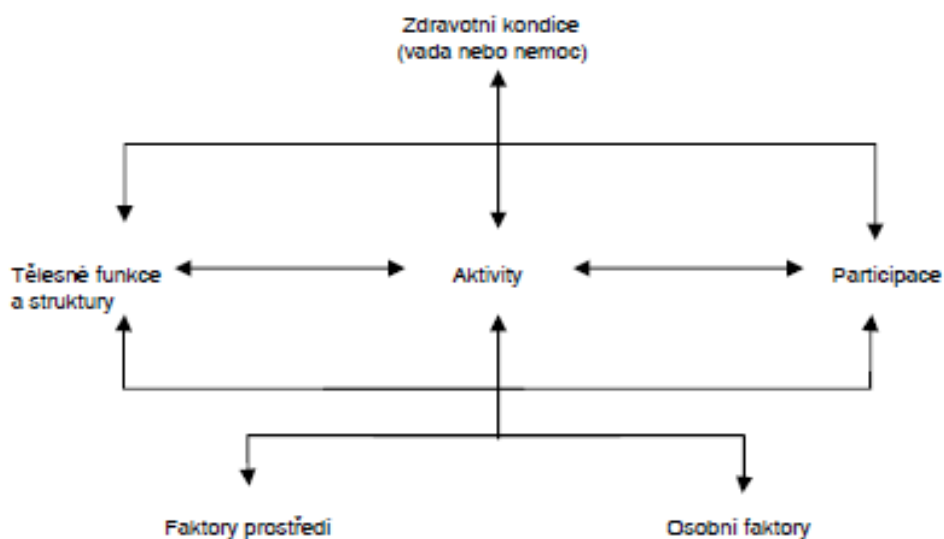
Individuální dopady *impairment* na sociální fungování člověka s postižením, (tj. na provádění jeho činností, *aktivit* a na účasti ve společenském životě, *participaci*) závisí na:

- faktorech prostředí (tj. zejména fyzické, sociální, postojevé, kulturní, politické, ekonomické ad. prostředí, ve kterém lidé žijí) a na
- osobních faktorech (věk, pohlaví, druh a doba vzniku postižení, životní zkušenosti, společenský status, osobnostní charakteristiky ad.)

Působení různých komponent na sociální fungování člověka se zdravotním problémem znázorňuje následující schéma č. 1.

¹⁴ Titzl 2000: 9

Schéma č. 1 Interakce komponent ve vztahu k sociálnímu fungování v závislosti na zdravotní kondici



Zdroj: MKF 2008: 30

Závažnost dopadů zdravotního postižení (v osobní fyzické rovině, v rovině aktivit či participace) se pohybuje za škále¹⁵:

- 0 žádný problém (resp. zanedbatelný),
- 1 lehký problém (nízký, nepatrný),
- 2 středně těžký problém (střední, snesitelný),
- 3 těžký problém (vysoký, extrémní),
- 4 úplný problém (totální).

Starší definice zdravotního postižení a vymezení obsahu pojmu *lidé se zdravotním postižením* jsou orientovány primárně na vady, nedostatky a neschopnosti, staví problém na stranu jedince s postižením a pomíjí situace, kdy důvod jeho ztíženého sociálního fungování nespočívá primárně v postižení na úrovni těla (impairment) či osobních dispozic, nýbrž v bariérách prostředí.

Vymezení pojmů závisí na typu a účelu definic a na mikro-mezo-makro úrovni jejich definování. Typy definic zdravotního postižení lze členit na:¹⁶

¹⁵ MKF 2008

¹⁶ dle Altman 2000

1. klinické,
2. legislativní a administrativní,
3. vědecko-výzkumné.

Pro účely praxe se konkrétní definice liší podle zaměření systémů podpory, resp. podle toho, které roviny, projevy a důsledky zdravotního postižení jsou sledovány a v praxi řešeny. Jiná definiční vymezení platí pro realizaci opatření sociální politiky (např. stanovení okruhu oprávněných uživatelů sociálních služeb, příjemců dávek sociální podpory, dávek sociální péče či dávek důchodového pojištění), jiná v oblasti zdravotní péče (kategorie osob z hlediska funkční diagnostiky, posudkového lékařství) nebo školské praxe (stanovení okruhu oprávněných příjemců speciálně pedagogické podpory) a v dalších oblastech. Podobu těchto konkrétních definic dále ovlivňují historické, sociokulturní, psychosociální, ekonomické, politické, environmentální aj. aspekty.

Vymezení zdravotního postižení a obsahu pojmu lidé se zdravotním postižením se liší nejen podle vědního oboru či oboru praxe, v jehož rámci jsou definovány (vedle tradičních sociálních, medicínských a pedagogických přístupů dále např. sociálně konstruktivistické, genderové teorie, antropologické, politologické teorie, teorie umění ad.), liší se také teritoriálně na úrovni států i kontinentů.

Synonyma pojmu jsou frekventována výrazy *lidé se zdravotním znevýhodněním*, *s hendikepem* (hendikepování), *s disabilitou*, *se speciálními či specifickými vzdělávacími potřebami* ad.¹⁷ Pojem *hendikep / handicap* má (ve spojení s postižením) těžiště v sociální dimenzi – označuje omezenou účast lidí s postižením na společenském životě (bez rozlišení příčiny tohoto omezení). *Disabilita* je ve starším pojetí definována jako *snížení výkonu* z úrovně *vlastních* schopností jedince. V současné době je tento náhled překonán – pojem byl redefinován ve smyslu interakce jedince s prostředím: *disabilita* vzniká, když se člověk se svou zdravotní kondicí setkává s bariérami prostředí. Změnil tak svoji původní konotaci (neschopnost, nezpůsobilost jedince) k novému významu „překážka“, která může být výsledkem nejen vnitřních, ale také vnějších podmínek na člověku nezávislých.

¹⁷ Historickým, v odborné terminologii zastaralým a již neužívaným termínem je *invalida* – v současnosti má pejorativní konotaci. Laiky, mnohými úředníky a pracovníky médií je však termín stále užíván.

Lidé s postižením jsou *diferencovanou nehomogenní skupinou* nejen z hlediska

1. druhu postižení – lidé s tělesným postižením, se smyslovým postižením, s mentálním postižením, s duševní nemocí, s kombinovaným postižením ad.,
2. doby vzniku postižení – vrozené či časné, získané v pozdějším věku,
3. stupně (intenzity, hloubky) postižení – lehké, středně těžké, těžké, velmi těžké (viz tabulka č. 1),

a jedním z hlavních znaků zdravotního postižení je zejména jeho *variabilita* – příčiny, projevy a důsledky zdravotního postižení u lidí se stejným druhem a stupněm postižení jsou individuálně velmi rozmanité.

Tabulka č. 1 Orientační členění zdravotního postižení

PODLE DRUHU			
Smyslové postižení zrakové, sluchové, duální	Tělesné postižení postižení hybnosti, mobility, vnitřní nemoci	Postižení mentálních funkcí mentální postižení, duševní onemocnění	Kombinované postižení
PODLE DOBY VZNIKU			
vrozené		získané	
PODLE INTENZITY (stupeň, hloubka)			
lehké	středně těžké	těžké	velmi těžké

Zdroj: Krhutová 2011b: 126

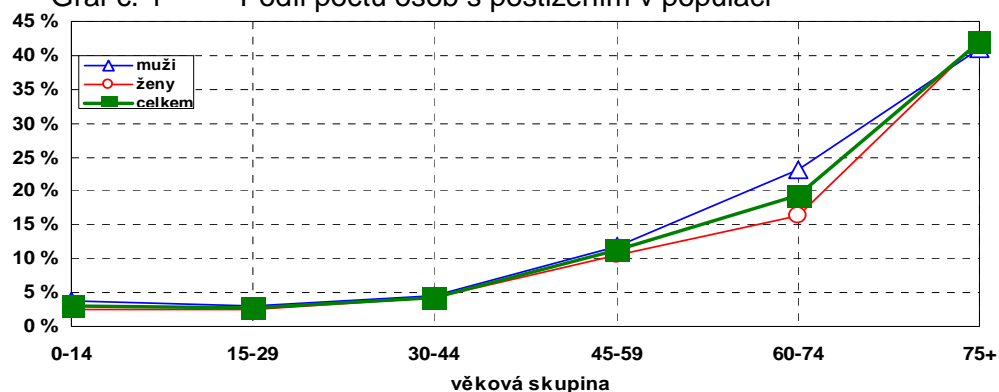
Přesné počty lidí s postižením v populaci nelze identifikovat. Zatímco např. věk lze stanovit jednoznačně, jednotný klasifikační systém zdravotního postižení a způsob jeho evidence v populaci nikoliv. Statistické odhady počtu lidí s postižením v ČR uvádějí 1 milion obyvatel, tj. asi 10% populace ČR¹⁸, v evropském měřítku v rozmezí od 10 do 15%.¹⁹ Celosvětově se odhady pohybují na hranici 650 milionů lidí, toho 97% osob má získané postižení.²⁰ Zdravotní postižení je do značné míry „otázkou věku“, tj. se stoupejícím věkem stoupá procento osob, které vykazují znaky zdravotního postižení viz graf č. 1 a tabulka č. 2

¹⁸ ČSÚ 2008

¹⁹ Michalík 2011b: 35-42

²⁰ Goodley 2011: 1

Graf č. 1 Podíl počtu osob s postižením v populaci



Zdroj: ČSÚ 2008

Tabulka č. 2 Typ zdravotního postižení podle pohlaví a věku

Věková skupina	Zdravotní postižení							celkem osob	četnost postižení na 1 osobu
	tělesné	zrakové	sluchové	mentální	duševní	vnitřní	celkem		
Muži									
0-14	9 703	4 393	1 154	7 549	3 285	13 552	39 636	27 941	1,419
15-29	14 246	3 243	2 365	14 210	6 012	10 754	50 830	34 271	1,483
30-44	22 855	4 451	1 981	9 742	10 806	18 333	68 168	52 984	1,287
45-59	63 616	6 997	6 166	12 570	17 957	65 586	172 892	129 465	1,335
60-74	73 687	10 785	9 361	8 682	11 411	102 745	216 671	152 443	1,421
75+	54 267	8 844	14 875	5 830	9 354	66 603	159 773	92 624	1,725
Celkem	238 428	38 713	35 902	58 675	58 986	277 954	708 658	490 452	1,445
Ženy									
0-14	6 984	3 571	1 748	4 055	1 561	8 791	26 710	18 267	1,462
15-29	11 464	3 075	1 470	8 754	3 140	10 177	38 080	26 350	1,445
30-44	20 252	3 146	2 752	9 564	11 470	16 657	63 841	48 347	1,320
45-59	64 343	5 781	5 060	7 732	16 705	52 961	152 582	116 278	1,312
60-74	79 173	7 857	5 844	4 645	12 251	83 623	193 393	130 831	1,478
75+	129 337	25 296	21 809	13 182	23 776	121 069	334 469	184 120	1,817
Celkem	311 979	48 726	38 798	48 024	69 079	293 780	810 386	525 096	1,543
Celkem									
0-14	16 687	7 964	2 902	11 604	4 846	22 343	66 346	46 208	1,436
15-29	25 710	6 318	3 835	22 964	9 152	20 931	88 910	60 621	1,467
30-44	43 107	7 597	4 733	19 306	22 276	34 990	132 009	101 331	1,303
45-59	127 959	12 778	11 226	20 302	34 662	118 547	325 474	245 743	1,324
60-74	152 860	18 642	15 205	13 327	23 662	186 368	410 064	283 274	1,448
75+	183 604	34 140	36 684	19 012	33 130	187 672	494 242	276 744	1,786
Celkem	550 407	87 439	74 700	106 699	128 065	571 734	1 519 044**	1 015 548*	1,496

Zdroj: ČSÚ 20087

Lidé s postižením si své postižení ve většině případů nevybrali a ve většině případů jeho existenci nemohou nijak ovlivnit, vedle seniorů, dětí ad. patří k *oprávněným* cílovým skupinám *společenské solidarity a sociální ochrany*. Ve smyslu minority patří mezi zranitelné skupiny obyvatelstva *ohrožené sociálním vyloučením*. Opatření jednotlivých států k sociálnímu začleňování lidí s postižením se liší v závislosti na ekonomických podmínkách a veřejné politice jednotlivých zemí.

Lidé s postižením ve smyslu minority jsou příjemci adresné podpory a péče veřejných služeb, jsou však také sami iniciativními aktéry pomoci a podpory jednotlivcům i společenstvím lidí s postižením na místní, regionální, národní i mezinárodní úrovni. Vytvářejí svépomocné skupiny, profesní organizace poskytovatelů služeb i politické organizace. Cílem těchto iniciativ je zajišťování potřeb jednotlivců, rodin, skupin a komunit, které plynou z důsledků zdravotního postižení, podpora nezávislosti, prosazování a sebe/obhajoba lidských práv a základních svobod včetně odstraňování a prevence diskriminace.

Základem intervencí přímé i nepřímé práce s klienty (různých systémů podpory) se zdravotním postižením je obecná znalost komplexity životních podmínek lidí s postižením a specifická znalost konkrétních potřeb klienta s postižením, respekt k jeho k důstojnosti včetně znalosti optimálních způsobů komunikace a přístupů vůči lidem s postižením a k žité osobní zkušenosti klienta se svým postižením.



Úkol k textu

Moodle - prostudujte teorie a modely zdravotního postižení
Čítanka / text D1.



1.4 Kdo je odborníkem na zdravotní postižení?

Místo výkladu podněty k zamyšlení:

- „K řešení různorodých podmínek života lidí s postižením může být zapojeno až dvacet tři odlišných profesí“.²¹

²¹ Brenchin a Lidiard (in Oliver, Sapey, 1999: 35) a dále viz schéma č. 1

- „Zdravotně postižení na celém světě se setkávali s tím, že za ně mluvil někdo jiný. A měli toho dost. Protože můžeme a chceme mluvit sami za sebe. Protože základním lidským právem je mluvit sám za sebe. Profesionály vítáme, dělají-li, co je třeba, aby nám pomohli. Ano, to je vynikající. Ale začnou-li říkat, co chceme a co potřebujeme, odpovídáme jim - mlčte prosím vás, chcete-li takto pokračovat, raději odejděte!“²²
- V 80. letech minulého století se v radikalizované Anglii objevil výraz „paraziti,“ kterým začali (zejména) političtí radikálové z řad lidí s postižením označovat vědce-výzkumníky bez postižení zabývající se výzkumem témat z oblasti zdravotního postižení.²³ Předmětem kritiky bylo medicínské pojetí disability ve výzkumu. Postavení lidí s postižením v roli pasivních „objektů výzkumu“ jimi bylo označeno jako oprese (viz politický model disability). Kritika „výzkumu výzkumných objektů“ bez účasti těch, jichž se týká, dala základ vzniku emancipatorního výzkumu disability, který se rozvíjí v souvislosti se vzrůstající akademickou vzdělaností lidí s postižením.
- Otázkou „jsou odborníci paraziti?“ se zabývá pojednání Swaina, Frenchové a Camerona²⁴ kde autoři kladou řadu dalších otázek, například – Kdo je odborník? Potřebují odborníci více lidí s postižením nebo lidé s postižením odborníky? Nakolik odborníci ztrácejí moc ve světle kritiky jejich vlastní praxe? Jak a zda vůbec může být změněna praxe odborníků tak, aby mohla být pro lidi s postižením skutečně účelná? Jak dalece a jakým způsobem mohou odborníci a lidé s postižením spolupracovat při poskytování služeb lidem s postižením?

²² Könköly in Marešová 1993: 5

²³ Hunt in Mercer 2002: 229–234

²⁴ Swain, French a Cameron 2003: 131-138

Kdo je tedy odborníkem na zdravotní postižení ?

Odborníci (zdravotníci, speciální pedagogové, sociální pracovníci, psychologové ad.)

- zpravidla disponují systematizovanými znalostmi o zdravotním postižení kumulovanými v dlouhodobém vývoji lidského poznání,
- disponují praxí se zpravidla větším množstvím lidí s postižením (opakovaná reflektovaná zkušenost),
- bez jejich existence by se nerozvíjela pomoc, péče a podpora řízeným způsobem a většina lidí s těžkými formami postižení by pravděpodobně nepřežila,
- jsou závislí na klientech, protože klienti legitimizují, ospravedlňují existenci jejich profese,
- odborníci bez postižení se mohou v průběhu života stát lidmi s postižením – primárně odborníky, kteří se sekundárně stali klienty své profese.

Lidé se zdravotním postižením

- vždy disponují nepřenositelnou individuální zkušeností vlastního zdravotního postižení a zpravidla také přenesenými zkušenostmi mnoha jiných lidí s postižením,
- (mimo dětský věk) mají často i vysokou mírou odborných znalostí o svém postižení,
- navazují na více než stoletou tradici svépomocných spolků a organizací, v současné době rozšířených o mezinárodní sítě a jsou tak sami svépomocnými odborníky při řešení svých záležitostí,
- u lidí se (zejména těžším) zdravotním postižením existuje objektivní potřeba a různá individuální míra pomoci a podpory druhých osob (rodiny) a odborníků, na niž je člověk s postižením závislý,
- bez lidí s postižením by nebylo potřeba odborníků na zdravotní postižení – a tedy ani zaměstnanců s příjmy,
- v důsledku integračních procesů²⁵ vrůstá vzdělanost a emancipace lidí s postižením a jejich zastoupení mezi odborníky – bývají nejen klienty, ale současně i kvalifikovanými profesionály.

²⁵ Základ integračních procesů byl položen na počátku minulého století se vznikem mezinárodního hnutí lidí s postižením.

Příklad



„Setkáme se tak s člověkem se zdravotním postižením, který působí jako poradce, lékař nebo advokát. Zdravotní postižení samo o sobě nezaručuje bezchybný či dokonalý výkon pozice dané profese. Vytváří jen lepší předpoklady pro pochopení situace, v níž se klient služby ocitá, a zpravidla příznivější klima pro navázání prvotního kontaktu. Nezaručuje však splnění odborných a souvisejících profesních požadavků dané profese.“²⁶

„Správná“ odpověď na otázku – kdo je odborníkem při práci s lidmi s postižením a kdo koho potřebuje více – stěží existuje. Ale i jen přemýšlet o ní a hledat vlastní odpověď je pro porozumění lidem s postižením velmi důležité.

Disability studies představuje analýzu a interpretaci (zdravotního) postižení v *systémovém konceptu člověka & společnosti*. Dalším významným systémovým konceptem ve vztahu k lidem s postižením je koordinovaná rehabilitace.²⁷ Princip koordinované rehabilitace spočívá v *propojení profesionálních* aktivit z různých oblastí rehabilitace s cílem zlepšit sociální fungování a zvýšit kvalitu života člověka s postižením.²⁸

Pojem *rehabilitace osob se zdravotním postižením* je v mezinárodním měřítku chápán nikoliv úzce ve smyslu lékařské rehabilitace, resp. fyzioterapie, jako je tomu v ČR, nýbrž jako interdisciplinární obor zahrnující souhrn opatření směřující k maximálně možné míře začlenění lidí s postižením do aktivního života.²⁹ V koordinované rehabilitaci jde zejména o „kombinované a koordinované týmové využívání aplikovaných metod z oblasti lékařství, sociální práce, výchovy, vzdělávání a profesní přípravy i podporovaného pracovního uplatnění k adaptaci jedince na odlišné, nestandardní či ztížené životní podmínky a k získání či znovuzískání a upevnění nejvyšší možné samostatnosti a přiměřené funkční schopnosti.“³⁰ Systém ucelené rehabilitace vytváří komplex rehabilitace léčebné, sociální, pracovní, pedagogické, technické a technologické, ekonomické a právní ad., viz schéma č. 2.

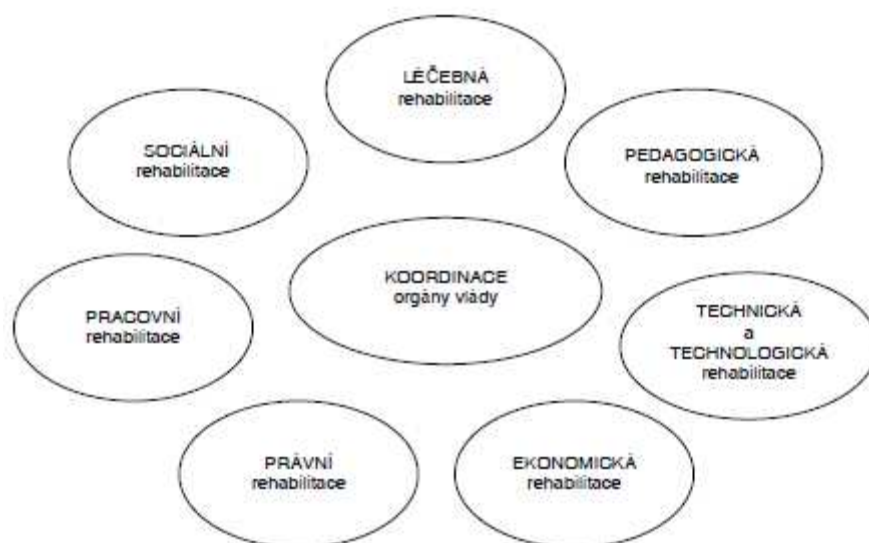
²⁶ Michalík 2011b: 21.

²⁷ Slovními ekvivalenty jsou koordinovaná, komplexní, komprehenzivní rehabilitace

²⁸ K vývoji ucelené a koordinované rehabilitace viz např. Čevela, Čeledová 2011

²⁹ Koordinovaná rehabilitace se týká jak lidí se získaným zdravotním postižením, tak s vrozeným postižením či postižením od útlého věku, a také lidí s dočasnou změnou zdravotní kondice..

³⁰ Novosád, 2009: 95



Zdroj: Krhutová 2011c: 17

Základním předpokladem procesu ucelené rehabilitace je týmová spolupráce odborníků, zejména odborných lékařů včetně rehabilitačních lékařů, posudkových lékařů, fyzioterapeutů a ergoterapeutů, speciálních pedagogů, psychologů a sociálních pracovníků – ve spolupráci s klientem se zdravotním postižením. Rozdíl mezi disability studies a koordinovanou (ucelenou) rehabilitací je zřejmý z komparace autora Novosáda:

„*Disability studies* versus (ucelená) rehabilitace: Jejich náplní je úsilí o analýzu a interpretaci „postižení“ v systémovém konceptu člověka a společnosti, mající i širší politický kontext. Cílem *disability studies* je komplexně vnímat specifika, dopady i validní aspekty postižení a pod tímto úhlem pohledu usilovat o rovnost šancí, normalizaci občanského statusu, harmonizaci společenského klimatu a adresnou podporu pro osoby se zdravotním postižením. Naproti tomu ucelená rehabilitace/habilitace je snahou o flexibilní propojení profesionálních aktivit s cílem zlepšit osobní i sociální fungování člověka s postižením a pozitivně interdisciplinárně působit na kvalitu jeho života. *Disability studies* také např. pojímají problém sociální exkluze, stigmatu, znevýhodnění, labellingu (nálepkování), lidské důstojnosti, občanské participace atd. primárně, tedy jako hlavní předměty odborného i praktického zájmu, kdežto *ucelená rehabilitace* se těmito

tématy zabývá spíše sekundárně, tedy ve smyslu podpory jedince, aby nebyl sociálně izolován, handicapován atd.“³¹

1.5 Mezinárodní klasifikace funkčních schopností, disability a zdraví

Nástrojem pro optimální *týmovou práci a komunikaci odborníků* z různých oblastí je Mezinárodní klasifikace funkčních schopností, disability a zdraví (zkratka MKF, angl. International Classification of Functioning, Disability and Health – ICF). MKF patří do „rodiny“ klasifikačních systémů WHO a vzájemně se doplňuje s Mezinárodní klasifikací nemocí 10. revize (zkratka MKN-10).

Zatímco MKN-10 poskytuje etiologický rámec zdravotních problémů,³² „umí zjistit příčinu“ (diagnózu), popsat rozsah a tíži zdravotního postižení, aktivitu procesu, poruchy funkcí orgánů, systémů, lokalizaci, prognózu jedince, MKF poskytuje informaci o funkční schopnosti jedince.³³ Podle Švestkové³⁴ „velký filozofický posun spočívá v tom, že *MKF neklasifikuje osoby*, ale popisuje a *klasifikuje situace* každého člověka v řadě okolností vztahující se ke zdraví“, tzn. situace jedince v konfrontaci s různými životními situacemi a prostředím.

1.5.1 Disabilita³⁵

Soudobý význam pojmu „disabilita“ se v MKF zásadním způsobem liší od jeho původního vymezení v roce 1980³⁶. V dřívějším pojetí byla „disabilita“ definována jako snížení výkonu z *úrovně vlastních individuálních možností/schopností jedince* ve smyslu ne-schopnosti člověka. Aktuální definice disability v MKF zahrnuje spolupůsobící faktory vnějších podmínek:

³¹ Novosad 2011a: 223

³² Zdravotní problém je zastřešující pojem pro nemoc (akutní nebo chronickou), postižení, nehodu nebo úraz. [...] může nastat i v rámci jiných okolností jako je těhotenství, stárnutí, stres, vrozená anomálie nebo genetická predispozice.“ (MKF 2008: 220)

³³ „Dvě osoby se stejnou nemocí mohou mít rozličný stupeň funkční schopnosti a dvě osoby se stejným stupněm výkonnosti nemusí mít nezbytně stejné zdravotní problémy“. (MKF 2008: 16)

³⁴ Švestková 2009: 9

³⁵ srov. Krhutová 2010a, 2011b

³⁶ Soudobé klasifikaci MKF předcházela Mezinárodní klasifikace postižení, disability a hendikepů (International Classification of Impairments, Disabilities and Handicaps, ICIH), která ve své době představovala významný posun v myšlení. Původní izolovaně pojímaný důraz na vady a nedostatky byl nahrazen novým přístupem, kdy bylo zdravotní postižení představeno pomocí tří dimenzí: *impairment* (poškození/porucha tělesných funkcí a orgánů) – *disability* (ne-schopnost/snížená schopnost jedince) – *handicap* (negativní sociální dopady zdravotního postižení). Z důvodu negativizujících predikcí byl pojem „handicap“ v MKF nahrazen významem „participace“, resp. „omezená participace“. (Krhutová 2010a)

„Disabilita je snížení funkčních schopností na úrovni *těla, jedince nebo společnosti*, která vzniká, když se člověk se svou zdravotní kondicí setkává s *bariérami prostředí*.“³⁷ Pojem tak zcela změnil svoji původní konotaci a lze jej volně přeložit výrazem „překážka“, která může být výsledkem nejen vnitřních, ale také vnějších dispozic na člověku nezávislých.

„MKF je určena pro měření zdravotního postižení na individuální i populační úrovni, zejména pro účely hodnocení stupně disability, posuzování zdravotní způsobilosti k práci (pokud je fyzická osoba disabilní), posuzování speciálních potřeb ve vzdělávání, předepisování a proplácení zdravotnických prostředků, pro účely zdravotních pojišťoven, pro zjišťování zdravotního stavu jako podkladu pro posouzení ve věcech dávek a služeb sociálního zabezpečení zaměstnanosti, pro posuzování dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu ve věcech sociálního zabezpečení a zaměstnanosti a pro statistické účely při hodnocení zdravotního stavu.“³⁸

1.5.2 Komponenty a kvalifikátory v souvislosti se zdravím

V MKF jsou měřeny následující *komponenty v souvislosti se zdravím*:

1. Funkční schopnost a disabilita
 - a) tělesné funkce a tělesné struktury,
 - b) aktivity, tj. provádění úkolu/úkonu nebo činu člověkem,
 - c) participace, tj. účast na společenském dění, zapojení do životní situace.
2. Spolupůsobící faktory
 - a) faktory prostředí – fyzické, sociální a postojoyé prostředí, ve kterém lidé žijí,
 - b) osobní faktory – vztahují se k jedinci (věk, pohlaví, společenský stav, životní zkušenosti a další). Osobní faktory nejsou v MKF běžně klasifikovány, ale mohou být do klasifikace včleněny při jejich aplikacích.

³⁷ Švestková 2008: 9

³⁸ Ministerstvo zdravotnictví 2010. Český statistický úřad ve spolupráci s Ministerstvem zdravotnictví podle § 19 odst. 2 zákona č. 89/1995 Sb., o státní statistické službě, ve znění pozdějších předpisů, zavedl s účinností od 1. července 2010 MKF formou sdělení č. 431/2009 Sb., ze dne 18. listopadu 2009, částka 137/2009 Sb., o zavedení MKF.

Komponenty jsou měřeny pomocí tzv. *kvalifikátorů* označujících *závažnost* problému na škále

- (0) žádný problém (nepřítomen, zanedbatelný)
- (1) lehký problém (nepatný, nízký)
- (2) středně těžký problém (střední, snesitelný)
- (3) těžký problém (vysoký, extrémní)
- (4) úplný problém (totální).

„Klasifikaci MKF je *povinen používat každý ošetřující lékař* (zdravotnické zařízení), pokud u pacienta zjistí zdravotní stav (diagnózu) s určitým stupněm disability, která bude dlouhodobého nebo trvalého charakteru. Příslušné klasifikační kódy dle klasifikace MKF musí být uvedeny ve zdravotnické dokumentaci pacienta a zároveň musí být součástí propouštěcí zprávy ze zdravotnického zařízení u všech pacientů, kteří jsou disabilní. Další náležitosti a podrobnosti použití klasifikace MKF určují metodické pokyny pro jednotlivé agendy a práce, kde je tato klasifikace požadována.“³⁹

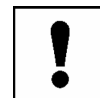
Využití MKF ve zdravotnictví, v sociální práci a v dalších oborech

MKF je

- prostředkem při popisování zdravotního stavu /zdravotního postižení (kontinuální a jednotné hodnocení, jednotný jazyk),
- klinickou pomůckou pro srovnání efektivity léčebných a rehabilitačních postupů, diagnostiky funkcí, plánování intervence,
- pomůckou pro měření kvality života,
- statistickou pomůckou pro účely plánování ve zdravotnických systémech a v systémech sociálního zabezpečení,⁴⁰
- pomůckou pro účely odstraňování architektonických bariér ad.

Úkol k textu

Prostudujte strukturu MKF. Doporučené zdroje:



³⁹ Sdělení 2009

⁴⁰ Jednou ze změn navrhovaných v rámci sociální reformy 2011 je i změna posuzování dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu (viz podkapitola 1.5) a jeho důsledků pro účely zákona o sociálních službách, která bude využita i pro účely nově navrhovaného zákona o poskytování dávek osobám se zdravotním postižením. Připravuje se také zákon o dlouhodobé péči a zákon o koordinované rehabilitaci. (Aktuální informace k 30. 11. 2011)

Portál Ministerstva zdravotnictví

http://www.mzcr.cz/Odbornik/obsah/mezinarodni-klasifikace-funkcnich-schopnostidisability-a-zdravimkf-_1982_3.html (cit. 26. 11. 2011)

Portál Ministerstva práce a sociálních věcí

http://www.mpsv.cz/files/clanky/9867/klasifikace_funkcnich_schopnosti_disability_zdravi.pdf (cit. 26. 11. 2011)

„Vzhledem k pokroku v medicíně se počet občanů s disabilitou zvyšuje. [...] Podle Světové zdravotnické organizace existuje v Evropě 9 až 13 % osob s disabilitou. Počet těchto lidí tedy tvoří ‘velkou minoritu obyvatel’. Není jen etické a morální, ale i ekonomicky výhodné objektivně a co nejdříve zhodnotit funkční schopnosti pacientů po onemocnění, úrazu nebo vrozené vadě a pomocí rehabilitace omezit nebo zmírnit jejich disabilitu. V případě, že přetrvává, je nutné umožnit lidem důstojný život a optimálně je integrovat do společnosti.“⁴¹

1.6 Metodologické problémy výzkumu zdravotního postižení

Provádění výzkumů v oblasti témat zdravotního postižení naráží na řadu obtíží. Jak již bylo dříve uvedeno, velikost populace lidí s postižením není přesně známa, uvádí se tzv. kvalifikované odhady.⁴² Parciální statistiky vedou v ČR některá ministerstva (zejména Ministerstvo zdravotnictví a Ministerstvo práce a sociálních věcí, Ministerstvo školství), avšak s ohledem na různorodé a nepřekrývající se definiční obory pojmu zdravotního postižení zavedené pro různé účely posuzování nelze spolehlivěji určit, kolik lidí s postižením a v jaké struktuře v ČR skutečně žije. Výzkumy a průzkumy, které jsou prováděny, se tak vztahují vždy jen k určité části lidí s postižením a možnost zobecnění výsledků výzkumu na celou populaci lidí s postižením bývá z tohoto důvodu sporná.



Příklad

V ČR existuje až několik desítek klasifikačních přístupů, které jsou v některých případech nesouměřitelné či nekompatibilní (zdravotně postižený pro účely dávek státní sociální podpory – zdravotně postižený pro účely povinné školní docházky). Z dalšího pohledu zahrnují situace

⁴¹ Švestková 2008: 10

⁴² Statistický odhad počtu osob se zdravotním postižením z roku 2007 viz podkapitola 1.3

a stavy nesouměřitelné z hlediska závažnosti a hloubky postižení (institut úplné bezmocnosti vers. příspěvek na brýlovou obrubu z veřejného zdravotního pojištění). Existence tak rozsáhlé řady klasifikačních kritérií bývá někdy kritizována (zejména občany se zdravotním postižením) a bývá požadováno vypracování „jednotné“ definice pojmu zdravotní postižení. Existence různorodých klasifikací je však ve značně různorodém společenském terénu oprávněná. Reálně existuje řada systémů podpory, které klasifikují různé stránky projevů a důsledků zdravotního postižení (přiznávání mimořádných výhod je nezávislé na přiznání invalidity, bezmocnosti či statutu občana se změněnou pracovní schopností). Dosavadní přehled o počtu občanů se zdravotním postižením je tedy dán výčtem občanů, kteří jsou sledováni v té které klasifikační řadě.⁴³

Typickým metodologickým problémem je struktura populace lidí s postižením, která je dána velkým rozpětím a rozmanitým obrazem druhů zdravotního postižení a jeho stupně (hloubky postižení).

Příklad

Hovoříme-li o lidech se zrakovým postižením, patří sem jak lidé slabozrací, tak nevidomí, mezi nimiž je velký rozdíl z hlediska funkčnosti zraku, možnosti pracovního a jiného uplatnění atd. Tatáž situace je u lidí s postižením sluchu a ještě větší rozmanitost se vyskytuje u lidí s postižením hybnosti, kde lze nalézt nepřeberné množství třídění somatických postižení.



Je pak velmi obtížné najít spolehlivého společného jmenovatele – pro účely stanovení „reprezentativního“ vzorku populace – byť v rámci jednoho druhu zdravotního postižení, natož celé populace lidí s postižením. Přistupuje zde ještě závažný vypovídající faktor *doby vzniku postižení*, neboť lidé, kteří se s postižením narodili, jsou jinou skupinou než lidé, kteří získali postižení v různých fázích dospělosti. Lidé, kteří mají postižení tři roky, jsou jinou skupinou než ti, kdo jsou na něj adaptováni dvacet let atd. *Druh, hloubka, doba vzniku a věk i typy postižení* se vzájemně kombinují a z tohoto pohledu prakticky nelze stanovit, která skupina (se kterou

⁴³ Střednědobá 2004: 11-12. Pozn. text Střednědobé koncepce je z roku 2004 a zde uváděné pojmy „institut bezmocnosti,“ a „občan se změněnou pracovní schopností“ již nejsou právně relevantní.

kombinací) je „ta pravá“.⁴⁴ Aby bylo možné provést skutečně *reprezentativní* šetření pro celou populaci lidí s postižením, musely by se v rámci něj provádět desítky parciálních výzkumů pro každý typ, hloubku a dobu vzniku postižení ad., což je v praxi nemožné. *Každý výzkum v oblasti zdravotního postižení* je proto nutně poznamenán *vysokou mírou redukce* ve formě určité *typifikace* zdravotního postižení a jeho nositelů.

V rámci Evropského společenství jsou definovány a užívány ke sběru statistických dat o menšinách čtyři speciální techniky, jimiž jsou

- identifikace sebou samým,
- identifikace pozorováním třetí osobou,
- uznání skupinou a
- klasifikace pomocí nepřímých proměnných.⁴⁵

I když nelze při výzkumech týkajících se témat života lidí se zdravotním postižením všechny použít, přinejmenším první uvedená bývá v některých případech tou jedinou použitelnou technikou.

Emancipatorní paradigma výzkumu

Tradiční paradigma výzkumu zdravotního postižení je orientováno převážně na jedince a limity postižení s pozicí člověka s postižením jako objektu intervencí. Politická aktivizace v oblasti lidských práv lidí s postižením měla v některých zemích a zejména v USA a Velké Británii za následek kromě jiného i změnu charakteru výzkumného paradigmatu. Brown⁴⁶ analyzuje různé paradigmatické přístupy ke zkoumání témat zdravotního postižení (zaměřenost na zdraví, koncept normality) a jejich proměny, které souvisejí s politickými změnami ve společnosti. Podle Browna jsou to právě politické změny s akcentem na lidská práva, která mají vliv na vznik nových paradigmat. Mezi ně řadí (mimo jiné) tzv. *emancipatorní paradigma*, které Mertens⁴⁷ charakterizuje jako

- zaměřené na marginalizaci a opresi různých skupin
- objasnění nerovností,

⁴⁴ Metodologickými problémy tohoto rozsahu se nemusejí zabývat výzkumy v oblasti genderu (až na výjimky se každý narodí a zemře jako muž nebo jako žena), etnicity (není komplikována dobou vzniku a „hloubkou“ etnicity), věku (dá se statisticky dobře zjistit) atd.

⁴⁵ srov. Srovnávací 2007: 48-51

⁴⁶ Brown 2001

⁴⁷ Mertens in Brown 2001: 149

- propojení účinků politické a sociální akce a
- rozvoj emancipatorní teorie.

Výzkumy zaměřené na environmentální aspekty zdravotního postižení vytvářejí podle Browna další rovinu paradigmatických přístupů, které jsou souhrnně označovány jako „nové“ paradigma výzkumu disability. Rozdíly v tradičním a novodobém pojetí výzkumného paradigmatu znázorňuje tabulka č. 3. Posun od čistě statistických „tradičních“ typů výzkumů (invalidita, příjmy atp.) k novému typu, lze zaznamenat i v ČR.⁴⁸

Tabulka č. 3

Tradiční a novodobé pojetí paradigmatu výzkumu disability

Charakteristika	Tradiční paradigma	Nové paradigma
Definice postižení	jedinec je limitován svým postižením a svou kondicí	jedinec s postižením potřebuje odpovídající podporu k funkčnímu zvládnání každodenních aktivit
Strategie ve vztahu k disabilitě	vázány na jedince a korekci jeho deficitů	odstraňování bariér, vytváření přístupného prostředí, uplatňování universal designe, podpora wellness a zdraví
Metoda ve vztahu k disabilitě	poskytování medicínské, psychologické péče, odborných rehabilitačních služeb	poskytování podpory (např. osobní asistence, pracovní poradenství, technologie)
Zdroj intervence	profesionálové, kliničtí lékaři, poskytovatelé rehabilitační péče	členové v partnerských pozicích (peers), poskytovatelé veřejných služeb, informační služby
Oprávnění	benefity podmíněné závažností postižení	přístupné prostředí jako lidské právo
Role jedince s postižením	objekt intervence, pacient, příjemce, předmět výzkumu	spotřebitel, zákazník, klient, rovnocenný člen společnosti, participant výzkumu, tvůrce rozhodnutí
Doména postižení	medicínský „problém“, přizpůsobení prostředí, spravedlnost	socio-environmentální otázka

Zdroj: National Institute on Disability and Rehabilitation Research's, 1999 in Brown 2001: 157

Specifické problémy výzkumu se vyskytují při sběru dat, která jsou závislá na přímém verbálním či písemném sdělení respondentů či komunikačních partnerů. Z důvodu zpravidla limitované zásoby abstraktních pojmů a slovní zásoby českého jazyka – u lidí prelingválně

⁴⁸ Viz Sami 2008, Výzkum 2008

neslyšících, lidí s mentálním postižením nebo lidí s některými poruchami řečového centra nelze aplikovat běžné způsoby dotazování v rámci kvantitativních a kvalitativních výzkumných strategií (dotazníky, kvalitativní rozhovory ad.) a nelze je běžným způsobem interpretovat. V těchto situacích je potřebné modifikovat otázky a celý design výzkumu tak, aby byly pro respondenta (komunikačního partnera) sdělné, aby jim rozuměl a mohl na ně odpovědět bez prostředníka. Kvalitativní techniky sběru např. u prelingválně neslyšících však jsou prakticky nemožné bez tlumočnicka znakového jazyka – zejména v tomto případě je potřebné provádět tzv. synchronizovanou analýzu dat (záznam přímé výpovědi komunikačního partnera, záznam zrcadlené výpovědi tlumočnicka).⁴⁹



Shrnutí

Předmětem studia disability studies je zkoumání zdravotního postižení primárně ve smyslu společenského, kulturního a politického fenoménu. Na rozdíl od klinických, medicínských, pedagogických či terapeutických přístupů se zaměřuje definování a prezentaci postižení ve společnosti. „Disabilita“ je pojem ve smyslu překážky, která vzniká, když se člověk se svou zdravotní kondicí střetává s bariérami prostředí. Pojem „zdravotní postižení“ nemá zřetelně stanovené hranice. Existuje množství definic, teorií, modelů s různými kritérii vymezení pojmu podle odlišných oborových zaměření. Systémovým rámcem pro řešení životních podmínek lidí s postižením je koncept Ucelené rehabilitace. Pro komunikaci odborníků slouží Mezinárodní klasifikace funkčních schopností, disability a zdraví - je určena pro měření zdravotního postižení na individuální i populační úrovni. neklasifikuje osoby, popisuje a klasifikuje situace každého člověka v konfrontaci s různými životními situacemi a prostředím. Z důvodu vysoké variability kombinací druhů, stupňů a dopadů postižení se v oblasti výzkumu vyskytují specifické problémy - každý výzkum je poznamenán vysokou mírou redukce ve formě typifikace zdravotního postižení a jeho nositelů.

⁴⁹ Technika byla realizována v rámci výzkumného projektu Autonomie v kontextu zdravotního postižení, vedoucí řešitelského týmu je autora této studijní opory. Rozhovory s komunikačními partnery se sluchovým postižením realizovala studentka doktorského studia E. Nedomová.

Kontrolní otázky

1. Které vědní obory se zabývají zdravotním postižením?
2. Jaké je historické pozadí vzniku disability studies?
3. Který model zdravotního postižení má klasickou a radikální verzi?
4. Který model zdravotního postižení je popsán v podkapitole 1.3 ?
5. Jaký je rozdíl mezi nemocí a zdravotním postižením?
6. Které komponenty v souvislosti se zdravím a pomocí čeho MKF měří?



2 K HISTORII ZDRAVOTNÍHO POSTIŽENÍ



V této kapitole se dozvíte

- jak se vyvíjely systémy pomoci lidem s postižením do dnešní podoby
- o celosvětovém emancipačním hnutí lidí se zdravotním postižením



Klíčová slova této kapitoly

jinakost, pomoc, péče, podpora, nezávislost



Čas potřebný k prostudování této kapitoly

2 hodiny

Historia, magistra vītae est⁵⁰

... Historie je učitelkou života

Chceme-li pochopit přítomnost, je dobré znát minulost a z obojího se poučit do budoucnosti. Jakkoliv nelze srovnávat doby minulé s dobou přítomnou, pro pochopení kontextů zdravotního postižení je znalost historických souvislostí velmi důležitá. Prameny a zdroje některých postojů vůči lidem s postižením mají původ v historicky zděděném nánosu předsudků, současnost naopak může čerpat z pozitivních zkušeností novodobé historie zdravotního postižení. Znalost historických souvislostí zdravotního postižení rovněž ovlivňuje sebeutváření osobní a skupinové identity lidí s postižením a osvětluje neznámé teritorium zdravotního postižení pro ostatní.

2.1 Období do první poloviny 20. století

Zdravotní postižení provází civilizaci od pravěku, lidé s postižením vždy byli *přirozenou* součástí všech společností bez ohledu na známé skutečnosti o likvidaci slabých jedinců. Pohledy na jinakost, kterou

⁵⁰ římský filozof Marcus Tullius Cicero

v západním okruhu označujeme jako zdravotní postižení, se liší v různých kulturách.

Kořeny utváření vztahů společnosti i jejích jednotlivých členů k lidem s postižením je potřebné hledat u samotného zrodu homo sapiens. Stejně jako v říši rostlin a zvířat, tak také v říši lidí se vždy vyskytovaly a vyskytují odchylky od „běžného“, varianty, jinakost, odlišnost. Máme mnoho možností, jak se na tuto jinakost, varianty (rostlinných, zvířecích, lidských) životů budeme dívat, jak je budeme chápat, jak o nich budeme smýšlet, hovořit. Může se jednat o lidi různých barev pleti, sociálního původu, rodu, národnosti ad. Jsme to my, vy i já, kdo volíme z široké palety možností pohledu na jinakost.

Pravěký člověk mnoho možností volby neměl – narodilo-li se dítě, které nebylo schopné z různých důvodů samostatně přežít, bylo v zájmu společenství-tlupy a jejího permanentního boje o přežití takové dítě nechat napospas nebo jej přímo usmrtit. Stejná situace nastala, pokud byl muž např. při lovu vážně zraněn a nestačil již tempu skupiny, obdobně jako staří lidé té doby.

Příklad

Sociální a kulturní antropologové dokumentují situace, kdy např. staré a nemocné eskymácké ženy dobrovolně odcházely v době hladu a nedostatku „zemřít do vánice“, aby pro svou komunitu nebyly přítěží.



V období antiky byla společnost již velmi vyspělá a v zásadě si již mohla dovolit jistý druh a stupeň péče o lidi, které příroda (či spíše antičtí bohové) vybavila různou tělesnou či duševní jinakostí. Tato jinakost však byla, v případě, že takový člověk přežil, zpravidla neslučitelná s tehdejšími ideálem „kalokagathia“ – harmonie krásy těla a duše. Nezřídka otec „odlišného dítěte“, který měl v té době právo veta nad životem a smrtí narozených dětí, nechal dítě zabít nebo pohodit napospas zvířatům či přírodním živlům, v některých kulturách byly tyto děti i dospělí využívány k rituálním obětem. Našli se i tací, kteří pohozené nebo i své vlastní „jiné“ dítě ještě více zmrzačili, a pak je posílali žebrotou k výdělku. Zejména ve Spartě pak byli ceněni hlavně chlapci, počítalo se s nimi jako s bojovníky ve válkách nebo jako se silnými otroky. Jinakost mnoha narozených dívek se stejným osudem a otcovským právem veta byla jen v tom, že nebyli chlapci.



Příklad

Jedny z prvních „písemných zpráv o dětské mozkové (DMO) obrně se objevují v díle římského dějepisce Tranquilla. Ten zaznamenal případ římského císaře Claudia (42 – 54 n. l), v jehož případě šlo pravděpodobně o dyskinetickou formu DMO. Císař od narození kulhal a koktal a měl mimovolní pohyby. Jeho vzhled byl tak abnormální, že byl ve svém okolí považován za slabomyslného. Ani po dosažení plnoletosti mu nebyla přiznána svéprávnost. Podle toho, že napsal dvě historická díla a podle jeho panování lze usoudit, že byl nadprůměrně inteligentní. Další historickou osobností, jež byla pravděpodobně postižena dětskou mozkovou obrnou byl anglický král Richard III. Sám Shakespeare popisuje tohoto panovníka ve svém díle jako ‘tak zohaveného, že po něm psi štěkají’.⁵¹

Středověk (5. – 14. stol.) bývá v západní kultuře někdy nazýván „dobou temna“. Z pohledu vývoje vztahů společnosti vůči lidem s postižením jde však o zlomové období. S nástupem křesťanské éry se rozšiřují (již předkřesťanské) myšlenky „miluj bližního svého jako sebe sama“ či „(hmotné) tělo je jen schránkou pro (nesmrtelnou) duši“, které umožnily, aby se „jiní“ lidé do značné míry stali předmětem zájmu církve. Byla to právě církevní zařízení (kláštery, špitály, útulky), která sehrála pokrokovou roli v dalším vývoji. Koncentrovali se v nich nejen lidé s postižením, chudí, sirotci apod., ale také ti, kdo měli možnost na malém prostoru intenzivně pozorovat, jak „jiní“ lidé vykonávají různé aktivity, jak spontánně kompenzují chybějící zrak nebo sluch aj. a postupně tyto poznatky záměrně využívali. Přesto, že se církevní instituce té doby zaměřovaly především na zajištění základních lidských potřeb pro přežití (jídlo, teplo, střecha nad hlavou), a nadále považovali nevidomé, neslyšící a další lidi s těžkým postižením za nevzdělavatelné, je nepochybné, že ve středověku byly položeny základy pozdější institucionální odborné sociální péče a vzdělávání. Na druhé straně nelze pominout ani druhou tvář zejména pozdního středověku, která v osobě církevního reformátora Martina Luthera hlásala, že postižení je ďáblův trest či ďáblovu znamení, lidé s postižením jsou méněcenné bytosti budící odpor, které si nezaslouží důstojný život a bohulíbí lidé by se před nimi měli mít na pozoru.

⁵¹ Převzato z webových stránek <http://www.dobromysl.cz/scripts/detail.php?id=424> (cit. 30. 11. 2011)

V období humanismu a renesance (14. - 16. stol.)

se do společenského popředí dostává myšlenka uznání hodnoty každého lidského života. Do té doby rozšířený názor o nevzdělavatelosti lidí s postižením (protože přeci neumí/nemohou číst a psát) souvisel s neznalostí, jak např. uzpůsobit knihy ke čtení nevidomým, s neznalostí poznávacích jazykových možností neslyšících ad. V období humanismu a renesance se objevují první snahy o cílené vzdělávání lidí s postižením. Za „otce“ vzdělávání lidí s postižením je považován J. A. Komenský, který ve své Všenápravě vyslovil požadavek na vzdělání pro všechny.

Později začaly vznikat první soukromé vzdělávací ústavy, v nichž pedagogové učili děti postižením z rodin feudálů. Humanitní snahy o vzdělávání postupně přecházely od požadavku všeobecného vzdělávání k úsilí o odborné vzdělání, tedy k přípravě na povolání. Počátky těchto snah se objevují v zahraničí i u nás na začátku 20. století.

Nastíněný historický přehled bývá předmětem snahy o členění historických etap či vývojových fází vztahu společnosti k lidem s postižením, např.:

- represivní – likvidace, ponechán napospas,
- zotročovací – lidé s postižením využívání jako otroci, žebráci
- charitativní – křesťanská charita, vznik dobročinných zařízení útulky při kláštorech, špitály,
- renesančního humanismu – k lidem s postižením se hledá lidský poměr, požadavek na vzdělání pro všechny (J. A. Komenský – Všenáprava, v protikladu Luther – postižení jako „trest božím“),
- ekonomická – zpočátku pasivní finanční zajištění lidí s postižením, později až do současnosti aktivní opáření pro podporu jejich výdělku
- lidských práv – od poloviny 20. století.

Uvedené třídění s sebou přináší náhled na vývoj vztahu na stupnici nejhorší – nejlepší.⁵² Studenti oborů zaměřených na práci s lidmi s postižením se zpravidla učí, že „ve *Spartě házeli postižené ze skály*“ a v Římě je odkládali „*trans Tiberi*“, tedy za řeku, kde hynuli hladem. Pro středověk pak jsou vyhrazeny příklady žebrání u klášterů, později pak

⁵² Dále až do konce podkapitoly 2.1 je převzat upravený text dle Michalíka 2011c: 43-45

zřizované útulky, vývařovny. Laik (velmi často se jedná i o studenty oborů pomáhajících profesí) tak může získat spolu se správným orientačním hlediskem i představu vedoucí k závěru, že každé další stadium vývoje lidské společnosti znamenalo víceméně automaticky zlepšení podmínek života lidí s postižením. Domyšleno do důsledku – stačí se narodit v roce 2012 a život člověka s postižením musí být nutně již zcela bez problémů. Přitom opak je pravdou. Uvedené vertikální historizující pojetí, budiž nám jen a pouze orientačním vodítkem.

Vztah společnosti k lidem s postižením byl vždy „lakmusovým papírkem“, ukazujícím reálné zaměření a vnitřní život daného společenství. Zejména pak ukazoval na základní směřování dané společnosti, její priority, hodnotový systém atd. Skutečnou úroveň vztahů uvnitř společnosti, vztahů majority k menšině, je potřebné posuzovat vždy důsledně horizontálně. Jen tak lze uspokojivě posuzovat tak často diskutované podmínky života lidí s postižením v té které společnosti. Vždy je třeba hodnotit celkový kontext – úroveň dané společnosti, její ekonomickou výkonnost, stupeň organizace společnosti, existenci a formy správy, existenci a kvalitu systémů sociálního (a obdobného) zabezpečení, představy a soudy převládající v dané společnosti o lidech s postižením a řadu dalších ukazatelů. Teprve po znalosti uvedených faktorů se můžeme vyslovit ke kvalitě života lidí s postižením a úrovni péče o ně v dané společnosti.



Příklad

A jako téměř vždy v životě – i s tím Starým Římem to bylo nakonec trochu jinak. Otec rodiny zde skutečně disponoval mocí otcovskou (pater potestas) nad členy rodiny. Vyjádřením tohoto výjimečného postavení bylo i právo disponovat životem a smrtí (ius vitae necisque). Vysvětlení tohoto na první pohled „barbarského“ pravidla hledejme zejména v tehdejšímu chápání rodiny jako základní jednotky „socio-ekonomického“ společenství. Právě obava o zajištění životních podmínek rodiny vedla často ke zmíněnému odkládání dětí. Nejednalo se proto jen o handicapované, v obdobné situaci např. bývaly i narozené dcery. Později bylo od této praxe ustoupeno. Již za císařství se na obsah moci otcovské pohlíželo spíše jako na povinnost vůči členům rodiny. Přesto se v přípravě odborníků pomáhajících profesí tyto skutečnosti nadále mýtizují.

2.2 Novodobá historie

Mezinárodní kontexty

Dvacáté století bylo obdobím převratných společenských změn. Mimo jiné a v souvislosti s celkovým společenským vývojem došlo k významnému nárůstu sebeuvědomění lidí s postižením a zakládání prvních profesních organizací, kde se zlepšováním životních podmínek lidí s postižením zabývali sami lidé s postižením spolu s profesionály s různých oblastí.

Již ve 20. letech minulého století se etablovala v oblasti péče o děti se zdravotním postižením společnost (s dnešním názvem) Rehabilitation International (RI)⁵³, která se později rozvinula v (nejstarší) mezinárodní celosvětovou síť lidí se zdravotním postižením, poskytovatelů služeb, vládních agentur, akademiků, vědců a obhájců práv lidí s postižením, prosazujících podmínky ke zvýšení kvality života lidí s postižením, prevenci zdravotního postižení, habilitace a rehabilitace osob s postižením a vyrovnávání příležitostí pro osoby s postižením a jejich rodin. RI vznikla v USA z původní malé neziskové organizace na místní úrovni, založené z iniciativy rodičů dětí se zdravotním postižením a již od svého vzniku v roce 1922 prosazovala myšlenku komunitní péče.

Novodobá historie má i své stinné stránky. Zkušenost lidí s postižením s genocidou v období druhé světové války není obecně známa. Málokdo ví, že:

„Pod zkratkou T4 byl v hitlerovském Německu zahájen program fyzické likvidace zdravotně postižených. První plynové komory byly vyzkoušeny právě na nemohoucích obětech z řad zdravotně postižených. V letech 1939–1941 v nich zahynulo na 70 tisíc dětí a dospělých se zdravotním postižením. Další desetitisíce byly usmrceny na psychiatrických klinikách a obdobných zařízeních až do roku 1945.“⁵⁴



⁵³ Viz odkaz <http://www.riglobal.org/> (cit. 28. 11. 2011)

⁵⁴ Michalík 2011d: 61

S výjimkou této bezprecedentní události lze období *do první poloviny 20. století* ve vztahu k lidem se zdravotním postižením charakterizovat více méně jako paternalistické. *Od druhé poloviny 20. století* se – v přímé souvislosti s hnutím za lidská práva – postupně role lidí s postižením mění. Původní náhled na lidi s postižením jako pasivních objektů péče druhých se vlivem politických aktivit lidí s postižením a dalších společenských vývojových tendencí postupně mění v náhled – lidé s postižením jako subjekt lidských práv. Významný vliv v tomto smyslu měla Všeobecná deklarace lidských práv z roku 1948 a následující akty (více viz podkapitola 3.4).

Jedním z ústředních konceptů tohoto nového společenského paradigmatu je *podpora nezávislosti*. V praxi je realizována rozsáhlou škálou aktivit vertikálně (od dětského věku po stáří) i horizontálně (v oblasti výchovy, vzdělávání, v sociální oblasti, chráněný i volný pracovní trh, vývoj nových informačních technologií, kompenzačních prostředků ad.)

Obecně lze podporu nezávislosti (angl. independence support) charakterizovat jako soubor intervencí, jehož cílem je podpora jedinců nebo společenství k dovednosti:

1. určovat vlastní cíle a činy a rozhodovat o nich,
2. mít za ně odpovědnost a realizovat je,
3. nebýt předmětem autoritářských a manipulativních vlivů.

Přístup vychází z konceptu „autonomie jako *relativní samostatnosti* jedinců vzhledem k sociálnímu okolí, jejich schopnosti, vůle a možnosti vést v daném prostředí život podle vlastních pravidel, rozhodovat o něm a kontrolovat jej.“⁵⁵

Základem toho přístupu (ve vztahu k lidem s postižením) je filozofie a praxe *nezávislého způsobu života* formulovaná v 60. letech minulého století aktivisty z řad vysokoškolských studentů s tělesným postižením Kalifornské univerzity v Berkeley. Jejich politické aktivity v rámci hnutí Independent Living vyústily (mimo jiné) v založení prvního Centra Independent Living v USA v roce 1972, a následném rozšíření center po celých Spojených státech, dále pak do Evropy a Austrálie. Cílem center byla aktivizace a koordinace opatření na místní úrovni k zajišťování občanských práv a stejných možností kontroly nad svým životem jako mají

⁵⁵ Sýkorová 2007

lidé bez postižení. Aktivity center byly a jsou zaměřeny na zajištění bezbariérového fyzického prostředí, služeb osobní asistence, poradenství, vzájemné podpory, sebe/obhajoby, vzdělávání lidí s postižením, osvěty veřejnosti ad. Klíčový rozdíl mezi těmito centry a jinými organizacemi zaměřenými na podporu a péči o lidi s postižením spočíval a spočívá ve složení pracovníků – v duchu myšlenky o nepřenosné zkušenosti zdravotního postižení pracují v každém centru převážně lidé s postižením, kteří centra rovněž řídí.

Koncept Nezávislého způsobu života je v praxi uplatňován v případech, kdy⁵⁶:

- a) osoby se zdravotním postižením mají možnost si zvolit, na rovnoprávném základě s ostatními, místo pobytu, kde a s kým budou žít a nejsou nuceny žít ve specifickém prostředí;⁵⁷
- b) osoby se zdravotním postižením mají přístup ke službám poskytovaným v domácím prostředí, rezidenčním službám a dalším podpůrným komunitním službám, včetně osobní asistence, která je nezbytná pro nezávislý způsob života a začlenění do společnosti a zabraňuje izolaci nebo segregaci;
- c) komunitní služby a zařízení určená široké veřejnosti jsou přístupné, na rovnoprávném základě s ostatními, i osobám se zdravotním postižením a berou v úvahu jejich potřeby.

K zamyšlení

„Jaký je rozdíl v tom, dostanete-li se do práce autem a já se tam dostanu na svém vozíku, v případě, že se oba do práce dostaneme? Jaký je rozdíl v tom, hovoříte-li pomocí vašich hlasivek a já za pomoci mluvicí tabulky, pokud oba komunikujeme? Jaký je rozdíl v tom, že si zapamatujete, jak se dostanete do svého bydliště a já si musím napsat instrukce, dostaneme-li se oba na místo určení?“⁵⁸



Hnutí Independent Living završilo svépomocné a politické iniciativy lidí s postižením a jejich rodin z předcházejících desetiletí. Jeden z jeho zakladatelů Ed Roberts formuloval čtyři *základní principy nezávislého způsobu života*.⁵⁹

⁵⁶ viz Úmluva, článek 19

⁵⁷ tj. zejména v ústavní péči

⁵⁸ Brown 1994: 12

⁵⁹ Albrecht, Seelman, Bury 2000

1. sebeurčení a sebeúcta,
2. přístup k veřejnému vzdělávání,
3. přístup ke (veřejným) službám,
4. sebe/obhajoba.

V rámci tohoto přístupu je nezávislost a samostatnost lidí s postižením chápána nikoli v *absolutních hodnotách* nezávislosti (která je vždy relativní), nýbrž v možnosti samostatně rozhodovat o svém životě, v převzetí odpovědnosti a kontroly nad svým životem. Podle tohoto přístupu i fyzicky nesoběstačný člověk, který využívá celodenní osobní asistenci, může mít kontrolu nad svým životem z hlediska rozhodování o svých potřebách a jejich uspokojování, jsou-li k dispozici vhodné podmínky.

V tomto smyslu se lze v praxi setkat s lidmi, kteří jsou:

1. nezávislí a soběstační,
2. nezávislí ač nesoběstační (v některých každodenních činnostech potřebují pomoc druhé osoby),
3. soběstační, ale nikoli nezávislí (uspokojují své potřeby pod vedením druhých),
4. nesoběstační a závislí (nejsou schopni uspokojovat své potřeby, případně si je neuvědomují).

Podpora nezávislosti lidí s postižením spočívá v aktivizaci a realizaci podmínek, které jim umožňují

1. žít životem, který se co nejvíce blíží běžnému standardu, tj. umožňují, aby mohli v případech, kdy je to možné, žít (zůstat) ve svém přirozeném sociálním prostředí, v rodině, v komunitě,
2. minimalizovat jejich závislost na institucionálních formách péče (ústavní péče, internátní bydlení) a dalších formách institucionální podpory (dávky sociálního zabezpečení).

V praxi se zpravidla jedná o zprostředkování či poskytování sociálních a dalších služeb (zprostředkování bydlení, zaměstnání ad.)⁶⁰, ale také iniciativy směřující k úpravě prostředí, tj. odstraňování informačních, postojových či fyzických ad. bariér (možnost člověka s postižením si

⁶⁰ Mezi sociální služby podporující nezávislost lidí s postižením (a jejich rodin) patří v ČR zejména služby rané péče, pečovatelská služba, tlumočnické služby, průvodcovské a předčitatelské služby, odlehčovací služby, chráněné bydlení, denní stacionáře, sociální rehabilitace, poradenství ad.

samostatně obstarat nákupy, samostatně navštívit lékaře, kulturní zařízení, tj. nebýt závislý na sociálních službách).

Novodobá historie zaznamenala ve druhé polovině 20. století velký rozmach v oblasti pomoci, péče a podpory lidí s postižením - nové typy služeb, nový přístup, nové technologie a nové profese k řešení životních podmínek lidí postižením. I nadále však přetrvává nízká úroveň povědomí veřejnosti o komplexitě životních podmínek lidí s postižením

Shrnutí

Lidé se zdravotním postižením vždy byli přirozenou součástí všech společností. Pohledy na jinakost, kterou označujeme jako zdravotní postižení i vývojová období pomoci, péče a podpory lidí s postižením je potřebné vnímat vždy v kontextu příslušné doby a kultury. Ve vztahu k lidem s postižením lze historii do poloviny 20. století charakterizovat jako období pasivní péče o objekt sociální péče, následující období jako emancipatorní etapu spoluúčasti lidí s postižením na rozhodování o jejich životech. Hnutí Independent Living zahájilo změnu přístupu k lidem s postižením jako subjektu lidských práv.



Kontrolní otázky

1. Jaký je rozdíl mezi vertikálním a horizontálním pohledem na historii zdravotního postižení?
2. Které polarity vnímání lidí s postižením se objevují v období humanismu a renesance?
3. Kde a jak vzniklo hnutí Independent Living?
4. Co je principem konceptu podpora nezávislosti? Z jakých principů vychází?
5. Kdy a kde byla poprvé realizována myšlenka komunitní péče ve vztahu k lidem s postižením?



3 SPOLEČENSKÉ KONTEXTY ZDRAVOTNÍHO POSTIŽENÍ



V této kapitole se dozvíte

- co se míní komplexitou životní situace lidí s postižením
- jakým způsobem se podílí na sociálním fungování lidí s postižením sociální, fyzické a informační prostředí
- jak lze identifikovat překážky sociálního fungování pramenící z faktorů prostředí
- o systémových opatřeních politiky státu ve vztahu k lidem s postižením v oblasti zdravotní péče, vzdělávání, sociální péče a podpory, zaměstnanosti
- právním rámci k zajištění důstojných podmínek života lidí s postižením



Klíčová slova této kapitoly

komplexita, sociální fungování, životní prostředí, veřejná politika, právní rámce ochrany



Čas potřebný k prostudování této kapitoly

10 hodin

3.1 Sociální fungování, komplexita životní situace

Již jsme zmínili, že žitá zkušenost zdravotního postižení působí najednou – nelze ji dělit na části, které odborníci různých vědních disciplín zkoumají, relativně izolovaně, ze svého úhlu pohledu. Stejně tak životy každého z nás jsou spojitým komplexem mnoha podmínek, událostí, situací, které dohromady vytváří celek naší existence, našeho bytí.

Životní podmínky lidí s postižením se mnohdy setkávají s překážkami, jimiž se člověk bez postižení nemusí zabývat a zpravidla ani neví, že existují. Promítají se do sociálního fungování lidí s postižením v individuálním i společenském významu. Máme-li ambici porozumět zdravotnímu postižení, je potřebné přemýšlet o vzájemném působení podmínek v různých oblastech života lidí s postižením a snažit se o „spojité vidění“ těchto podmínek zbavené „rezortně izolovaných“ náhledů.

Sociální fungování

Sociální fungování je konceptem s různými významy. Společným pojmovým základem různých verzí tohoto konceptu je „interakce, které probíhají mezi požadavky prostředí a lidmi.“⁶¹ Sociální fungování znamená (podle Barkera).⁶²

„Naplnění rolí člověka ve společnosti, ve vztahu k lidem v bezprostředním sociálním okolí i ve vztahu k sobě samému. Toto fungování zahrnuje uspokojování jak základních potřeb, tak těch, na kterých závisí jeho uplatnění ve společnosti. Lidské potřeby zahrnují tělesné aspekty (jídlo, přístřeší, bezpečí, zdravotní péče a ochrana), osobní naplnění (vzdělání, odpočinek, hodnoty, estetika, náboženství, dosažení úspěchu), emocionální potřeby (pocit sounáležitosti, vzájemná péče, společenství) a adekvátní sebezpejetí (sebedůvěra, sebeúcta a osobní identita).“

Komplexitou⁶³ **životní situace** člověka s postižením nazvěme *souhrn individuálně konfigurovaných životních podmínek člověka s postižením, které přímo ovlivňuje existence impairmentu.*



K bližšímu seznámení se s podmínkami sociálního fungování včetně komunikačních interakcí *lidí s jednotlivými typy zdravotního postižení odkazujeme* zejména na publikaci kolektivu autorů

*Zdravotní postižení a pomáhající profese.*⁶⁴

Některé z překážek sociálního fungování lidí s postižením (jako výsledek interakce mezi požadavky prostředí a lidmi) uvedeme pomocí následujících příkladů.

⁶¹ Barlettová in Navrátil 2001: 12

⁶² Barker in Navrátil 2001: 13

⁶³ Pojem komplexita pochází „z lat. complexus = spojení – jednota rozmanitosti , též spojitost, celistvost, úplnost.“ (Mucha 1996: 506) Pojem se užívá mj. v teorii systémů.

⁶⁴ viz Michalík, J. a kol. 2011. Pro studující oborů sociální práce na Ostravské univerzitě dále odkazujeme na publikace Krhutová 2011c, 2011d. K psychosociálním aspektům zdravotního postižení viz např. Henderson, Bryan 2004



Příklad Muž z Osla

„Vybavuji si [...] muže ve venkovní restauraci v Oslu. Měl velmi těžké postižení a opustil své kolečkové křeslo, aby mohl vystoupat na poměrně příkré schodiště na terasu s jídelními stoly. Protože mu nohy nebyly k ničemu, musel lézt po kolenou, a jak začal tímhle neobvyklým způsobem šplhat nahoru, rozběhli se k němu číšníci, ne však proto, aby mu pomohli, ale aby mu řekli, že tu nemohou obsloužit člověka, jako je on, neboť lidé se sem přicházejí bavit, a ne upadat do deprese při pohledu na mrzáky.“⁶⁵



Příklad Nečisté zvíře v lázních

Televizní reportáž: „Šestadvacetiletá studentka práv Daniela má dětskou mozkovou obrnu, je po operaci, pohybuje se pouze na vozíku. Pomoc potřebuje dvacet čtyři hodin denně. Dvacet tři let se o ni starala pouze její matka, poslední tři roky část jejích povinností přebíral asistenční pes, který jí nahrazuje pomoc dospělé osoby. Dvakrát si ji vzala do Lázní Teplice, které jsou jako jedny z mála bezbariérově uzpůsobeny pro pobyt imobilních hostů a nebyl s tím problém. Letos ji vedení lázní odmítlo. Daniela dostala dopis ředitele s odůvodněním, že pes je pro jejich arabskou klientelu nečisté zvíře a v době od 1. dubna do 30. září se pobyt klientům se psy neumožňuje. Daniela by tak mohla do lázní nastoupit se psem až po sezóně, což by ovšem z důvodu velké časové prodlevy znamenalo zhoršení jejího stavu (operace proběhla v únoru). Autor reportáže se ptal několika lázeňských hostů muslimské národnosti na názory ohledně psa jako nečistého zvířete z hlediska víry a zjistil, že se ze strany hostů – muslimů se o žádné takové omezení nejedná. V lázních v době, ve které vedení odmítlo Danielu přijmout s asistenčním psem, pobývali se psem – nikoliv asistenčním – lázeňští hosté ruské národnosti. Daniela musela nakonec podstoupit léčbu ambulantně, kdy ji každý den vozila do lázní a zpět její matka, která měla rovněž závažné postižení mobility.“⁶⁶

⁶⁵ Goffman 2003: 140

⁶⁶ Wimmerová, Wollner 2007, upraveno, kráceno

Příklad Koberec, boty a vozík

Pan Tomáš, který používá vozík, měl v úmyslu navštívit restauraci. Majitelem restaurace byl striktně vykázan se sdělením, že „v restauraci je koberec a kola vozíku by jej ušpinila.“ Ostatní návštěvníci restaurace měli špinavé boty, proti nim však nebyly ze strany majitele restaurace námitky.⁶⁷



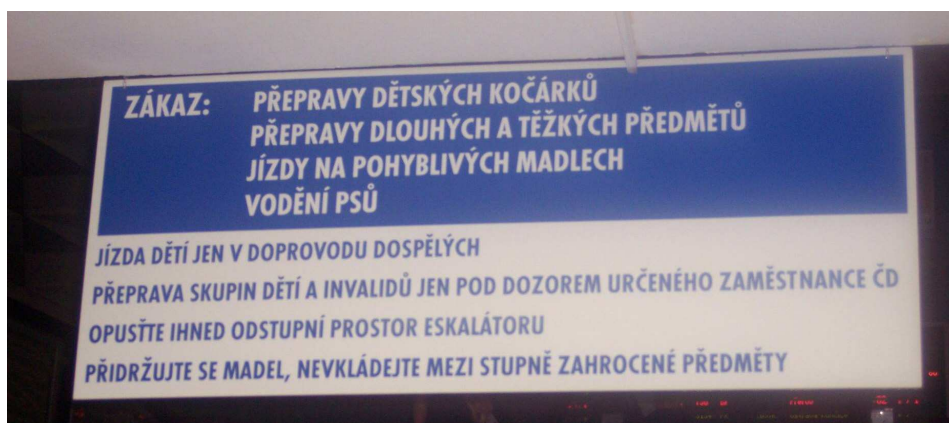
Příklad

Lidé s postižením často hovoří o tom, že je s nimi zacházeno způsobem, jako kdyby nemysleli. Přijdou-li k lékaři, na úřad, do obchodu a mají-li s sebou doprovod, bývá častým jevem, že dotyčný lékař, úředník, sociální pracovník, prodavač ad. primárně kontaktuje průvodce. Skutečnost, že doprovod zpravidla jen doprovází, a ten, kdo si záležitost osobně vyřizuje, je samotný člověk s postižením, nebývá vždy brána na zřetel. Lidé s postižením nezřídka slyší věty „Co je pánovi?“ „Má pán občanku?“ „Ať si pán sedne.“ „Může se pán podepsat?“ apod.⁶⁸ Záležitost, s níž člověk s postižením přichází, pak bývá projednávána s doprovodem přinejmenším do doby než se ozve buďto doprovázející⁶⁹ nebo člověk s postižením samotný.



Příklad Invalidé pod dozorem

Pokyny pro cestující na hlavním vlakovém nádraží v Ostravě:



⁶⁷ Osobní archiv autorky publikace

⁶⁸ I v případě lidí s mentálním postižením je vůči nim nedůstojné, když se mluví „o nich bez nich“. Lidé s mentálním postižením stejně jako ostatní slyší a myslí a zpravidla vědí, že se mluví o nich. Řada z nich o této zkušenosti hovoří jako o záležitosti, která je pro ně zraňující.

⁶⁹ Manželka pana V.K. odpovídá na podobné dotazy s nadhledem: „Zeptejte se manžela přímo, nekouše.“



Příklad

Návod na obsluhu přístroje nejmenovaného výrobce:

Nikdy nenechávejte přístroj fungovat bez dozoru.

Nenechávejte ho v dosahu dětí nebo invalidních osob.



Úkol k textu

Další příklady z oblasti mobility, vzdělávání, zaměstnávání, sociální oblasti, zdravotní oblasti, přístupu ke zboží a službám, k informacím ad. nastudujte Moodle, Čítanka / text D2

3.2 Životní prostředí a lidé s postižením

Vycházíme-li z pohledu na disabilitu jako na produkt interakce mezi člověkem a jeho prostředím, a zabývali-li jsme se až dosud vymezením a zdravotního postižení, pak je stejně tak důležité věnovat pozornost vymezení pojmu „prostředí“ (angl. environment, environs).

V nejširším slova smyslu se jedná o soubor všech přírodních, umělých i sociálních jevů a procesů, které obklopují konkrétního člověka (skupinu, populaci, společnost, jakýkoliv živý systém), mnohostranně na něj působí a ovlivňují jeho fungování. Člověk (jakýkoliv živý organismus) je s ním ve stálé interakci, používá jej, mění ho a musí se mu přizpůsobovat.

Hovoříme-li o prostředí, pak můžeme mít v duchu předchozího vymezení na mysli jak ekosystém, tak rodinné prostředí, uživatelské prostředí, městské či venkovské prostředí, pracovní prostředí, lázeňské prostředí, sociální prostředí ad., která dohromady vytváří naše individuální (skupinové, společenské ad.) *životní prostředí*.

Mechanismus vzniku a odstranění disability znázorňuje schéma č. 3

Schéma č. 3 Mechanismus vzniku a odstranění disability

Lidé s postižením se pro svou fyzickou či mentální

ODLIŠNOST (od příslušníků „ostatní populace“, tj. „neodlišných“)



a **JÍ** odpovídajícím životním **POTŘEBÁM**



střetávají s prostředím, které **JIM** není uzpůsobeno.

Je-li prostředí uzpůsobeno jen pro životní potřeby „neodlišných“ příslušníků populace, nemohou „odlišní“ v takto uzpůsobeném prostředí samostatně fungovat i když by **JINAK** samostatně fungovat mohli.

Co je to „**JINAK**“ ? ... Uvedeme na zjednodušeném modelovém příkladu:

Příklad

Pavla je na vozíku, s manželem se starají o dvě děti a psa, má zajímavou a finančně dobře hodnocenou práci, odpovídající její vysokoškolské kvalifikaci. V běžných denních aktivitách je soběstačná, v případě architektonicky bezbariérového prostředí pomoc nepotřebuje. Firma, u níž pracovala, z důvodu krize propouštěla zaměstnance, Pavlu mezi prvními. Uchází se o nové místo, na které má odpovídající kvalifikaci i odbornou praxi. Při výběrovém řízení má nejlepší výsledky ze všech uchazečů, přijata však není s odůvodněním, že firma sídlí v historické budově a památkáři nepovolí bezbariérové úpravy (případně že zaměstnavatel nemá kapacity na zřízení bezbariérových opatření.) Pavla absolvuje další výběrová řízení se stejným výsledkem. Zůstává trvale v evidenci nezaměstnaných.



Pavla je v prostředí uzpůsobeném bezbariérově (vyhovuje také seniorům, maminkám s kočárky, malým dětem, dočasně méně mobilním lidem – noha v sádře, ortopedický korzet atd.) zcela soběstačná.

V důsledku absence přístupného prostředí ji potenciální zaměstnavatelé nezaměstnají. Pavla je odkázána na systémy sociální pomoci, i když by v případě přístupného fyzického prostředí do nich mohla naopak svými danými přispívat.

3.2.1 Sociální prostředí

Sociální prostředí je utvářeno a zároveň je výslednicí sociálních vazeb, vztahů, interakcí, postojů, kulturních vlivů ad. mezi lidmi (partnery, v rodině, ve skupině, v komunitě, v širším společenství ...). Sociální fungování *každého člověka* ovlivňují podmínky jeho sociálního i fyzického prostředí.

Sociální prostředí mnoha lidí s postižením je ovlivňováno individuálními i společenskými postoji jejich okolí. Tyto postoje jsou založeny jednak na tzv. kolektivní zkušenosti („zděděné“ postoje z generace na generaci), na „zkušenosti předaných hodnot“ (postoje absorbované v rodině, ve vrstevnické skupině, z médií apod.), a dále na vlastní individuální zkušenosti nebo nezkušenosti s postižením (pozitivní nebo negativní).

Při kontaktu člověka bez postižení, který dosud neměl přímou osobní zkušenost s člověkem s postižením zpravidla dochází k vědomému či nevědomému „setkání s vlastní zranitelností“ (co kdyby se mi „to“ stalo také, co kdyby se „to“ stalo mým dítětem, partnerovi, rodičům ...) a příslušným emocionálním reakcím (soucit, neúčastný odstup, strach, obava, odmítání, odpor ad.). Často také – zejména u žen – dochází při tomto kontaktu ke spuštění „pečovatelského ochranného komplexu“ bez schopnosti rozlišení, zda je potřebný nebo žádoucí. Běžná bývá přirozená biologická reakce lidí na fyzickou či mentální odlišnost od „běžnosti“. Reakce jsou tím exponovanější, čím výraznější je odlišnost od tzv. normality – např. nestandardní atypický vzhled těla (chybění končetin, tělesné deformity, držení těla, kývavé pohyby, nekontrolovatelná mimika obličeje – spasmy, třes, slintání, rozbíhavý pohled, otevřená ústa ad.)

Reakce na zdravotní postižení souvisí s individuálními postoji, individuální zkušeností a individuální mírou předsudků vůči lidem s postižením.

Předsudky vůči lidem s postižením⁷⁰

Předsudky se v dějinách objevují odedávna. Jsou zvláštním druhem stereotypu. V běžném pojetí je předsudek charakterizován jako předpojatost, názorová strnulost, negativní postoj vůči jednotlivci nebo skupinám lidí.⁷¹ Lze jej definovat jako představu o člověku nebo skupině, která jsou založena spíše na informacích „z doslechu“ než na skutečných poznacích. Typickou vlastností předsudku je odolnost vůči změnám; nové informace jím zpravidla neotřesou. Kdo má vůči určité skupině předsudky, ten obvykle nebývá ochoten nestranně vyslechnout její argumenty. Kromě negativních předsudků vůči druhým mívají ovšem lidé také „pozitivní předsudky“ o těch, s nimiž se ztotožňují nebo jimiž by chtěli být. Zdrojem předsudků vůči lidem s postižením bývá nedostatek věcných informací o zdravotním postižení a lidech s postižením.

Příklad

Vystupňovanou formou negativních předsudků může být např. národnostní a jiná nesnášenlivost (v podobě rasismu, ageismu, disabilismu apod.). Pozitivně laděné předsudky mohou mít podobu postoje, kdy bez předchozí osobní zkušenosti předpokládáme, že ten či onen konkrétní jedinec je dobrý a chytrý, je-li krásný nebo bohatý.



Ve vztahu k lidem s postižením se vyskytují předsudky označované například jako:⁷²

- podceňující,
- odmítavé,
- protektivní,
- hostilní,
- idealizující,
- heroizující,
- „naruby“.

⁷⁰ Převzato ze zdroje Krhutová 2011e, upraveno

⁷¹ Keller, 1996: 875

⁷² Dále v textu uvádíme příklady podceňujících, odmítavých a idealizujících předsudků z prostředí zrakového postižení, které popisuje autor Montbeck (1973, in Čálek, 1988, s. 38–39). Lze je však zobecnit i na ostatní nositele zdravotního postižení.

Podceňující předsudky jsou zastoupeny názory: „Zrakově těžce postižený si zaslouží politování a soucit spojený s charitativním přístupem; jsou to ubožáci, žijí ve světě tmy; jsou bezmocní, nemohoucí...“

Odmítavé předsudky: „...postižení jsou neužiteční a neproduktivní; jde o trest (boží) nebo si jej postižený zavinil sám, případně jeho rodina.“

Protektivní (ochranitelské) předsudky: (již dopředu) „...je jasné, že každý postižený potřebuje ochranu a sociální péči; ...jsou tak opuštěni, postižení se přece neobejdou bez naší (mojí) pomoci.“

Hostilní předsudky: „...mají samé výhodičky; ...mají všechno zadarmo; ...jen na ně furt doplácíme; ...kdo se má na toho mrzáka dívat...“

Idealizující předsudky: „Příroda nevidomým chybějící zrak vynahradila zbystřením ostatních smyslů; jsou mravně lepší než vidící (žijí vnitřním, duchovním životem, utrpení je zušlechťuje apod.).“

Heroizující předsudky: „...všechno bravurně zvládá, nepotřebuje žádnou pomoc; ...nikdo by nedokázal to, co on“ apod.

Předsudky „naruby“. O lidech s postižením se zpravidla předpokládá, že jsou bezbrannou obětí agrese či zneužívání. Konkrétní kauzy závažných trestných činů dokládají, že člověk s těžkým zdravotním postižením byl vyčleněn z okruhu podezřelých osob jen pro (předsudečný) předpoklad, že „by násilí nebyl schopen a dokonce v jisté naivitě, že by k násilí zřídka kdy měl důvod a i kdyby ano, tak by patrně spáchal pouze jeden vražedný útok.“⁷³ Tento neobvyklý nicméně rovněž reálný pohled na schopnosti lidí s postižením je potvrzením funkce Gaussovy křivky rozložení četnosti. Jakákoliv šablonovitá optika znemožňuje vnímat rozmanité spektrum reálných možností a schopností lidí s postižením a bývá příčinou i důsledkem „předsudků naruby“ – jde však o stejný druh z rodiny předsudků, které se opírají o přesvědčení, že lidé s postižením jsou automaticky závislí na druhých a automaticky (všichni) z principu potřebují jen pomoc a péči.

⁷³ Drbohlav 2005: 17-23. Mylnost takových charakteristik dokládají desítky případů mnohonásobných vražd z 90. let 20. století, u nichž byl pachatelem tělesně postižený člověk. Na vybraných kazuistikách autor ilustruje promyšlené akce masového vraha na vozíku (26 obětí), nevidomé brutální sadistky (6 prokázaných obětí) a imobilní ženy, která „se z lůžka vzdalovala jen o speciálně upravených berličích a byla v domácí péči státem hrazené ošetřovatelky“ (5 prokázaných obětí).

„Předsudky se týkají např. i rodičovských schopností lidí s postižením, kdy veřejnost (nezřídka i někteří odborníci) předpokládá, že děti rodičů s postižením jsou chudáci, „sociální případy“, jimž rodiče nemohou poskytnout všechno, co potřebují, a jejichž vývoj i budoucnost jsou nejisté.“⁷⁴

Lidé bývají někdy předpojatí, i když to nedávají to veřejně najevo. Lze se setkat s reakcemi sponzorů:

Příklad

„Finance poskytnu, ale nechci, aby moje firma byla veřejně spojována s postiženými“ atd.



Předsudky se šíří socializací v rodině, ve skupinách vrstevníků, ale také tiskem, filmem a jinými médii, výjimkou nejsou ani někteří nepoučení vzdělavatelé. V praktickém životě mají za následek nevhodné nebo nedůstojné zacházení s lidmi se zdravotním postižením a do značné míry se podílejí na jejich diskriminaci.

Předsudky odolávají názorovým změnám, přesto je možné a potřebné usilovat o jejich odstraňování. Děje se tak formou osobního kontaktu s příklady dobré praxe, osvětou (médiá – tisk, televize, internet, cílené osvětové akce lidí s postižením), formou aktivit v oblasti umění – film, divadlo, výtvarné artefakty, výchovou ve školách od útlého věku ad.

K zamyšlení

Může zákon změnit předsudky?



Disabilismus

V devadesátých letech minulého století se v odborné literatuře objevuje neologismus „ableism“⁷⁵, případně „disablism.“⁷⁶ Jeho stoupenci používají termín k popisu diskriminace lidí se zdravotním postižením v širokém slova smyslu včetně negativních přístupů a předpojatých postojů vůči lidem s postižením (předjímání nedostačivosti, popírání schopnosti). Disabilismus se tak řadí na konec pomyslné „vývojové řady“ –ismů, která má počátek v dlouhodobé historii náboženské nesnášenlivosti, přes

⁷⁴ Novosad 2011b: 214

⁷⁵ Jones, Marks 1999, Corker, French 1999, Brown 2001

⁷⁶ Barnes, Olivier, Barton 2002, Barnes, Mercer 2003, Swain, French, Cameron 2003, Thompson 2001

rasismus pokračuje k feminismu, laický i odborný slovník rozšiřuje o sexismus a v souvislosti se stárnutím populace objevuje ageismus.

3.2.2 Fyzické prostředí

Jednou z podmínek sociálního fungování každého člověka je mobilita, svoboda pohybu, svoboda pobytu, možnost užívat (veřejné) služby jako jsou doprava, kultura, zdravotní, vzdělávací, sociální, bankovní a další služby. Každé z typů zdravotního postižení klade na člověka s postižením odlišné nároky na zvládnání prostředí, a s tím spojené možnosti uspokojování svých životních potřeb.

Snížená schopnost pohybu a orientace bývá dávána do souvislosti zpravidla s lidmi, kteří dočasně nebo trvale užívají vozík a nebývá tak vždy reflektováno, že nejvyšší limit samostatného pohybu a orientace mívají nevidomí lidé. Mnohým odborníkům není dostatečně známa ani skutečnost, že lidé s mentálním postižením mívají problémy s komplikovanou členitostí prostoru nebo že sluchové postižení ztěžuje nejen příjem verbálních informací, ale také informací z prostoru (zvuky dopravy, varovné akustické signály apod.)⁷⁷

Jedním z rysů „přátelského prostoru“ je jeho *přístupnost a využitelnost* v průběhu změn *celého životního cyklu*, od narození do stáří, s ohledem na změny v biologickém vývoji jednotlivce. Žitou zkušenost „přátelského / nepřátelského prostoru“ mívají těhotné ženy (schodiště s/bez zábradlí), lidé přepravující kojence v kočárku (vysoké obrubníky, chybějící výtah), batole jdoucí bez kočárku (vysoké schody, obrubníky), malé děti (výškově ne/nastavitelný nábytek) atd. U dětí, mladistvých a dospělých dochází v důsledku volnočasových či pracovních aktivit nezdědky k úrazům či nemocem, a tím dočasnému či trvalému snížení mobility. Ve stáří se v důsledku involučních změn organismu projevuje snížená reaktivní rychlost na podněty, unavitelnost, snížená orientace a mobilita.

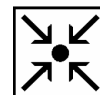
Počet obyvatel, kteří mají sníženou schopnost pohybu či orientace, a to jak krátkodobě či dlouhodobě (viz příklady výše) je odhadnut na jednu třetinu populace ČR.⁷⁸

⁷⁷ Konkrétní příklady viz ECA 2003

⁷⁸ Viz Národní plán mobility pro všechny (Vláda 2010)

Příklad

I „obyčejná“ zlomená noha při sportu či náledí může změnit původně „přátelské bydlení“ v domě bez výtahu ve „vězení“.



Každý člověk bez výjimky je se svou individuální fyzickou vybaveností a v různých obdobích svého individuálního života uživatelem „přátelského“ nebo „nepřátelského“ prostoru, vztahovat téma přístupnosti fyzického prostoru jen k lidem s postižením nebo seniorům je proto neopodstatněné. Koncept „přístupného fyzického prostředí“ je potřebné vnímat z pohledu „prostředí pro všechny“. „Budování přístupného prostředí musí respektovat obecné principy udržitelnosti. [...] Udržitelným rozvojem nemyslíme pouze čistou vodu a obnovitelné zdroje energie: je to holistický způsob myšlení – dlouhodobá strategie, která musí pojmout životní cyklus člověka.“⁷⁹ Pojem „přístupné prostředí“, resp. „prostředí pro všechny“ je synonymní s termínem „universální designe. [...] Koncepce udržitelného rozvoje se stala centrální koncepcí všech progresivních politických strategií.“⁸⁰

Pojmy k zapamatování

Koncept „prostředí pro všechny“ – angl. „universal designe“ nebo „designe for all“, zkratka DfA se nevztahuje pouze na architektonické řešení prostoru, jeho význam je mnohem širší a týká se výrobků, vybavení (nábytku aj.) : „ Univerzální design ´ znamená navrhování výrobků, vybavení, programů a služeb tak, aby je mohly v co největší míře využívat všechny osoby bez nutnosti úprav nebo specializovaného designu.“⁸¹



Existuje významný rozdíl mezi „adaptací prostředí pro všechny“ a budování prostředí pro všechny“. V procesu adaptace prostředí (pro všechny) se provádějí *dodatečná opatření* k již stávajícím stavebním řešením, v procesu budování prostředí (pro všechny) se již *od počátku* vše plánuje tak, aby dodatečná řešení nebyla potřebná. *Porozumění odlišnosti* obou přístupů je pro realizaci konceptu „přístupného prostředí pro všechny“ *klíčové*. Odlišnost přístupů popisuje Aragall:

⁷⁹ Bendixen in ECA 2003: 35

⁸⁰ Podle ECA 2003

⁸¹ Úmluva 2006, Center 1997

„Při vytváření vlastního prostředí předpokládáme existenci ‘průměrného člověka’. V minulosti jsme tuto problematiku přístupnosti vnímali jako odchýlení jednotlivce od ‘normy’. Dotyčný člověk byl ‘výjimkou’, tím pádem i ‘problémem’. Po změně přístupu k dané problematice je nejčastějším řešením přidání speciálních zařízení k existujícím stavbám, např. rampy nebo rozšíření dveří. Takováto řešení však podporují smýšlení, že určití jednotlivci jsou ‘výjimkou z pravidla’. Tato řešení, která nutí osoby se zdravotním postižením používat například oddělené vchody, které jsou často v zadní části budovy, tyto osoby stigmatizují. Navíc jsou tyto modifikace doplňkovým vybavením, vzešlým z dodatečné myšlenky, nikoliv jako výsledek plánování ve fázi návrhu. Cílem nového integrovaného přístupu zahrnující koncepci univerzálního designu je, abychom řešili problémy každého jednotlivce se stejnou důsledností. Měli bychom rozšířit kritéria „normality“, aby výstavba životního prostředí postupovala v souladu s principy univerzálního designu. Všichni bychom měli mít možnost navštívit a užívat všechny prostory vytvořeného prostředí *samostatně a přirozeně*, jak je to jen možné.“⁸²

V ČR je od počátku devadesátých let 20. stol. věnována zvýšená pozornost úpravám fyzického prostředí. Česká legislativa⁸³ sleduje celosvětový trend DfA – stavební zákon a příslušné prováděcí předpisy upravují podmínky přístupnosti veřejných budov, veřejných komunikací, dopravních systémů atd. Řešení přístupnosti veřejných budov a veřejných prostranství seniorům je zakotveno právní cestou – senioři (legislativní označení „osoby pokročilého věku“) a lidé se zdravotním postižením jsou vedle dalších kategorií osob výslovně uvedeni jako jedna z cílových skupin tzv. bezbariérových úprav prostředí⁸⁴. Rovněž česká odborná literatura⁸⁵ reflektuje principy udržitelného rozvoje s důrazem na plánování městského území⁸⁶ ve smyslu přístupného prostředí pro všechny.

⁸² Aragall in ECA 2003: 38, kurzívou zvýraznila autorka textu

⁸³ zejména stavební zákon, vyhláška č. 398/2009 Sb., Vyhláška č. 64, dále národní dokument Vláda 2010. a, 2010b ad. Součástí bezbariérové vyhlášky jsou technické požadavky zabezpečující bezbariérové užívání pozemních komunikací a veřejného prostranství

⁸⁴ §1, odst. 1 vyhlášky č. 398/2009 Sb.

⁸⁵ Bezbariérové 2003, Bydlení 2008, Filipiová 1998, 2002, Jančo 2009, Maxa 1991, Město 2006, Šestáková, Lupač 2010, Zdařilová 2006a, 2006b ad.

⁸⁶ Plánování městského území zahrnuje jak úpravy veřejných prostranství a budov, tak také plánování bydlení, dopravní infrastruktury, veřejných služeb atd.

Součástí ne/přístupného veřejného prostoru je také ne/přístupná veřejná doprava a dopravní infrastruktura⁸⁷, ne/přístupné veřejné služby (zdravotnictví, školství, bankovníctví, pojišťovnictví atd.) Významným socioprostorovým aspektem stárnutí, stáří a zdravotního postižení je kvalita bydlení. Kvalita bydlení, resp. skutečnost, nakolik je bydlení konkrétného seniora či člověka s postižením bariérové či bezbariérové přímo souvisí s jeho soběstačností a využíváním sociálních služeb → bude-li mít člověk bezbariérové bydlení, doj(e)de si na nákup či k lékaři sám a nebude potřebovat sociální služby – donášku nákupu pečovatelskou službou, pomoc s hygienou ad.

Úkol k textu

Bydlení a souvislosti bydlení s využíváním sociálních služeb nastudujte v Moodle, Čítanka / text D3.

M

V posledních letech se situace v oblasti odstraňování bariér prostředí ve vztahu k lidem s postižením obecně mění výrazně k lepšímu. I když bude pravděpodobně i nadále možné setkávat se s názory vyjadřujícími přesvědčení, že lidé s postižením chtějí s úpravami prostředí vlastně něco „navíc“. Něco, co je (možná až zbytečně) nákladné a komplikované (například zpřístupnění historických budov). Tento názor opomíjí fakt, že lidé s postižením mají v tomto směru potřeby identické s potřebami lidí intaktních – stejně jako ostatní potřebují svobodný pohyb, přístup do budov, přístupnou dopravu, přístup k informacím, přístup ke vzdělání atd. Výše uvedené přesvědčení oponentů nebere na zřetel fakt, že přístupné prostředí, jak bylo několikrát zmíněno, není jen otázkou lidí s postižením.

I když je existence absolutně bezbariérového prostředí považována za utopickou, má myšlenka trvalého rozšiřování prostředí bez bariér v konečném důsledku kromě volného pohybu i nezanedbatelný ekonomický efekt – snižuje u mnoha lidí s postižením potřebu technické i lidské asistence.

⁸⁷ Více viz Národní rozvojový program mobility pro všechny (Vláda 2010)



Příklad Dvanáct schodů k sociální síti⁸⁸

Vedoucí pracovník úřadu, který byl v rámci tohoto úřadu odpovědný za plnění povinného podílu zaměstnanců se zdravotním znevýhodněním (tehdy s tzv. změněnou pracovní schopností) se podívoval nad skutečností, že o volná místa na úřadu není ze strany lidí s postižením zájem: „Proč se k nám ti postižení nehlásí, když máme bezbariérový úřad?!?“

Odpověď je mnohvrstevná, do jisté míry tvoří uzavřený kruh a mohla by znít takto: Nehlásí se proto, že obvykle nemají kvalifikaci. ↔ Kvalifikaci nemají proto, že obvykle nemají potřebné vzdělání. ↔ Vzdělání nemají proto, že obvykle neexistuje dostatečné množství bezbariérových škol. ...I dvanáct schodů může být v konečném důsledku reálným odříznutím možnosti chodit do vybrané školy... Najde-li se ředitel/ka, který/á vytvoří podmínky pro fyzické zpřístupnění školy žákům/studentům s postižením, zpravidla narazí na bariéry psychologické v podobě obavy či neochoty vyučujících (nebo rodičů dětí bez postižení, popřípadě samotného ředitele školy, je-li iniciátorem řadový učitel) přijmout do třídy takové dítě/studenta.⁸⁹ Podaří-li se řediteli překonat i tyto nástrahy integračního procesu (zajistí učitele, konzultace, asistenta pedagoga atd.), objeví se téměř neřešitelný problém bariérové infrastruktury. ↔ Nepřístupné komunikační trasy a nepřístupná doprava vyžadují obvykle vysoké individuální nasazení rodičů a komplikace v jejich zaměstnání. (Ne každý zaměstnavatel bude či může permanentně akceptovat každodenní svoz a odvoz dítěte/studenta do školy.) Kruh se uzavírá. Uchazeč/ka volí školu, která neodpovídá potřebám, zájmům a schopnostem budoucího zaměstnance, nýbrž tu, která je (v lepším případě jako jediná v okolí) přístupná. V případě, že taková škola je daleko a uchazeč nemá ekonomické a/nebo jiné zázemí, rezignuje na vzdělání, které by odpovídalo jeho skutečným schopnostem, popřípadě rezignuje na vzdělání zcela. Důsledky se pak projeví ve zvýšené míře čerpání sociálních dávek a dalších systémů sociální sítě.

⁸⁸ Převzato ze zdroje Krhutová 2005a: 70

⁸⁹ Aktuální školský zákon sice stanovuje povinnost přijmout žáka s postižením do spádové školy, prováděcí vyhláška však dává konečné rozhodnutí o přijetí či nepřijetí do rukou ředitele školy.

Přístupnost kulturních památek

Lidem s postižením, stejně jako lidem intaktním zprostředkovávají kulturní aktivity nejen možnosti upokojení duševních a estetických potřeb a seberealizace, ale jsou také nesmírně důležité při prožívání pospolitosti. Lidé s postižením (jako celek) mívají zpravidla více volného času, jsou tedy potenciálně perspektivními „spotřebiteli“ či uživateli kultury. Problém je v tom, že řada kulturních zařízení a akcí pro ně není přístupná zejména z hlediska architektonické a informační bariérovosti prostředí. Netýká se to jen imobilních návštěvníků,⁹⁰ ale také neslyšících či hluchoslepých lidí.

Kulturní akce pro veřejnost probíhají často v historických objektech, v případě jejich nepřístupnosti je část veřejnosti s postižením vyloučena. Mezi tradiční spory pracovníků stavebních odborů příslušných úřadů a pracovníků odborů památkové péče patří možnosti přizpůsobení přístupnosti chráněných historických objektů potřebám lidí se sníženou mobilitou zejména v případě jejich rekonstrukcí. Argumentem „historiků“ je potřeba maximálně zachovat budovu v původním stavu, argumentem „stavebníků“ je dostat právním normám o rekonstrukcích staveb (ve smyslu přístupnosti), které se vztahují i na historické objekty.

Zajisté není žádoucí rozšiřovat původní úzký gotický portál tak, aby jím projel návštěvník na vozíku. Při zpřístupnění historických objektů vždy půjde o kompromisní řešení toho, co je žádoucí a co je možné. Úpravy těchto objektů vyžadují zpravidla velmi citlivé individuální řešení, které koresponduje s povahou objektu, aby mohlo dojít k přijatelné míře přístupnosti s přijatelnou mírou narušení objektu.

3.2.3 Informační prostředí⁹¹

Jedním ze základních předpokladů pro orientaci člověka ve společenském prostředí jsou dostupné informace. Zatímco např. sociální služby nepotřebuje každý člověk, informace potřebujeme všichni – člověk bez postižení stejně jako člověk s postižením, dítě i dospělý. Pro rozhodování o svém životě (volba školy, volba studia, nabídka

⁹⁰ Stává se, že pojmem „zpřístupnit kulturní zařízení“ se myslí – vybudovat bezbariérový vjezd do budovy. Často i takový „detail“ jako je absence bezbariérové toalety způsobí značnou problémovou situaci a řadu imobilních lidí od návštěvy kulturního zařízení odradí.

⁹¹ Převzato, kráceno, upraveno ze zdroje Krhutová 2011f: 88-92

zaměstnání, možnosti trávení volného času, ale také volba partnera či výběr poskytovatele sociální služby apod.) je důležité mít k dispozici informace v optimálním čase, kvalitě a množství a způsobem, který je pro nás *sdělný*. Informace jsou klíčovými prvky v komunikaci.

Mnozí lidé se zdravotním postižením, zejména smyslovým, ale i s ostatními druhy postižení, se potýkají s informačními bariérami. V současné epoše informační exploze se ocitají ve dvojí ztížené pozici. Na straně jedné mívají často samotný přístup k informacím ztížený, popř. informace pro ně vůbec přístupné nejsou, viz příklady dále. Na druhé straně mívají lidé v souvislosti s konkrétním druhem zdravotního postižení problém s optimálním výběrem, zaznamenáním a reprodukcí informací.

Informačním systémům akustickým, vizuálním, elektronickým, taktilním (hmatovým) odpovídají způsoby komunikace, které mohou probíhat formou mluvení – tváří v tvář nebo telefonicky; psaní, vizuálním způsobem (pantomima obrázky, piktogramy), dotekem (osobní kontakt, reliéfní zobrazení) či elektronicky ad. Svěbytný způsob komunikace pak představuje umění – výtvarné, hudební nebo dramatické.

Příklady modelových situací nepřístupného informačního prostředí:



- 1) *Nevidomý Martin potřebuje zjistit informace z internetových stránek úřadu v místě svého bydliště, tyto webové stránky však neodpovídají platným právním předpisům a kritériím přístupného webu⁹²*
Pozn. Pro přístup k elektronickým informacím využívá řada uživatelů tzv. asistivní technologie (např. hlasové výstupy, braillové řádky) zprostředkující informace z internetu. Přístupné webové stránky institucí neslouží pouze lidem se zdravotním postižením, ale i lidem využívajícím méně obvyklá zobrazovací zařízení, operační systémy nebo softwarové vybavení.
- 2) *Pavla na vozíku se sama bez pomoci nedostane na úřad, který je architektonicky bariérový.⁹³ Nemůže si přímo osobně zjistit informace*

⁹² V prostředí veřejné správy musí být webové stránky úřadů podle zákonné úpravy a prováděcí vyhlášky od března 2008 zpracovány tak, aby vyhovovaly pravidlům přístupnosti. V řadě případů jim však dosud nevyhovují. Viz zákon č. 365/2005 Sb. vyhláška Ministerstva vnitra č. 64/2008 Sb. Pravidla přístupnosti jsou dostupná on-line, např. na: <http://www.pristupnost.cz/> (cit. 26. 8. 2011)

⁹³ Výstavba nových budov a rekonstrukce veřejných institucí podléhá zákonu č. 183/2006 Sb. a vyhlášce č. 398/2009 Sb.

na místě (v „lepší“ případě jde za ní úřednice i s lejsky do auta – nikoliv neobvyklý jev).

- 3) Adam na vozíku, případně Eva malého vzrůstu (např. s Turnerovým syndromem) se nedostanou k povinně zveřejňovaným údajům na úřední desce vysoké školy. Úřední deska je příliš vysoko v kombinaci s příliš drobným písmem textu.
- 4) Slabozraký Václav má problém se čtením jmen pracovníků finančního úřadu na informačních štítcích a čísel kanceláří. Esteticky působivý design chromovaného podkladu štítku s tenkou linkou malého ozdobného písma, v nedostatečném kontrastním provedení a v nevyhovující výšce textu pro přímé čtení nutí Václava, aby se opakovaně vyptával druhých (sekundární závislost). Otevřou-li se náhle dveře, za nimiž Václav musí stát z důvodu špatné čitelnosti štítku ve velmi těsné blízkosti, hrozí kolize, úraz, pád.
- 5) Lucie je prelingválně neslyšící, tlumočnický znakového jazyka na smluvenou schůzku se sociálním pracovníkem z akutních důvodů nemohl přijít, sociální pracovník nezná základy komunikace s neslyšícími (bez použití znakového jazyka), na jednání vzniká „klasická“ komunikační bariéra, sociální pracovník podává informace neúplné, krácené, Lucie jim nerozumí.
- 6) Mirek má lehčí mentální postižení, odborným právnickým výrazům úřednice na odboru sociálních věcí nerozumí
- 7) S dostupností informací v institucích úzce souvisí orientační informační systémy (vizuální, akustické), zejména orientační tabule, směrovky ad. Mnohdy činí problém zorientovat se v budovách i lidem, kteří dobře vidí, slyší, jsou mobilní. V případě, že orientační systém není přesný, úplný a především aktuální, znamená to vždy mrzutost a zdržení. Zatímco „běžný“ klient instituce, který nemá postižení je „jen“ mrzutý, pro neslyšící Alenu tato situace představuje značné komplikace při hledání potřebné kanceláře a dorozumívání (dotazování) kolemjdoucích. Pro paní Věru s postižením mobility (má dvě opěrné hole) pak zbytečně a bolestivě nachozené desítky metrů navíc.

Lidé s některými druhy tělesného postižení, zejména v oblasti horních končetin, ale i nevidomí nebo slabozrací lidé potřebují delší čas při vlastnoručním zápisu informací, popř. k zápisu používají alternativní akustické formy zápisu (diktafon, magnetofon) nebo je nutné jim informace zapsat; lidé se zrakovým postižením používají kromě akustické formy zápisu také další elektronické pomůcky.

Uvedené situace jsou zpravidla náročnější na čas a trpělivost při jednáních, což samo o sobě může vést k bariérám sociálního kontaktu, zvýšení nervozity na obou stranách. Ze strany úředníka (sociálního pracovníka, zdravotníka atd.) může docházet, podvědomě nebo i vědomě, k omezení času komunikace, a v důsledku toho může pan Václav dostat neúplné, limitované informace ve srovnání s jinými klienty úřadu.

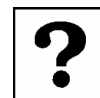


Shrnutí 3.1 – 3.2.3

Komplexitou životní situace člověka s postižením míníme souhrn individuálně konfigurovaných životních podmínek člověka s postižením, které přímo ovlivňuje existence impairmentu. Sociální fungování každého člověka ovlivňuje jeho životní prostředí – zejména sociální, fyzické a informační prostředí. Utváření postojů vůči lidem s postižením závisí na míře informovanosti o zdravotním postižení, na historicky zděděných generačních postojích, postojích absorbovaných v rodině, ve vrstevnické skupině, z médií ad. a na individuální zkušenosti v kontaktu s postižením. Vůči lidem s postižením existují negativní i pozitivní předsudky. Disabilismus je označením pro vystupňovanou formu negativních přístupů a předpojatých postojů vůči lidem s postižením. Přístupné fyzické a informační prostředí je předpokladem snížení spotřeby sociálních systémů. Klíčovým konceptem přístupnosti fyzického a informačního prostředí je Univerzální designe. Informační přístupnost závisí nejen na technologiích, ale zejména na znalosti kontaktu a komunikace s lidmi s postižením.

Kontrolní otázky

1. Co se míní sociálním fungováním?
2. S jakými typy předsudků vůči lidem s postižením se lze v praxi setkat?
3. Která kritická místa lze identifikovat z hlediska přístupnosti fyzického prostředí?
4. Která kritická místa lze identifikovat z hlediska přístupnosti informačního prostředí?
5. Z čeho vychází koncept DfA?
6. Jak může vypadat 12 schodů k sociální síti?



3.3 Veřejná politika ve vztahu k lidem s postižením v ČR

3.3.1 Zdravotní politika

Lidé s postižením jsou z povahy věci samé významným subjektem poskytování zdravotní péče. Základním charakterovým rysem poskytování zdravotní péče této skupině osob je, že zdravotní péče jim poskytovaná je nedělitelnou součástí jednotného systému veřejného zdravotního pojištění. Nic na tom nemění ani skutečnost, že lidé s postižením jsou zpravidla objemově vyšším konzumentem zdravotní péče než ostatní pojištěnci. Jedná se zde o praktickou ukázkou principu solidarity, na němž je postaven jak systém zdravotní péče, tak i systém péče sociální.

V uplynulém období se dařilo zabezpečovat potřebnou zdravotní péči pro lidi s postižením na relativně vysoké odborné úrovni odpovídající současným poznatkům světové medicíny. Problémy, které poskytování zdravotní péče lidem s postižením provázejí, jsou zpravidla součástí obecných trendů a obtíží, které systém zdravotnictví provázejí.

Pro osoby se zdravotním postižením mají zásadní význam některé rozvíjející se formy zdravotní péče, jakými je např. domácí a hospicová péče. Problémovou oblastí zdravotní politiky je kvalita a dostupnost následné zdravotní péče, která je poskytována pacientům, mezi nimiž jsou lidé s postižením zastoupeni v míře vyšší, než je tomu v případě péče akutní. Neodmyslitelnou součástí následné péče je, i do budoucna zůstane fyzioterapie, léčebná rehabilitace a ergoterapie.

Velkým problémem je také financování a poskytování zdravotnických prostředků pro skupinu osob s postižením. Moderní technologie zásadním způsobem zlepšují kvalitu jejich života. Sortiment těchto prostředků se u nás v posledních letech výrazně rozšířil, je však potřeba pružněji reagovat na změny týkající se úhrad zdravotnických prostředků v souvislosti s poměrně prudkým rozvojem techniky a technologie v této oblasti.

Míru využitelnosti poskytované zdravotní péče lidmi s postižením ovlivňuje řada faktorů, mezi jinými přizpůsobení provozu zdravotnických zařízení specifickým potřebám neslyšících a nevidomých pacientů, pacientů s postižením mentálních funkcí a pacientů se závažným omezením hybnosti. Provozem se má na mysli nejen technické zázemí zařízení jako jsou bezbariérové úpravy toalet a architektonická přístupnost obecně, ale také informovanost lékařů, sester a dalšího personálu ve zdravotnictví ohledně přístupů a způsobů kontaktu a komunikace k těmto pacientům.

Česká republika je od roku 2001 vázána Úmluvou o lidských právech a biomedicíně. Z jejího textu vyplývá, že jakýkoliv zákrok v oblasti péče o zdraví je možno provést pouze za podmínky svobodného a informovaného souhlasu dotčené osoby. Úmluva současně umožňuje, aby v souladu s podmínkami stanovenými zákonem, byla osoba s vážnou duševní poruchou podrobena zákroku bez svého souhlasu. Naplňování tohoto ustanovení Úmluvy při pobytu pacientů v psychiatrických léčebnách je stále spojeno s řadou sporných bodů, a to zejména v důsledku faktu, že současná právní úprava nekonkretizuje způsob vykonatelnosti práv pacientů v potřebné míře a nový zákon o zdravotní péči nebyl přes řadu pokusů od poloviny 90. let přijat.

V současné době je pozornost zaměřena na zákonem stanovené právo pacientů na poskytnutí veškerých informací shromážděných ve zdravotnické dokumentaci vedené o jeho osobě a v přítomnosti zdravotnického pracovníka nahlížet do zdravotnické dokumentace o něm vedené a na pořízení výpisů, opisů nebo kopií zdravotnické dokumentace. Ve vztahu k některým skupinám občanů se zdravotním postižením určuje zákon v některých případech, že uvedená práva mají osoby blízké a jde-li o osobu s omezenou způsobilostí k právním úkonům nebo osobu zbavenou způsobilosti k právním úkonům, má uvedená práva jeho zákonný zástupce.

§ 30 Zákona č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách, v platném znění, stanoví:

- (1) Pacient se smyslovým postižením nebo s těžkými komunikačními problémy zapříčiněnými zdravotními důvody má při komunikaci související s poskytováním zdravotních služeb právo dorozumívat se způsobem pro něj srozumitelným a dorozumívacími prostředky, které si sám zvolí, včetně způsobů založených na tlumočení druhou osobou. V případě osob ve výkonu vazby, trestu odnětí svobody nebo zabezpečovací detence ustanoví tlumočnicka Vězeňská služba České republiky (dále jen „Vězeňská služba“).
- (2) Odstavec 1 věta druhá se použije obdobně, jde-li o tlumočení z cizího jazyka, s výjimkou slovenštiny.
- (3) Pacient se smyslovým nebo tělesným postižením, který využívá psa se speciálním výcvikem, má právo s ohledem na svůj aktuální zdravotní stav na doprovod a přítomnost psa u sebe ve zdravotnickém zařízení, a to způsobem stanoveným vnitřním řádem tak, aby nebyla porušována práva ostatních pacientů, nestanoví-li jiný právní předpis jinak; to neplatí, jde-li o osoby ve výkonu vazby, trestu odnětí svobody nebo zabezpečovací detence. Psem se speciálním výcvikem se pro potřeby věty první rozumí vodící pes nebo asistenční pes.

Samostatnou kapitolou je oblast naplňování práv pacientů ať již z díkce současného zákona⁹⁴ nebo z hlediska profesních etických kodexů⁹⁵ a kodexu práv pacientů. Ze zákona je lékař „povinen poučit vhodným způsobem nemocného“. I dle etického kodexu ČLK je dále lékař „povinen pro nemocného jemu srozumitelným způsobem“ informovat o léčebných postupech atd. V tomto světle je následujícím ilustrativním příkladem možné doložit, jak obtížné může někdy být naplnění těchto požadavků, pokud lékař (sestra aj.) neznají základní komunikační pravidla s těmito pacienty:

⁹⁴ Zákon č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách, v platném znění

⁹⁵ Etický kodex České lékařské komory (ČLK), Etický kodex České stomatologické komory, Etický kodex sester, Etický kodex fyzioterapeuta, atd.

Příklad



V ordinaci je vyšetřována neslyšící pacientka. Po vyšetření obdrží předpis na lék a lékař (či sestra) pro zdůraznění pokynu, že má pacientka tento lék užívat třikrát denně, vztyčí tři prsty a výrazněji artikuluje. Na závěr „pro jistotu“ položí otázku „Rozuměla jste mi?“ Pacientka kývne, že rozumí, a skutečně si to také a docela právem myslí, a doma „přesně podle pokynu lékaře“ si vezme tři tablety najednou.⁹⁶ Důsledky tohoto nedorozumění mohou být fatální.

Součástí zdravotní politiky ČR s přesahem do oblasti sociálního zabezpečení je činnost Lékařské posudkové služby České správy sociálního zabezpečení provádí posudkovou činnost v zákonem stanovených oblastech⁹⁷ pro účely zjištění invalidity a změny stupně invalidity, dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu dítěte a jeho neschopnosti vykonávat z důvodu tohoto zdravotního stavu výdělečnou činnost; zda jde o fyzickou osobu těžce zdravotně postiženou a druh a stupeň tohoto postižení pro účely poskytnutí mimořádných výhod, stupně závislosti fyzické osoby pro účely příspěvku na péči atd.) Posouzení zdravotního stavu pro jednotlivé systémy je rozdílné, posudková kritéria jsou stanovena právními předpisy. Zdravotní postižení, které odpovídá přiznání jedné dávky, nemusí odpovídat přiznání dávky jiné.⁹⁸ Lékaři referátů LPS ČSSZ posuzují rovněž zdravotní stav osob, které prostřednictvím jiných úřadů žádají o dávky z tzv. nepojistných systémů sociálního zabezpečení, zejména pro účely dávek sociální péče, pro účely zákona o zaměstnanosti, zákona o pomoci v hmotné nouzi ad.

3.3.2 Vzdělávací politika

Před třemi sty a více lety se pochybovalo o tom, že jsou lidé se zdravotním postižením (jako celek) vzdělavatelni. Jejich vzdělávání odráželo stav vědění dané společnosti, procházelo vývojem a na dlouhou /dobu se ustálilo na způsobu – dnešním slovníkem řečeno – vzdělávání ve speciálních zařízeních pro osoby s jednotlivými druhy zdravotního postižení.

⁹⁶ Příklad je zpracován na motivy textu Honzák 1999

⁹⁷ V souladu se zákonem č. 582/1991 Sb., s §8, odst. 1

⁹⁸ Dále viz např. Čevela a kol. 2010, Zvoníková a kol. 2010.

Aktivizace lidských práv zejména od poloviny minulého století formovala současný trend vzdělávání lidí s postižením, který klade důraz na možnost volby vzdělávací cesty. Preferuje se přitom vzdělávání lidí s postižením v tzv. hlavním vzdělávacím proudu (mainstreaming). Společné, integrované vzdělávání představuje účinný nástroj sociálního učení ve vztazích lidí s a bez zdravotního postižení a je bezesporu důležitým faktorem prevence sociálního vyloučení lidí s postižením.

Primární a sekundární vzdělávání

Pro vzdělávání lidí s postižením v České republice byl do devadesátých let minulého století typický přístup, který dnes bývá označován jako segregační⁹⁹ nebo selektivní,¹⁰⁰ a tedy – z dnešního pohledu – v rozporu s pravidly a principy sociálního začleňování. Jeho hlavním rysem byla cílená a výhradní koncentrace dětí, žáků a studentů v tehdejších speciálních školách zaměřených na jednotlivé typy zdravotního postižení bez možnosti volby vzdělávání v hlavním vzdělávacím proudu.¹⁰¹ Jednalo se převážně o internátní školy, takže velmi mnoho dětí, žáků, studentů stejného druhu zdravotního postižení spolu trávilo nejen čas ve škole, ale prakticky i veškerý další čas. Nedochovalo k přirozeným kontaktům s intaktní populací. Výsledkem bylo, že se mladí lidé s postižením obvykle obtížně orientovali v prakticky neznámém prostředí „zdravých“ a pro ostatní byl kontakt s nimi často setkáním s „raritou“.

Vzdělávání ve školách zaměřených na jednotlivé druhy zdravotního postižení (dříve speciální školy) má však své důležité místo v systému vzdělávání lidí s postižením, jeho úroveň je s ohledem na dlouholetou tradici v naší zemi vysoká a není na místě jej zpochybňovat.¹⁰² Tam, kde však není důvod pro zařazení do speciálního vzdělávacího zařízení, by měla z pohledu rovných příležitostí ve vzdělávání existovat možnost

⁹⁹ Michalík 2005: 60

¹⁰⁰ Barton, Armstrong 2000: 702

¹⁰¹ Před rokem 1989 bylo zařazení dítěte s těžším zdravotním postižením do běžného typu školy zcela výjimečné a bylo v zásadě výsledkem osobního přesvědčování rodičů směrem k zástupcům školy a v té době svým způsobem i výsledkem odvahy vedení školy.

¹⁰² Byl-li nebo je-li tento způsob vzdělávání označován někdy jako „segregační“, pak by mělo být současně řečeno, v jakém smyslu se o „segregaci“ hovoří. Oním „segregačním“ totiž není samotný typ speciálního vzdělávání jako takový, ale fakt, že nebyla či není umožněna volba jiné vzdělávací cesty, aniž by pro to existovaly důvody (například i historický vývoj společnosti a stav vědění) a že ono segregované vzdělávání je (či bylo) považováno za jediné možné, správné a přirozené. Klíčovou je zde právě ona možnost volby. Vždy budou existovat děti, žáci, studenti, pro které je z řady důvodů příznivější absolvovat vzdělávání ve speciálních vzdělávacích zařízeních. Hovořit o segregaci by v tomto případě bylo zavádějící.

volby vzdělávání v hlavním vzdělávacím proudu. Tento směr je označován jako integrované vzdělávání a jedním z jeho hlavních rysů je, že podporuje zachování přirozeného komunitního prostředí dítěte, žáka, studenta. V ČR má toto vzdělávání řadu příznivců, ale i odpůrců, zejména v případě integrace dětí s mentálním postižením.

V současné době je vzdělávání dětí, žáků a studentů se zdravotním postižením (od mateřských škol po vyšší odborné školy) legislativně upraveno školským zákonem a příslušnou prováděcí vyhláškou.¹⁰³

Terciární vzdělávání

Zatímco na primárním a sekundárním stupni vzdělávání existuje možnost volby vzdělávací cesty, v terciárním stupni alternativa ke speciální (vysoké) škole neexistuje. Získání vysokoškolského diplomu bylo pro lidi s postižením v ČR do 90. let minulého století možné víceméně jen v řádu jednotlivců. Těch, kdo měli pro studium buďto mimořádně příhodné osobní podmínky v podobě podpory rodiny nebo přátel a/nebo jej získali s mimořádným vypětím. Vysoké školy byly téměř bez výjimky bariérové a prakticky neexistovaly podpůrné nástroje pro tento typ vzdělávání. Dnes je přes řadu obtíží situace významně příznivější, mimo jiné proto, že se téma stalo součástí některých systémových opatření na úrovni vládních dokumentů (normativní a finanční akty) a samotné vysoké školy rozšiřují síť středisek podpory studentů se speciálními potřebami. Počet studentů a absolventů se zdravotním postižením na vysokých školách se tak každoročně v ČR zvyšuje.

V roce 2010 byla Vládním výborem pro zdravotně postižené občany přijata Strategie systémového zpřístupňování vysokoškolského vzdělávání studentům se zdravotním postižením, jejíž součástí je požadavek přijetí legislativy k zajištění rovnoprávných podmínek uchazečů a studentů s postižením na českých vysokých školách.¹⁰⁴ Vzdělávání vysokoškolských studentů se zdravotním postižením aktuální česká legislativa neupravuje, v současné době (listopad 2011) probíhá připomínkové řízení k věcnému záměru nového zákona o vysokých školách, kde se tato úprava

¹⁰³ Zákon č. 561/2004 Sb., Vyhláška MŠMT č. 73/2005 Sb.

¹⁰⁴ Strategie 2010. Viz odkaz <http://www.vlada.cz/cz/ppov/vzpo/dokumenty/strategie-systemoveho-zpristupnovani-vs-vzdelavani-studentum-se-zdravotnim-postizenim-v-cr-73391/> (cit. 30. 11. 2011)

předpokládá. Důležitou součástí je také zajištění kvality vysokoškolského studia ve vztahu ke studentům s postižením.¹⁰⁵

Nezastupitelné místo má tzv. další (celoživotní) vzdělávání lidí s postižením jako způsobu řešení jejich vzdělávacího deficitu v minulosti, kdy nabídka škol a možnosti vzdělávání k profesnímu uplatnění byly orientovány převážně na výkon manuálních činností. V řadě případů byl základ „deficitního vzdělávání“ položen již na základní škole.

Příklad

Zejména prelingválně neslyšící¹⁰⁶ děti byly před rokem 1989 reálně diskriminovány přímo ve speciálních školách pro neslyšící tím, že jim nebylo umožněno vzdělávat se v pro ně přirozeném znakovém jazyce. Byly povinně vzdělávány orální metodou (mluvenou řečí), což mělo, s ohledem na objektivně dané problémy s jejich pojmovou abstrakcí devastující účinky na porozumění obsahu výkladu a následně na celkovou kvalitu vzdělávání i jejich profesní uplatnění.



Při řešení uvedeného deficitu a při dalším vzdělávání lidí s postižením sehrává významnou úlohu distanční a e-Learningové vzdělávání, které umožňuje za pomoci moderních informačních technologií do značné míry a efektivním způsobem překonávat fyzické i lidské bariéry klasického školského systému.

Vzdělávání a zaměstnávání lidí se zdravotním postižením

Vzdělání se z obecného hlediska významným způsobem promítá do možností získat zaměstnání odpovídající schopnostem a zájmům člověka. I když postavení lidí s postižením a vývoj na trhu práce má trvale velmi nejisté prognózy a míra jejich zaměstnanosti je stabilně velmi nízká, aktuální úpravy zákoníku práce a zákona o zaměstnanosti¹⁰⁷ směřují k tomu, aby lidé s postižením na trhu práce měli alespoň přibližně stejné podmínky jako ostatní skupiny. V tomto kontextu sehrává přístupné vzdělávání včetně vysokoškolského o to větší význam, neboť dlouhodobě je více nezaměstnaných mezi lidmi s nižším vzděláním.

¹⁰⁵ Krhutová 2010b

¹⁰⁶ Děti, mladiství nebo dospělí, kteří ztratili sluch ještě před dokončením vývoje řeči a vrozeně neslyšící.

¹⁰⁷ Zákon č. 65/1965 Sb., zákoník práce, ve znění pozdějších předpisů a Zákon č. 435/2004 Sb., o zaměstnanosti, ve znění pozdějších předpisů.



Shrnutí

Lidé s postižením jsou z povahy zdravotního stavu významným subjektem poskytování zdravotní péče. Zdravotní péče jim poskytovaná je nedělitelnou součástí jednotného systému veřejného zdravotního pojištění a je založena na principu sociální solidarity. Vzdělávání dětí, žáků a studentů se speciálními vzdělávacími potřebami je v ČR upraveno legislativou, která umožňuje vzdělávání v hlavním vzdělávacím proudu nebo ve školách se zaměřením na vzdělávání dětí, žáků a studentů podle typů zdravotního postižení. Přístupnost vysokoškolského vzdělávání lidem s postižením legislativa ČR t.č. neupravuje. Významnou roli ve vzdělávání lidí s postižením má celoživotní vzdělávání.



Kontrolní otázky

1. Která kritická místa lze identifikovat z hlediska přístupnosti zdravotní péče lidem s postižením?
2. Jaký je účel Lékařské posudkové služby?
3. Jaké jsou výhody a nevýhody integrovaného vzdělávání dětí se zdravotním postižením?

3.3.3 Systémy sociální ochrany

Pojem „sociální“ (z lat. *socialis* – společenský, spojenecký, družný) má různé významy, např.:

- ve smyslu interakcí mezi lidmi (sociální vztahy);
- ve smyslu společenském (společnost, společenské systémy, instituce apod.);
- úžeji pak ve smyslu sociální ochrany (sociální péče, sociální dávky, sociální služby, sociální pracovník¹⁰⁸ atd.).

V oblasti veřejné politiky je pojem tradičně spojen se „systémy sociální ochrany“, či „sociálním zabezpečením“. Z hlediska sociální politiky jsou třemi pilíři tohoto systému (a ve vztahu k lidem se zdravotním postižením):

¹⁰⁸ Viz Krhutová 2011b

- důchodové pojištění (dávky invalidních důchodů),
- sociální podpora (dávky státní sociální podpory),
- sociální pomoc (někdy též sociální péče – dávky sociální péče a sociální služby).

Dávky státní sociální podpory

Z dávek státní sociální podpory¹⁰⁹ jsou ve vazbě na zdravotní postižení upraveny (oproti příjemcům dávek bez postižení) podmínky nároku a čerpání *rodičovského příspěvku*, *příspěvku na úhradu potřeb dítěte* a *odměny pěstouna*.¹¹⁰ *Sociální příplatek* je cílenou dávkou pro nízkopříjmové rodiny s členem se zdravotním postižením. Dávka se poskytuje za účelem pomoci těmto rodinám krýt náklady spojené se zabezpečením potřeb jejich dětí. Nárok na sociální příplatek mají rodiny, kde rodiče pečují alespoň o jedno nezaopatřené dítě, které je dlouhodobě nemocné, dlouhodobě zdravotně postižené nebo dlouhodobě těžce zdravotně postižené, nebo je-li alespoň jeden z rodičů dlouhodobě těžce zdravotně postižený nebo je nezaopatřeným dítětem, které je dlouhodobě zdravotně postižené nebo dlouhodobě nemocné.

Dávky sociální péče

Celý dávkový systém sociální péče v ČR prošel na přelomu r. 2011 a 2012 radikální sociální reformou.¹¹¹

Mezi dávky sociální péče pro občany se zdravotním postižením patří

- Mimořádné výhody I., II. a III. stupně
- Příspěvek na péči
- Příspěvek na mobilitu
- Příspěvek na zvláštní pomůcku

¹⁰⁹ Tj. přídavek na dítě, rodičovský příspěvek, sociální příplatek, příspěvek na bydlení, dávky pěstounské péče, porodné a pohřebné, viz odkaz <http://www.mpsv.cz/cs/2> (cit. 28. 11. 2011)

¹¹⁰ Podrobněji tamtéž

¹¹¹ Platí také pro podkapitolu Politika zaměstnanosti.

Mimořádné výhody I., II. a III. stupně (TP, ZTP, ZTP/P)

jsou nárokovou (obligatorní) dávkou sociální péče.

Nárok na mimořádné výhody mají občané starší jednoho roku s těžkým zdravotním postižením¹¹², které podstatně omezuje jejich pohybovou nebo orientační schopnost.

Příspěvek na péči

náleží lidem, kteří jsou z důvodu nepříznivého zdravotního stavu závislí na pomoci jiné osoby, a to v oblasti běžné denní péče o vlastní osobu a v soběstačnosti. Péčí o vlastní osobu se rozumí zejména takové denní úkony, které se týkají zajištění či přijímání stravy, výkonem fyziologické potřeby, oblékáním a obouváním, tělesnou hygienou, péčí o zdraví spod. Soběstačností se rozumí úkony, které umožňují účastnit se sociálního života, tj. zejména schopnost komunikovat, dále úkony spojené s chodem domácnosti (nakupování, úklid, příprava stravy, péče o oděv – praní, žehlení ad.), nakládání s penězi či předměty osobní potřeby, mobilita a orientace ad.

Příspěvek na péči je pravidelná opakující se dávka, která je určena na úhradu za potřebnou pomoc poskytovanou registrovanými poskytovateli sociálních služeb nebo osobami blízkými či jinými. Je vyplácen peněžní formou oprávněné osobě (přímo postiženému nebo seniorovi, NE poskytovateli sociálních služeb) za podmínky, že bude nutné na požádání doložit správnost čerpání, pokud nebude k placení použita tzv. Karta sociálních systémů.

Výše příspěvku na péči se liší v závislosti na věku a stupni závislosti. Schopnost zvládnout péči o vlastní osobu a být soběstačný je u každého člověka různá, proto zákon¹¹³ rozeznává čtyři stupně závislosti na pomoci jiné osoby:

- I lehká závislost
- II středně těžká závislost
- III těžká závislost
- IV úplná závislost

¹¹² uvedeným v příloze č. 2 k vyhlášce č. 182/1991 Sb., kterou se provádí zákon o sociálním zabezpečení, v platném znění (data k 28. 11. 2011)

¹¹³ Zákon č. 108/2006 Sb.

Pro přiznání příspěvků na péči se posuzuje zdravotní stav pro 10 základních životních potřeb:

- | | | |
|--------------|------------------------------|---------------------|
| 1 mobilita | 4 stravování | 8 péče o zdraví |
| 2 orientace | 5 oblékání a obouvání | 9 osobní aktivity |
| 3 komunikace | 6 tělesná hygiena | 10 péče o domácnost |
| | 7 výkon fyziologické potřeby | |

Stanovení základních životních potřeb vychází z Mezinárodní klasifikace funkčních schopností, disability a zdraví (MKF), viz podkapitola 1.5.

Příspěvek na mobilitu

je opakovanou nárokovou (obligatorní) dávkou, která je poskytována osobám starším jednoho roku, které nejsou schopny zvládat základní životní potřeby v oblasti mobility nebo orientace, opakovaně se v kalendářním měsíci dopravují nebo jsou dopravovány, a nejsou jim poskytovány sociální služby (podle zákona o sociálních službách) v domově pro osoby se zdravotním postižením, v domově pro seniory nebo domově se zvláštním určením nebo zdravotnickém zařízení ústavní péče.

Příspěvek na zvláštní pomůcku

je jednorázovou nárokovou dávkou, která je určena osobám s těžkou vadou nosného nebo pohybového ústrojí, těžkým sluchovým nebo těžkým zrakovým postižením nebo těžkým mentálním postižením. Tato dávka je zaměřena na pomoc v oblasti pomůcek, které umožňují sebeobsluhu, slouží k získávání informací nebo ke styku s okolím apod., zakoupení a úpravy motorového vozidla a úprav bytu.¹¹⁴

¹¹⁴ Nová dávka sloučila tyto dřívější dávky: jednorázový příspěvek na opatření zvláštních pomůcek, příspěvek na úpravu bytu, příspěvek na zakoupení motorového vozidla, příspěvek na zvláštní úpravu motorového vozidla.

Dávky důchodového pojištění – invalidní důchod

Invalidní důchod je jednou z dávek důchodového pojištění.

Nárok na invalidní důchod má člověk, který

- je mladší než 65 let,
- má přiznanou invaliditu a potřebnou dobu pojištění pro nárok na pobírání invalidního důchodu,
- dosud nečerpá starobní důchod (nebo předčasně krácený starobní důchod)
- má pracovní úraz s trvalými následky nebo tzv. nemoc z povolání

Invalidita a stupně invalidity

Stav invalidity vzniká tehdy, pokud z důvodu dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu nastal pokles pracovní schopnosti nejméně o 35 %.

Od 1. 1. 2010¹¹⁵ se invalidita posuzuje podle tří stupňů invalidity:

- | | |
|-----------|---|
| 1. stupeň | pracovní schopnost poklesla nejméně o 35%,
avšak nejvíce o 49% |
| 2. stupeň | pracovní schopnost poklesla nejméně o 50%,
avšak nejvíce o 69% |
| 3. stupeň | pracovní schopnost poklesla nejméně o 70%. |

Sociální služby

„Sociální služby pomáhají lidem žít běžným životem – umožňují jim pracovat, nakupovat, navštěvovat školy, navštěvovat místa víry, účastnit se aktivit volného času, starat se sám o sebe a o domácnost apod. Zaměřují se na zachování co nejvyšší kvality a důstojnosti jejich života. Sociální služby jsou poskytovány jednotlivcům, rodinám i skupinám obyvatel. Mezi nejpočetnější skupiny příjemců sociálních služeb patří zejména senioři, lidé se zdravotním postižením, rodiny s dětmi, ale také lidé, kteří z různých důvodů žijí "na okraji" společnosti.

¹¹⁵ Dřívější označení plný invalidní důchod (PID) – dnes „invalidita 3. stupně“, dřívější označení částečný invalidní důchod (ČID) – dnes „invalidita 2. a 1. stupně“ Skladba a výše dávek invalidního důchodu viz odkaz <http://socialniporadce.mpsv.cz/cs/170> (cit. 27. 11. 2011)

Prostřednictvím sociálních služeb je zajišťována pomoc při zvládnání běžných úkonů péče o vlastní osobu, pomoc při osobní hygieně nebo poskytnutí podmínek pro osobní hygienu, poskytnutí stravy nebo pomoc při zajištění stravy, poskytnutí ubytování nebo pomoc při zajištění bydlení, pomoc při zajištění chodu domácnosti, výchovné, vzdělávací a aktivizační činnosti, poradenství, zprostředkování kontaktu se společenským prostředím, terapeutické činnosti a pomoc při prosazování práv a zájmů. Obsah základních činností u jednotlivých druhů sociálních služeb stanoví prováděcí předpis.¹¹⁶

Poskytování sociálních služeb v ČR je upraveno zákonem č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, v platném znění. Sociální službou se (dle uvedeného zákona, §3, písm. a) rozumí „činnost nebo soubor činností podle tohoto zákona zajišťujících pomoc a podporu osobám za účelem sociálního začlenění nebo prevence sociálního vyloučení.“¹¹⁷

Pojmy k zapamatování

Sociálními službami nejsou pouze služby uvedené v tomto zákoně, i jiné služby sociální práce jsou předmětem činnosti sociálních pracovníků (výkon sociální práce v rámci probační a mediační služby, výkon sociální práce ve vězeňství, ve zdravotnických zařízeních, v institucích veřejné správy ad.) Zúžené vnímání sociální práce redukované pouze na působení sociálního pracovníka v sociálních službách (dle zákona o sociálních službách) je zavádějící.



Sociální služby s výhradním zaměřením na osoby se zdravotním postižením jsou specifikovány typem služeb: Domovy pro osoby se zdravotním postižením (§48 zákona), Chráněné bydlení (§51), Raná péče (§54), Tlumočnické služby (§56), Sociální služby poskytované ve zdravotnických zařízeních ústavní péče (§52). Služby s nevýhradním zaměřením na osoby se zdravotním postižením, lidmi s postižením však často využívanými jsou Pečovatelská služba (§40), Průvodcovské a předčitatelské služby (§42), Osobní asistence (§39), Tísňová péče (§41), Odlehčovací služby (§44), Domovy se zvláštním režimem (§50) ad.¹¹⁸

¹¹⁶ Viz odkaz <http://www.mpsv.cz/cs/9> (cit. 28. 11. 2011)

¹¹⁷ Podrobněji viz odkaz <http://www.mpsv.cz/cs/9#sspd> (cit 26.11.2011) a zákon o sociálních službách

¹¹⁸ Součástí studijního plánu bakalářského oboru Sociální práce na FSS OU je samostatný předmět Sociální služby a standardy kvality, duplicitně se proto výkladem k sociálním službám v tomto textu

Sociální služby s výhradním i nevýhradním zaměřením na osoby se zdravotním postižením podle zákona o sociálních službách se neposkytují všem lidem s postižením, ale jen těm, kdo mají „zdravotní postižení tělesné, mentální, duševní, smyslové nebo kombinované, jehož dopady činí nebo mohou činit osobu závislou na pomoci jiné osoby.“ (§3, písm. g)¹¹⁹



Úkol k textu

Obsah výše uvedených typů sociálních služeb nastudujte přímo v zákoně o sociálních službách. Doporučený zdroj: Portál veřejné správy České republiky.¹²⁰

Lidé s postižením mohou být uživateli všech dalších typů sociálních služeb, tj. (podle tohoto zákona) služeb sociálního poradenství, které je v různé míře součástí většiny služeb, dalších služeb sociální péče i služeb sociální prevence.

Služba osobní asistence

je sociální službou *významným způsobem zvyšující kvalitu života* lidí s postižením. Jejím cílem je zachování integrity člověka při snížené soběstačnosti či nesoběstačnosti. Nezbytnou podmínkou výkonu této služby je úcta k důstojnosti, životnímu stylu a k naplnění smyslu života klienta. Z pohledu aktuální legislativy ČR¹²¹ se služba osobní asistence poskytuje bez časového omezení a taxativně stanovených výkonů, v přirozeném sociálním prostředí klienta, zejména formou pomoci při zvládnutí běžných úkonů péče o vlastní osobu, osobní hygieny, zajištění stravy, chodu domácnosti, dále služba zahrnuje výchovné, vzdělávací a aktivizační činnosti, zprostředkování kontaktu se společenským prostředím, pomoc při uplatňování práv, oprávněných zájmů a při obstarávání osobních záležitostí. Pomoc asistenta může mít podobu

nezabýváme.

¹¹⁹ Neposkytují se tedy například dětem či mladistvým s dyslexií, přestože těmto dětem a mladistvým patří podpora (dle školského zákona) a mohou být určitým způsobem „závislé na pomoci jiné osoby“. Neposkytují se také těm lidem s postižením, kteří mají zdravotní postižení, jehož dopady je nečiní závislymi na pomoci jiné osoby.

¹²⁰ Viz odkaz http://portal.gov.cz/wps/portal/_s.155/6966/place (cit. 26. 11. 2011)

¹²¹ zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, v platném znění

částečné dopomoci nebo přímého vykonávání úkonů asistentem, které člověk se sníženou soběstačností či nesoběstačností nemůže dělat sám.

Z hlediska soběstačnosti umožňuje služba osobní asistence uspokojovány tři typů potřeb:¹²²

1. limitní potřeby – bez jejich uspokojení by byl člověk během *několika hodin* ohrožen na zdraví nebo na životě (osobní hygiena, pomoc s oblékáním, stravováním, vykonáváním fyziologické potřeby, polohováním, pohybem ad.),
2. pololimitní potřeby – bez jejich uspokojování se během *několika dní* snižuje kvalita života člověka pod nepřijatelnou hranici nebo je ohroženo jeho zdraví (úklid, nákup, praní, docházka do zaměstnání, do školy ad.),
3. společenské potřeby – bez jejich *dlouhodobého* uspokojování klesá kvalita života člověka pod míru, jež je ve společnosti obvyklá (kultura, volnočasové aktivity ad.)

Z pohledu participace lidí s postižením na rozhodování o službě se rozlišují dva typy osobní asistence - sebeurčující a řízená osobní asistence.¹²³

Při *sebeurčující osobní asistenci* rozhoduje o způsobu poskytování služby klient. K zavedení služby potřebuje a užívá poradenské či zprostředkovatelské služby, nikoliv organizaci, která rozhodování provede za něj. Uživatel osobní asistence řídí službu přímo, bez mezičlánku. Tento typ asistence nevyžaduje odborné školení asistentů, asistenti nejsou profesionály, klient je instruuje sám. Pro realizaci sebeurčující osobní asistence musí být splněn předpoklad, že je klient schopen podílet se na službě zejména tím, že je schopen vyškolit si osobního asistenta, organizovat a vést jeho práci. Není-li toho z různých důvodů schopen, je na místě řízená osobní asistence nebo jiné formy péče.

¹²² Hrdá 2006

¹²³ tamtéž

Řízená osobní asistence vyžaduje odbornou přípravu osobních asistentů. Zpravidla se týká lidí, kteří potřebují specializovanou pomoc a /nebo si nedovedou z podstaty svého postižení práci osobního asistenta sami řídit (např. lidé s mentálním postižením, s některými druhy duševního onemocnění, případně senioři s demencí ad.) Asistenty v tomto případě zajišťuje a školí registrovaný poskytovatel služby, zpravidla organizace (právnícká osoba) či (v ČR) fyzická osoba samostatně výdělečně činná.

Asistent sociální péče¹²⁴

Od 1. 1. 2012 byl nově zaváděn institut *asistenta sociální péče* (ASP).
Povinnosti ASP

- podle zákona o sociálních službách platí, že asistentem sociální péče může být pouze fyzická osoba, která je starší 18 let věku a je zdravotně způsobilá (zdravotní způsobilost se posuzuje podle § 29 odst. 1 písm. e) zákona o sociálních službách),
- jedná se o jinou než blízkou osobu (např. soused), která není registrovaným poskytovatelem sociálních služeb,
- asistent sociální péče je povinen s osobou, které poskytuje pomoc, uzavřít formální písemnou smlouvu o poskytnutí pomoci – náležitosti
- náležitosti smlouvy: označení smluvních stran, rozsah pomoci, místo a čas poskytování pomoci, výše úhrady za pomoc.

Úhradu za poskytnutou pomoc hradí asistentu sociální péče zdravotně znevýhodněná osoba ze svého příspěvku na péči a zároveň je povinna tuto skutečnost oznámit Úřadu práce.

¹²⁴ zpracováno podle Sociální reforma – změny 2012, viz odkaz <http://socialnireforma.mpsv.cz/cs/> (cit. 26. 11. 2011)

3.3.4 Politika zaměstnanosti¹²⁵

Obecně přijímaným názorem je, že právo na práci a jeho realizace je jednou z nejdůležitějších podmínek naplnění kvality života. Současná společnost je charakterizována tlakem na vysokou produktivitu práce, vysokou flexibilitu zaměstnance i podnikatelského subjektu, vznik nových profesí a oborů doprovázený vytlačováním tradičních zaměstnaneckých pozic. Realitou je globalizace pracovního trhu, převaha poptávky nad nabídkou pracovních míst (uplatnění), a tím vytlačování minoritních uchazečů na jeho okraj.

Lidé s postižením (v ČR i v celoevropském a celosvětovém měřítku) patří mezi obtížně zaměstnatelné skupiny obyvatelstva. „Různé studie uvádějí až 50 % zcela ekonomicky neaktivních občanů se zdravotním postižením. Další značná část patří mezi nezaměstnané.“ Zaměstnávání lidí s postižením a jeho problémy vykazují vlastní dynamiku vývoje, na druhé straně jde o součást celospolečenských pohybů a tendencí. Rizikovými faktory zaměstnávání, resp. nezaměstnanosti lidí s postižením je hloubka postižení a jeho specifický druh (kombinované, mentální) a nízká kvalifikace, dále pak faktory shodné s ostatní populací jako je vyšší věk uchazeče o práci a dostupnost pracovního místa.

Příklad

Uvádí se, že specifická míra nezaměstnanosti občanů se ZPS (údaje před přijetím nového zákona o zaměstnanosti) se základním vzděláním je třikrát vyšší než vysokoškolsky vzdělaných. U občanů bez postižení má základní vzdělání přibližně 10 % populace (ZP 20,1 %) a vysokoškolské asi 12 % populace (ZP jen 3,8 %).¹²⁶



Ani při hodnocení účasti lidí se zdravotním postižením na trhu práce se nejedná o „monolitický“ problém. Stejně jako v ostatních oblastech života společnosti, i v této oblasti dochází k výrazné diferenciaci – na trhu práce existuje rovněž skupina lidí s postižením, která v důsledku odpovídající kvalifikace (zpravidla vyšší vzdělání) nachází uplatnění i na otevřeném trhu práce relativně snadno.

¹²⁵ Podkapitola 11.5 je krácením, úpravou a autorským doplněním původního textu Michalík 2011c

¹²⁶ Socioklub in Michalík 2011e

Aktivní politika zaměstnanosti ČR ve vztahu k lidem s postižením se odráží v legislativě a v dalších opatřeních státu. Od roku 2004 v ČR platí zákon č. 435/2004 Sb., o zaměstnanosti. Oproti dřívější právní úpravě v něm došlo ke zrušení pojmu „osoba se změněnou pracovní schopností“ nebo „osoba se změněnou pracovní schopností s těžším zdravotním postižením“ (ZPS). Místo toho byl zaveden nový termín „osoba se zdravotním postižením, resp. dílčí skupina osob se zdravotním znevýhodněním“, jejichž význam je však obdobný. Součástí zákona je definované právo na pracovní rehabilitaci (osob s postižením), která se může uskutečnit i v době dočasné pracovní neschopnosti, jestliže tomu zdravotní stav nebrání. Úřad práce je ze zákona povinen lidem s postižením věnovat zvýšenou pomoc.

Zaměstnavatelé jsou ze zákona o zaměstnanosti povinni informovat krajskou pobočku Úřadu práce o volných pracovních místech vhodných pro osoby se zdravotním postižením, rozšiřovat podle svých podmínek možnost zaměstnávání osob se zdravotním postižením individuálním přizpůsobováním pracovních míst a podmínek a vyhrazováním pracovních míst pro osoby se zdravotním postižením, spolupracovat s krajskou pobočkou Úřadu práce při zajišťování pracovní rehabilitace, vést evidenci pracovních míst vyhrazených pro osoby se zdravotním postižením.

Formy podpory zaměstnávání osob se zdravotním postižením

Povinný podíl „4% nad 25“

- zaměstnavatelé s více než 25 zaměstnanci v pracovním poměru jsou povinni zaměstnávat osoby se zdravotním postižením (OZP),
- povinný podíl OZP na celkovém počtu zaměstnanců zaměstnavatele musí činit min. 4%,
- pokud zaměstnavatel nesplní povinný podíl potřebným počtem zaměstnanců OZP, může využít tzv. náhradní plnění, tj. možnost odběru výrobků nebo služeb od zaměstnavatelů převážně zaměstnávající OZP nebo zaplatit za příslušný počet OZP odvod do státního rozpočtu,
- způsoby plnění může zaměstnavatel vzájemně kombinovat.¹²⁷

¹²⁷ Dodnes setkáváme s tím, že namísto přímého zaměstnání osob se zdravotním postižením volí i orgány veřejné správy cestu odvodu do státního rozpočtu. Ještě větší problém

Chráněná pracovní místa

Zákon o zaměstnanosti předpokládá zřizování chráněných pracovních míst vytvořených zaměstnavatelem pro osobu se zdravotním postižením na základě písemné dohody s Úřadem práce. Chráněné pracovní místo sto musí být provozováno po dobu nejméně dvou let ode dne sjednaného v dohodě.

Příspěvek na vytvoření chráněného pracovního místa¹²⁸

Na vytvoření chráněného pracovního místa poskytuje Úřad práce zaměstnavateli příspěvek. Příspěvek je poskytnut na konkrétní náklady, které by zaměstnavatel neměl, pokud by tuto osobu nezaměstnal (např. pořízení speciálního vybavení a úpravy pracoviště pro OZP atd.). Uvedenou formu podpory mohou využít i jednotliví občané se zdravotním postižením, zřídí-li např. chráněné pracovní místo „sami pro sebe“.

Příspěvek na podporu zaměstnávání OZP

Pro udržení takto vytvořených míst (viz výše) je možné poskytnout zaměstnavateli příspěvek také na částečnou úhradu *provozních nákladů*.¹²⁹ Příspěvek je poskytován pouze na ty zaměstnance, kteří pracují na pracovních místech vymezených nebo zřízených na základě dohody s Úřadem práce ČR jako chráněná pracovní místa, jeho výše činí měsíčně 75 % skutečně vynaložených mzdových nákladů na tyto zaměstnance, nejvýše však 8 000 Kč.¹³⁰

Další formy státní podpory

Vedle investičních pobídek, jimiž se u zaměstnavatele hmotně podporuje vytváření nových pracovních míst, stát také prostřednictvím

představují firmy, které formálně zaměstnají osoby se zdravotním postižením, samy však nic neprodukují. Jen slouží jako virtuální „přefakturovací“ místo zdánlivě umožňující splnění uvedeného povinného podílu formou odběru výrobků od organizací zaměstnávajících zdravotně postižené.

¹²⁸ Od 1. 1. 2012 dochází je sjednocení institutu chráněné pracovní dílny s institutem chráněného pracovního místa.

¹²⁹ Od 1. 1. 2012 se nově zavádí finanční spoluúčast zaměstnavatele na vynaložených mzdových nákladech při zaměstnávání více než 50 % zaměstnanců se zdravotním postižením, a to z důvodu zamezení zneužívání příspěvku na podporu zaměstnání OZP. Viz odkaz <http://socialnireforma.mpsv.cz/cs/25> (cit. 28. 11. 2011)

¹³⁰ „Maximální výše příspěvků na vytvoření chráněných pracovních míst je stanovena zákonem o zaměstnanosti a její konkrétní výše v jednotlivých případech závisí na situaci na trhu práce v daném regionu. Poskytování příspěvku na podporu zaměstnávání OZP včetně jeho zvýšení se bude řídit novou právní úpravou v druhé polovině roku 2012.“ (tamtéž)

Úřadů práce finančně motivuje k provádění rekvalifikace nebo školení nových zaměstnanců. Dále se jedná o provádění veřejně prospěšné práce a zřizování společensky účelných pracovních míst. Úřad práce může také poskytnout zaměstnavateli příspěvek na dopravu zaměstnanců a příspěvek na jejich zapracování.

Přes všechna uvedená opatření aktivní politiky zaměstnanosti (podpůrná opatření, dotace, daňové úlevy ad.) se nedaří zaměstnat všechny občany se zdravotním postižením, kteří chtějí pracovat. Hlavním důvodem je, že podstatné změny na trhu práce pro osoby s postižením může přinést jen zásadní změna ostatních systémů podporujících tuto oblast – obecným předpokladem dosažení vyššího podílu ekonomicky aktivních osob s postižením je trvalý hospodářský růst v ČR, jenž by sám o sobě vytvořil pracovní příležitosti i pro část občanů na trhu práce dosud neumístěných.

Jedním z dalších důvodů tohoto neuspokojivého stavu je zřejmě i skutečnost, že se ve společnosti nepodařilo vytvořit klima „přátelské“ snaze zaměstnávat lidi s postižením. Majoritní společnost považuje zpravidla za „přirozené“ či obvyklé, když lidé s postižením nepracují. Část společnosti považuje za znak vyspělosti a „dobré vůle“ odhodlání podporovat tyto občany sociálními dávkami, případně charitativním způsobem (na rozdíl od tzv. schopných pracovat).

Je na místě zmínit i otázku ochoty a motivace jisté části lidí s postižením realizovat se na trhu práce, případně podnikat. Lidé s postižením byli a jsou tradičně představováni jako „oběť“ tržních sil a lidé subjektivně vysoce motivovaní získat práci. Praxe potvrzuje, že část lidí s postižením ztratila z různých důvodů zájem realizovat svůj pracovní potenciál a pracovat nechtějí.¹³¹

Motivace lidí postižením k účasti na pracovním trhu má různé podoby – od primárně ekonomického zajištění potřeb, přes primárně „mimopříjmovou“ motivaci - sebeuplatnění, sociální komunikace, až po motivaci ve smyslu participace na odvodu daní do veřejných rozpočtů - nejen čerpat dávky sociálních systémů, ale také do nich přispívat.)

¹³¹ Situace, kdy někteří lidé s postižením nechtějí pracovat, je potvrzením, že lidé s postižením se v podstatných věcech od majoritní populace neliší.

3.4 Právní systém

Respekt k člověku je jedním z principů konceptu lidských práv. Respekt úzce souvisí se solidaritou, která je jádrem sociálních práv. Solidarita, nikoli jen soucit, s těmi, kdož se ocitají na příslušné druhé straně nebo v dolních patrech stratifikační pyramidy. Výkon občanských a politických práv bez přiznání práv sociálních by byl velice problematický, ne-li přímo nereálný.

Pojem lidských práv má svého předchůdce v pojmu přirozených práv, častěji se začíná užívat až ve dvacátém století. Mezi první přirozená práva (kodifikovaná v osmnáctém století) patřilo zejména právo na svobodu a majetek. I když moderní státy postupně zahrnovaly základní lidská práva do svých ústav, ke zlomu došlo až v souvislosti se zkušeností z hrůz druhé světové války. Prvním krokem k mezinárodnímu zakotvení lidských práv byla „*Všeobecná deklarace lidských práv 1948*“, která ve svém prvním článku stanovila, že: „Všichni lidé se rodí svobodni a rovni v důstojnosti i právech. Jsou nadáni rozumem a svědomím a mají spolu jednat v duchu bratrství.“

Mezinárodní kontexty

Na Všeobecnou deklaraci navazovaly další, dnes obecně známé dokumenty o lidských právech: Mezinárodní pakt o občanských a politických právech (OSN, New York 1968), Mezinárodní pakt o hospodářských, sociálních a kulturních právech (OSN, New York, 1966) nebo Mezinárodní úmluva o odstranění všech forem rasové diskriminace (OSN, New York, 1966). V evropském měřítku byla na půdě Rady Evropy přijata „Evropská úmluva o ochraně lidských práv a základních svobod“ a vytvořena Evropská komise pro lidská práva a Evropský soud pro lidská práva. Důležitým dokumentem přijatým v rámci Rady Evropy je „Evropská sociální charta“. V rámci Evropské unie byly vyhlášeny „Charta základních sociálních práv pracovníků Společenství“ a „Charta základních práv Evropské unie“.

Ochrana lidských práv není pouze záležitostí jednotlivých států, nýbrž probíhá i na mezinárodní úrovni. Mezinárodní smlouvy jsou vyjádřením shody řady národů a států o tom, co chápou pod pojmem lidská práva, a tak představují určitý standard těchto práv.

V roce 2008 vstoupila v platnost *Úmluva OSN o právech osob se zdravotním postižením* (dále Úmluva), součástí českého právního řádu se stala v roce 2010. Má charakter mezinárodního zákona. Úmluva zavazuje členské státy k podpoře, ochraně a zajištění plného a rovného užívání všech lidských práv a základních svobod všemi lidmi se zdravotním postižením a k podpoře úcty k jejich přirozené důstojnosti. *Pojmenovává oblasti v životě lidí s postižením, které jsou zranitelné, nejsou samozřejmé a vyžadují cílené intervence* státu na zajištění důstojných podmínek osobního i komunitního života lidí s postižením.

Účelem Úmluvy je „podporovat, chránit a zajišťovat plné a rovné užívání všech lidských práv a základních svobod všemi osobami se zdravotním postižením a podporovat úctu k jejich přirozené důstojnosti.“¹³² Jedná se přitom o zajištění zejména:

- sociální ochrany,
- ochrany zdraví,
- práva na život,
- rovnosti před zákonem,
- ochrany před násilím a zneužíváním,
- ochrany proti mučení, a jinému krutému, nelidskému či ponižujícímu zacházení nebo trestání,
- ochrany před vykořisťováním, násilím a zneužíváním,
- přiměřené životní úrovně,
- podpory nezávislého způsobu života a zapojení do společnosti,
- svobody pohybu a osobní mobility,
- respektování soukromí, obydlí a rodiny,
- přístupu ke komunitním službám,
- přístupu ke kompenzačním pomůckám,
- přístupu k podpůrným technologiím
- přístupu k různým formám asistence,
- přístupu k informacím,
- přístupu ke vzdělání,
- přístupu k práci a zaměstnání,
- účasti na politickém a veřejném životě,
- účasti na kulturním životě a volnočasových aktivitách ad.

¹³² Úmluva 2010

Český právní řád neobsahuje kompletní definici, která by odpověděla na otázku, kdo je člověkem se zdravotním postižením. Jedním z důvodů (kromě složitosti přijetí podobné komplexní definice, viz kapitola 1) je neexistence speciální právní normy, jež by ucelenou formou upravovala postavení lidí s postižením (občanů se zdravotním postižením).¹³⁴

Potřeba zajistit důstojné podmínky života sociálně zranitelným skupinám obyvatelstva vyplývá z faktu, že se lidé nerodí ani nezůstávají *rovni* navzájem. Platí-li, že „nikdo nikomu nic nedá *jen proto*, že to potřebuje“, společnosti, kde existuje právní systém, musí právě z tohoto důvodu garantovat, aby lidé jejího společenství byli a zůstali *rovnoprávní*.¹³⁵

Příklad

V jedné ulici jednoho města vyrůstaly dvě děti. V šesti letech u zápisu se jedno z nich dozví, že je nemohou do školy přijmout, protože nemají „podmínky“. Dítě je od narození nevidomé, dobře orientované v okolí, stýká se s kamarády ... Alternativou je internát speciálně upravené školy v krajském městě vzdáleném 80 kilometrů ...



V roce 2009 byl v ČR přijat samostatný antidiskriminační zákon. I když se nejedná o zákon, který by upravoval výlučně situace vážící se k lidem s postižením, v rámci antidiskriminační legislativy reálně přináší nové právní možnosti.

Pokud bychom měli uvádět výčet všech právních norem a situací, které se v nich váží ke zdravotnímu postižení, jednalo by se o desítky stran popisující normy práva občanského, rodinného, pracovního, ale i trestního, správního, sociálního zabezpečení, finančního ad. S odkazem na konkrétní právní normy uvádíme zkrácený výčet některých zákonů (platné k 30. 11. 2011):

¹³³ Zpracováno s využitím původního textu Michalík 2011a: 59-69, kráceno, upraveno, doplněno.

¹³⁴ První pokusy o přijetí zákona byly patrné v průběhu devadesátých let 20. století. Tehdy připravovaný „zákon o zdravotně postižených“ nebyl přijat.

¹³⁵ Obsah pojmu rovnost a rovnoprávnost někdy bývá nesprávně zaměňován.

- Občan těžce zdravotně postižený
zákon č. 100/1988 Sb., o sociálním zabezpečení, §86
- Občan invalidní
zákon č. 155/1955 Sb., o důchodovém pojištění, §39
- Osoba se zdravotním postižením
zákon č. 435/2004 Sb., o zaměstnanosti, §67
- Osoba se zdravotním postižením nebo zdravotním znevýhodněním
zákon č. 561/2004 Sb., školský zákon, §16
- Osoba závislá na pomoci jiné fyzické osoby
zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách
- Osoba s nepříznivým zdravotním stavem
zákon č. 198/2009 Sb., o rovném zacházení a o právních
prostředcích ochrany před diskriminací a o změně některých zákonů
(antidiskriminační zákon), §5
- Osoba neslyšící a osoba hluchoslepá
zákon č. 155/1998 Sb., o komunikačních systémech neslyšících a
hluchoslepých osob, §2

Poznámka k diskriminaci

Ne vždy bývá rozlišován a chápán rozdíl mezi diskriminací a nevhodným nebo nedůstojným zacházením. Hovoříme-li o diskriminaci (z lat. *discriminare* = rozlišovat), vždy musí být přítomen prvek „srovnání“, porovnání něčí situace se situací někoho jiného, kdy se posuzuje, zda nebo nakolik je jeden člověk znevýhodněn ve srovnání s jiným člověkem. Nevhodné zacházení proto ještě nemusí být automaticky diskriminací.



Shrnutí

Systém sociálního zabezpečení lidí se zdravotním postižením tvoří dávky státní sociální podpory (s úpravou rodičovského příspěvku, příspěvku na úhradu potřeb dítěte a odměny pěstouna), dávky sociální péče (příspěvek na péči, příspěvek na mobilitu, příspěvek na zvláštní pomůcku), dávky invalidních důchodů (ze systému důchodového pojištění) a sociální služby. Zvláštní místo má osobní asistence. / Lidé s postižením patří mezi obtížně zaměstnatelné skupiny obyvatelstva. Aktivní politiku zaměstnanosti stát realizuje formou zákonné povinnosti zaměstnavatelů zaměstnávat osoby s postižením (či podporovat jejich zaměstnávání formou náhradního plnění)

a formou příspěvků na vytvoření chráněného pracovního místa a na podporu zaměstnávání osob s postižením. / V českém právním řádu neexistuje jednotná právní definice ani právní norma, která by ucelenou formou upravovala postavení lidí s postižením v ČR. Zajištění práv lidí s postižením je součástí norem práva občanského, rodinného, pracovního, trestního, správního, sociálního zabezpečení, finančního ad. Součástí českého právního řádu je Úmluva o právech osob se zdravotním postižením a Antidiskriminační zákon.

Kontrolní otázky

1. Co je hlavním smyslem příspěvku na péči?
2. Co je cílem sociálních služeb?
3. Které příčiny se podílejí na nízké zaměstnanosti lidí s postižením?
4. Jaký je rozdíl mezi řízenou a seburčující osobní asistencí?
5. Jaký je rozdíl mezi pojmy rovnost a rovnoprávnost?
6. Jaký je rozdíl mezi diskriminací a nedůstojným zacházením?
7. Co je účelem Úmluvy o právech osob se zdravotním postižením? Jakou Úmluva právní sílu?



4 POLITICKÉ KONTEXTY ZDRAVOTNÍHO POSTIŽENÍ



V této kapitole se dozvíte

- o formování aktivit k prosazování zájmů lidí s postižením
- o vůdčích osobnostech hnutí za občanská práva lidí s postižením
- jaký je rozdíl mezi organizacemi osob s postižením a organizacemi pro osoby s postižením
- o participaci lidí s postižením na utváření, realizaci a hodnocení veřejné politiky vůči lidem s postižením
- o mezinárodních sítích lidí s postižením



Klíčová slova této kapitoly

politika, svépomoc, sociální hnutí, participace



Čas potřebný k prostudování této kapitoly

6 hodin

Politika (z řec. polis – město, politiké techné – správa obce) je mnohoznačný pojem zpravidla označující proces nebo metodu rozhodování určité skupiny lidí s pluralitními zájmy a názory. Politika je sférou, v níž je přítomné stálé napětí mezi „vládnoucí“ politikou (politika shora) a „emancipační“ politikou (politika zdola). Do politiky zpravidla vstupují politické subjekty politickým přesvědčováním (argumentací zúčastněných stran) a vyjednáváním (často kompromisní dohodou) – tím vytvářejí politická rozhodnutí. Mezi politické subjekty mohou patřit jednotlivci (občané), organizace (politické strany a hnutí, občanská sdružení a další zájmové skupiny).¹³⁶

Politika prosazování a obhajoby zájmů lidí s postižením je realizována na místní, regionální, národní i mezinárodní úrovni. Za zájmy lidí s postižením se považují také zájmy rodičů dětí s postižením.

¹³⁶ Cabada, Kubát 2004

4.1 Mezinárodní hnutí za občanská práva lidí s postižením

Hnutí za občanská práva lidí s postižením probíhalo a probíhá v obdobném duchu jako emancipatorní ženské hnutí a hnutí za občanská práva etnických menšin – jeho základem je zajištění rovnoprávných podmínek s ostatními. Lidé s postižením usilují zejména o přístupnost prostředí, bydlení, vzdělávání, zaměstnávání, přístup k informacím a informačním technologiím ad. Počátky tohoto hnutí spadají, podle některých historiků, na začátek 19. století, avšak teprve v polovině 20. století v souvislosti s celosvětovým vývojem hnutí nabylo na síle (viz hnutí Independent Living, podkapitola 2.2).

První zákon, který se přímo zabýval řešením nerovnoprávných podmínek lidí s postižením, resp. který přímo zakazoval diskriminaci lidí s postižením, byl přijat v USA v roce 1990 - Americans with Disabilities Act of 1990, následně byly přijaty obdobné zákony v Austrálii (1992 – Disability Discrimination Act) a ve Spojeném království Velké Británie a Severního Irska (1995 - Disability Discrimination Act, od roku 2010 sjednocený zákon Equality Act 2010).



Edward Verne Roberts (1939-1995)¹³⁷

Byl vůdčí osobností hnutí. Ve 14 letech ochrnul následkem poliomyelitidy (dětská infekční obrna), funkční měl pouze část levé ruky a k dýchání potřeboval celodenně respirátor. Byl prvním absolventem vysoké školy s tímto těžkým zdravotním postižením v USA

i ve světě. V průběhu studia politických věd na Kalifornské univerzitě v Berkeley založil se svými spolužáky skupinu Rolling Quads (Valící se kvadrouši), která požadovala neústavní bydlení (koleje byly architektonicky nepřístupné, studenti s postižením museli bydlet v nemocnici) a služby osobní asistence. Jedním z výsledků úsilí Rolling Quads bylo vytvoření celostátního programu služeb pro studenty s postižením. Postupně přenesli původní „univerzitní záměry“ na město Berkeley (požadavky na bezbariérové veřejné komunikace a dopravu a sociální služby pro všechny obyvatele se zdravotním postižením).

¹³⁷ Více viz např. <http://www.polioplace.org/people/edward-verne-roberts> (cit. 30. 11. 2011)

V roce 1972 Ed Roberts a John Hessler založili v Berkeley první Centrum Independent Living (viz podkapitola 2.2), centra se následně rozšířila po celých Spojených státech a do Evropy. Ed Roberts je rovněž zakladatelem prvního celosvětové politické organizace lidí s postižením World Institute on Disability.



Pro zájemce

Podrobněji k historii hnutí viz např. odkazy (aktuální k 30. 11. 2011):

<http://bancroft.berkeley.edu/collections/drilm/index.html>

<http://www.protectyourincome.com/education-center/an-introduction-to-the-disability-rights-movement>

4.2 Politické aktivity lidí s postižením v ČR

Společenství lidí s postižením vznikající za účelem obhajoby jejich potřeb a zájmů¹³⁸ se v našich zemích (ČR a Slovensko) formovala od konce 19. a zejména od počátku 20. století.¹³⁹ Spolkové aktivity lidí s postižením byly z *iniciativy lidí s postižením* realizovány až do roku 1949. Po nástupu totalitního režimu v ČR roce 1948 byly všechny spolky Komunistickou stranou Československa násilně sloučeny do Ústřední jednoty invalidů a činnost samostatných aktivních spolků lidí s jednotlivými druhy zdravotního postižení byla tak na dalších 40 let ukončena. Ústřední jednota invalidů byla v r. 1952 transformována na Svaz československých invalidů (SI), který, stejně jako další organizace tehdejší Národní fronty, byl řízen komunistickou stranou. Lidé s postižením byli v SI sice formálně v pozici předsedů jednotlivých okresních či základních organizací, fakticky však organizace neřídili. Stranou Svazu invalidů byly aktivity rodičů a přátel dětí s mentálním postižením¹⁴⁰, které SI nikdy neintegroval do svých řad, přestože se Sdružení pro pomoc mentálně postiženým o členství ucházelo.

Po roce 1989 vznikly desítky organizací osob se zdravotním postižením, které hájily zájmy lidí s jednotlivými druhy zdravotního postižení (na neteritoriálním základě) a/nebo zájmy lidí s postižením na teritoriálním

¹³⁸ nikoliv však v dnešním smyslu komunitní práce

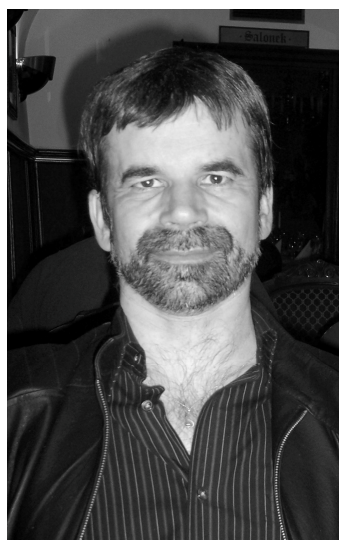
¹³⁹ Více viz např. Smýkal 2000. Tato společenství vznikala již ve staré Číně (v r. 206 př. n. l.), Japonsku (8. stol. n. l.), v Evropě (počátek 14. stol. v Itálii, rozšíření v 19. stol. – Švýcarsko, Londýn, Paříž ad.).

¹⁴⁰ samostatné Sdružení pro pomoc mentálně postiženým vzniklo v r. 1969 (původní název Národní sdružení pro pomoc mentálně postiženým)

základě v různých městech, obcích a regionech. Tato roztržičnost byla v praxi prosazování politických zájmů (včetně změn v sociální politice státu a regionů) lidí s postižením slabým místem, proto se tyto nově vzniklé iniciativy od roku 1991 postupně sdružovaly pod Sbor zástupců organizací zdravotně postižených (dále Sbor). Bývalý Svaz invalidů se transformoval ve Sdružení zdravotně postižených v ČR (dále Sdružení). V roce 2000 došlo k dohodě mezi oběma střešními organizacemi o sloučení a vznikla současná Národní rada osob se zdravotním postižením ČR (příloha č. 1).¹⁴¹

Pavel Dušek (1961 - 2013)¹⁴²

Byl vůdčí osobností politických aktivit lidí s postižením v ČR. V roce 1991 založil Sbor zástupců organizací zdravotně postižených, v letech 1990-1992 byl poslancem České národní rady, kde mj. inicioval vznik parlamentní komise pro otázky osob se zdravotním postižením. Byl rovněž hlavním iniciátorem vzniku Vládního výboru pro zdravotně postižené občany (1991)¹⁴³. V roce 1993 založil časopis *Můžeš*.¹⁴⁴



Pavel Dušek byl jedním z prvních studentů s DMO v ČR¹⁴⁵, kteří absolvovali vysokoškolské studium (na Vysoké škole ekonomické v Praze). Byl prezidentem Unie zaměstnavatelských svazů a prezidentem České rady sociálních služeb.¹⁴⁶

4.3 Organizace osob se zdravotním postižením

Česká republika

V současné době je pole organizací osob s postižením v ČR značně divergentní. Existuje široká škála občanských sdružení osob s různými druhy postižení a s různým primárním zaměřením počínaje zájmovou

¹⁴¹ viz odkaz <http://nrzp.cz/> (cit. 30. 11. 2011)

¹⁴² viz odkaz <http://www.paveldusek.cz/> (cit. 15. 7. 2013)

¹⁴³ Vládní výbor založil spolu s Václavem Krásou a Jaroslavem Hrubým

¹⁴⁴ Původní název *Občasník o svépomoci zdravotně postižených*

¹⁴⁵ Dětská mozková obrna

¹⁴⁶ Do 31. 12. 2011 oficiální název Česká rada humanitárních organizací

činností (klubové, sportovní aj. aktivity), přes zajišťování či poskytování sociálních a dalších podpůrných služeb až po organizace s primárně politickým programem a organizace se smíšeným zaměřením.¹⁴⁷

V průběhu historického vývoje se objevují tři typy organizačních uskupení v péči o lidi s postižením – uskupení odborníků „pečující o“ lidi s postižením, v nichž lidé s postižením nebyli zastoupeni (středověké útulny v kláštěrech, špitály, později ústavy, pečující spolky, servisní organizace pro osoby s postižením), svépomocná uskupení samotných „lidí s“ postižením, v novodobé historii pak smíšená uskupení – organizace pro osoby se zdravotním postižením a organizace osob s postižením.

Rozdíl mezi „organizací PRO osoby se zdravotním postižením“ a „organizací OSOB se zdravotním postižením“ spočívá v tom, že:

v organizaci PRO osoby s postižením¹⁴⁸ jsou její členové sdruženi

- bez ohledu na to, zda mají či nemají zdravotní postižení,
- nezáleží na početním poměru zastoupení členů **s** a **bez** postižení,
- není relevantní, zda organizaci řídí lidé **s** nebo **bez** postižení.

Organizace OSOB s postižením

- je jednoznačně charakterizována tím, že členové s postižením¹⁴⁹ tvoří nadpoloviční většinu členů,
- organizaci sami řídí.

Oba typy organizací vykonávají aktivity ve prospěch lidí s postižením, pouze druhý typ však patří mezi svépomocné skupiny.

Znalost uvedených rozdílů je pro praxi důležitá. U řady pracovníků tzv. pomáhajících profesí se lze nezdědkou setkat s názorem, že lidé s postižením nejsou *zcela* schopni, případně nejsou *zcela* kompetentní řešit své obtíže sami. Může to platit pro jednotlivce s postižením, neplatí to však pro svépomocné skupiny/organizace lidí s postižením. Filozofie svépomocných skupin je založena právě na ústřední myšlence „sami si pomoci k svépomoci“. Nejde zde přitom o odlišování rovin „my“ a „oni“,

¹⁴⁷ Přehled organizací osob se zdravotním postižením viz např. <http://www.helpnet.cz/> (cit. 30. 11. 2011)

¹⁴⁸ členem této organizace mohou a nemusí být lidé s postižením

¹⁴⁹ nebo jejich zákonní zástupci (např. v případě dětí s mentálním postižením apod.)

neboť v obou typech organizací se členství lidí s postižením a intaktních prolíná a řada lidí s postižením v těchto organizacích má rovnocenné vzdělání v sociální práci, speciální pedagogice, ekonomice, managementu apod. Klíčovým rozlišovacím prvkem je zde pohled „rozhodovat (či spolurozhodovat) o někom, mluvit za někoho“ a „rozhodovat o sobě, mluvit za sebe“.

„Svépomocné skupiny plynule propojují přirozené a uměle sestavené skupiny, protože je vytvářejí klienti sami [...] představují nejvýrazněji rostoucí formu pomoci ve světě.“¹⁵⁰ Svépomocné skupiny „představují pozitivní sociální fenomén poukazující k emancipaci člověka i k proměně chápání vztahu odborník-laik.“¹⁵¹ „To, že člověk nejen pomoc přijímá, ale současně poskytuje, ho zbavuje pocitů bezmoci a závislosti. Kdo je schopen pomoci druhému, pomůže i sobě. Toto zjištění je zdrojem naděje pro členy svépomocných skupin a zároveň je zplnomocňuje ke zvládnutí obtížné životní situace nebo nepříznivých životních podmínek. Svépomocné skupiny překonávají asymetrii vztahu, který vzniká mezi profesionálním poskytovatelem pomoci a klientem. Lidé, kteří jsou spojeni zkušeností s určitým problémem, si navzájem nemusejí vysvětlovat, co tento problém obnáší a jaké konsekvence z něho plynou. [...] Svépomocné skupiny jsou účinnou pomocí a dostupnou možností, jak se zbavit bezmoci a přetvářet svízelnou situaci, adaptovat se na změnu podmínek nebo naopak změnit svou situaci.“¹⁵²

Svépomocné skupiny mohou být neformální (např. sourozenci dětí se zdravotním postižením¹⁵³) nebo formalizované statutem, stanovami apod. Formalizované svépomocné skupiny mívají charakter svépomocných organizací – v ČR mají zpravidla formu občanského sdružení.

Příklad

Typickým příkladem svépomocných skupin jsou skupiny rodičů dětí se zdravotním postižením (mentálním, sluchovým, zrakovým, s DMO, s autismem ad.). Rodiče se zde setkávají, aby se navzájem informovali,



¹⁵⁰ Havránková 2003: 166

¹⁵¹ Vymětal in Havránková 2003: 167

¹⁵² Havránková, tamtéž

¹⁵³ viz např. odkaz <http://www.zvlastnisourozenci.wz.cz/> (cit. 20. 11. 2011)

podporovali, sdíleli zkušenosti, obavy i radosti, diskutovali, učili se novým dovednostem, realizovali společné aktivity ad.



Příklady svépomocných organizací osob s postižením (a jejich rodin) v ČR:

Česká unie neslyšících – <http://www.cun.cz/index.php>

Český klub nedoslýchavých HELP – <http://www.audiohelp.cz/>

Sjednocená organizace nevidomých a slabozrakých ČR – <http://www.sons.cz/>

Klub přátel červenobílé hole – <http://www.klubpratel.wz.cz/>

Ostravská organizace vozíčkářů – <http://www.vozickari-ostrava.cz/>

Asociace muskulárních dystrofií – <http://www.amd-mda.cz/>

Paleček – společnost lidí malého vzrůstu – <http://www.palecek.nebesa.cz/>

Klub bechtěreviků – <http://ww25.klub-bechterevidu.com/?srt=1>

České ILCO – dobrovolné sdružení stomiků – <http://www.ilco.cz/>

Společnost dialyzovaných a transplantovaných nemocných, jejich rodinných příslušníků a přátel dialýzy – <http://www.znovu.cz/sdat/index.htm>

Parkinson společnost, o.s. – <http://www.spolecnostparkinson.cz/>

Svépomocné skupiny pro sourozence a potomky lidí s duševním onemocněním – <http://www.psychozaablzici.ic.cz/>

Sdružení rodičů a přátel diabetických dětí – <http://www.diadeti.cz/>

Federace rodičů a přátel sluchově postižených, o.s. – <http://www.frpsp.cz/>

Postižené Děti Pro rodiče a přátele dětí zdravotně postižených nebo postižením ohrožených – <http://www.postizenedeti.cz/>

Mezinárodní organizace osob se zdravotním postižením

Organizace osob s postižením vytvářejí mezinárodní síť za účelem sdílení informací a zkušeností a prosazování cílených aktivit ke zvýšení kvality života lidí se zdravotním postižením v různých zemích světa.

Rehabilitation International (RI)¹⁵⁴

Je nejstarší mezinárodní organizací osob s postižením (vznikla v USA v roce 1922), od počátku svého vzniku prosazovala myšlenku komunitní péče. V současné době je RI celosvětovou sítí lidí se zdravotním postižením, poskytovatelů služeb, vládních agentur, akademiků, vědců a obhájců práv lidí s postižením, prosazujících podmínky ke zvýšení kvality života lidí s postižením, prevenci zdravotního postižení, habilitace a rehabilitace osob s postižením a vyrovnávání příležitostí pro osoby s postižením a jejich rodin. RI je fórem pro výměnu zkušeností a informací o výzkumu a praxi 200 členských organizací ve 100 zemích a ve všech oblastech světa. RI je autorem jednoho z nejznámějších světových symbolů – symbolu přístupnosti. Mj. udržuje oficiální kontakty s Organizací spojených národů (OSN), Světovou zdravotnickou organizací (WHO), Mezinárodní organizací práce (ILO), UNESCO, UNICEF, Evropskou unií (EU), Radou Evropy a Hospodářskou a sociální radou pro Asii a Pacifik (UNESCAP). Každé 4 roky pořádá RI celosvětové kongresy (Kanada, Japonsko, Austrálie ad.)



European Disability Forum (EDF)¹⁵⁵

Evropské fórum osob se zdravotním postižením bylo založeno organizacemi osob se zdravotním postižením z důvodu potřeby vytvořit v rámci EU reprezentativní poradní orgán se širokým mandátem a aktivním přístupem k problematice zdravotního postižení. Působí od r. 1977, v současné době má 87 členských organizací. Jsou mezi nimi evropské nevládní organizace, které působí v oblasti zdravotního postižení, a národní rady osob se zdravotním postižením ze všech členských zemí EU náležících k Evropské ekonomické oblasti (EEA).

Disabled People's International (DPI)¹⁵⁶

Celosvětová organizace osob s postižením, jejímž cílem je realizace aktivit k dosahování plné účasti všech osob se zdravotním postižením v hlavním životním proudu (mainstreaming), zejména v rozvojových zemích, kde se vyskytuje většina lidí s postižením z celosvětového počtu půl miliardy osob se zdravotním postižením. K tomuto účelu DPI realizuje vlastní svépomocné rozvojové programy a projekty po celém světě. DPI plní

¹⁵⁴ Viz odkaz <http://www.riglobal.org/> (cit. 28. 11. 2011)

¹⁵⁵ Viz odkaz <http://www.edf-feph.org/> (cit. 28. 11. 2011)

¹⁵⁶ Viz odkaz <http://www.dpi.org/> (cit. 28. 11. 2011)

důležitou roli při sdílení informací mezi organizacemi osob s postižením z různých zemí světa. DPI vznikla v roce 1981, v současné době má členy přibližně ve 120 zemích, více než polovina z nich je v rozvojových zemích.

4.4 Participace lidí s postižením na utváření, realizaci a hodnocení veřejné politiky v ČR

Situace v České republice po roce 1989

Charakteristickým rysem řešení životních podmínek lidí s postižením v rámci veřejné politiky je skutečnost, že „se jedná o téma mezirezortní, nikoliv o téma spadající výlučně do rezortu sociálních věcí či zdravotnictví. Na mezioborová řešení není systém veřejné správy z důvodu taxativně vymezených kompetencí jednotlivých rezortů pro praxi však příliš uzpůsoben, jednotlivé rezorty spolu mnohdy nespolupracují právě s odkazem na limity svých kompetencí. Problematika řešení životních podmínek lidí s postižením je však jednoznačně nadrezortní a zasahuje průřezově do řady kompetenčních oblastí státní správy i samosprávy, významně zde proto vystupuje nutnost koordinace různých aktivit (izolovaná řešení jsou často neúčinná, neefektivní a nevhodná)¹⁵⁷ Roli koordinátora mezirezortních opatření plní na úrovni Vlády ČR Vládní výbor pro zdravotně postižené občany.

Vládní výbor pro zdravotně postižené občany¹⁵⁸

Vládní výbor pro zdravotně postižené občany (dále jen Výbor) byl zřízen v roce 1991. Je stálým koordinačním, iniciativním a poradním orgánem Vlády České republiky pro problematiku podpory lidí se zdravotním postižením. Výbor upozorňuje na závažné problémy lidí s postižením, které náležejí do působnosti několika resortů; zaujímá stanoviska a předkládá doporučení k materiálům předloženým vládě ČR, pokud se dotýkají lidí s postižením; sleduje a napomáhá realizaci aktuálně platného národního plánu pro občany s postižením; uděluje Cenu Výboru za nejlepší publicistická díla propagující problematiku lidí s postižením.

¹⁵⁷ Krhutová 2005b: 11

¹⁵⁸ Viz odkaz <http://www.vlada.cz/cz/ppov/vvzpo/uvod-vvzpo-17734/> (cit. 30. 11. 2011)

Výbor spolupracuje s ústředními orgány státní správy a občanskými sdruženími osob se zdravotním postižením. Ústřední orgány státní správy předkládají Výboru k projednání návrhy opatření, týkajících se problematiky lidí s postižením. Předsedou Výboru je premiér; výkonným místopředsedou je ministr vlády nebo zmocněnec vlády pro lidská práva, místopředsedy jsou ministr práce a sociálních věcí, ministr školství, mládeže a tělovýchovy a ministr zdravotnictví. Místopředsedou je předseda Národní rady osob se zdravotním postižením ČR. Členy Výboru jsou: náměstkové ministra dopravy a spojů, ministra financí, ministra kultury, ministra pro místní rozvoj a ministra průmyslu a obchodu, do jejichž kompetence náleží část problematiky občanů se zdravotním postižením na daném ministerstvu; zmocněnec vlády pro lidská práva. ad.

„Při ochraně práv, zajišťování potřeb a rozvoje životních podmínek občanů se zdravotním postižením je v rámci rozvoje ČR potřebná koordinace mezioborových opatření. Všechny systémové prostředky podpory by měly být činěny s vědomím určité výlučnosti zdravotního postižení jako *sui generis* sociální události, která vykazuje většinu znaků odlišných od ostatních společenských a osobních situací označovaných za sociální události (narození, odchod do důchodu, výkon trestu, výchova více dětí či tzv. samozivitelství apod.)“¹⁵⁹

Postavení lidí se zdravotním postižením, vztahů s orgány veřejné správy a vývojové tendence po roce 1989 uvádí následující přehled:

Počáteční etapa 1990–1992/1993

Období zásadních společenských změn, jež přinesly i kvalitativní proměnu postavení občanů se zdravotním postižením. Vznik stovek nestátních sdružení na občanském principu. Budování nových zařízení pro podporu lidí s postižením, primárně v oblasti školství a sociálního zabezpečení. Vznik Vládního výboru pro zdravotně postižené občany (1991). Přijetí prvního Národního plánu pomoci. Vysoký stupeň vstřícnosti (rovina politická i správní) při řešení požadavků a potřeb lidí s postižením.

¹⁵⁹ Michalík 2001d: 51. Do konce podkapitoly 4.4 je text zpracován s využitím původního zdroje autora Michalíka 2011d: 50-53, kráceno, upraveno, doplněno.

Devadesátá léta 1993–1998/1999

Dochází ke konsolidaci organizací osob s postižením a k profesionalizaci výkonu státní správy v dané oblasti. Na závěr etapy je připraven Národní plán pro vyrovnání příležitostí pro občany se zdravotním postižením. Jsou přijaty či novelizovány základní právní normy upravující oblasti mající bezprostřední vztah ke zdravotnímu postižení (sociální zabezpečení, školství, doprava).

Konec devadesátých let – 2007

Narůstá množství otázek vnímaných ze strany základních partnerů – politické a správní reprezentace na jedné straně a představitelů organizací osob s postižením na straně druhé – jako rozporných. Snižuje se dynamika jejich řešení. Převládá přístup spočívající v úpravách a korekcích dříve nastavených systémů, často chybí jejich důkladná analýza a vyhodnocení dopadů. Leckdy není vůle či síla přistoupit k řešení některých otázek i za cenu zrušení tradičních přístupů a jejich nahrazení moderními systémy podpory. Důvodem jsou však i objektivní příčiny, jež vyvolávají potřebu změn v řadě společenských systémů vážících se ke zdravotnímu postižení. V oblasti veřejné správy nově vystupuje do popředí prvek územní – krajské samosprávy. Vzniká zastřešující reprezentace občanů se zdravotním postižením v ČR – Národní rada osob se zdravotním postižením ČR.

2008 – současnost ¹⁶⁰

Vývoj je poznamenán finanční a posléze hospodářskou krizí. Snaha konsolidovat veřejné rozpočty a zastavit zadlužování vede k mnoha krokům, které jsou nejen diskutabilní, ale v řadě případů nesystémové a neodpovídající míře hospodářského poklesu. Znovu se projevuje neznalost společenských a politických elit o skutečných problémech skupiny lidí s postižením. Typickým přístupem některých úrovní veřejné správy je konstatování „Nyní nelze nic dělat“, „Počkáme, až skončí krize...“

¹⁶⁰ rok 2011

Významným prvkem upravujícím přístup státu a orgánů státní správy k lidem se zdravotním postižením představují národní plány zajištění rovnoprávných podmínek (dále jen národní plány), které jsou na úrovni koncepčních vládních dokumentů v ČR realizovány od roku 1992. Národní plány samy o sobě *nejsou legislativními dokumenty*, (jak je mnohdy mylně uváděn), zakotvují však klíčová opatření a operativní úkoly pro jednotlivé oblasti *státní správy*¹⁶¹ k zajištění rovnoprávných podmínek lidí s postižením v ČR.

V období devadesátých let do současnosti byly přijaty následující národní plány¹⁶²:

Národní plán pomoci zdravotně postiženým občanům

Plán akcí na období druhého pololetí 1992–1994, schválený usnesením vlády ČR č. 466 ze dne 29. 6. 1992

Národní plán opatření pro snížení negativních důsledků zdravotního

postižení, schválený usnesením vlády ČR č. 493 ze dne 8. 9. 1993

Národní plán vyrovnávání příležitostí pro občany se zdravotním postižením,

schválený usnesením vlády ČR č. 256 ze dne 14. 4. 1998

Národní plán podpory a integrace občanů se zdravotním postižením,

schválený usnesením vlády ČR č. 1004 ze dne 17. 8. 2005

Národní plán vytváření rovných příležitostí pro občany se zdravotním

postižením na období 2010-2014 schválený usnesením vlády ČR č. 253 ze dne 29. 3. 2010.

Reprezentace lidí s postižením v ČR se od počátku podílely na přípravě a hodnocení úkolů národních plánů a konečné znění opatření – úkolů tak bývá kompromisem a svého druhu „smlouvou“ mezi reprezentacemi lidí s postižením a příslušným ústředním orgánem státní správy. Jakkoli je místo a role národních plánů nezpochybnitelná, problémem při hodnocení plnění úkolů je, že se některá hodnocení ze strany reprezentací lidí s postižením střetávají s hodnocením samotného orgánu státní správy. Nedostatkem národních plánů rovněž je, že řada úkolů bývá splněna jen formálně a konkrétní problém přetrvává

¹⁶¹ Nikoliv však pro oblasti samosprávy

¹⁶² Národní plány a jejich hodnocení jsou dostupné na webových stránkách Úřadu vlády ČR www.vlada.cz v sekci Vládního výboru pro zdravotně postižené občany, odkaz <http://www.vlada.cz/scripts/detail.php?pgid=179> (cit. 30. 11. 2011)

(viz např. školský zákon, který stanovuje právo dítěte s postižením navštěvovat spádovou školu a rozpor prováděcí vyhlášky ke školskému zákonu, kde ředitel spádové školy dítě s postižením do školy nemusí přijmout).

V souvislosti s „vlivem a příkladem“ národních plánů, jsou od let 2002–2003 postupně realizovány krajské plány vyrovnávání příležitostí reagující na krajské uspořádání veřejné správy a potřebě řešení podmínek života lidí s postižením v podmínkách konkrétního regionu.¹⁶³



Shrnutí

Základem hnutí za občanská práva lidí s postižením je zajištění rovnoprávných podmínek s ostatními, tj. přístupnost prostředí, bydlení, vzdělávání, zaměstnávání, přístup k informacím a informačním technologiím ad. První zákony zakazující diskriminaci lidí s postižením byly přijaty v USA, Austrálii a UK. Klíčovou roli při sebe/obhajování zájmů lidí s postižením mají organizace osob s postižením. Vytvářejí sítě na místní, národní a mezinárodní úrovni. Spoluúčast lidí s postižením v ČR na utváření, realizaci a hodnocení opatření veřejné politiky, která se jich přímo dotýkají, je realizována formou participace organizací osob se zdravotním postižením na tvorbě a hodnocení národních plánů pro zajišťování rovnoprávných podmínek lidí s postižením. Koordinační funkci pro realizaci mezirezortních opatření plní Vládní výbor pro zdravotně postižené občany. Reprezentantem organizací osob se zdravotním postižením pro jednání na úrovni vlády ČR je Národní rada osob se zdravotním postižením ČR.



Kontrolní otázky

1. Jaký je rozdíl mezi organizacemi osob s postižením a organizacemi pro osoby s postižením
2. Jakou úlohu má Vládní výbor pro zdravotně postižené občany?
3. Jakou úlohu má Národní rada osob se zdravotním postižením?
4. Jako funkci plní národní plány?
5. Které vývojové tendence se projevují ve vztahu státu a orgánů veřejné správy vůči lidem s postižením, resp. jejich reprezentacím?

¹⁶³ První Krajský plán vyrovnávání příležitostí pro občany se zdravotním postižením byl přijat v Moravskoslezském kraji v roce 2002. Krajské plány jsou dostupné na webových stránkách Národní rady osob se zdravotním postižením <http://nrzp.cz/cinnost-v-krajich/krajske-plany-vyrovnavani-prilezitosti.html> (cit. 30. 11. 2011)

5 KULTURNÍ KONTEXTY ZDRAVOTNÍHO POSTIŽENÍ

V této kapitole se dozvíte¹⁶⁴

- o úloze jazyka ve vztahu k lidem s postižením
- o společenské odpovědnosti
- jakým způsobem je „postižení“ prezentováno v literatuře, výtvarném umění a v médiích



Klíčová slova této kapitoly

kultura, sociální konstrukce, jazyk, metafora, etická dilemata



Čas potřebný k prostudování této kapitoly

10 hodin



Kultura je velmi široký a mnohoznačný pojem, běžně se používá v různých, navzájem odlišných významech, existují stovky definic různých pojetí tohoto pojmu.¹⁶⁵ V nejširším slova smyslu kultura zahrnuje všechno to, s čím „se člověk nerodí“, na rozdíl od přírody, která zahrnuje to, co „se samo rodí“. Kultura zahrnuje vše, co se člověk musí naučit, co přejímá od starších co je spíše kolektivním a často anonymním, nastřádaným dílem mnoha generací, co se udržuje tím, že se o to lidé starají a pečují, co dané společenství spojuje a zároveň odlišuje od jiných.

Příklady definic kultury:

„Kultura je souhrnné označení pro všechno, čím se člověk odlišuje od zvířete. Je to soubor činností a výtvorů této činnosti, které lidem umožňují přežít v přírodním prostředí, spolu se souborem věr a představ, které tomuto přežití chtějí dát smysl. Schopnost tvořit kulturu kompenzuje orgánovou a instinktivní nevybavenost člověka pro život v přírodním prostředí. Díky kultuře jsou lidé schopni vyrovnávat se s tlaky přírody nikoli přizpůsobováním svého vlastního organismu, nýbrž modifikací svého prostředí. Základní předpoklady pro kulturní přeměnu prostředí spočívají ve

¹⁶⁴ Kapitola je upraveným a doplněným zpracováním částí autorských textů Krhutová 2008, 2011g

¹⁶⁵ K různým pojetím kultury srov. např. Matějů, Soukup 1996: 547-549, Keller 2002, Murphy 2001 ad.

schopnosti pracovat v koordinaci s druhými lidmi, jež je u člověka zajišťována zvládnutím komunikace prostřednictvím symbolů.“¹⁶⁶
„Kultura je celistvý systém významů, hodnot a společenských norem, kterými se řídí členové dané společnosti a které prostřednictvím socializace předávají dalším generacím.“¹⁶⁷

Systémy kultury tvoří jazyk, morálka, umění, náboženství, věda ad.

Kulturní kontexty zdravotního postižení představíme rámci *vybraných* tématických okruhů:

- jazykové aspekty zdravotního postižení – užívání jazyka ve vztahu k lidem s postižením,
- etické aspekty zdravotního postižení – morální princip a zdravotní postižení, právo na rodičovství, genetická diskriminace,
- kulturní aspekty zdravotního postižení – zdravotní postižení jako sociální a kulturní konstrukce, identita, stigma a předsudky, prezentace zdravotního postižení ve filmu, divadle, v médiích, literárním a výtvarném umění.

5.1 Jazykové aspekty zdravotního postižení

Jazyk je nástrojem dorozumívání, komunikace, výměny informací, vzdělávání, je základním prvkem procesu myšlení. Samotným nástrojem myšlení je řeč. Je mluvenou nebo písemnou formou jazyka, který utváří člověka ve smyslu psychologickém, sociálním i kulturním. Tak, jak mluvíme/píšeme, tak i myslíme. Tak, jak myslíme, tak i jednáme, komunikujeme, cítíme. Každý ze své vlastní zkušenosti víme, jakou moc má slovo. Dokáže pohladit, povzbudit, ale i rozzuřit nebo zabít. Jeho základní vlastností je, že něco označuje. Dává informaci. O věcech, o lidech, o dění, o sobě samých. „Jazyk je [...] skladištěm ohromného množství nahromaděných významů a zkušeností, které může zachovat v čase a zprostředkovávat dalším generacím“¹⁶⁸. Jazyk se vyvíjí a jeho změny se odráží ve slovníku, který je poplatný své době, viz příklad.

¹⁶⁶ Keller 2002: 179-180

¹⁶⁷ Murphy 2004: 38

¹⁶⁸ Berger, Luckman 1999: 42

Příklad

Název „Úchylná mládež“ byl název jednoho z prvních odborných časopisů v oblasti (dnešní) speciální pedagogiky ve 30. letech minulého století. Ústavní zařízení se v té době i později běžně nazývala „ústavy pro mrzáky či zmrzačelé“, odbornými termíny pro lidi s mentálním postižením byly debil, imbecil, idiot, kretenismus ad. Ve své době měly tyto kdysi odborné termíny účelový význam stejně jako později „invalida“¹⁶⁹ ad. Ve vztahu k lidem s postižením dnes nejsou tyto termíny již společensky přípustné, po určitý čas však pozitivně plnily svou odbornou funkci – pojmenovávaly, třídily, pomáhaly poznávat. S vývojem věděni se z nich postupně staly pojmy s negativní konotací – pojmy pejorativní, hanlivé až urážlivé. Terminologii je vždy třeba posuzovat v kontextu příslušné doby a stavu věděni ve společnosti.

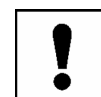


Otázka terminologie není zdaleka jen „akademickým tématem“. Jazyk ať už ve své písemné či mluvené podobě může určitou skupinu lidí reálně stigmatizovat, může posilovat negativní stereotypy ve vnímání, a tím významně přispívat k marginalizaci. Stejně tak může jazyk působit pozitivním směrem ke zvýšení respektu k odlišnosti a odstraňování předsudků.

Goffman na příkladu neslyšících ukazuje, jaký vliv může mít používání adekvátních slov na změnu přístupu vůči lidem s postižením. V rámci cíleného působení na změnu těchto přístupů „se zaměstnanci Newyorské ligy neslyšících rozhodli používat pouze termíny jako sluchově postižení, [...] se ztrátou sluchu, [...] a odstranit tak slovo hluchý ze svých rozhovorů, korespondence a dalších písemností, přednášek a veřejných promluv. Povedlo se. Celý New York začal používat tento nový slovník. Cesta k myšlení bez předsudků byla otevřena.“¹⁷⁰

Úkol k textu

Napište na papír co nejvíce slov, synonym, připodobnění k výrazu „zdravotně postižený“, s nimiž jste se setkali ve svém okolí – televize, rozhlas, film, knihy, časopisy, hovorová mluva, škola, pracoviště ad.



¹⁶⁹ V překladu znamená doslova „ne-platný“

¹⁷⁰ Goffman 2003: 35

Ve vztahu k lidem s postižením jsou podle Repkové¹⁷¹ užívány tři skupiny pojmů:

1. označení vyjadřující bezvládnost a závislost – oběť, nenormální, defektní, lazar, invalida, zmrzačený, označení s často medicínským nábojem – pacient, případ, nemocný s ..., trpící čím...
2. tzv. eufemistická označení snažící se oslabit předsudky - speciální, speciální potřeby, atypický, výjimečný,
3. „politizující“ označení formulované samotnými lidmi s postižením snažící se překonat obraz „role handicapu“ a vytvořit novou alternativní sebeurčující sociální identitu.

Jak jsme již zmínili, každý pojem plní svoji funkci v určité době a v určitém kontextu. Přestane-li plnit svůj účel, nastupuje jiný. Aspekty jazykové kultury a změny přístupů vůči lidem s postižením se odráží v národních i nadnárodních právních normách – např. pojmy „zdravotně postižený žák, student“, byly školským zákonem (z roku 2004) nahrazeny pojmy „žák, student se zdravotním postižením. Podobně se předložková vazba **s/se** objevuje v názvu mezinárodní Úmluvy o právech osob se zdravotním postižením, Národní rada zdravotně postižených ČR změnila název na Národní rada osob se zdravotním postižením ČR apod.¹⁷²

„I zdánlivě nepatrné změny v použití jazykových prostředků v řeči se mohou promítat v rozdílném působení řečových projevů na druhé lidi.“¹⁷³ Jazykový posun – nahrazení pojmu postižený předložkovou vazbou s postižením – umožňuje náhled, kde „postižení“ je sice důležitou, nicméně *nikoliv jedinou či hlavní* charakteristikou člověka. Člověk v tomto případě není definován, vymezen „postižením“, nýbrž „má postižení“ ... a řadu dalších charakteristik osobnosti.

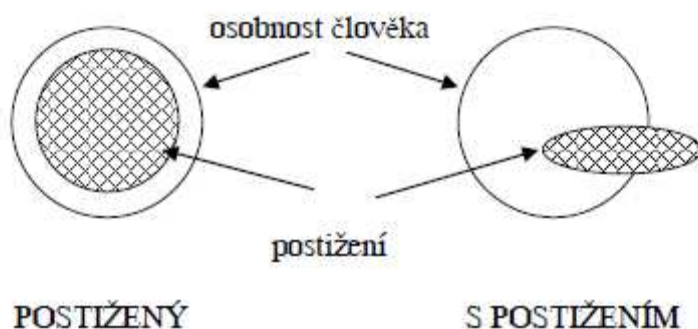
Schéma č. 4 naznačuje možný subjektivní dopad užití předložky **s/se** pro vnímání *osobnosti člověka*, kde „postižení“ je důležitou, nicméně jen jednou z mnoha součástí jeho osobnosti.

¹⁷¹ Repková 2003: 266

¹⁷² Vliv jazykové kultury se promítl také např. ve zrušení názvu „zvláštní škola“. Výraz „speciální škola pro zrakově postižené“ byl nahrazen výrazem „základní škola pro zrakově postižené ad.

¹⁷³ Austin in Hubík 1999: 165

Schéma č. 4 Možný rozdíl ve vnímání pojmů postižený / s postižením



Zdroj: Krhutová 2011g: 50

Uvedené schéma neznámá, že „správné“ je používání předložkového tvaru (lidé **s** postižením, angl. people **with** disabilities). Jde o *jeden* z *možných* náhledů. Mnozí aktivisté z řad lidí s postižením ve Velké Británii, ale i v jiných zemích preferují užívání pojmu „disabled people“ (postižení lidé) a jakékoliv opisy aktivně odmítají. Jako jinde, i zde platí, že právem každého je nazývat se v souladu se svým sebeurčením a tuto volbu je potřebné respektovat (dále viz kapitola 5).

Příklad

Relativitu jazykových prostředků a významů lze představit na příkladu slovního spojení „upoutaný na vozík“. Kdo ochrme např. v důsledku úrazu při sportu, bude mít o „upoutání na vozíku“ jinou představu, než ten, kdo se narodil bez nohou a vozík je pro něj zdrojem svobodného pohybu - „odpoutání se od závislosti“.



5.2 Etické aspekty zdravotního postižení

5.2.1 Morální hodnoty



K zamyšlení

„Nosnost mostu se měří silou jeho nejslabšího pilíře.“¹⁷⁴

Zdravotní postižení, resp. pomoc, podpora a péče o lidi s postižením se v židovsko-křesťanské kultuře staly součástí morálních hodnot společnosti. Fungující morálka ve vztahu k lidem s postižením a dalším zranitelným skupinám je spojena s existencí individuální i společenské solidarity, která je odrazem morální úrovně a lidskosti dané společnosti. V současné etapě krize morálních hodnot, expanzi tržních tlaků společenského vývoje, orientace na zvyšující se výkonnost a bezpodmínečnou ziskovost a úpadku solidarity již není možné spoléhat na tradiční morální hodnoty, které lidstvo naší kultury dosud provázely. Lidé s postižením z podstaty fyzického či jiného limitu mohou jen s obtížemi trvale soupeřit s tvrdými měřítky spirály výkonu. Proto víc než kdy předtím nabývá v prostředí „děravé morálky“ na naléhavosti institut práva, ochrany a vymahatelnosti lidských práv.



K zamyšlení

„Když se Bůh otázel Kaina, kde je Ábel, Kain zlobně opáčil další otázkou: 'Jsem-li hlídačem bratra svého?'“ [...] etický filozof Emmanuel Lévinas se domnívá, že v této zlobné Kainově otázce má počátek všechna amorálnost. Ovšemže jsem hlídačem bratra svého; a jsem a zůstávám mravním subjektem, dokud se neptám po nějakém zvláštním důvodu, proč jím mám být. Ať už to přijímám nebo odmítám, jsem hlídačem bratra svého, protože blaho mého bratra závisí na tom, co udělám nebo neudělám. V okamžiku, kdy zpochybňuji tuto závislost a požaduji stejně jako Kain, aby se uvedly důvody, proč bych se měl starat, zříkám se své zodpovědnosti a přestávám být mravním subjektem. Závislost mého bratra je tím, co ze mne dělá etickou bytost. Závislost a etika drží spolu a spolu také padají.“¹⁷⁵

¹⁷⁴ Baumann 1999: 99

¹⁷⁵ tamtéž : 91

5.2.2 Rodičovství

Etické otázky rodičovství v kontextu zdravotního postižení lze představit ve dvou liniích – první se týká práva na život s postižením, které udělují nebo neudělují rodiče, druhá se týká práva na rodičovství lidí s postižením.

Právo na život se zdravotním postižením

Jen málo budoucích rodičů (kteří nemají zdravotní postižení) je připraveno na eventualitu, že se jim narodí dítě s postižením nebo že se jejich dítě postiženým stane. Rozvoj moderní medicíny staví před potenciální rodiče otázky, jimž generace rodičů do poloviny 20. století nemusely čelit – rozhodnutí o životě či nebytí člověka s prenatálně zjištěným vrozeným zdravotním postižením. Na rozhodování potenciálních rodičů má vliv mnoho subjektivních i objektivních faktorů jejich konkrétní životní situace. V případě, že se z různých důvodů rozhodnou o ukončení těhotenství, rozhodují se zpravidla i s vědomím, že pokud se nejedná o zcela prokazatelné známky zdravotního postižení, vždy existuje možnost, že je dítě ve skutečnosti zdravé. Rozhodnou-li se těhotenství neukončit, rozhodují se zpravidla s vědomím a nejistotou, zda péči o dítě s postižením zvládnou.

Právo na rodičovství lidí se zdravotním postižením

„Rozvoj moderní medicíny i léčba a přežívání osob s dědičnými chorobami vedl k posílení eugenického vědomí. Dříve umírali lidé s dědičným onemocněním většinou již jako děti, málokdy dosáhli dospělého věku a stěží mohli zplodit potomky. Moderní medicínský pokrok však prakticky odstranil všechna tato omezení.“¹⁷⁶ Řešení otázky rodičovství lidí s (geneticky podmíněným či jiným) zdravotním postižením má v praxi podobu buď vědomého rozhodnutí k bezdětnému partnerství nebo naplnění rodičovské role, kdy se narodí buď zcela zdravé děti nebo

¹⁷⁶ Rotter 1999: 33. Nad zděděným zdravím se zamýšlí již Platon (Ústava, 5. kniha) a dělá si starosti s biologickou kvalitou potomstva, především u stavu strážců. Přichází s myšlenkou biologického výběru umožňujícího rozmnožování nejlepších a vyřazení zdegenerovaných jedinců. (tamtéž)

děti s postižením. Velmi zřídka, přesto však někdy dochází k naplnění rodičovství formou náhradní rodinné péče.

Veřejné mínění se zpravidla staví k rodičovství lidí s postižením spíše negativně. V odborné i laické diskusi se střetávají etické, medicínské i ekonomické a další aspekty „práva na život s postižením,“ představené např. názorovými proudy:

- „U nedonošených či těžce zdravotně postižených novorozenců je lékař vždy povinen postupovat lege artis a poskytovat těmto lidem náležitou zdravotní péči. [...] V případech těžce zdravotně postižených novorozenců zde vždy proti sobě stojí snaha o zachování života na straně jedné, na straně druhé však bolest a utrpení samotného dítěte s touto snahou někdy spojené, budoucí následky vedlejších účinků terapie, zejména psychické, neurologické a pneumologické, a konečně obrovské náklady spojené s intenzivní péčí na novorozeneckém oddělení.“¹⁷⁷
- „všichni mají totéž základní právo účastnit se osobního života a je zcela lhostejné, v jaké míře (zda vůbec nebo alespoň dočasně) mají schopnost sebeurčující účasti; jádrem morálky může být jen to nejjednodušší – zacházet se všemi lidmi jakožto s lidmi,“¹⁷⁸
- názory „novodobých sociálních darwinistů“, kteří zastávají názor svých historických předchůdců z přelomu devatenáctého a dvacátého století, kdy „humánnější z nich chtěli pouze podporovat porodnost u vlastníků hodnotných genotypů a snížit ji u osob s dědičnými zátěžemi [...] Druhá skupina se naproti tomu zasazovala o důsledné hubení „nositelů nehodnotného genetického dědictví“.¹⁷⁹
- „Tělesné a duševní zdraví [...] nesmí být absolutizováno tak, jako by lidský život ztratil hodnotu, pokud se lze obávat zdravotních poškození. [...] Pokládá-li se již pouhá pravděpodobnost výskytu poškození u plodu za ospravedlnění umělého potratu, je na místě se obávat velmi nebezpečných následků. Při jistých podezřeních by pak mohla být vedle jednoho poškozeného usmrcena řada zcela zdravých dětí.“¹⁸⁰

¹⁷⁷ Mach 2000: 375

¹⁷⁸ Seel in Habermas 2003: 45

¹⁷⁹ Rotter 1999: 33. „Nad zděděným zdravím se zamýšlí již Platon (Ústava, 5. kniha) a dělá si starosti s biologickou kvalitou potomstva, především u stavu strážců. Přichází s myšlenkou biologického výběru umožňujícího rozmnožování nejlepších a vyřazení zdegenerovaných jedinců.“ (tamtéž)

¹⁸⁰ tamtéž

Z pohledu právního zákazu diskriminace z důvodu genetického dědictví¹⁸¹ vyplývá pravděpodobně i do budoucna zachování současného stavu řešení práva budoucích rodičů na rozhodování o vlastním rodičovství a životě dítěte. Opatření ke snížení počtu porodů dětí s postižením (v případech, kdy postižení lze zjistit) lze realizovat formou preventivních programů, jejichž primárním cílem není zvýšit počet případů přerušení těhotenství z důvodu rizika budoucího zdravotního postižení dítěte, nýbrž snížit riziko výskytu genetického postižení orientací na zdravý životní styl, jež může výskytu některých onemocnění předejít. Velký význam budou do budoucna pravděpodobně mít i programy podpory uvědomělého rodičovství, které rodičům umožní převzít hlavní odpovědnost za budoucí život jejich dětí s odpovídající mírou podpory.

5.2.3 Genetická diskriminace

S rozvojem novodobých technologií v medicíně a zejména genetiky dochází ke kvalitativně zcela novému fenoménu potenciální „genetické diskriminace“. Zaznívají diskuse, že lidé s rizikem genetické zátěže, se mohou v budoucnu dočkat (a to aniž by u nich nemoc skutečně nastala), zcela odlišných, tj. méně výhodných podmínek při využívání různých finančních produktů (životního a jiných typů pojištění, půjček apod.) V současné době jsou diskutovány také otázky, týkající se tzv. genetického screeningu před nástupem do zaměstnání a jeho vliv na vyloučení některých lidí z trhu práce.¹⁸²

Další etická témata a dilemata se týkají kvality života lidí s postižením (různé pohledy a přístupy)¹⁸³, vztahů profesionálů a klientů služeb (polarizace moc-partnerství)¹⁸⁴, rozhodování o léčbě (léčit či neléčit nevléčitelné těžké stavy zdravotního postižení?), rozhodování o ukončení života (legitimita asistované sebevraždy?)¹⁸⁵, spirituálních otázek¹⁸⁶ ad.

¹⁸¹ Úmluva o biomedicíně – Čl.11, Úmluva o právech osob se zdravotním postižením – Čl. 10 a 23.

¹⁸² Srov. Schwarz in Mach 2000, více viz Thomasma, Kushnerová 2000

¹⁸³ Brown 1997, Brown, Brown 2006

¹⁸⁴ Jewel 2010

¹⁸⁵ Leipoldt 2003

¹⁸⁶ Hryniuk 2010

5.3 Sociálně kulturní konstrukce zdravotního postižení

Jeden z množství náhledů na zdravotní postižení představuje sociálně konstruktivistický model zdravotního postižení.

„Sociální konstruktivismus je výraz označující v širším smyslu jakoukoli teorii, která považuje skutečnost za sociálně ´konstruovanou´ nebo ´utvářenou´ jedinci ve vzájemné interakci; skutečnost je potom výsledkem interpretativního ´definování situace´.“¹⁸⁷ Definice situace vychází z tzv. Thomasova teorému: „jestliže je určitá situace lidmi definována jako reálná, pak je reálná ve svých důsledcích.“¹⁸⁸

Při konstrukci sociálního světa hraje velkou roli *jazyk*, který svět nejen zobrazuje, ale i spoluvytváří. Označíme-li např. pozici „postižených“ jako „nemohoucích a závislých“, pak se k nim jako k nemohoucím a závislým i reálně chováme.

Kulturní pojetí zdravotního postižení klade do středu svého zájmu nikoliv (tradiční) otázky, proč se postižení vyskytuje, co je jeho příčinou ad., nýbrž otázky které posouvají náhled na „postižení“ ve smyslu kulturního fenoménu – jak je postižení vnímáno a interpretováno v různých kulturách.¹⁸⁹

Příklad

Charlton uvádí příklad: „všichni neslyšící lidé jsou považováni lidmi bez postižení za zdravotně postižené, přestože se část neslyšících nepovažuje za ´postižené´, ale za kulturní a jazykovou menšinu.“¹⁹⁰

„Pojetí kultury v rámci disability studies inklinuje k užšímu chápání spjatému s uplatňováním koncepce ´identity politics´. Pojem kultura není zmiňován pouze vzhledem k výzkumnému zájmu, ale k označení kultury lidí s postižením asociované s uměním, politickými zájmy apod.“¹⁹¹ Mezi ústřední témata a koncepty sociálně kulturního pojetí zdravotního postižení patří „anomalita“, „identita“¹⁹², „liminalita“ „stigma“¹⁹³ ad.

¹⁸⁷ Harrington 2006: 434

¹⁸⁸ Petrušek 1996: 171

¹⁸⁹ srov. např. Foucault 1994, Snyder, Mitchel 2006, Thomson 1997, Kolářová 2010a, 2010b, 2012 ad.

¹⁹⁰ Charlton 2000: 8

¹⁹¹ Kasnitz & Shuttelworth 2003

¹⁹² z lat. *identicus* = totožný, stejný) je „obecně jednota vnitřního psychického života a jednání, která bývá též nazývána autentickým bytím. Pojem [...] je používán i v jiných významových variantách (Nakonečný 1996a: 414-415)

¹⁹³ srov. Goffman 2003



Příklad

Nevšední knihou, přibližující život s těžkým zdravotním postižením a význam tohoto stavu je autobiografická kniha profesora antropologie R. F. Murphyho Umlčené tělo. „Tato kniha se zrodila z pocitu, že mé vleklé onemocnění je jako dlouhodobý terénní výzkum, poněvadž mně zavedlo do sociálního světa, který byl pro mne zpočátku stejně cizí a podivný jako společnosti amazonských pralesů. A jelikož povinností každého antropologa je podávat zprávy o svých cestách, ať už se pustí k protinožcům nebo do stejně vzdálených hlubin lidské zkušenosti, i já předkládám své svědectví. [...] Kniha čerpá z mnoha zdrojů. V podstatě vypravuje o mé zkušenosti s paralizací, avšak mé obecné chápání tohoto postižení obohatila četba o sociálních důsledcích invalidity a terénní výzkum mezi paralytiky.“¹⁹⁴



Murphy zároveň popisuje svoji prahovou zkušenost člověka s postižením, který je ani zdravý-ani nemocný, nepatří „ani tam-ani tam“:

„Lidé dlouhodobě tělesně handicapovaní nejsou ani nemocní, ani zdraví, ani mrtví, ani úplně živí, ani mimo společnost, ani zcela v ní. [...] Nejsou nemocní, protože nemoc přechází buď ve smrt, nebo ve vyléčení. Nemoc je vlastně pěkným příkladem nenáboženského, neceremoniálního prahového stavu. Nemocný žije v sociálním odkladu, dokud se mu neuleví. Tělesně postižení stráví v podobném stavu odkladu celý zbytek života. Nejsou ani to, ani ono, existují v částečné izolaci od společnosti jako nedefinovaní [...] lidé.“¹⁹⁵

připsaným statutem lidí s postižením bývá „role postiženého“, od něhož se více méně očekává pasivita a závislost na druhých. Osobnost člověka s postižením bývá okolím nezřídka redukována na jeho postižení s důrazem na negativní stránky postižení. Následkem tohoto o vnímání bývá stereotypní interpretace „typických“ vlastností lidí s postižením, „typického“ jednání lidí s postižením či „typické“ osobnosti člověka s postižením bez ohledu na realitu. Postižení se tak stává stigmatem.¹⁹⁶

¹⁹⁴ Murphy 2001: 9

¹⁹⁵ Murphy 2001: 110

¹⁹⁶ Ve smyslu „zvláštního případu sociálních předsudků vůči určitým osobám, jimž jsou pak díky tomu připisovány různé negativní vlastnosti“ Nakonečný 1996b: 1230-1231. Srov. Goffmann 2003, Jandourek 2001 ad.

Tento připsaný status bývá někdy přejímán i samotným člověkem s postižením.

5.4 Prezentace zdravotního postižení v umění a v médiích

Duchovní a materiální kulturní hodnoty jsou produkovány formou divadelních, filmových, hudebních, výtvarných děl, výtvorů architektury ad. Krátký exkurz do oblasti prezentace zdravotního postižení představíme na příkladech uměleckého a mediálního zobrazování lidí s postižením a lidmi s postižením.

Každé umělecké ztvárnění pracuje s určitými metaforami, tj. přenášením významů, stereotypizacemi ad. Zdravotní postižení ve stovkách podob se pro svou snadnou vnější identifikaci stalo vděčným námětem pro řadu lidových mýtů, knižních zpracování, později i filmových děl. V literárním i dramatickém umění byli lidé s postižením často prezentováni v situacích vyvolávajících výsměch či opovrhování. Zobrazování zloby či zkaženosti bylo a nadále bývá úzce spojováno s různými tělesnými deformitami. Z minulých století přetrvává proces, kdy těžké postižení bylo nazíráno jako „trest boží nebo přinejmenším „věc divná a zvláštní“, v každém případě však „nenormální“.

Po druhé světové válce se prezentace lidí s postižením začala měnit. Byli zobrazováni buďto (a to nejčastěji) jako *univerzální skupina* lidí, která potřebuje co největší rozsah pomoci nebo se naopak nepřiměřeně zdůrazňovaly jejich kvality. Obě extrémní polohy vnucují určité univerzální obrazy, „co si mají lidé představovat“ pod tím, když má někdo zdravotní postižení. Postupem času se ke slovu dostávají lidé, kteří vnášejí do stereotypizovatného bipolárního pojetí „nemohoucích závislých“ nebo naopak „hrdinů a Batmanů“ vlastní zkušenost postižení. Současná umělecká tvorba tak obsahuje pestrou škálu děl usilujících o podání obrazu postižení ze své vlastní perspektivy.¹⁹⁷

¹⁹⁷ Limitovaná kapacita studijní opory neumožňuje širší rozvedení témat, podáváme proto jen orientační výčet vybraných děl, zájemce odkazujeme na seznam literatury na konci kapitoly.

5.4.1 Zdravotní postižení v literatuře

Jedno z nejznámějších zobrazení zdravotního postižení v literatuře představuje klasický historický román Victora Huga *Chrám matky boží v Paříži*, kde je jednou z hlavních postav Quasimodo, „hrbatý, téměř hluchý a na jedno oko slepý zvoník“, který se nešťastně zamiluje do Esmeraldy, u níž vzbuzuje lítost, jeho lásku neopětuje. „Ošklivý hrbatý zvoník“ okolí odpuzuje, lidé ho nenávidí, domnívají se, že je ztělesněním zla. Jeho „ohybný zevnějšek“ však ostře kontrastuje s „čistotou jeho srdce“, neboť „je schopen těch nejhlubších a nejčistších citů“.¹⁹⁸

Známým dílem je autobiografický román australského spisovatele Alana Marshalla *Už zase skáču přes kaluže*. Příběh chlapce s obrnou dolních končetin je jedním z prvních novodobých „inkluzivních“ románů, kde zdravotní postižení představuje pro Alana výzvu k překonávání překážek spojených s postižením – jeho fyzický limit mu jen zřídka brání v aktivním životním stylu (život na australském venkově), okolím je přijímán, i když se místy setkává s negativními reakcemi a projevy nedůvěry.¹⁹⁹

Světově známým je příběh hluchoslepe Američanky Hellen Kellerové, která v raném věku v důsledku nemoci ohluchla i oslepla. V českém prostředí příběh ztvárnila spisovatelka Jindra Jarošová v románu *Via lucis*. Kniha zachycuje cesty poznávání světa bez zvuků a světla od Helenina dětství až po studia na Harvardu.²⁰⁰

Z dokumentární literární tvorby je (mezi jinými) zajímavá kniha *FDR's Splendid Deception* amerického spisovatele Hughha Gallaghery. Pojednává o 32. americkém prezidentovi Franklinu Delan Rooseveltovi, který měl získané postižení dolních končetin (paraplegie). V době, kdy zastával prezidentský úřad bylo sice veřejně známo, že má obrnu, nikdo, resp. jen málokdo z jeho nejbližšího okolí však znal skutečný rozsah jeho poměrně těžkého stupně postižení. Autor (ze své perspektivy) popisuje snahy prezidenta a jeho nejbližšího okolí o skrytí závažnosti postižení a rozebírá důvody, které jej k tomu vedly. Mimo jiné uvádí, že pouze dvě z cca 35 000 doložených fotografií ukazují Roosevelta na vozíku.²⁰¹

¹⁹⁸ Kniha viz Nakladatelství Academia: <http://www.academia.cz/chram-matky-bozi-v-parizi.html> (cit. 30.11. 2011) Román byl rovněž zfilmován.

¹⁹⁹ Kniha viz Nakladatelství Academia <http://www.academiaknihy.cz/uz-zase-skacu-pres-kaluze.html> (cit. 30. 11. 2011) Román byl rovněž zfilmován.

²⁰⁰ Kniha viz Nakladatelství Academia <http://www.academiaknihy.cz/via-lucis.html> (cit. 30. 11. 2011)

²⁰¹ Kniha viz Amazon.com Román byl rovněž zfilmován.

Autobiografická kniha *Skafandr a motýl* autora Jeana-Dominique Bauby je životním příběhem úspěšného muže středního věku (šéfredaktor časopisu Elle), kterého po mozkové příhodě postihl tzv. syndrom uzamčení – kompletně ochrnul, nemohl verbálně komunikovat a jediné, co jej spojovalo s vnějším světem byl nepoškozený rozum a levé oko. Díky terapeutce a důmyslnému systému dorozumívání, který pro něj vytvořila, Bauby „doslova namrkal“ svou knihu, kde popisuje svůj život „ve skafandru“. Přes fatální životní situaci a závažnost příběhu kniha nepostrádá prvky humoru a nadhledu.²⁰²

Zobrazení zdravotního postižení v české literatuře pro děti

Dětské populaci je zdravotní postižení přibližováno formou příběhů nebo pohádek, jejichž forma odpovídá dětskému vnímání. Publikace určené dětem různého věku představují např. následující díla.

Martina Drijverová je autorkou románu *Domov pro Martany*, který je určen dětem kolem deseti let věku. Román je koncipován jako výpověď desetileté dívky Michaly, která má bratra Martina s Downovým syndromem. Vypovídá o jejích vnitřních ambivalentních pocitech vůči sourozenci i k sobě samé. Kniha nenásilně a věcně informuje o problematice Downova syndromu, řeší především rodinné a společenské aspekty tohoto postižení. Downův syndrom je v této knize jedním z ústředních témat, na něž je cíleně zaměřena pozornost.²⁰³

Jiným typem knížky je pohádkový román Milana Valenty *Půďáci ze staré školy*. Je určen dětem mezi pěti až deseti lety. Zdravotní postižení je v něm „jakoby mimochodem“ a přitom přirozenou součástí příběhu. Hlavní pozornost se zaměřuje na dobrodružství, která prožívají protagonisté příběhu. Půďáci jsou „dvě strašidylka – Trámoš a Světlík, co obývají půdu staré školy a kamarádí se s copatou Johankou z parku. Johanka špatně slyší, a proto nosí za uchem naslouchadlo, a také je trošku pomalá, protože má nemocné srdíčko. V přízemí školy bydlí školník Kukrle. Aby mu samotnému nebylo smutno, obveseluje ho kocour Medřich, který tu

<http://www.amazon.com/FDRs-Splendid-Deception-Roosevelts-Disability/dp/0918339502>
(cit. 30. 11. 2011)

²⁰² Kniha viz Nakladatelství Academia <http://www.academiaknihy.cz/skafandr-a-moty.html>
(cit. 30. 11. 2011) Kniha byla rovněž zfilmována.

²⁰³ <http://www.cesky-jazyk.cz/ctenarsky-denik/martina-drijverova/domov-pro-martany.html>

a tam trápí školní myšku Ámosku, a všechny dohromady pak zlobí krysák Ruprecht.“²⁰⁴

Úkol k textu

K tématu Člověk s postižením v české literatuře nastudujte text v Moodle, Čítanka / text D4. S beletrií a publicistikou přibližující život s různým zdravotním postižením se lze blíže seznámit např. na webových stránkách Okamžiku.²⁰⁵



5.4.2 Zdravotní postižení ve výtvarném umění

Vizuální prezentace a zobrazování zdravotního postižení jsou zdrojem mnoha diskusí. Jednou ze zásadních otázek autorů, kteří se touto perspektivou zabývají je – proč je zobrazení zdravotního postižení v umění tak často negativní povahy? Ve svých pracích o stigmatu, ztvárnění a zobrazování zdravotního postižení poznamenává řada autorů,²⁰⁶ že pozitivní vizuální zobrazení zdravotního postižení prakticky neexistuje.

Některé z klíčových otázek této diskuse zpodobňuje Rafaelovo dílo *The Fire of Borgo* (Požár v Borgu).

Úkol k textu

Prohlédněte si tento obraz v příslušném souboru v Moodle nebo si název obrazu zadejte do internetového vyhledávače – obrázky.



*Symbolika a význam obrazu The Fire of Borgo*²⁰⁷

Obraz vznikl jako jedna ze čtyř fresek, kterou si papež Lev X. objednal u Rafaela do papežských komnat ve Vatikánu v Římě. Fresky měly zachytit události ze života předchozích papežů nesoucích stejné jméno. Obraz *Požár v Borgu* připomíná událost v životě Lva IV.,

²⁰⁴ Kniha viz nakladatelství Práh <http://www.prah.cz/pudaci-ze-stare-skoly-p-492.html> (cit. 30. 11. 2011)

²⁰⁵ Dostupné na WWW http://www.okamzik.cz/main/okamzik/Publikace/publikace_seznam.html (cit. 30. 11. 2011)

²⁰⁶ Deutsch a Nussbaum, Mitchell a Snyder, Thompson, Longmore, Darke in Albrecht, Seelman, Bury 2000: 3-4.

²⁰⁷ Komentář k symbolice a významu obrazu je zpracován podle Albrecht, Seelman, Bury 2000: 4.

který údajně svým pouhým požehnáním uhasil oheň před starým kostelem sv. Petra v Římě. Tato malba však obsahuje i alegorie a symboliku přesahující historickou stránku obrazu. Malba se stává komentářem opakujícího se a historicky skutečného rituálu – drancování Říma, události symbolizující existenci mnoha ohrožení zavedeného pořádku. V rámci vývoje Rafaelova malířského slohu představuje *Požár v Borgu* postavu, která se odchyľuje od klasické formy. V popředí vlevo je Aeneas nesoucí svého otce do bezpečí a vstříc budoucnosti. Kritik by mohl argumentovat tím, že toto zobrazení je mužské, tradiční, eurocentrické a negativní v tom smyslu, že dává „mandát člověku bez postižení pro péči o postižené“, a tím potvrzuje stereotyp pasivní péče. Přestože tyto výhrady mají své opodstatnění, obraz *Požár v Borgu* zdůrazňuje charakter a význam diskuse o nutnosti posuzovat zobrazování zdravotního postižení v kontextu. Každé zobrazení se nachází v určitém rámci, má svá omezení, své silné stránky a zprostředkovává určité postřehy. Umělecká díla jsou už ze své povahy zasazena do určité situace, jsou alegorická a často provokují a vyžadují od nás snahu si je „přečíst“. Naše dnešní hodnoty nemohou měnit historii a kulturu minulosti, a tak se snažíme pochopit to, co nám po ní zbylo. Vlastně ani nelze určit pravé místo zdravotního postižení v naší společnosti, pokud se nám nepodaří analyzovat jeho *ztvárnění v čase, prostoru a souvisejícím kontextu*. Toto malířské dílo (obraz *Požár v Borgu*) v symbolické rovině znamená, že lidé s postižením mají svou hodnotu a své místo ve společnosti, že fenomén zdravotního postižení a mezigenerační vztahy byly v průběhu historie významné a že *zdravotní postižení má být chápáno v historickém a kulturním kontextu*. Toto dílo oslavuje rozdílnost a množství hodnot a interpretací života. Když Aeneas odnáší svého otce, odnáší si s sebou životní zkušenosti, moudrost, hodnoty a rodinu, a tím toto dílo vyjadřuje kontinuitu a naději.

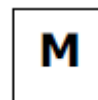
Zobrazení „odlišného těla“ je dávnou součástí kultury lidstva ve výtvarném umění,²⁰⁸ v sochařství, v nové době ve fotografii²⁰⁹ a dalších druhů uměleckého ztvárnění.

²⁰⁸ Srov. např. Dějiny ošklivosti od Umberta Eco (Eco 2007)

²⁰⁹ Srov. např. Buurman 1991, viz odkaz <http://www.spaink.net/1991/05/07/aan-hartstocht-geen-gebrek/> (cit. 30. 11. 2011)

Úkol k textu

Prohlédněte si některá výtvarná díla a fotografie v příslušném oddíle v Moodle.



Pro zájemce

Specifickým komunikačním i výtvarným prostředkem je kreslený humor a satira. Výtvarnou podobu humoru a satiry k tématu zdravotního postižení lze shlédnout např. na internetovém odkaze České rady sociálních služeb²¹⁰ viz odkaz <http://www.crho.org/vtipnik.php> (cit. 20. 11. 2011)



5.4.3 Zdravotní postižení ve filmové a televizní tvorbě²¹¹

Novodobá média – zde ve smyslu filmové a televizní produkce včetně dokumentaristiky – vstupují do soukromého života člověka a vnášejí do něj nebývalou měrou veřejný rozměr, sdílený s ostatními. Současně se podílejí na formování podoby veřejného života společnosti a vnášejí do něj řadu prvků ryze intimních. Soukromá i veřejná sféra spoluurčují to, jak se média chovají. Média nás informují o hodnotách, postojích, názorech, které jsou – nebo se díky své specifické formě komunikace zdají být – sdílené s ostatními. Již svou existencí a rolí mají zřejmý, i když často obtížně postižitelný vliv na chování jednotlivce a společnosti, na životní styl, dokonce i na politické rozhodování, o němž se stále častěji hovoří jako o „medializovaném“. Také proto jsou s fungováním médií ve společnosti spojovány nejrůznější více i méně oprávněné naděje a více i méně oprávněné obavy.

Řada odborníků poukazuje na skutečnost, že média jsou často jediným prostředkem, skrze něž mají lidé bez postižení možnost dozvědět se něco o lidech s postižením a o životě jejich rodin. Média poskytují bezprostřední informační základnu pro tvorbu postojů veřejnosti k otázkám týkajícím se zdravotního postižení. Nejen že reflektují existující zkušenosti a postoje lidí, mohou také otevírat nové horizonty a snažit se o edukaci nejširší veřejnosti.

²¹⁰ Do 31.12.2011 Česká rada sociálních služeb

²¹¹ Převzato, kráceno a upraveno z primárního zdroje Krhutová 2005c, citace užitých pramenů odborné literatury viz primární zdroj.

Novodobý posun a zvýšená frekvence zobrazování lidí s postižením s sebou i nadále nese tendenci k nerealistickému portrétování a přetrvávání negativních stereotypů. V rámci mezinárodního roku rodiny (1994) realizoval Inclusion International průzkum, z jehož výsledků vyplynulo, že i v řadách odborníků se fixuje obraz o rodině, jejímž členem je dítě/mladistvý/dospělý člověk s postižením jako o rodině s patologickým fungováním. Zpráva z průzkumu rovněž uvádí, že hnutí rodičů dětí s postižením se brání způsobu, jakým je v médiích a stejně tak v odborné a vědecké literatuře často zdravotní postižení vykreslováno – jako tragédie a zátěž, které je třeba se za každou cenu vyhnout. Z průzkumu vyplynulo, že v některých rodinách se narozením dítěte s postižením prohloubilo vzájemné porozumění a hodnotová orientace jejích členů – proto jakákoliv unifikovaná a zevšeobecnovaná informace může ztěžovat práci odborníků, ale i široké veřejnosti ve snaze porozumět individuálním potřebám konkrétního člověka nebo rodiny.

Jedním z hlavních rysů prezentace lidí s postižením je polarizace na dva extrémní způsoby zobrazení – tragický nebo hrdinný („nebe nebo peklo“) přičemž „svědecké výpovědi“ bývají v mnoha případech postaveny spíše na předpokladech jiných lidí (tzv. zdravých) o životních podmínkách, perspektivách, radostech i starostech všedních dnů lidí s postižením. Zobrazení zřídka kdy zkoumají opravdovou osobní zkušenost, často bývají postavena na stereotypech.

Příkladem mohou být scénáře k filmům, v nichž má ve větším či menším měřítku význam role člověka s postižením. Zpravidla jsou psány a zahrány lidmi bez postižení. Příběhy bývají založeny na *představách* o zdravotním postižení, které jsou vydávány za realitu. Jádrem zobrazení bývá stereotyp tragédie-izolace. „Postižená osoba“ je v linii příběhu zpravidla osamělá, zřídka kdy se ve stejném filmu objeví i lidé s jinými typy zdravotního postižení nebo širší politickospolečenský kontext (bariéry, diskriminace, atd.). Důležitost „síly bytí“ s jinými (být přirozenou součástí celku) bývá zmíněna ojediněle. Pokud se jedná ve filmu o pomoc, téměř vždy je orientována v jednosměrném a jednorozměrném vztahu zdravý → postižený, zcela výjimečně se objevují situace opačné a naprosto výjimečně zachycené jsou situace, kdy jednomu člověku s postižením pomáhá jiný člověk s postižením.

K zamyšlení

Vzpomenete si na filmy, kde byl hlavní postavou člověk s postižením? A kde měl vedlejší roli? Kdo hrál tyto filmové postavy?



V současné době i nadále přetrvává depersonalizace zobrazování lidí s postižením – člověk s určitou funkční poruchou je zřídka veřejností vnímán jako člověk s vlastní individualitou, spíše je vnímán jako uniformní reprezentant celé komunity lidí se zdravotním postižením.

Nejsilnějšími prostředky pro prezentaci lidí s postižením jsou televize – pro svou masovou dostupnost a film – pro svůj příběh (příběhy oslovují více než fakta). Jednou z nejčastějších prezentací zdravotního postižení ve filmu a v televizi je slepota, případně imobilita (resp. lidé na vozíku). Z tohoto důvodu jsou otázky způsobu zobrazování nevidomých lidí velmi podstatné, neboť jejich stereotypizace do jisté míry odráží také přístup k zobrazování dalších typů zdravotního postižení. Dnešní tvůrci filmových, televizních a dalších děl jsou ovlivněni širšími celospolečenskými postoji, mediální produkce i nadále inklinuje k posilování stereotypního zobrazování lidí s postižením pohybující se v rozmezí hrdina → hořkost a narušenost → úplná závislost na ostatních → sklíčenost → ochuzení → méněcenné bytí apod.

K prezentaci slepoty je používáno několik „historicky klasických“ stereotypizovaných souborů zobrazení, například:

- „komediální“ stereotyp - situace, jejíž příčinou je, že se člověk v důsledku svého zrakového postižení hůře orientuje v prostoru, něco hledá, něco shodí, sám spadne apod.,
- stereotyp „neschopný chudý (popřípadě slepotu předstírající) žebrák“ se záměrem vyvolat soucit a dojetí,
- „tragická ochuzená oběť“, plná utrpení, pro niž je vysvobozením smrt,
- „nevidomý houslista“ – jako stereotyp, který je vnímám v tragických souvislostech a nikoli v kontextu reálné skutečnosti ekonomických důsledků slepoty (nemožnost pracovat, neexistující sociální zabezpečení – hraním si vydělává na živobytí a projevuje tak do značné míry aktivní přístup k řešení své životní situace),
- stereotyp „bezmocné slepé děti“,
- „mladá nevinná slepá žena“ – obě předchozí stereotypizace produkují zobrazení „zachráněných“, o něž se postarají „dobří šlechtění lidé“,

zakročí zde ochrana vidících, rodinná láska nebo finanční pomoc bohatého mecenáše. V obou rolích jsou postavy situovány do rolí závislosti na laskavosti druhých a pro druhé představují obětování a zátěž. Oba stereotypy (žena a dítě) rovněž představují stylizaci neschopnosti, nouze a potřeby zvláštní ochrany,

- „romantický stereotyp“ – boží zásah, „slepec prohlédne“.

Od sedmdesátých let minulého století se v umělecké tvorbě začínají objevovat filmy, které se zabývají řešením problémů každodenního života. Zobrazování nevidomých mívá realističtější charakter. Přesto se však objevují nové stereotypy, jako např. že nevidomí lidé jsou až nadpřirozeně citliví a mají šestý smysl (odhalení vraha skrz vynikající sluch apod.)

Jedním z nejmocnějších prostředků, jež mohou působit konstruktivně i destruktivně na prezentaci lidí s postižením, jsou reklamy. Některé reklamy, zejména inzeráty či reklamní spoty zaměřené na získávání financí pro charitativní a podobné organizace, deformují obraz lidí s postižením provokací k dojetí a lítosti. Za jeden z největších problémů lze považovat skutečnost, že zobrazování postižení produkuje a rozšiřuje v médiích lidé bez postižení a ti, kterých se prezentování přímo týká, nemají zpravidla žádnou nebo jen minimální možnost ovlivnit, jakým způsobem budou v televizi, tisku, v reklamě prezentováni.



Příklad

V Austrálii proběhla v období Olympijských her (v roce 2000) v rámci prevence dopravní nehodovosti série reklamních spotů a inzerátů, v nichž vystupovali australští paralympionici, kteří „byli použiti“ jako „odstrašující příklad“ toho, jak (strašlivě!) můžete dopadnout, když pojedete rychle nebo když vás někdo ve velké rychlosti srazí. Poselství této „reklamy“ mnoho lidí vnímalo jako že existuje něco horšího než smrt – a sice – život na vozíku. Na druhé straně velká část prezentace lidí s postižením, která byla součástí hlavního prezentačního proudu, pocházela z řad paralympioniků – ovšem ve smyslu jakési pozitivní prezentace odvážných, elitních atletů, kteří překonali své zdravotní postižení a kteří jsou hrdiny, neboť „ze svého neštěstí dokázali vytěžit to nejlepší a stali se šťastnými lidmi“. Převládající poselství by bylo možné charakterizovat jako – můžete dokázat vše, když opravdu chcete, přesto že jste „tragicky vyřazení“ ze společnosti zdravých. Rozpačitý způsob, kterým se média vyrovnávala se zobrazováním lidí

s postižením bylo tehdy možné vnímat v prezentaci fotografií hlav a ramenou atletů, aniž by bylo vidět celé (zohavené) tělo. Tímto způsobem byla prezentována „normalizace“ těla atletů aneb zvláštní pojetí snahy o to ukázat, že jsme v zásadě všichni stejní a že handicap v tomto případě není podstatný.

Úkol k textu

Prohlédněte si v Moodle reklamní spot „Odepsaní“.



Vliv médií na utváření postojů vůči lidem s postižením u dětí

Mentální procesy dětí jsou velmi komplexní – děti údajně u sledování televizních pořadů a filmů nezaznamenávají pouze jejich obsah, nýbrž si je určitým způsobem vykládají nebo „čtou“. Sledování televizních pořadů, ať jsou jakkoliv triviální, nemusí být intelektuálně nenáročnou činností. Děti se totiž při jejich „čtení“ vztahují k jiným významovým systémům, které znají ze svého běžného života. I velmi malé děti si například uvědomují, že násilí na obrazovce není opravdové. Podle badatelů není chování ovlivňováno televizními pořady jako takovými, ale spíše celkovým rámcem postojů, v nichž jsou prezentovány a čteny.

Barbara Kolucki²¹², která se zabývá výzkumem v oblasti působení médií na dětskou populaci, shrnuje své poznatky z období posledních dvaceti let v patnácti zemích světa do zjištění, že výrazný pozitivní posun ve změně postojů vůči lidem se zdravotním postižením nastává v těch zemích, které prezentují zdravotní postižení v dětských knihách, loutkových hrách v televizní a rozhlasové reklamě, dramatech nebo dokumentárních filmech. V těchto zemích je podle Kolucki vstřícnější politické a legislativní nastavení, pedagogové otevřeněji vnímají inkluzivní potřeby dětí s postižením. Za nejvíce pozitivní považuje Kolucki fakt, že samotné děti se na problematiku zdravotního postižení hodně ptají, že se o ni velmi zajímají. Změny prosociálního chování klade do přímé souvislosti s působením zvláštních druhů programů, mezi nimiž má významné místo „modelace“ chování dětí přes televizní médium zvláště situacích, pro kterou děti dosud nemají vlastní zkušenost („televizní zkušenost“ je pro ně tou první, modelovou).

²¹² Kolucki 2004

Otázka, která je v současnosti rovněž předmětem zájmu badatelů je – ve kterém věku vznikají u dětí předsudky a jak se předsudky mění s věkem? Zjišťuje se, že děti ve věku *již čtyř let* mohou mít negativní stereotypní představy o jiných. Pedagogové shledávají, že vysvětlovat postoje a předsudky až dětem ve školním věku (s odkazem na zavedený názor, že „na vysvětlení těchto záležitostí jsou čtyřleté děti ještě příliš malé“), je příliš pozdě. Jsou-li děti v určitém věku vystaveny situacím nebo programům, které jsou s to zvrátit jejich tvořící se negativní postoje, mohou se postoje dětí změnit a je tak i pravděpodobné, že se sníží všeobecná úroveň předsudků. Potenciál a dopad televizního vysílání může tak napomoci utváření morálního kodexu a podpořit empatii dětí vůči různým individuálním lidem i skupinám.

Podle Kolucki bylo prokázáno, že empatie a porozumění se zvyšuje v souvislosti s tím, jak matky a/nebo učitelé hovoří s dětmi o pocitech jiných lidí. Média mohou svými prostředky dělat totéž, navíc mohou poskytovat nejen tzv. „emoční scénáře“ již „hotových pochopení, porozumění“ emočnímu stavu jiných, ale také možný „návod“, jak na tyto situace reagovat. Uvedený příklad „emočních scénářů“ se jeví být velmi významným na poli rozvoje mediální komunikace. Ukazuje se, že zdaleka nestačí sdělit, CO by lidé měli dělat, ale že stejně tak důležité je poskytovat jednoduchá logická vysvětlení, PROČ to dělat, a zejména – a to se zdá být nejdůležitější – vytvářet modely, JAK se mohou určité věci dělat v každodenním životě jednotlivce, ať se jedná o dítě nebo dospělého člověka.

Televize dnes vysílá nepřetržitě. Existuje mnoho specifických žánrů, které se v průběhu jediného dne (večera) na obrazovkách vystřídají – zprávy, seriály, zábavné hry, muzikály, televizní dramata. Každý žánr má svá pravidla a konvence, jimiž se liší od ostatních. Výrobci televizních pořadů zpravidla vědí, co diváci chtějí, a pohybují se v takto vymezených hranicích, což jim umožňuje dosáhnout při práci značné rutiny. Vznikají produkční týmy specializované na určitý žánr, vzniká také „kmenové obecenstvo“ zvyklé na pravidelné pořady dotyčného žánru.

Specifické postavení má žánr, který vznikl přímo na půdě televize, a tím je seriál. V rámci výzkumu působení médií a utváření postojů dětské populace byl od roku 1969 monitorován mezinárodní dětský televizní seriál

s názvem „Sezamová ulice“.²¹³ Hlavní pozornost byla v seriálu zaměřena na prezentaci různorodosti kultur a rasové tolerance. Dětský divák je zde postaven do kontextu každodenního života svého vrstevníka v odlišné kultuře, a tím je do značné míry schopen čelit negativním stereotypům. Děti, které se účastnily tohoto výzkumu a sledovaly tento televizní program, byly více ochotné hledat a nacházet přátele uvnitř „jiných“ skupin. To do jisté míry potvrzuje moc médií vůči dětem a možnost včasného působení na jejich postoje. Takto zaměřené pořady daly dětem jednoduchou faktickou informaci, přičemž se děti mohly současně identifikovat se zjištěním, že mají s jinými dětmi mnoho společného, že přitom zůstávají samy sebou, mají svou vlastní kulturu a že mohou být na řadu rozdílů pyšní.

Na počátku sedmdesátých let se ozývali rodiče dětí se zdravotním postižením s tím, že jejich dítě nevidí v pořadu někoho podobného, jako je ono samo – neslyšící dítě nebo dítě s Downovým syndromem ad. Producenti ihned zareagovali a začali do programu zahrnovat děti i dospělé s postižením v běžných životních situacích – např. když děti zpívaly nějakou písničku, zpívalo s nimi i dítě na vozíku.

Jeden z výzkumů (z roku 2002), které probíhaly v rámci prezentace seriálu „Sezamová ulice“ se zabýval názory předškolních dětí bez postižení na děti s Downovým syndromem a děti s tělesným postižením. Děti sledovaly části seriálu, v nichž byly zahrnuty děti s oběma typy postižení. Předškolní děti si více uvědomovaly rozdíly mezi sebou a dítětem s tělesným postižením než mezi sebou a dítětem s Downovým syndromem. Existují proto přinejmenším dva důvody. Předškolní děti již disponují určitým stupněm vnímání – chápání fyzických a smyslových postižení, která jsou zjevná nebo vyžadují zvláštní adaptační vybavení dětí s postižením. Dalším důvodem bylo, že dívka, která byla v seriálu na vozíku, často hovořila o svém postižení ve smyslu co může/nemůže dělat. Obsah sdělovaného, stejně jako vizuální ukázky pomáhaly dětskému divákovi porozumět. Mentální postižení a jiné anomálie mentálního vývoje nejsou tak zjevná. Proto dětští (předškolní) diváci nemohli mít přiměřené informace pro porozumění dětem s Downovým syndromem.

²¹³ Viz <http://www.sesamestreet.org/> (cit. 30. 11. 2011) Původně bylo cílem seriálu podporovat respekt a porozumění životním a kulturním podmínkám dětí v Izraeli a na západním břehu Gazy.

Podle Kolucki z výše uvedeného plyne, že pro vývoj postojů dětí – bez postižení i s postižením – je v mediální tvorbě důležité:

- preferovat přirozené začlenění, jako součásti běžného života – postižení je sice ukazováno, není však na něj speciálně poukazováno (formou separační tendence zobrazování). V dětech se tak může podporovat tolerance k odlišnosti a různorodosti a vnímání lidí (dětí) se postižením jako přirozeně se vyskytující součásti lidské společnosti. Média, která prezentují *přirozenost v různosti*, mohou ovlivňovat postoje dětí ještě před tím než jsou děti schopny používat slova, pojmy k vysvětlení rozdílů. Využívat zkušenosti, že děti jsou fascinovány pravdou a v raném věku nemívají sklony k přecitlivělosti nebo klamu.
- oslovovat otázkami CO, PROČ a JAK konat ve vztahu k lidem s postižením a poskytovat odpovědi na tyto otázky. Informace by měly být dětem prezentovány sdělnou formou, co nejdříve, a měly by obsahovat jednoduchá fakta o zdravotním postižení, možnostech přizpůsobení se lidí (dětí) s postižením, o pomůckách a zařízeních, a také, co a jak dělat, když si děti hrají, setkávají se, učí se nebo pracují s někým, kdo má zdravotní postižení. K vysvětlení podobností i rozdílů jsou v dětském věku velmi efektivní zejména příběhy. Je důležité oslovit formou příběhů i rodiče, neboť rodiče přirozeně ovlivňují postoje dětí.

5.4.3 Zdravotní postižení a zpravodajská média

Jednou z cest ke změně stereotypizací lidí s postižením ve filmu, na divadle, v televizní produkci, ve zpravodajství a dokumentaristice je aktivní spolupráce médií s lidmi, jichž se mediální produkce týká. Spolupracovat nejen konzultacemi a radami, ale zejména tím, že bude více lidí se postižením (těch, kteří mají zájem a dovednosti) přímo zaměstnáno v mediální tvorbě – psaní scénářů, tvorba programů, práce v oblasti technického zázemí médií, ad. Díky reálné možnosti „zdravých“ autorů, režisérů, techniků ad. setkat se s tzv. příklady dobré praxe přímo na svém pracovišti může postupně a přirozeným způsobem docházet k překonávání předsudků, stereotypů, bariér v prezentaci lidí se zdravotním postižením.

V jednom ze zahraničních výzkumů²¹⁴ zaměřených na analýzu pojmů užívaných v médiích bylo zjištěno, že v běžném tisku se nejčastěji používá pojem „postižený“ (disabled, 25%). Významně jiná situace byla zjištěna v odborných časopisech, které se monotematicky zabývají službami lidem s postižením, kde byl výrazně nejčastěji používán pojem osoby/lidé se zdravotním postižením (people with disabilities, 60%). Další výzkumy²¹⁵ se kromě terminologie užívané v médiích zaměřují na to, jak zpravodajská média formují kulturní prezentaci lidí s postižením ve společnosti a jak sami lidé s postižením ovlivňují jazykový výběr a témata publicistů. Z výsledků výzkumů vyplývá, že na jedné straně mělo hnutí za nezávislost lidí s postižením ve druhé polovině minulého století (viz podkapitola 4.1) silný účinek na pozitivní změnu užívání pojmů (což v konečném důsledku urychlilo naplnění jeho cílů a vytvoření identity „společenství lidí s postižením“), na druhé straně však studie poukázala na to, že někteří publicisté nadále pokračují v používání pojmů, které udržují stereotypní vnímání lidí s postižením jako „těch na druhé koleji“.²¹⁶

V roce 2007 realizovala autorka této studijní opory průzkum, jehož cílem bylo zjistit, jaká slovní spojení jsou používána v českých tištěných a dálkových médiích (rozhlas, televize) ve vztahu k lidem s postižením.²¹⁷ Nejvyšší frekvence byla zjištěna u termínu „zdravotně postižený“. Rozdíly byly zaznamenány při analýze preference podle skupin autorů sdělení, kdo jaký termín v hovoru či textu používá – jednalo se zejména o publicisty, představitele veřejné správy a odborníky. Preference slovních výrazů uvádí tabulka č. 4

²¹⁴ Dajani in Repková 2003: 264-265

²¹⁵ Halleyová, Bruceová a Rahnová (2006: 61-75), Gottliebová (2001: 981-995)

²¹⁶ Význam posunu jazykové kultury je zřetelný na příkladu Japonska, kde v osmdesátých letech hlavní média přestala programově používat staré neodpovídající (hanlivé) termíny a v tomto smyslu byla rovněž revidována veškerá legislativa a jiné právní dokumenty.

²¹⁷ Viz Krhutová 2007. Předmětem frekvenční analýzy bylo 2600 zpráv tištěných médií a přepisů zpráv a rozhovorů v rozhlasu a televizi v letech 2005 - 2007.

Tabulka č. 4

Slovní výrazy v mediálních sděleních označující nositele zdravotního postižení

Autor sdělení	Preference 1	Preference 2	Preference 3
Publicisté	zdravotně postižený	handicapovaný	postižený
Představitelé organizací lidí se zdravotním postižením*	člověk se (zdravotním) postižením	zdravotně postižený	člověk se (zdravotním) handicapem
Představitelé veřejné správy	zdravotně postižený	invalida, invalidní občan	postižený
Odborníci	zdravotně postižený	člověk se (zdravotním) postižením	přímé označení (vozičkář, nevidomý, neslyšící...)

* převážně mediálně známí představitelé organizací lidí s postižením, kteří pojem v Preferenci 1 užívají záměrně

Zdroj: Krhutová 2007

„Problém“ a „téma“ ve vztahu k lidem s postižením

Často se hovoří, píše o „*problematicke* zdravotního postižení“, „*problému* zdravotního postižení“ či „*problémech* zdravotně postižených“. Frekventované používání až nadužívání slova „problematika“ ve spojení se zdravotním postižením může posilovat náhled, že zdravotní postižení je jen-výhradně-a-permanentně problémová (a tudíž negativní) životní událost (viz model osobní tragédie). Přílišné zaměřování se na slovo PROBLÉM vede přímo k lidem s postižením pomyslnou linku negativního, nepříjemného, nežádoucího, „čemu je třeba se vyhnout“. Lidé, kteří zdravotní postižení nemají, bývají pak při kontaktu s člověkem s postižením již předem nastaveni na očekávání problému. Nadužívání uvedených slov a slovních spojení může hrát roli při vytváření obrazu, že život s postižením je automaticky životem bez radosti. Ve skutečnosti se vždy nejedná o „problémy“, ale o „témata“. Z PROBLEMATIKY se pak stává neutrální TÉMATIKA. Vyšší vnímavost k oddělování obou pojmů je na místě zejména tam, kde chceme či potřebujeme hovořit (psát) o skutečných problémech. Viz například relace v rádiu:

Příklad

Obsahem dnešního diskusního klubu je problematika zdravotně postižených. Budeme nás zajímat diskriminace nevidomých lidí v přístupu k informacím.

Obsahem dnešního diskusního klubu je téma zdravotního postižení. Bude nás zajímat, jak nevidomí lidé získávají přístup k informacím.

I když zdravotní postižení představuje závažnou životní situaci, nemusí být vždy *jen* problémem. Životy všech lidí s se neskládají ze sta procent *jen* z problémů, z řady sdělení a jazykových výrazů odborníků, žurnalistů se to tak však může jevit.

5.4.5 Umělecká tvorba lidí se zdravotním postižením

Lidé s postižením nejsou jen „pasivními objekty“ uměleckého zobrazování, jsou aktivními tvůrci kulturních hodnot. Umění ve všech svých podobách je nejen specifickým prostředkem komunikace, ale také cestou k sebevyjádření a sdílení hodnot. Umělecká tvorba lidí s postižením je součástí „přeshraničního“ kulturního bohatství. Viz např. odkazy (aktuální k 30. 11. 2011):

<http://inventura.org/>

<http://ruce.cz/spolecnost/kultura>

<http://pavla.wu.cz/>

<http://www.slepisi.eu/>

<http://bancroft.berkeley.edu/ROHO/projects/artistsdis/>

<http://www.vsarts.org/prebuilt/showcase/gallery/exhibits/disability/>

<http://www.culturedisabilitytalent.org/>

<http://www.nolimits.org.au/mission.html>

<http://www.disabilityphoto.com/>

<http://www.who.int/features/galleries/disabilities/index.html>

<http://artsaccess.com.au/>

<http://www.fotosearch.com/photos-images/disabled-people.html>

<http://www.123rf.com/stock-photo/disability.html>

<http://www.disabilityartsonline.org.uk/>





Shrnutí

Kulturní pojetí zdravotního postižení klade do středu svého zájmu nikoliv tradiční otázky o příčinách a výskytu postižení ad., nýbrž otázky, které posouvají náhled na „postižení“ ve smyslu kulturního fenoménu – jak je postižení vnímáno a interpretováno v různých kulturách a sociálních kontextech. Významnou roli má v tomto pojetí jazyk, metafora a etické otázky života s postižením. „Postižení“ je zobrazováno v literárním i výtvarném umění, ve filmové a televizní tvorbě. Významné místo zaujímá působení médií na dětskou populaci a možnosti jejího pozitivního ovlivňování přes vizuální kulturu. Lidé s postižením nejsou pouhými „objekty“ sociálně kulturních prezentací, sami je také vytvářejí, stejně tak se podílejí na vytváření kulturního bohatství. Mezi celosvětově známými osobnostmi je mnoho lidí se zdravotním postižením, což může být jedním z nesčetných pozitivních potvrzení variability lidského rodu.



Kontrolní otázky

1. Jakou roli může mít jazyk ve vztahu k lidem s postižením?
2. Která etická dilemata jsou příznačná pro život s postižením?
3. Jakými způsoby lze ovlivňovat postoje dětí vůči lidem s postižením?
4. Které stereotypizace postižení se objevují ve filmech?
5. Co je problémem a co tématem ve vztahu k lidem s postižením?
Uvedte příklady.

6 VÝZNAMNÉ OSOBNOSTI SE ZDRAVOTNÍM POSTIŽENÍM

Bez nároku na úplnost výčtu, hodnocení „významnosti“ či pořadí významnosti následujících osobností předkládáme známá i méně známá jména lidí, jimž zdroje (uvedené u příslušných částí či jmen) přiřazují některé z typů zdravotního postižení.

Významnou osobností je však každý člověk s postižením mimo tento jmenný výběr, který nerezignuje na život s postižením.

Osobnosti se sluchovým postižením

- Konstantin Eduardovič **CIOLKOVSKIJ** – otec kosmonautiky. Odvodil rovnice pro raketové motory. Ohluchl po spále v 10 letech věku
- Thomas Alva **EDISON** – vynálezce žárovky a fonografu. Od 15let po úrazu těžce nedoslýchavý.
- Josef Václav **MYSLBEK** – sochař, autor pomníku sv. Václava na Václavském náměstí v Praze. Od 32 let onemocněl chorobou sluchových nervů, která vedla k hluchotě.
- Bedřich **SMETANA** – autor opery Prodaná nevěsta, Libuše atd. Ohluchl nejprve na pravé ucho a ze dne na den i na druhé.
- Ludvig van **BEETHOVEN** – hudební génius, skladatel, virtuózní pianista. Od 33 let těžká nedoslýchavost, později zcela ohluchnul.
- Karel **ČAPEK** – český spisovatel, měl převodní nedoslýchavost.
- Steve **McQUEEN** – americký herec, byl těžce nedoslýchavý.
- George **WASHINGTON** – první prezident USA, byl nedoslýchavý
- Jan **WERICH** – český herec, dramatik a spisovatel. V pozdějším věku byl těžce nedoslýchavý.

Zdroj: HRUBÝ, J. 1999. *Velký ilustrovaný průvodce neslyšících a nedoslýchavých po jejich vlastním osudu. 1. díl.* Praha: Federace rodičů a přátel sluchově postižených, s. 28-36.

Osobnosti se zrakovým postižením

- Jan **LUCEMBURSKÝ** – český král. otec Karla IV.
<http://zivotopisyonline.cz/jan-lucembursky-slepy-1081296-268-1346-otec-karla-iv/>
- Jan **ŽIŽKA** – český válečník a vojevůdce
<http://www.panovnici.cz/jan-zizka>
- Andrea **BOCELI** – operní zpěvák
<http://www.osobnosti.cz/andrea-bocelli.php>
- Steve **WONDER** – zpěvák, pianista, skladatel
<http://www.osobnosti.cz/stevie-wonder.php>
- Ray **CHARLES** - zpěvák, saxofonista, pianista, klarinetista, skladatel
<http://www.osobnosti.cz/ray-i-charles.php>
- Louis **BRILLE** – vynálezce Braillova písma pro nevidomé.
Oslepl v dětství po úrazu. <http://www.osobnosti.cz/louis-braille.php>

Zdroj:

Internetový portál Osobnosti.cz <http://www.osobnosti.cz/> (cit. 15. 10. 2011)

- Claude **MONET** – francouzský impresionistický malíř a grafik.
- Galileo **GALILEI** – astronom, filozof, matematik, fyzik, spisovatel. Jeho zrak se začal zhoršovat ve věku 68 let a nakonec vedly k úplné slepotě.
- Johann Sebastian **BACH** - na stáří oslepl <http://archopht.ama-assn.org/cgi/reprint/123/10/1427.pdf>

Zdroj:

Disabled World. Famous People With Vision Impairments Past and Present <http://www.disabled-world.com/artman/publish/famous-blind.shtml> (cit. 15. 10. 2011)

Osobnosti s duálním postižením sluchu a zraku / hluchoslepota

- Helena **KELLEROVÁ** – básnířka a spisovatelka
- Jaroslav **JEŽEK** – hudební skladatel, klavírista, dramaturg a dirigent orchestru pražského Osvobozeného divadla, dvorní skladatel dvojice Voskovec a Werich a zakladatelská osobnost moderní české taneční a jazzové hudby
- Hieronymus **LORM** – tvůrce Lormovy abecedy pro komunikaci lidí s hluchoslepotou

Zdroj:

LORM, a.s. <http://www.lorm.cz/download/HMN/obsahCD/osobnosti-ze-sveta-hluchoslepych.html> (cit. 30. 11. 2011)

Osobnosti s tělesným postižením

- Ed **ROBERTS** – politický aktivista v USA, ochrnul v důsledku poliomyelitidy ve 14 letech věku, postupně od krku dolů. Byl prvním studentem na světě (USA, Kalifornie) s takto těžkým zdravotním postižením, který absolvoval vysokou školu viz podkapitola 4.1
- Stephen **HAWKING** – britský vědec, matematik, fyzik, na vysoké škole se začaly projevovat příznaky amyotrofické laterální sklerózy, která napadá nervový systém a má za následek postupné ochrnutí celého těla. Od roku 1968 se pohybovat na vozíku a od roku 1985 komunikuje s okolním světem jen pomocí specificky upraveného počítače
<http://www.disabled-world.com/artman/publish/cp-famous.shtml#ixzz1axmynTcG> nebo <http://zivotopis.osobnosti.cz/stephen-hawking.php>
- Robert F. **MURPHY** – profesor antropologie na Kolumbijské Univerzitě, zcela ochrnul v důsledku nádoru na páteři, autor publikace Umlčené tělo.
[http://en.wikipedia.org/wiki/Robert_F._Murphy_\(anthropologist\)#Disability](http://en.wikipedia.org/wiki/Robert_F._Murphy_(anthropologist)#Disability)
- Pavel **DUŠEK** – český politik, měl dětskou mozkovou obrnu
<http://www.paveldusek.cz/>
- Václav **KRÁSA** – český politik, má vývojové tělesné postižení
<http://www.vaclavkrasa.cz/>

Další osobnosti se zdravotním postižením podle zdroje:

Disabled World. List of Famous People with Disabilities (online) Dostupné na http://www.disabled-world.com/artman/publish/article_0060.shtml (cit. 15. 10. 2011):

- Vincent van **GOGH** – holandský malíř
- Lewis **CARROL** – spisovatel (Alenka v říši divů)
- George Frederick **HANDEL** – barokní hudební skladatel
- Napoleon **BONAPARTE** – francouzský vojevůdce a císař
- Agatha **CHRISTIE** – spisovatelka
- Frida **KAHLO** – malířka
- Charles **DICKENS** - spisovatel
- Leonardo **Da VINCI** - malíře, sochaře, architekt, přírodovědec, hudebník, spisovatel
- Julius **CAESAR** – politič a vojevůdce římské říše
- Edgar Allen **POE** – básník
- **ARISTOTELES** – filozof, spisovatel
- Franklin Delano **ROOSEVELT**- americký politik a prezident
- Nicolo **PAGANINI** – italský houslista
- Petr Ilji **ČAJKOVSKIJ** – ruský hudební skladatel
- **CLAUDIUS** – římský císař
- Josef **GOEBBELS** – říšský ministr propagandy v nacistickém Německu, válečný zločinec

Zdroj:

<http://www.dobromysl.cz/scripts/detail.php?id=424> (cit. 30. 11. 2011):

- Geoge Gordon, lord **BYRON** - anglický básník 19. století. Měl disparetickou formou dětské mozkové obrny. Podle soudobé korespondence a různých pamětí se tento umělec narodil při těžkém porodu, pozdě a špatně se stavěl na nohy a měl vždy vadnou chůzi. Sám se však rehabilitoval plaváním.

Osobnosti s postižením mentálních funkcí

- Rudolf II. **HABSBURSKÝ** – římský císař a český a uherský král
<http://zivotopisyonline.cz/rudolf-ii-habsbursky-1871552-2011612-vladar-alchymista/>
- Miloš **KOPECKÝ** - český herec, měl těžkou bipolární poruchu
- Petr **MUK** – zpěvák, měl těžkou bipolární poruchu
- Marek **VAŠUT** – český herec, onemocněl depresí
- Vlastimil **BRODSKÝ** – měl těžkou bipolární poruchu
- Ota **PAVEL** – spisovatel, měl těžkou bipolární poruchu
- John Forbes **NASH** – matematik, nositel Nobelovy ceny za ekonomii. Měl duševní onemocnění.
<http://health.discovery.com/tv/psych-week/articles/celebrities-mental-disorders-04.html> Životní příběh J. Nashe byl ztvárněn ve filmu Čistá duše <http://health.discovery.com/tv/psych-week/articles/celebrities-mental-disorders-04.html>
- Sinead **O'CONNOR** - irská zpěvačka, má bipolární poruchu
<http://health.discovery.com/tv/psych-week/articles/celebrities-mental-disorders-14.html>

Další osobnosti s postižením mentálních funkcí podle zdroje National

Alliance on Mental Illness (online) Dostupné na

<http://www.nami.org/Template.cfm?Section=Helpline1&template=/ContentManagement/ContentDisplay.cfm&ContentID=4858> (cit. 15. 10. 2011):

- Ernest **HEMINGWAY** – spisovatel, nositel Pulitzerovy ceny
- **MICHELANGELO** – sochař, architekt
- Jean Claude **Van DAMME** – herec

Použitá literatura

- Akademický slovník cizích slov**, 1995 Kolektiv autorů. Praha: Academia.
- ALBRECHT, G. L. 2002.** American Pragmatism, Sociology and the Development of Disability Studies. In BARNES, C., OLIVER, M., BARTON, L. 2002. *Disability Studies Today*. Cambridge Polity Press. p. 19-37.
- ALBRECHT, G. L., SEELMAN, D. K., BURY, M. (eds) 2000.** *Handbook of Disability Studies*. London: Sage Publications.
- ALBRECHT, G. L., SEELMAN, D. K., BURY, M. 2000.** The Formation of Disability Studies. In ALBRECHT, G. L., SEELMAN, D. K., BURY, M. (eds) 2000. *Handbook of Disability Studies*. London: Sage Publications. p.1-8.
- ALBRECHT, G. L. 2002.** American Pragmatism, Sociology and the Development of Disability Studies. In BARNES, C., OLIVER, M., BARTON, L. *Disability Studies Today*. Cambridge: Polity Press, p.19–37.
- ALTMAN, B. M. 2000.** Disability Definitions, Models, Clasification Schemes, and Applications. In ALBRECHT, G. L., SEELMAN, D. K., BURY, M. *Handbook of Disability Studies*. London: Sage Publications, p. 97–122.
- BAIRD, R. M., ROSENBAUM, S. E., TOOMBS, S. K. 2009.** *Disability, The Social, Political and Ethical Debate*. New York: Prometheus Books.
- BARNES, C. 2002.** Introduction. In BARNES, C., OLIVER, M., BARTON, L. 2002. *Disability Studies Today*. Cambridge Polity Press. p. 1-17.
- BARNES, C., OLIVER, M., BARTON, L. 2000.** *Disability Studies Today*. Cambridge Polity Press.
- BARNES, C., MERCER, G. 2003.** *Disability*. Cambridge: Polity Press.
- BARNES, C., MERCER, G., SHAKESPEARE, T. 1999.** *Exploring Disability. A Sociological Introduction*. Cambridge: Polity Press.
- BARTON, L., ARMSTRONG, F. 2000.** Cross-Cultural issues and Dilemas. *Handbook of Disability Studies*. London: Sage Publications. p. 693-710.
- BAUBY, J. D. 2008.** *Skafandr a motýl*. Brno: Jota.
- BAUMANN, Z. 1999.** *Individualizovaná společnost*. Praha: Mladá fronta.
- BERGER, P., LUCKMAN, T. 1999.** *Sociální konstrukce reality*. Brno: Centrum pro studium demokracie a kultury.

- Bezbariérové životní prostředí pro všechny, 2003.** *Sborník z mezinárodní konference Bezbariérové životní prostředí pro všechny konané 16.-18. 9. 2003 v Novém Městě na Moravě.* Praha: NRZP ČR.
- BRADING, J. CURTIS, J. 1996.** *Disability Discrimination. A Practical Guide the New Law.* London: Cogan Page Limited.
- BROWN, S. E. 1994.** *Nezávislý způsob života teorie a praxe.* [Z angl. Originálu *Independing living: theory and practice*]. Praha: Sbor zástupců organizací zdravotně postižených.
- BROWN, R. I. 1997.** *Quality of Llife for People with Disabilities. Models, Research and Practice.* Stanley Thornes Publishers.
- BROWN, C. S. 2001.** Methodological Paradigma That Shape Disability Research. *Handbook of Disability Studies.* London: Sage Publiactions. Ltd. p. 145-170.
- BROWN, I., BROWN, R. I. 2006.** *Quality of Llife and Disability. An Approach for Disability Practitioners.* Jessica Kingsley Publishers.
- BUURMAN, G. 1991.** *Aan Hartstocht Geen Gebrek. Handicap, erotiek an lichaamsbeleving.* DeBrink Amsterdam.
- Bydlení bez bariér, 2008.** *Sborník anotací 4. mezinárodní konference z cyklu Bez bariér konané 21.-22. 5. 2008 v Praze.* Praha: NRZP ČR.
- CABADA, L. KUBÁT, M. 2004.** *Úvod do studia politické vědy.* Praha: Eurolex Bohemia.
- Center of Universal Designe** [online]. 1997 [cit. 2010-09-17]. The Principles of Universal Designe. Dostupné z WWW: <http://www.ncsu.edu/www/ncsu/design/sod5/cud/about_ud/udprinciplestext.htm>.
- CORKER, M., FRENCH, S. 1999.** *Disability Discourse.* London: The editors and contributors.
- ČSÚ, Český statistický úřad, 2008.** *Výsledky výběrového šetření zdravotně postižených osob za rok 2007.* Praha: ČSÚ, 2008. [online] Dostupné z WWW http://www.czso.cz/csu/2008edicniplan.nsf/publ/3309-08-za_rok_2007 (cit. 27. 11. 2010)
- ČEVELA, R., ČELEDOVÁ, L., ZVONÍKOVÁ, A. 2010.** *Posudkové lékařství. Vybrané kapitoly.* Praha: Grada Publishing, a.s.
- ČEVELA, R., ČELEDOVÁ, L. 2011** *Osud koordinované rehabilitace.* Praha: MPSV 2011. [online] Dostupné z WWW <http://www.mpsv.cz/cs/11618> (cit. 27. 11. 2011)

- DPI, 1982** *Disabled Peoples' International*. Dostupné na WWW <http://www.dpi.org/> (cit. 28. 11. 2011)
- DRBOHLAV, A. 2005.** Victima a agresor v rámci mnohonásobných vražd typu „spree killers“ z řad zdravotně postižených. In *Sborník Domácí násilí a zdravotně postižení*. Praha: Orfeus, s. 17– 23.
- DRIJVEROVÁ, M. 1998.** *Domov pro Mařany*. Praha: Albatros.
- ECA 2003.** *Evropská koncepce přístupnosti. Příručka technické asistence*. Praha: NRZP ČR.
- The European Disability Forum.** (online) Dostupné na WWW <http://www.edf-feph.org/> (cit. 28. 11. 2011)
- ECO, U. 2007.** *Dějiny ošklivosti*. Praha: Argo.
- FILIPIOVÁ, D. 1998.** *Život bez bariér. Projekty a rekonstrukce*. Praha: Grada.
- FILIPIOVÁ, D., 2002.** *Projektujeme bez bariér*. Praha: MPSV.
- FOUCAULT, M. 1999.** *Dějiny šílenství. Hledání historických kořenů pojmu duševní choroby*. Praha: Nakladatelství Lidové noviny.
- GALLAGHER, H. 1999.** *FDR's Splendid Deception. The Moving Story of Roosevelt's Massive Disability-And the Intense Efforts to Conceal It from the Public*. Vandamere Pr.
- GOFFMAN, E. 2003.** *Stigma. Poznámky k problému zvládnání narušené identity*. Praha: SLON.
- GOODLEY, D. 2011.** *Disability Studies. An Interdisciplinary Introduction*. London: Sage Publications.
- GOTTLIEB, N. 2001.** Language and handicap in Japan. *Disability & Society*. Issue 7, December 2001, p. 981 - 995
- HAYASHI, R. 2005.** The Environment of Disability Today: a Nursing Home is not Home. In GARY, E. M., RASKE, B. M., (ed.). *Ending Disability Discrimination. Strategies for Social Workers*. Boston: Pearson & AB, p. 45–70.
- HIRANANDANI, V. S. 2005.** Rethinking Disability in Social Work: Interdisciplinary Perspectives. In GARY, E. M., RASKE, B. M., (ed.). *Ending Disability Discrimination. Strategies for Social Workers*. Boston: Pearson & AB, p. 71–81.
- HUBÍK, S. 1999.** *Sociologie vědění*. Praha: SLON.
- HABERMAS, J. 2003.** *Budoucnost lidské přirozenosti. Na cestě k liberální eugenicé?* Praha: Filosofia-ΦΙΛΟΣΟΦΙΑ.

- HARRINGTON, A. 2006.** *Moderní sociální teorie.* Praha: Portál.
- HAVRÁNKOVÁ, O. 2003.** Skupinová práce. In MATOUŠEK, O. a kol. *Metody a řízení sociální práce.* Praha: Portál. s. 153-178.
- HENDERSON, G., BRYAN, W. V. 2004.** *Psychosocial Aspects of Disability.* Charles C Thomas Publisher, Ltd.
- HONZÁK, R. 1999.** *Komunikační pasti v medicíně.* Praha: Galén.
- HRDÁ, J. 2006.** *Osobní asistence, poradenství a zprostředkování.* Praha: APZP. [online] Dostupné z WWW http://aa.ecn.cz/img_upload/07bc9d1453b4bc61934a7ebb36075df2/osobniasistence.pdf (cit. 28. 11. 2011)
- HRUBÝ, J. 1999.** *Velký ilustrovaný průvodce neslyšících a nedoslýchavých po jejich vlastním osudu. 1. díl.* Praha: Federace rodičů a přátel sluchově postižených, s. 28-36.
- HRYNIUK, M. 2010.** *Theology, Disability and Spiritual Transformation. Learning from the Communities of L'Arche.* Cambria Press.
- HUGO, V. 1994.** *Chrám matky boží v Paříži.* Ostrava: Sfiinga.
- CHARLTON, J. I. 2000.** *Nothing about us, without us..Disability oppression and Empowerment.* California: University of California, Press
- JANČO, M. 2009.** *Jak dobýt hrad: památky takřka bez bariér.* Praha: Národní památkový ústav.
- JANDOUREK, J. 2001.** *Sociologický slovník.* Praha: Portál.
- JANKOVSKÝ, J. 2006.** *Ucelená rehabilitace dětí.* Praha: Triton.
- JAROŠOVÁ, J. 1999.** *Via lucis.* Praha: Práh.
- JESENSKÝ, J. 2000.** *Andragogika a gerontagogika handicapovaných.* Praha: Karolinum.
- JESENSKÝ, J. 2003.** Jinakost a integrace. Filozofie a východiska integrace. In VALENTA, M. a kol. *Přehled speciální pedagogiky a školská integrace.* Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci.
- JEWELL, P. 2010.** *Disability Ethics. A Framework for Practicioners, Professional and Policy Makers.* Common Ground Publishing Pty Ltd.
- JOHNSTONE, D. 2001.** *An Introduction to Disability Studies.* London: David Fulton Publisher.
- JONES, M., MARKS, L. A. B. 1999.** *Disability, Divers-Ability and Legal Change.* Boston: Kluwer Law International.

- KASNITZ, D., SHUTTLEWORTH, R. A. 2003.** *Sociocultural Model of Impairment ↔ Disability*. Berkeley: University of Kalifornia, 2003.
(online) Dostupné na WWW
www.disabilitystudies.net/dsaconf2003/fullpapers/kasnitz_shuttleworth.ppt [on-line] [6. 8. 2010]
- KELLER, J. 1996.** Komunita. Heslo ve slovníku. In Kol. autorů 1996. *Velký sociologický slovník*. Praha: Karolinum.
- KELLER, J. 2002.** *Úvod do sociologie*, SLON.
- KOLÁŘOVÁ, K. 2010a.** Gendered Metaphors of Disability: On Intersections of Gender and Disability. *Ročenka genderových studií FHS UK 2007/2008*. Praha: FHS. 129–149.
- KOLÁŘOVÁ, K. 2010b.** Performing the Pain: Opening the (Crip) Body for (Queer) Pleasures. *Review of Disability Studies. International Journal*. Vol. 6., Is. 3, p. 44–52.
- KOLÁŘOVÁ, K. (ed) 2012** *Jinakost – postižení – kritika. Společenské konstrukty nezpůsobilosti a hendikepu*. Praha: SLON.
- KOLUCKI, B. 2004.** Does it Make a Difference? *International rehabilitation review*, Vol. 54, No. 1, p. 14-19.
- KRHUTOVÁ, L. 2005a.** Přístupnost staveb a dopravy. In KRHUTOVÁ, L. et. al. *Občané se zdravotním postižením a veřejná správa*. Olomouc: Univerzita Palackého Olomouc. s. 66-71.
- KRHUTOVÁ, L. 2005b.** Veřejná správa a občané se zdravotním postižením In KRHUTOVÁ, L. et al. *Občané se zdravotním postižením a veřejná správa*. Olomouc: Univerzita Palackého Olomouc. s. 9-16.
- KRHUTOVÁ, L. 2005c.** *Argumentační základna pro prosazování a realizaci antidiskriminačních opatření ve vztahu k lidem se zdravotním postižením v ČR*. Interní materiál NRZP ČR. Praha.
- KRHUTOVÁ, L. 2007.** *Mediální prezentace lidí se zdravotním postižením se zaměřením na analýzu pojmů*. Interní materiál NRZP ČR.
- KRHUTOVÁ, L. 2008.** *Diskriminace z důvodu zdravotního postižení v kontextu vzdělávání v sociální práci*. Dizertační práce. Ostrava: Ostravská univerzita v Ostravě.
- KRHUTOVÁ, L. 2010a.** Teorie a modely zdravotního postižení. *Sociální práce/Sociálna práca*, č. 2010/4, s. 49-59.

- KRHUTOVÁ, L. 2010b. (ed)** *Kodex zajištění akademické kvality a standardů ve vysokoškolském vzdělávání, Oddíl 3: Studenti se zdravotním postižením*. Praha: Úřad vlády ČR.
- KRHUTOVÁ, L. 2011a.** *Disability Studies*. In MICHALÍK, J. a kol. *Zdravotní postižení a pomáhající profese*. Praha: Portál. s. 43-45.
- KRHUTOVÁ, L. 2011b.** Sociální práce s lidmi se zdravotním postižením. In KUZNÍKOVÁ, I. a kol. 2011. *Sociální práce ve zdravotnictví*. Praha: Grada.
- KRHUTOVÁ, L. 2011c.** *Sociální práce a lidé se zdravotním postižením*. Ostrava: Ostravská univerzita v Ostravě.
- KRHUTOVÁ, L. 2011d.** *Komunikace s klienty se zdravotním postižením*. Ostrava: Ostravská univerzita v Ostravě.
- KRHUTOVÁ, L. 2011e.** *Předsudky a mýty*. In MICHALÍK, J. a kol. *Zdravotní postižení a pomáhající profese*. Praha: Portál. s. 43-45.
- KRHUTOVÁ, L. 2011f.** Přístupnost informací. In MICHALÍK, J. a kol. *Zdravotní postižení a pomáhající profese*. Praha: Portál. s. 88-92.
- KRHUTOVÁ, L. 2011g.** Jazykové stereotypy a zdravotní postižení. In MICHALÍK a kol. 2011. *Zdravotní postižení a pomáhající profese*. Praha: Portál., s. 49-50.
- LEIPOLDT, E. 2010.** *Euthanasia And Disability Perpesctive. An Investigation In The Netherlands And Australia*. Verlag: VDM Verlag Dr. Miller Aktiengesellschaft & Co. KG.
- MACH, J., 2000.** Etické problémy současné medicíny z pohledu právníka. In THOMASMA, C., D., KUSHNEROVÁ, T. (ed.) *Od narození do smrti. Etické problémy v lékařství*. s. 373-381. Praha: Mladá fronta.
- MARSHALL, A. 2008.** *Už zase skáču přes kaluže*. Praha: LEDA.
- MAREŠOVÁ, I. 1993.** Seminář na podporu rozvoje organizací zdravotně postižených ve střední a východní Evropě. In *Občasník o svépomoci zdravotně postižených.*, č. 4/1993. s. 4-5. Praha: Sbor zástupců organizací zdravotně postižených.
- MATĚJŮ, M., SOUKUP, V. 1996.** Kultura. Heslo ve slovníku. In *Velký sociologický slovník*, 1996. Praha: Karolinum, s. 547-549.
- MAXA, M. 1991.** *Problematika odstraňování architektonických bariér pro těžce zdravotně postižené občany v Československu*. Brno: České vysoké učení technické.
- Město bez bariér 2006.** *Sborník příspěvků sborník konference Město bez bariér*. Praha, 23.-24. května 2006. Praha: ABF.

- McRUER, R. 2006.** *Crip theory. Cultural Signs of Queerness and Disability*. New York: The University Press.
- MERCER, G. 2002.** Emancipatory research. In BARNES, C., OLIVER, M., BARTON, L. 2002. *Disability Studies Today*. Cambridge Polity Press. p. 228-249.
- MICHALÍK, J. 2005.** Vzdělávání. In KRHUTOVÁ, L. a kol. 2005. *Občané se zdravotním postižením a veřejná správa*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci. s. 59-65.
- MICHALÍK, J. 2011a.** Historická východiska postavení zdravotně postižených ve společnosti. In MICHALÍK, J. a kol. *Zdravotní postižení a pomáhající profese*. Praha: Portál. s. 43-45.
- MICHALÍK, J. 2011b.** Charakteristika zdravotního postižení. In MICHALÍK, J. a kol. *Zdravotní postižení a pomáhající profese*. Praha: Portál. s. 31-42.
- MICHALÍK, J. 2011c.** Zaměstnanost. In MICHALÍK, J. a kol. *Zdravotní postižení a pomáhající profese*. Praha: Portál. s. 70-79.
- MICHALÍK, J. 2011d.** Příklady postavení občanů se zdravotním postižením v jednotlivých oblastech. In MICHALÍK, J. a kol. *Zdravotní postižení a pomáhající profese*. Praha: Portál. s. 59-69.
- MICHALÍK, J. 2011e.** Zaměstnanost. In MICHALÍK a kol. 2011. *Zdravotní postižení a pomáhající profese*. Praha: Portál. s. 70-77
- MKF. Mezinárodní klasifikace funkčních schopností, disability a zdraví**
WHO. 2001. Praha: Národní rada osob se zdravotním postižením, 2008. První české vydání překladu anglického vydání *International Classification of Functioning, Disability and Health, World Health Organization*. Přeložili O. Švestková a J. Pfeiffer.
- MUCHA, I. 1996.** Komplexita. Heslo ve slovníku. In Kol. autorů 1996. *Velký akademický slovník*. Praha: Karolinum. s. 506.
- MURPHY, F. R. 2001.** *Umlčené tělo*. Praha: SLON.
- MURPHY, F. R. 2004.** *Úvod do kulturní a sociální antropologie*. Praha: SLON.
- NAKONEČNÝ, M. 1996a.** Identita. Heslo ve slovníku. In Kol. autorů 1996. *Velký sociologický slovník*. Praha: Karolinum, s. 414-415.
- NAKONEČNÝ, M. 1996b.** Stigma. Heslo ve slovníku. In Kol. autorů 1996. *Velký sociologický slovník*. Praha: Karolinum, s.1230-1231.
- NAVRÁTIL, P. 2001.** *Teorie a metody sociální práce*. Brno: Marek Zeman.

- NOVOSAD, L. 2009.** *Poradenství pro osoby se zdravotním a sociálním znevýhodněním.* Praha: Portál.
- NOVOSAD, L. 2011a.** Ucelená rehabilitace a habilitace v podpoře osob s tělesným postižením. In MICHALÍK, J. a kol. *Zdravotní postižení a pomáhající profese.* Praha: Portál. s. 220-224.
- NOVOSAD, L. 2011b.** Lidé s tělesným postižením. In MICHALÍK, J. a kol. *Zdravotní postižení a pomáhající profese.* Praha: Portál. s.180-268.
- OLIVER, M. 1996.** *Understanding Disability. From Theory to Practice.* London: Macmillan Press Ltd.
- OLIVER, M., SAPEY, B. 1999.** *Practical Social Work.* Hampshire: Mamillan Distribution Ltd.
- PETRUSEK, M. 1996.** Definice situace. Heslo ve slovníku. In *Velký sociologický slovník*, 1996. Praha: Karolinum. s. 171.
- PFEIFFER, D. 2005.** The conceptualization of disability. In GARY, E. M., RASKE, B. M., (ed.) 2005. *Ending Disability Discrimination. Strategies for Social Workers.* Boston: Pearson & AB. p. 25-44.
- RAFAELO.** *Obraz The Fire of Borgo (Požár v Borgu).*
- HALLEY, B., BRUCE, D., RAHN, J. 2006.** Media labeling versus the US disability community identity: a study of shifting cultural language . *Disability & Society*, Vol. 21, 1, p. 61 – 75.
- REPKOVÁ, K. 2003.** Média a zdravotné postihnutie. In *Speciální pedagogika*, 2003, č. 4.
- ROTTER, H. 1999.** *Důstojnost lidského života. Základní otázky lékařské etiky.* Praha: Vyšehrad.
- Sami sobě 2003.** *Sociální analýza potřeb zdravotně postižených Olomouckého kraje.* Olomoucká krajská rada zdravotně postižených. (Realizátor výzkumu Sociotrendy Olomouc).
- Sdělení Českého statistického úřadu č. 431/2009 Sb., o zavedení Mezinárodní klasifikace funkční schopnosti disability a zdraví (MKF)**
- SHAKESPEARE, T. 2006.** *Disability Rights an Wrongs.* Oxon: Routledge
- SIBILSKI, L. 2000.** *Social Aspects of Disability. Social Movements, Social Organization and Legislative Action.* Katowice: Slask.
- SIEBERS, T. 2008.** *Disability Theory.* Michigan: The University of Michigan Press.
- SILVERS, A., WASSERMAN, D., MAHOVALD, M. 1998.** *Disability, Diference, Discrimination. Perspectives on Justice in Bioethic and Public Policy.* Oxford: Roman & Littlefield Publisher.

- Society for Disability Studies 2011.** [online] Dostupné z WWW <http://disstudies.org/> (cit. 28. 11. 2011).
- SMÝKAL, J. 2000.** *Pohled do dějin slepeckých spolků.* [online] Dostupné z WWW <http://smykal.ecn.cz/publikace/kniha14t.htm> (cit. 28. 11. 2011)
- SNYDER, S. L., MITCHELL, D. T. 2006.** *Cultural Locations of Disability.* Chicago: University of Chicago Press.
- Srovnávací studie o shromažďování údajů ke zjišťování rozsahu a dopadu diskriminace ve Spojených státech amerických, Kanadě, Austrálii, Velké Británii a Nizozemí.** 2006. Praha: Poradna pro občanství, občanská a lidská práva.
- Strategie systémového zpřístupňování vysokoškolského vzdělávání studentům se zdravotním postižením.** 2010. Praha: Vládní výbor pro zdravotně postižené občany. (online) Dostupné na WWW <http://www.vlada.cz/cz/ppov/vvzpo/dokumenty/strategie-systemoveho-zpristupnovani-vs-vzdelavani-studentum-se-zdravotnim-postizenim-v-cr-73391/> (cit. 30. 11. 2011).
- Střednědobá koncepce státní politiky vůči občanům se zdravotním postižením** schválená usnesením vlády ČR ze dne 16. června 2004 č. 605. Praha: Úřad vlády ČR.
- ŠYKOROVÁ, D. 2007.** *Autonomie ve stáří. Kapitoly z gerontosociologie.* Praha: SLON.
- SWAIN J., FRENCH, S., CAMERON, C. 2003.** *Controversial Issues in a Disabling Society.* Buckingham: Open University Press.
- ŠESTÁKOVÁ, I., LUPAČ, P. 2010.** *Budovy bez bariér: návrhy a realizace.* Praha: Grada.
- ŠVESTKOVÁ, O. 2008.** Předmluva. In *Mezinárodní klasifikace funkčních schopností, disability a zdraví WHO.* Praha: Národní rada osob se zdravotním postižením ČR, 2008, s. 7–11.
- TITZL, B. 2000.** *Postižený člověk ve společnosti.* Praha: Univerzita Karlova v Praze.
- THOMAS, C. 2007.** *Sociologies of Disability and Illness.* New York: Palgrave MacMillan.
- THOMASMA, D. C., KUSCHNEROVÁ, T. 2000.** *Od narození do smrti. Etické problémy v lékařství.* Praha: Mladá fronta.
- THOMPSON, N. 2001.** *Anti-discriminatory practice.* New York: Palgrave.

- THOMSON, R. G. 1997.** *Extraordinary bodies. Figuring Physical Disability in American Culture and Literature.* Columbia University Press.
- Úmluva OSN o právech osob se zdravotním postižením,** 2010. *Sbírka mezinárodních smluv č. 10/2010, částka 4,* s. 66-128.
- Úmluva o biomedicíně – Úmluva na ochranu lidských práv a důstojnosti lidské bytosti v souvislosti s aplikací biologie a medicíny.**
- VALENTA, M. 2011.** *Půdřáci ze staré školy.* Praha: Práh.
- WIMMEROVÁ, M., WOLLNER, M. 2007.** *Do lázní bez pomoci asistenčního psa.* Zpravodajská relace Televizních novin ČT1 ze dne 31.7.2007.
- Vláda ČR (c) 2010 (2010a)** [online]. 2010-03-30 [cit. 2010-09-17]. *Národní rozvojový program mobility pro všechny* schválený usnesením Vlády České republiky ze dne 26. 3. 2008 č. 292. Dostupné z WWW:<<http://www.vlada.cz/cz/pracovni-a-poradni-organy-vlady/vvzpo/program-mobility/program-mobility-15394/>>.
- Výzkum pracovních kompetencí osob pečujících o člena rodiny se zdravotním postižením na území Hlavního města Prahy.** 2008. Praha: NRZP. [online] <http://www.vcizp.cz/doc/vcizp-quality-life-zprava-celek.pdf> (cit. 14. 3. 2008).
- ZDAŘILOVÁ, R. 2006a.** Odstraňování bariér v urbánním prostoru. In MPSV 2007. [online]. [cit. 2010-09-17]. *Sborník z konference "Gerontotechnologie a technologie pro handicapované - směr budoucnost"* konané v Ostravě 12. 10. 2006. Dostupné z WWW:<http://www.mpsv.cz/files/clanky/3483/05_Zdarilova.pdf>
- ZDAŘILOVÁ, R. 2006b.** *Odstraňování bariér v městském inženýrství.* Praha: Informační centrum ČKAIT.
- ZVONÍKOVÁ, A., ČELEDOVÁ, L., ČEVELA, R. 2010.** *Základy posuzování invalidity.* Praha: Grada Publishing. a.s.

Legislativa

Vyhláška MŠMT č. 73/2005 Sb., o vzdělávání dětí, žáků a studentů se speciálními vzdělávacími potřebami a dětí, žáků a studentů mimořádně nadaných, v platném znění.

Vyhláška č. 64/2008 Sb. o přístupnosti webových stránek orgánů veřejné správy, v platném znění.

Vyhláška MŠMT č. 182/1991 Sb., kterou se provádí zákon o sociálním zabezpečení, v platném znění.

Vyhláška č. 398/2009 Sb., o obecných technických požadavcích zabezpečujících bezbariérové užívání staveb, v platném znění.

Vyhláška Ministerstva vnitra č. 64/2008 Sb., o formě uveřejňování informací souvisejících s výkonem veřejné správy prostřednictvím webových stránek pro osoby se zdravotním postižením (vyhláška o přístupnosti), v platném znění.

Zákon č. 65/1965 Sb., zákoník práce, v platném znění.

Zákon č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách, v platném znění

Zákon č. 435/2004 Sb., o zaměstnanosti, ve znění pozdějších předpisů.

Zákon č. 561/2004 Sb., o předškolním, základním, středním, vyšším odborném a jiném vzdělávání (školský zákon), v platném znění.

Zákon č. 582/1991 Sb., o organizaci a provádění sociálního zabezpečení, v platném znění.

Zákon č. 183/2006 Sb., o územním plánování a stavebním řádu (stavební zákon), v platném znění.

Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, v platném znění .

Zákon č. 365/2005 Sb., o informačních systémech veřejné správy a o změně některých dalších zákonů, v platném znění.

Zákon č. 582/1991 Sb., o organizaci a provádění sociálního zabezpečení, v platném znění.

Americans with Disability Act 1990. (USA)

Disability Discrimination Act 1995. (UK)

Národní rada organizací osob se zdravotním postižením ČR

Národní rada osob se zdravotním postižením ČR (dále NRZP ČR) reprezentuje přibližně třetinu (tj. cca 300 tis.) lidí se zdravotním postižením nebo jejich zástupců.²¹⁸ Je občanským sdružením s celostátní působností, které zastupuje zájmy osob se zdravotním postižením (sdružených v NRZP ČR) při jednáních se státními a veřejnými institucemi. V současné době má 115 členských organizací. Deklarovaným zájmem NRZP bylo a je, aby se lidé se zdravotním postižením stali aktivními tvůrci svého osudu. Základním úkolem NRZP ČR je zabezpečování plné účasti osob se zdravotním postižením i jejich zákonných zástupců na formulování politiky vedoucí k vyrovnávání příležitostí této skupiny občanů a jejím zakotvení v právním řádu ČR. Úlohou NRZP ČR je přispívat k integraci osob se zdravotním postižením do společnosti a důsledně obhajovat lidská práva těchto lidí.

Východiska činnosti NRZP ČR

NRZP ČR navazuje na řadu závazných tuzemských i zahraničních dokumentů, zejména na Antidiskriminační zákon a Úmluvu OSN o právech osob se zdravotním postižením.

Mezi priority NRZP ČR patří

- koordinace postupu organizací osob se zdravotním postižením ve věcech společného zájmu,
- informování veřejnosti o tématické zdravotního postižení,
- monitorování případů diskriminace osob se zdravotním postižením,
- realizování projektů zlepšujících život se zdravotním postižením,
- plánování v oblasti vyrovnávání příležitostí pro osoby se zdravotním postižením na krajské a regionální úrovni,
- provoz celostátní sítě poraden odborného sociálního poradenství,
- vydávání publikací, časopisů a informačních materiálů.

²¹⁸ Následující text představuje výběr z obsahu webových stránek NRZP ČR viz odkaz <http://nrzp.cz/index.php> (cit. 29. 11. 2011)

Obecná charakteristika NRZP ČR

- NRZP ČR je iniciativním a koordinačním orgánem pro obhajobu, prosazování a naplňování práv a zájmů osob se zdravotním postižením,
- spolupracuje s orgány státní správy a samosprávy v ČR,
- poskytuje informace členským organizacím o připravovaných změnách v legislativě, o koncepčních materiálech připravovaných na různých úrovních veřejné správy,
- monitoruje diskriminaci osob se zdravotním postižením a implementaci evropských norem do českého právního řádu,
- podílí se na vytváření a monitoringu ucelených plánů na celostátní úrovni, zejména:
 - *Národní plán vytváření rovných příležitostí pro osoby se zdravotním postižením na období 2010-2014,*
 - *Národní rozvojový program mobility pro všechny,*
 - *Střednědobý plán rozvoje sociálních služeb ad.,*
- jednou z nosných činností NRZP ČR je poradenská služba pro uživatele sociálních služeb.
- NRZP ČR provádí právní servis pro jednotlivce z celé republiky a právní poradenství pro členské organizace.

Konkrétní aktivity NRZP ČR

- NRZP ČR ve spolupráci s členskými organizacemi připomínkuje všechny legislativní a koncepční materiály dotýkající se problematiky zdravotního postižení (legislativa a prostředí k podpoře zaměstnanosti lidí s postižením, úprava vzdělávacího systému k zajištění rovného přístupu ke vzdělání pro žáky a studenty se zdravotním postižením ad.)
- spolupůsobí na dopravce při odstraňování bariér ve veřejné dopravě,
- působí na jednotlivé vlastníky k zpřístupňování infrastruktury pro občany s postižením,
- působí na příslušné instituce ke zpřístupnění kulturního a společenského života lidí s postižením,
- ve spolupráci s příslušnými orgány se podílí na zvýšení kvality systému sociálních služeb umožňující integraci lidí s postižením,

- působí na obce ohledně zajištění dostatku vhodných bytů umožňujících samostatné bydlení osob se zdravotním postižením,
- ve spolupráci s příslušnými orgány a institucemi se podílí na zvýšení dostupnosti zdravotní péče a komunikace zdravotnických pracovníků s lidmi s postižením,
- důsledně monitoruje legislativu k dodržování a implementaci legislativy Evropské unie zaměřené na rovné příležitosti osob se zdravotním postižením,
- spolupracuje s celostátními a regionálními médii ke zvýšení a informovanosti veřejnosti o tématech jednotlivých druhů zdravotního postižení,
- důsledně upozorňuje na případy diskriminace z důvodu zdravotního postižení v jednotlivých oblastech života a podílí se na odstraňování diskriminace,
- vydává informační materiály a prostřednictvím médií zvyšuje informovanost osob se zdravotním postižením o jejich právech a možnostech jejich uplatnění ve společnosti,
- zvyšuje právní vědomí organizací hájících zájmy jednotlivých druhů zdravotního postižení,
- monitoruje a vyhodnocuje realizaci legislativních i jiných opatření ve prospěch občanů se zdravotním postižením vyplývajících z mezinárodních závazků i norem České republiky a v případě potřeby iniciuje opatření k nápravě zjištěných nedostatků,
- zajišťuje edukační, informační a poradenskou činnost při vyrovnávání příležitostí pro občany se zdravotním postižením a jejich občanských sdružení,
- vydává periodické i neperiodické publikace, pořádá konference, semináře a další akce týkající se procesu vyrovnávání příležitostí pro občany se zdravotním postižením,
- aktivně se podílí na ovlivňování postojů veřejnosti ve vztahu k občanům se zdravotním postižením, pořádá informační kampaně,
- realizuje další projekty na celostátní a regionální úrovni, které přispívají k vyrovnávání příležitostí pro občany se zdravotním postižením,
- metodicky a organizačně podporuje činnost 14 Krajských rad osob se zdravotním postižením, jejichž posláním je obhajoba, prosazování

a naplňování zájmů a potřeb občanů se zdravotním postižením na krajské a regionální úrovni,

- metodicky a organizačně podporuje činnost stálých i dočasných odborných pracovních komisí v rámci Národní rady osob se zdravotním postižením ČR na celostátní i krajské úrovni,
- zprostředkovává oboustrannou výměnu informací o problematice zdravotního postižení u nás i v zahraničí,

Regionální Krajské rady osob se zdravotním postižením

Činnost NRZP ČR ve 14 krajích ČR je jednou z jejích nejvýznamnějších klíčových aktivit. Význam této činnosti trvale roste od roku 2004, kdy byly koncipovány Krajské rady osob se zdravotním postižením jako orgány NRZP ČR s působností v příslušném kraji. Současně bylo zahájeno postupné vytváření regionálních pracovišť v krajských městech ČR. Postupně se také podařilo částečně profesionalizovat činnost v regionech prostřednictvím sítě krajských koordinátorů NRZP ČR.²¹⁹

Krajské plány vyrovnávání příležitostí pro osoby se zdravotním postižením mají již u nás poměrně značnou tradici. Od roku 1992 jsou Vládou ČR postupně přijímány (národní) plány vyrovnávání rovných příležitostí pro osoby se zdravotním postižením na celostátní úrovni.²²⁰ Na základě doporučení Vlády ČR z roku 2003 jsou postupně přijímány obdobné plány vyrovnávání rovných příležitostí na úrovni jednotlivých krajů.²²¹

Smyslem krajských plánů je, aby v rámci kraje existoval závazný dokument, na jehož základě by se systematicky postupovalo při zlepšování životních podmínek osob se zdravotním postižením v daném kraji. Z tohoto důvodu nejsou tyto krajské plány primárně zaměřeny na sociální oblast, jak je často mylně interpretováno, ale na běžné oblasti života, jako je

²¹⁹ Podrobnosti o činnosti krajských koordinátorů NRZP ČR, krajských rad osob se zdravotním postižením a akcích a aktivitách v regionech jsou dostupné na webových stránkách jednotlivých krajských rad viz web NRZP ČR

²²⁰ Národní plány jako závazné vládní dokumenty pro činnost jednotlivých ministerstev existují v ČR od roku 1992 a jsou aktualizovány t.č. ve víceletých intervalech: (1) Národní plán pomoci zdravotně postiženým občanům 1992–1994; (2) Národní plán opatření pro snížení negativních důsledků zdravotního postižení 1995–1998; (3) Národní plán vyrovnávání příležitostí pro občany se zdravotním postižením 1998–2005; (4) Národní plán podpory a integrace občanů se zdravotním postižením 2006–2009; (5) Národní plán vytváření rovných příležitostí pro občany se zdravotním postižením na období 2010–2014.

²²¹ Jako první regionální plán byl přijat Krajský plán vyrovnávání příležitostí pro osoby se zdravotním postižením Moravskoslezského kraje – Ostrava 2004. V současné době jsou přijaty krajské plány vyrovnávání příležitostí pro osoby se zdravotním postižením již v polovině krajů ČR – Moravskoslezský kraj, Královéhradecký kraj, Olomoucký kraj, Praha, Jihomoravský kraj, Pardubický kraj. Dostupné jsou na webových stránkách krajských úřadů uvedených krajů.

vzdělávání, zaměstnávání, doprava, přístupnost prostředí, kultura, sport, volný čas, přístup k informacím, bydlení atd. Jedná se tedy o široce pojatý dokument, který v systému veřejné správy zasahuje do problematiky mnoha odborů příslušných úřadů. Podstatným přínosem krajských plánů je tedy koordinace činností ve prospěch osob se zdravotním postižením, časové rozfázování, plánovitost při realizaci atd.

Zastoupení NRZP ČR ve veřejných orgánech a institucích

- NRZP ČR je hlavním poradním orgánem Vládního výboru pro zdravotně postižené občany (VVZPO),²²² má své přímé zastoupení v předsednictvu VVZPO a v jeho Odborných skupinách (pro sociální politiku, pro zaměstnávání, pro vzdělávání, pro regionální rozvoj),
- NRZP má přímé členské zastoupení také ve výborech a komisích, které se v rámci své činnosti zabývají problematikou občanů se zdravotním postižením, zejména:
 - Podvýbor pro zdravotně postižené občany Poslanecké sněmovny,
 - Řídící výbor Národního rozvojového programu Mobility pro všechny,
 - Meziřezortní komise k programu podpory obnovy vozidel městské hromadné dopravy a veřejné linkové autobusové dopravy,
 - Komise předsednictva Svazu měst a obcí ČR pro zdravotně postižené,
 - Komise předsednictva Svazu měst a obcí ČR pro sociální politiku,
- NRZP ČR je členem a zastupuje občany se zdravotním postižením a občanská sdružení osob s postižením ve významných mezinárodních organizacích, jimiž jsou:
 - Rehabilitation International (RI),
 - European Disability Forum (EDF),
 - International Federation of Persons with Physical Disability (FIMITIC),
 - Disabled People International (DPI).

Národní rada osob se zdravotním postižením ČR poskytuje svým členům i vně svých členských organizací **odborné sociální poradenství**.

²²² Viz odkaz <http://www.vlada.cz/cz/ppov/vvzpo/clenove/default.htm> (cit 28. 11. 2011)

Cílem Poradny NRZP ČR (dále jen "poradna") je prostřednictvím odborného sociálního poradenství dosáhnout **zvýšení soběstačnosti osob se zdravotním postižením a seniorů při jejich integraci do společnosti**. Poradna poskytuje rady, informace, pomoc a podporu lidem, kteří se ocitli v nepříznivé životní situaci a kteří nejsou schopni tuto situaci řešit vlastními silami ani za pomoci blízkého okolí. Na poradnu se mohou obrátit lidé se zdravotním postižením bez ohledu na druh a rozsah zdravotního postižení, jejich rodinní příslušníci a lidé z blízkého sociálního okolí osob se zdravotním postižením v rámci celé ČR, které se dostaly do obtížné životní situace a nedovedou ji řešit vlastními silami. Služba je zajišťována ve všech krajích ČR – prostřednictvím sítě poraden, které sídlí v krajských městech ČR. Předností tohoto poradenského systému je, že poradenství zajišťují kvalifikovaní sociální pracovníci - poradci, kteří jsou vzájemně propojeni, což umožňuje i týmové řešení velmi složitých poradenských případů. V praxi se tak dá také využívat určitá specializace a odbornost jednotlivých poradců v rámci celé ČR. Celý systém je pak doplněn jedním telefonickým informačním a poradenským centrem a vzájemně sdíleným systémem zodpovídání podnětů od klientů, které došly elektronickou poštou. Celá celostátní síť poraden – poradců také využívá společný databázový informační systém, vyvinutou metodiku, právní podporu s možnostmi konzultací, společný systém vzdělávání a sdílení dobrých praxí.