

Univerzita Hradec Králové

Filozofická fakulta

Katedra sociologie

# **Preferované bydliště osob se zdravotním hendikepem**

Bakalářská práce

|                   |                               |
|-------------------|-------------------------------|
| Autor:            | Lukáš Povolný                 |
| Studijní program: | B6703 – Sociologie            |
| Studijní obor:    | Sociologie obecná a empirická |
| Forma studia:     | Prezenční                     |
| Vedoucí práce:    | Mgr. Josef Bernard, Ph.D.     |

Hradec Králové 2018



## Zadání bakalářské práce

**Autor:** Lukáš Povolný

Studium: F15BP0159

Studijní program: B6703 Sociologie

Studijní obor: Sociologie obecná a empirická

**Název bakalářské práce:** Preferované bydliště osob se zdravotním hendikepem

Název bakalářské práce AJ: The preferred residence of person with disabilities

### **Cíl, metody, literatura, předpoklady:**

Tématem této bakalářské práce je preference bydliště osob se zdravotním hendikepem. Cílem je identifikovat, zda uvedené osoby upřednostňují žít ve větších městech nebo drobných obcích. Upřednostňují města, která jim poskytují řadu pozitiv, kterými mohou být dostupnější služby nutné pro jejich každodenní život, lepší pracovní příležitost nebo specifický městský způsob života? Nebo upřednostňují drobné obce, které jim umožňují život, kde jsou užší sociální kontakty mezi jednotlivými obyvateli, avšak dostupnost služeb zde je menší? Empirická část práce bude založena na kvalitativním výzkumu v podobě polo-standardizovaných rozhovorů.

Lux, Martin. 2004. Housing the Poor in the Czech Republic: Prague, Brno and Ostrava." Pp. 23-66 in Fearn, James (ed.). Too Poor To Move, Too Poor To Stay. Budapest: Local Government Initiative. 127 s. ISBN 96-3941-952-4. Lux, Martin, Petr Sunega. 2007. Vliv podmínek bydlení na zamýšlenou migraci české populace za prací. Sociologický časopis / Czech Sociological Review 43 (2): 305-332. ISSN 0038-0288. Frantál, Bohumil, Jaroslav Maryáš (eds.). 2012. Prostorové chování: vzorce aktivit, mobilita a každodenní život ve městě. Brno: Masarykova univerzita. ISBN 978-80-210-5756-2. Šustrová, Klára, Šimon, Martin. 2012. Opuštění městského způsobu života? Analýza vybraných aspektů migrace na venkov. s. 99-121. In: Temelová, J., Pospíšilová, L., Ouředníček, M. (eds.). Nové sociálně prostorové nerovnosti, lokální rozvoj a kvalita života. Plzeň: Aleš Čeněk. Sýkora, L., ed. 2002. Suburbanizace a její sociální, ekonomické a ekologické důsledky. Praha, Ústav pro ekopolitiku, o.p.s. ISBN 80-901914-9-5.

**Garantující pracoviště:** Katedra sociologie,  
Filozofická fakulta

**Vedoucí práce:** Mgr. Josef Bernard, Ph.D.

**Datum zadání závěrečné práce:** 15.3.2017

**Prohlášení:**

Prohlašuji, že jsem tuto bakalářskou práci vypracoval pod vedením vedoucího bakalářské práce samostatně a uvedl jsem všechny použité prameny a literaturu.

V Hradci Králové dne

.....

**Anotace:**

Povolný, Lukáš. 2018. *Preferované bydliště osob se zdravotním hendikepem*. Hradec Králové: Filozofická fakulta, Univerzita Hradec Králové, 78 pp. Bakalářská práce.

Tématem bakalářské práce je preferované bydliště osob se zdravotním hendikepem. Hlavním cílem je zjistit, co zdravotně hendikepovaní spatřují jako ideální místo bydlení. Dosažení tohoto cíle je založeno na komparaci bydlení ve městě a na venkově. Dále se také zaměřuji na specifické oblasti v životě člověka se zdravotním hendikepem.

Teoretická část je zaměřena na oblasti: zdravotní postižení a hendikep, rezidenční spokojenost/spokojenost s bydlením, klíčové oblasti v životě osob se zdravotním hendikepem, život ve městě a na venkově.

V empirické části je představen cíl práce, výzkumné otázky, výzkumné metody a techniky, výběr vzorku, popis terénu, sběr a zpracování dat a výsledky. V rámci výsledků jsou zodpovězeny jednotlivé výzkumné otázky.

Klíčová slova: zdravotně hendikepovaná osoba, ideální místo bydlení pro zdravotně hendikepované, spokojenost s bydlením, město, venkov

**Annotation:**

Povolný, Lukáš. 2018. *The preferred residence of person with disabilities*. Hradec Králové: Philosophical Faculty, University of Hradec Králové, 78 pp. Bachelor Degree Thesis.

The bachelor thesis theme is the preferred residence of person with disabilities. The main aim is to discover the what health handicapped people see as the ideal place to live. Achieving this aim is based on a comparison of housing in the city and the countryside. I also focus on the specific areas in the life of a person with a health disability.

The theoretical part is focused on the areas: disability and handicap, residential satisfaction/housing satisfaction, key areas in people with health disabilities, life in the city and the countryside.

The empirical part introduces the aim of work, research questions, research methods and techniques, sample selection, terrain description, data collection and processing and results. Individual research questions are answered within the results.

Keywords: disabled person, the ideal place for housing for disabled people, housing satisfaction, city, countryside

**Poděkování:**

Děkuji panu Mgr. Josefovi Bernardovi, Ph.D. za odborné a trpělivé vedení při zpracování bakalářské práce. Zároveň bych také rád poděkoval všem respondentům, kteří se zúčastnili výzkumu.

## Obsah

|  |           |
|--|-----------|
| Úvod.....  | 9         |
| <b>1. Stav dosavadního poznání.....</b>  | <b>11</b> |
| 1.1 Zdravotní postižení a hendikep.....  | 11        |
| 1.2 Reziční spokojenost (spokojenost s bydlením).....  | 13        |
| 1.3 Specifické oblasti v životě osob se zdravotním postižením.....                                     | 16        |
| 1.3.1 Bariéry v životě zdravotně postiženého jedince.....  | 17        |
| 1.3.2 Zaměstnání a finanční situace osob se zdravotním postižením.....                                 | 21        |
| 1.3.3 Zdravotní postižení a role rodiny.....   | 24        |
| 1.3.4 Možnost vzdělávání.....  | 25        |
| 1.3.5 Dostupnost služeb.....   | 27        |
| 1.4 Život ve městě x život na venkově.....   | 28        |
| 1.4.1 Život ve městě a jedinec se zdravotním postižením.....   | 28        |
| 1.4.2 Život na venkově a jedinec se zdravotním postižením.....   | 30        |
| <b>2. Empirická část.....</b>  | <b>32</b> |
| 2.1 Cíl práce.....   | 32        |
| 2.2 Výzkumné otázky.....   | 32        |
| 2.3 Výzkumná metoda a techniky.....  | 32        |
| 2.4 Výběr vzorku.....  | 33        |
| 2.5 Popis terénu.....  | 34        |
| 2.6 Sběr a zpracování dat.....   | 34        |
| 2.7 Výsledky.....  | 35        |
| 2.7.1 Respondenti – tabulární představení a charakteristika.....                                       | 35        |
| 2.7.2 Hodnocení vybraných oblastí respondenty.....   | 39        |
| 2.7.3 Pozitivní a negativní aspekty života ve městě a na venkově pro zdravotně<br>hendikepovaného..... | 44        |
| 2.7.4 Současná spokojenost s bydlením.....   | 48        |

|  |           |
|--|-----------|
| 2.7.5 Budoucí změny v bydlení či v místě bydliště..... | 50        |
| 2.7.6 Shrnutí a zodpovězení výzkumných otázek.....     | 51        |
| <b>Závěr.....</b>                                      | <b>55</b> |
| <b>Seznam užitě literatury.....</b>                    | <b>57</b> |
| <b>Seznam tabulek.....</b>                             | <b>61</b> |
| <b>Seznam obrázků.....</b>                             | <b>61</b> |
| <b>Seznam příloh.....</b>                              | <b>62</b> |



## Úvod

Bydlení patří mezi jednu ze základních potřeb každého člověka. Tato práce se proto zaměřuje na preference místa bydlení u osob, které trpí určitým zdravotním hendikepem. Vedle zkoumání preferencí místa bydlení je tato práce zaměřená i na zkoumání specifických oblastí v životě osob se zdravotním postižením. Samotné zdravotní postižení často pro jedince znamená i určitý hendikep, který úzce souvisí s prostředím, kde tento jedinec žije. V současné době v České republice podle výsledků výběrového šetření zdravotně postižených osob, které se uskutečnilo naposledy v roce 2013, žije celkem 1 077 673 osob se zdravotním postižením (10,2 % celkové populace). To znamená, že každý desátý člověk v České republice má nějaké zdravotní postižení, který výrazným způsobem ovlivňuje jeho každodenní život (ČSÚ, 2014).

K zvolení daného tématu jsem byl motivován v důsledku mého zvýšeného zájmu v oblasti sociální práce a také v důsledku nižšího zájmu veřejnosti, který je této problematice věnován. Do jisté míry mě motivovaly také dosavadní pracovní zkušenosti s cílovou skupinou zdravotně postižených (2 měsíce jsem působil ve Stacionáři mezi mosty Trutnov). Během spolupráce jsem se mohl seznámit s problémovými oblastmi v životě zdravotně postižených. Většina zmíněných problémových oblastí se odvíjí od místa, kde zdravotně hendikepovaní žijí.

Hlavním cílem této práce je identifikovat, jaké je preferované místo bydliště zdravotně hendikepovaných. Dávají přednost bydlení ve městě, které je ve větší míře přizpůsobeno jejich hendikepu? Nebo v opačném případě volí jako vhodnou možnost žití na venkově, kde se díky odlišnému sociálnímu prostředí mohou zdravotně hendikepovaní cítit více členy určitého společenství? Další důležitou otázkou této práce je zjištění současné situace v specifických oblastech v životě u člověka se zdravotním postižením. Zkoumány budou zejména tyto oblasti: dostupnost prostředí (fyzické bariéry), sociální prostředí (rodina), zaměstnání či vzdělání, mobilita, bydlení, možnost využití služeb základní občanské vybavenosti. V poslední řadě zde bude snaha identifikovat spokojenost zdravotně hendikepovaných s jejich současným stavem bydlení a jejich budoucí změny v bydlení či bydlišti.

Samotná bakalářská práce je rozdělena na dvě hlavní části: teoretická část a empirická část. Teoretickou část tvoří kapitola stav dosavadního poznání, kde se

zaměříme na zdravotní postižení a hendikep, residenční spokojenost (spokojenost s bydlením), specifické oblasti v životě osob se zdravotním postižením a život ve městě x život na vesnici. Empirickou část tvoří kapitoly: cíl práce, výzkumné otázky, výzkumná metoda a techniky, výběr vzorku, popis terénu, sběr a zpracování dat, výsledky a shrnutí výsledků.

První kapitola nesoucí název stav dosavadního poznání nás seznamuje s definicí vady, poruchy a defektu, zdravotního postižení a zdravotního hendikepu. Snahou je poukázat na rozdílnost a provázanost jednotlivých pojmů. Následně se kapitola věnuje rezidenční spokojenosti (spokojenosti s bydlením). Zde je snaha o zachycení klíčových faktorů podílejících se na spokojenosti s místem bydliště. Další část této práce se přesouvá k oblastem, které jsou specifické v životě osob se zdravotním postižením. Zde je snaha o představení problematiky a zachycení současného stavu. V poslední řadě je práce orientována na zjištění pozitiv a negativ života ve městě a na venkově.

Druhá kapitola je zaměřena na seznámení s hlavními cíli empirického šetření a výzkumnými otázkami, na které se díky empirickému šetření pokusíme odpovědět. Následně se seznámíme s výzkumnou metodou a technikami, které byly zvoleny pro empirické šetření. V další části je nastíněn vzorek respondentů, kteří byli zvoleni pro empirické šetření, a také popis terénu, kde se rozhovory realizovaly. Následně se práce orientuje na samotný sběr a zpracování dat. Poslední část je věnována výsledkům, které byly díky provedení a zpracování jednotlivých rozhovorů zjištěny.

Přepisy rozhovorů jsou přiloženy k bakalářské práci v samostatné vazbě.

# 1. Stav dosavadního poznání

## 1.1 Zdravotní postižení a hendikep

Klíčovou definici pojmu zdravotního postižení a hendikepu není snadné nalézt, kvůli rozdílnosti v rámci jednotlivých zemí, ale také i v jednotlivých politických resortech. Bruthansová a Jeřábková (2012) zmiňují ve své práci, že definice lze rozdělit dle určitých hledisek na medicínské a sociální. Medicínské hledisko zastává stanovisko, že postižení je problém individuální, které je způsobeno absencí zdraví. Na druhé straně: *„sociální hledisko chápe postižení nikoliv jako individuální záležitost jedince, nýbrž jako produkt vztahů a souvislostí mezi jedincem a jeho okolím. To znamená, že zde postižení není chápáno pouze jako samotný nedostatek zdraví, ale je výsledkem vzniklých bariér mezi jedincem a okolím“* (Bruthansová, Jeřábková, 2012).

Hned v úvodu proto definujeme tři základní pojmy, kterými jsou vada, porucha, defekt (impairment), postižení (disability) a znevýhodnění (handicap). Využijeme definice z knihy Speciální pedagogika od Josefa Slowíka, který při definování vychází z Mezinárodní klasifikaci vad, postižení a handicapů ICDH vydanou Světovou zdravotnickou organizací v roce 1980.

*„Vada, porucha, defekt (impairment) je narušení (abnormalita) psychické, anatomické či fyziologické struktury nebo funkce.“*

*„Postižení (disability) znamená omezení nebo ztrátu schopností vykonávat činnost způsobem nebo v rozsahu, který je pro člověka považován za normální.“*

*„Znevýhodnění (handicap) se projevuje jako omezení vyplývající pro jedince z jeho vady nebo postižení, které ztěžuje nebo znemožňuje, aby naplnil roli, která je pro něj (s přihlédnutím k jeho věku, pohlaví a sociálním či kulturním činitelům) normální“* (Slowík, 2007).

Jednotlivé výše uvedené pojmy mezi sebou mají úzkou souvislost, neboť z vady se může stát postižení a z něho následně hendikep. Hendikep představuje omezení člověka na úrovni tělesné, sociální i společenské. Pokud to vysvětlíme na člověku, který má určité tělesné postižení horní končetiny a paže. Vada v tomto případě může být neúplně vyvinutá horní končetina. Postižení dále spočívá zejména v činnostech, kteří

druzí nepostižení lidé jsou schopni během svého života dělat – v tomto případě se jedná o částečnou či úplnou neschopnost užívat své ruce k činnostem jako je psaní a jiné. Samotný hendikep bude představovat limitování daného člověka například při hledání zaměstnání, kde bude limitován hybností horních končetin (Slowík, 2007).

Příčina vzniku zdravotního postižení může být dvojitá, buď se jedná o postižení vrozené nebo získané. S vrozeným postižením se člověk narodí. V druhém případě ho nějakým způsobem získá během svého života. Pro lepší přehled zvolíme tabulku příčin zdravotního postižení z výběrového šetření zdravotně postižených osob – 2013 vydanou Českým statistickým úřadem.

| Tabulka č. 1: Příčina vzniku zdravotního postižení |                               |                |                  |                        |               |               |                |                  |
|--|-------------------------------|----------------|------------------|------------------------|---------------|---------------|----------------|------------------|
| Pohlaví  | Příčina zdravotního postižení |                |                  |                        |               |               |                |                  |
|  | Vrozené postižení             | Způsobené      |                  | Stařecká polymorbidita | Jiné          | Není známo    | Nevyplněno     | Celkem           |
|  |                               | úrazem         | nemocí           |                        |               |               |                |                  |
| Muži   | 117 228                       | 75 349         | 601 108          | 50 537                 | 28 802        | 51 169        | 46 706         | <b>970 899</b>   |
| Ženy   | 81 718                        | 42 545         | 772 797          | 139 917                | 25 478        | 31 328        | 59 624         | <b>1 153 408</b> |
| <b>Celkem</b>                                      | <b>198 945</b>                | <b>117 894</b> | <b>1 373 905</b> | <b>190 455</b>         | <b>54 280</b> | <b>82 497</b> | <b>106 330</b> | <b>2 124 306</b> |

Zdroj: Český statistický úřad, Výběrové šetření zdravotně postižených osob – 2013 (vlastní úprava).

Z tabulky zobrazující příčinu vzniku zdravotního postižení můžeme konstatovat, že postižení vzniká nejčastěji během našeho života – 70 % příčin zdravotního postižení je způsobeno úrazem nebo nemocí. Pokud k tomu přičteme příčinu stařeckou polymorbiditu jsme na 79.2 %. Tento fakt nám ukazuje, že postižení není problém, s kterým se jedinec narodí, ale většinou se jedná o problém vzniklý během našeho života. V opačném případě vrozené postižení tvoří pouze 9,4 % příčin vzniku zdravotního postižení. Pokud se zaměříme na pohlaví tak nejvýraznější rozdíl je u stařecké polymorbidity, kde ženy tvoří 73,5 %, což může být zapříčiněno v první řadě vyšším věkem, kterého se ženy dožívají. Co se týká vrozeného postižení je zde převládající podíl u mužského pohlaví (58,9 %) (ČSÚ, 2014).

Tabulka č. 2: Věková struktura zdravotně postižených osob a podíl na celkové populaci

| Věková skupina | Počet zdravotně postižených osob v populaci | Počet obyvatel k 31.12.2012 | Podíl zdravotně postižených osob v populaci (%) |
|----------------|---|-----------------------------|---|
| 0 - 14         | 64 307                                      | 1 560 296                   | 4,1   |
| 15 - 29        | 65 143                                      | 1 881 844                   | 3,5   |
| 30 - 44        | 109 947                                     | 2 495 730                   | 4,4   |
| 45 - 59        | 206 891                                     | 2 075 490                   | 10  |
| 60 - 74        | 333 211                                     | 1 794 618                   | 18,6  |
| 75 +           | 298 174                                     | 708 147                     | 42,1  |
| <b>Celkem</b>  | <b>1 077 673</b>                            | <b>10 516 125</b>           | <b>10,2</b>                                     |

Zdroj: Český statistický úřad, Výběrové šetření zdravotně postižených osob – 2013 (vlastní úprava).

Podíl zdravotně postižených na populaci v těžce věkových intervalech se do věku 45 let udržuje na průměrné hodnotě 4 %. Následně v dalších věkových skupinách však dochází k rapidnímu zvyšování podílu zdravotně postižených ve stejné věkové skupině. Ve věkové skupině 75 let a výše je podíl v populaci 42,1 %. Pro zhodnocení můžeme konstatovat, že podíl zdravotně postižených v určité věkové skupině je tím větší, čím je vyšší věková skupina obyvatel.

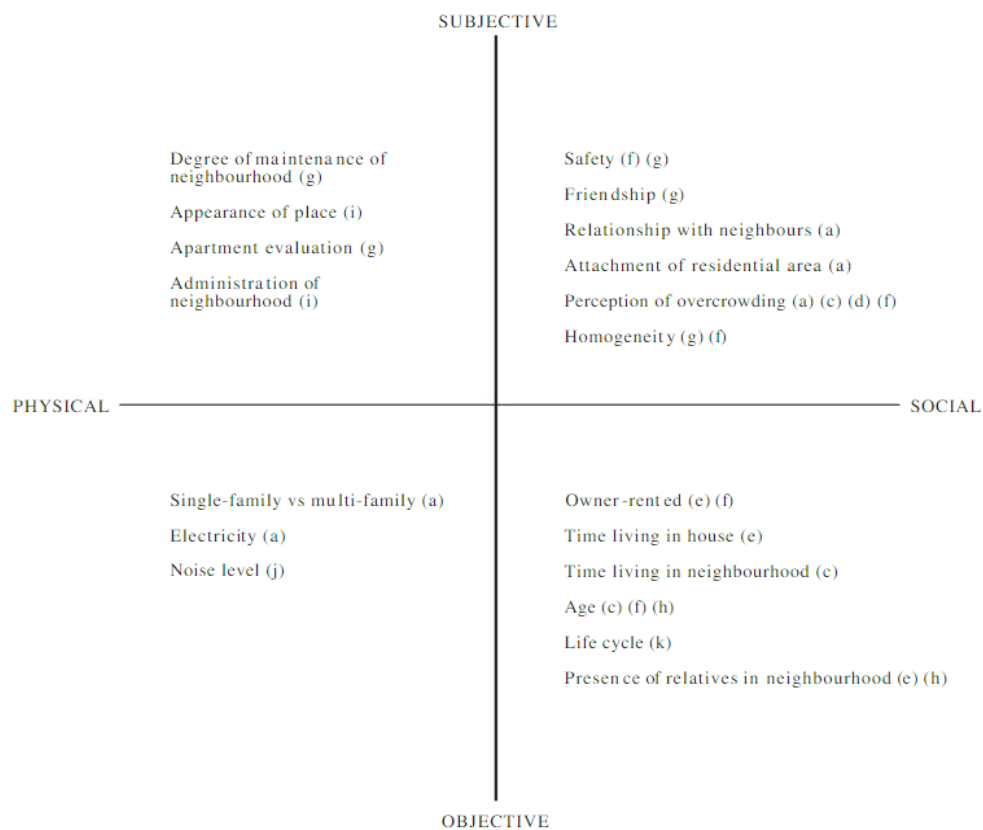
## 1.2 Rezidenční spokojenost (spokojenost s bydlením)

Rezidenční spokojenost a spokojenost s bydlením jsou dva totožné pojmy. Kažmér a Boumová (2016) uvádějí, že představují stav, v němž dochází k splnění konkrétního očekávání jedince v rámci oblasti bydlení. Celkovou spokojenost však tvoří výsledek spokojenosti s bytem, ale také i spokojenost se samotnou lokalitou/ sousedstvím (Kažmér, Boumová, 2016).

Hrušková (2010) popisuje rezidenční spokojenost jako deskriptci vzájemného vztahu jedince a rezidenčního prostředí. Tento subjektivní ukazatel nám může poukázat na to, jaké postoje zastávají obyvatelé ke svému okolí. Výzkumy zaměřené na rezidenční spokojenost jsou součástí výzkumu kvality rezidenčního prostředí, jejichž hlavním úkolem je snaha identifikovat veřejný názor na kvalitu života v konkrétním místě. Autorka následně uvádí dotazník QRS – Questionnaire on residential satisfaction, sestavený vědci v Barceloně a který se stal inspirací pro výzkumy rezidenční spokojenosti i kvality života. Dotazník je konstruován ze čtyř oddílů: indikátory okolního prostředí, spokojenost s bydlištěm, aspekty chování jedince v prostředí a sociálně-demografickou charakteristiku respondentů. Zde také uvádí, že přidruženými

částmi subjektivního hodnocení mohou také být kvantitativní proměnné, kam se zahrnují objektivní poznatky z okruhů životního prostředí (klíma, hluk), občanské vybavenosti (dostupnost určitého druhu služeb), ekonomických podmínek (nemovitosti, přístup k internetu) a společenské sféry (zábavní akce v oblasti, kulturní dění) (Hrušková, 2010).

*Obrázek 1 - Základní dělení faktorů residenční spokojenosti*



*Zdroj: Amerigo, Aragones, 1997*

Mezi nejvíce významné autory zabývající se problematikou jednotlivých faktorů, podílejících se na utváření residenční spokojenosti patří Maria Amerigo a Juan Ignacio Aragones. V článku nesoucí název *A Theoretical and Methodological Approach to the Study of Residential Satisfaction* (1997) uvádí fyzické a sociální faktory podle toho, jak jedinci hodnotí vlastnosti daného sociálního či fyzického prostředí. Důležitost je však také připisována i tomu, zda se jedná o objektivní či subjektivní faktory, které souvisejí s místem bydliště. Na obrázku č. 1 můžeme shlédnout jednotlivé faktory, které autoři uvádí, avšak i oni ve svém díle zdůrazňují, že se jedná pouze o některé jimi zvolené.

Také zdůrazňují, že právě nízká míra spokojenosti může vést až k residenční mobilitě (Amerigo, Aragones, 1997).

V této kapitole bych také rád zmínil výzkum, který se zabývá rezidenční spokojeností seniorů v proměňujících se čtvrtích Prahy. Významnost tomuto výzkumu přikládám, neboť senioři často patří i mezi skupinu zdravotně postižených v důsledku snížené mobility či soběstačnosti (viz. tabulka č. 2). Cílem výzkumu bylo zhodnotit a porovnat spokojenost seniorů v jednotlivých čtvrtích se základní občanskou vybaveností, kvalitou veřejných prostor a infrastruktury, úrovní sociálních kontaktů, dostupností a cenovou přijatelností základních služeb, blízkostí zeleně a sousedskou výpomocí. Zdůrazňuje se zde fakt, že oproti mladším lidem je u seniorů menší míra migrace v důsledku jejich zdravotnímu stavu, finanční situaci a také silné vazbě ke známému prostředí (Temelová, Dvořáková, Slezáková, 2010).

Lux (2005) ve své práci, která se zabývá identifikací faktorů podílejících se na spokojenosti s bydlením, došel k závěru, že podstatné faktory týkající se bytu, které ovlivňují spokojenost s bydlením jsou zejména rozloha, kvalita, právní důvod užívání a dominantní materiál, který byl užit pro výstavbu. Vedle toho však zdůrazňuje významnost právě i faktorů prostředí, zejména kvalitu prostředí, hluk v okolním prostředí a dostupnost služeb i práce (Lux, 2005).

Právní důvod užívání (vlastnictví/nájem), který je součástí spokojenosti s bydlením je podle výzkumu Luxe a Sunegy (2007) jedním z nejdůležitějších faktorů i v případě nepříznivé životní situace související s nezaměstnaností. Vedle toho jako hlavní důvody nestěhování také přikládá stávajícím jistotám a sociálním vazbám (rodina, přátelé) (Lux, Sunega, 2007).

Spokojenost s bydlením je ovlivňována právě kvalitou bydlení. Baxa a Osoba (2016) rozlišují jednotlivé složky kvality bydlení, která následně souvisí s celkovou spokojeností: technická, polohová, ekonomická, právně-institucionální a sociálně-kulturní (postupně řazené od hmotných ke nehmotným). „*Technická složka kvality bydlení se váže k samotnému obydlí a spadají sem i klíčová dilemata výběru nového bydlení, zejména volba typu obydlí*“ (Baxa, Osoba, 2016). Vedle volby typu bydlení však autoři uvádějí ještě faktory, kterými jsou plocha bydlení, užitý materiál na stavbu bydlení a připojení na technickou infrastrukturu. Polohová složka naopak zaměřuje svou

pozornost na místo bydlení. Tvoří jí tři oblasti, kterými jsou plochy (využitá území), síť (dopravní) a životní prostředí. Je zde zahrnuto zejména kvalita ovzduší, přítomnost vlakové stanice a městské hromadné dopravy a dopravní dostupnost do obce s rozšířenou působností. Oproti tomu ekonomická složka hodnotí ekonomické charakteristiky bydlení: cena bytu, průměrná kupní cena stavebních pozemků, nájemné, náklady na provoz bydlení a míra nezaměstnanosti. Právně-institucionální složka zdůrazňuje význam institucí, které na prostředí působí jednak svou přítomností, ale i svou působností. Význam na přítomnost jednotlivých institucí, jak zdůrazňují autoři, má zejména hierarchická úroveň sídla –předpoklad čím větší sídlo, tím lepší právně-institucionální složka kvality bydlení. Bernard (2012) shledává přítomnost mateřské školy, základní školy, ordinace lékaře pro dospělé a pro děti, prodejny potravin, tělocvičny, kulturního zařízení a hřiště za klíčové faktory, které ukazují rozvinutost venkovských obcí. Přítomnost však neznamená kvalitu, která často je klíčová. Vedle výše uvedených ukazatelů sem můžeme ještě zahrnout právní vztah k bytu/domu, ukazatel ročního přírůstku obecních bytů, počet stavebních pozemků. Sociálně-kulturní složka souvisí zejména se sociálním prostředím a sociálním kapitálem daného sídla. *„Základní prvky této složky můžeme souhrnně definovat jako sociální a kulturní charakteristiky obce, tedy sounáležitost, regionální identitu obyvatel obce; sociální kapitál, kooperaci a komunitní život obce a blízkost rodiny, přátel (sociální sítě)“* (Baxa, Osoba, 2016).

Zkoumání spokojenosti s bydlením je velmi složitý úkol, neboť na její tvorbě se podílí spousta faktorů, které souvisí jednak s konkrétním bytem/domem. Zároveň sem patří i faktory, které překračují hranice samotného domu/bytu a jsou spjaté s okolním prostředím, kde je dům/byt lokalizován. Důležitou roli hrají i lokalizované instituce, sociální prostředí i oblasti širšího rozsahu (nezaměstnanost, kupní ceny bydlení a jiné).

### **1.3 Specifické oblasti v životě osob se zdravotním postižením**

Tato část je zaměřena na popis specifických oblastí v životě osob se zdravotním postižením, které se výrazným způsobem podílejí na spokojenosti s jeho bydlením i prostředím (sociálním i územním), kde tento člověk žije. Práce v této kapitole je zaměřena zejména na přítomnost bariér ve fyzickém i sociálním prostředí, dostupnost služeb, rodinu, vzdělání, zaměstnání a finanční situaci. Rád bych hned na začátku



zdůraznil, že velmi důležitou roli hraje právě rozsah i příčina zdravotního postižení. Jiný význam zaměstnání budou dávat lidé, kteří v minulosti měli již určité pracovní návyky než lidé, kteří se zdravotně postižení narodili a do pracovního režimu nikdy nevstoupili.

### 1.3.1 Bariéry v životě zdravotně postiženého jedince

Každý z nás se během svého života mohl setkat s určitými překážkami, které nám výrazným způsobem komplikují naše každodenní činnosti. Důležité však je jak tyto překážky, které často vytváří naše okolní prostředí, jsme schopni překonat. V porovnání s člověkem, který je zdravotně postižený, naše překážky jsou často překonatelné. Pro zdravotně postiženého však tyto překážky zůstávají často nepřekonatelné v důsledku jeho fyzických či jiných možností. Tyto překážky pro zdravotně postiženého mohou mít dvojí charakter: buď život zdravotně postiženému komplikují nebo mu život v prostředí znemožňují (Opatřilová, Zámečnicková, 2014).

Autorky knihy Podpora rozvoje hybnosti osob s tělesným postižením Opatřilová a Zámečnicková uvádějí, že existuje celá řada kategorií bariér. Mezi nejvýznamnější autorky uvádějí fyzické a psychické bariéry. „*fyzické bariéry jsou chápány ve smyslu skutečných omezení v prostředí, ve kterém žijeme, a která komplikují nebo znemožňují pohyb osob s postižením v daném prostředí*“ (Opatřilová, Zámečnicková, 2014). Problematiku fyzických bariér můžeme shledat v širokém spektru každodenních činností. Například v autobusové dopravě, kde podstatná část autobusů není bezbariérová (převážně se jedná o dálkovou dopravu), což jako problematické mohou kromě zdravotně postižených shledat také matky s kočárky nebo senioři. V důsledku nedostupnosti těchto služeb jsou často zdravotně postižení nuceni využívat dopravních služeb, které jsou často oproti dálkové dopravě více finančně náročnější (využití dopravy sanitkou nebo dopravování zajištěné různými organizacemi, nejčastěji se jedná o charitativní organizace – zde jsou však vyšší finanční náklady). Jak již bylo výše zmíněno fyzické bariéry můžeme shledat při širokém spektru činností: doprava, vzdělávání, práce, nakupování, vybírání peněz z bankomatu a jiné.

V souvislosti s fyzickými bariérami a hendikepovanou osobou je potřebné si uvědomit, že tyto bariéry jsou odlišné dle míry zdravotního postižení. Další rozdílnost ve vnímání bariér bude mít také vznik zdravotního postižení: člověk připoutaný

k invalidnímu vozíku celý život je více přizpůsobený k překonávání každodenních překážek oproti člověku, který se na invalidní vozík dostal v důsledku úrazu či nemoci a pro kterého tato situace znamená vyrovnávání se se změněnou životní situací.

V souvislosti s fyzickými bariérami se v současné společnosti často setkáváme se snahou jejich odbourávání a zamezení jejich budování (často je to však nevyhnutelné). Univerzální plánování představuje snahu o vytvoření bezbariérového prostředí pro všechny, neboť problém fyzických bariér se dotýká i lidí v pokročilém věku, těhotných žen, osob doprovázejících dítě v kočárku nebo menších dětí. Oproti výše uvedeným skupinám však zdravotně postižení představují skupinu osob, která bývá omezována v právu na svobodu pohybu či dokonce dochází k ohrožení jejich bezpečnosti, zdraví nebo života (Novosad, et al. 2005).

Velkou zásluhu na výše zmíněném odbourávání těchto bariér má Úmluva o právech osob se zdravotním postižením, ve které čl. 9 (přístupnost) je zaměřený na identifikaci a následné odstranění překážek a bariér bránící přístupnosti. V souvislosti s tvorbou bezbariérového prostředí je základním právním předpisem zákon č. 183/2006 Sb. zákon o územním plánování a stavebním řádu (stavební zákon), ve kterém je uvedeno dle § 137 odst. 1 písm. h), „*že stavební úřad za určitých podmínek stanovených zákonem může nařídít nezbytné úpravy stavby, stavebního pozemku či zastavěného stavebního pozemku týkající se bezbariérového přístupu*“ (zákon č. 183/2006 Sb. zákon o územním plánování a stavebním řádu, §137 odst. 1 písm. h)). Dalšími právními předpisy, které upravují bezbariérovost prostředí, jsou zejména prováděcí vyhlášky stavebního zákona. Nejvíce důležité jsou zejména: vyhláška č. 501/2006 Sb., o obecných požadavcích na využití území (stanovení podmínek pro bezbariérové veřejné prostranství) a vyhláška č. 398/2009 Sb., o obecných technických požadavcích zabezpečujících bezbariérové užívání staveb (stanovení obecných technických požadavků tak, aby bylo umožněno užívání i osobám se zdravotním postižením).

Důležitou část výše uvedené vyhlášky č. 398/2009 Sb., o obecných technických požadavcích zabezpečujících bezbariérové užívání staveb jsou požadavky na stavby občanského vybavení (§ 6-9), kde jsou přesné požadavky, které musí tyto stavby splňovat pro zpřístupnění i osobám s určitým zdravotním postižením. Mezi stavby občanského vybavení, které musejí obsahovat prvky bezbariérovosti patří:

- „a) stavba pro veřejnou správu, soudy, státní zastupitelství, policii, obviněné a odsouzené,*
- b) stavba pro sdělovací prostředky,*
- c) stavba pro obchod a služby*
- d) stavba pro ochranu obyvatelstva,*
- e) stavba pro sport,*
- f) školy, předškolní a školská zařízení,*
- g) stavba pro kulturu a duchovní osvětu,*
- h) stavba pro zdravotnictví a sociální služby,*
- i) budova pro veřejnou dopravu,*
- j) stavba ubytovacího zařízení pro cestovní ruch s celoročním i sezónním provozem pro více než 20 osob“ (Vyhláška č. 398/2009, § 6).*

Přístupnost veřejných budov, služeb nebo dopravní infrastruktury hraje významnou roli na spokojenost daného jedince. Odstraňování fyzických bariér v prostředí pro osobu se sníženou schopností pohybu znamená umožnění plnohodnotného a aktivního zapojení do běžných každodenních činností, kterými mohou být zaměstnání, docházka do školy nebo nakupování. Zároveň zde dochází k větší míře soběstačnosti jedince, což pro zdravotně postiženého může představovat důvod vyšší míry spokojenosti s bydlením, ale i s prostředím, které ho obklopuje (Vláda ČR, 2014, dostupné z: <http://www.nrzp.cz/dokumenty/Mobilita.pdf>).

Zachování prvků bezbariérovosti je nutné pro zdravotně postiženého, který je limitován svou mobilitou, zachovat i v podobě bydlení. Byt, který splňuje základní stavebně technické požadavky, se nazývá upravitelný byt. Mezi základní předpoklady bezbariérovosti se pokládá možnost bezkolizního průjezdu vozíkem či jeho otočení o 360 °. Podlaha musí splňovat protiskluzovou úpravu povrchu se součinitelem smykového tření 0,6. Ovládací prvky (spínače, zásuvky, jističe, dveřní kliky a jiné) musí být umístěny ve výšce 600 – 1 200 mm, okna musí mít pákové uzávěry ve výšce 1 100 mm. Koupelna musí umožňovat úchyt pomocí madel a být vybavena sklopným sedátkem (500 mm nad podlahou), ruční sprchou s pákovým ovládáním, dveřmi, které se otevírají směrem ven a jiné. Byt pro zdravotně postižené však musí splňovat i podmínky úpravy balkónu, dveří, schodišť či přístupnosti všech prostor souvisejících s bydlením (kočárkárna, sklep, sušárna a jiné) (Opatřilová, Zámečnicková, 2014).

Druhou možnou kategorií bariér jsou psychické bariéry. Ty na rozdíl od fyzických, které jsou dány mobilitou v daném prostředí, jsou zakořeněné v samotných jedincích, ať už se jedná o zdravotně postiženého či zdravého jedince. (Opatřilová, Zámečnicková, 2014). Vznikají nám zde v podstatě určité symbolické hranice, které vycházejí z konceptu „my a oni“. „My“ v tomto případě tvoří většinová společnost, která se skládá ze zdravých jedinců a „Oni“ prezentují zdravotně postižení jedinci. Murphy ve svém díle Umlčené tělo poukazuje, že hendikepovaní mohou u zdravých jedinců vyvolávat strach z možného budoucího postižení nebo naopak pocit viny, že oni jsou zdraví. Také poukazuje, že postižení pro druhé znamená do určité míry poukázání na to, že současná společnost je stále plná nerovností a utrpení. Problematiku stigmatizace hendikepovaného autor shledává jako podstatu samého postižení nikoliv jako jeho vedlejší příčinu (Murphy, 2001).

Prevenčí stigmatizace z mého pohledu tvoří inkluzivní přístup. Ten se podílí právě na posílení povědomí a budování společenských kontaktů. Lidé, kteří nejsou zdravotně postižení přicházejí do kontaktu s postiženým jedincem, a tím se mezi nimi vytváří určité sociální vazby. Důležité je aktivní zapojení zdravotně postiženého do běžných činností, kde dochází právě k těmto interakcím. Jedná se o činnosti, kterými mohou být návštěva školky, školy, práce či využívání služeb denních stacionářů. Zde se sociální pracovníce/i snaží o vytvoření povědomí společnosti o zdravotně postižených pořádáním či účastněním se na určitých dobrovolnických akcí – zpěv pro veřejnost, divadelní představení a jiné.

Prostředí, kde zdravotně postižený jedinec má možnost navázání sociálních vztahů, má také vliv na jeho spokojenost a i samotnou kvalitu bydlení. Neboť právě místo, kde se může zdravotně postižený plnohodnotně zapojovat do společenského života a budovat sociální vztahy, je zárukou jeho spokojenosti a kvality jeho života.

Vedle zmíněných fyzických a psychických bariér existuje ještě celá řada dalších bariér jako technické, dopravní, komunikační, společenské či rovných šancí. Mezi většinou zmíněných bariér je úzká provázanost, kde důležitou roli hraje samotný jedinec, ale také druh a stupeň postižení, věk, zkušenosti, technická podpora a jak je zdravotně postižený jedinec schopen zacházet se speciálními pomůckami, které potřebuje nutně ke svému životu (Opatřilová, Zámečnicková, 2014).

### 1.3.2 Zaměstnání a finanční situace osob se zdravotním postižením

Právo na práci nebo její realizace na pracovním trhu patří mezi jednu ze základních podmínek pro naplnění určité hladiny kvality života. V případě dlouhodobé nezaměstnanosti může dojít až k migraci za prací. Vedle samotné nezaměstnanosti však důležitou roli hraje také touha po seberealizaci, obava z nezaměstnanosti (strach, deprese, nejistota, nedostatek peněz, existenční problémy, stres aj.) a touha po samostatnosti (Lux, Sunega, 2007).

Možnost zaměstnání v místě bydliště však někdy není realizovatelná, proto je nutná denní mobilita za prací. Převažuje využívání osobního automobilu, užívá se i veřejná doprava zejména na kratší vzdálenosti, kde stačí k cestě jen jeden spoj (Temelová et al., 2011). U zdravotně postiženého však často využití automobilu či veřejné dopravy samostatně v důsledku zdravotního omezení není možné. V dalších odstavcích se pokusím představit situaci zdravotně postiženého na trhu práce.

Zaměstnávání osob se zdravotním postižením upravuje v České republice zákon č. 435/2004 Sb. Zákon o zaměstnanosti, který v § 67 odst. 2 rozlišuje osoby se zdravotním postižením do třech stupňů invalidity a na osoby se zdravotním znevýhodněním. Osobou zdravotně znevýhodněnou představují fyzické osoby, které mají určité pracovní návyky, avšak jejich schopnost zůstat nadále pracovní začleněny jsou omezeny v důsledku jejich dlouhodobě nepříznivému zdravotnímu stavu (déle než jeden rok). Jednotlivý stupeň invalidity či určení, zda se jedná o osobu zdravotně znevýhodněnou, posuzují příslušné okresní správy sociálního zabezpečení (zákon č. 435/2004 Sb. Zákon o zaměstnanosti, § 67).

Dotazníkové šetření zabývající se postavením a strategií OZP na trhu práce uvádí, že mezi nejvýznamnější problémové oblasti kromě samotného zdravotního stavu, které se podílí na přístupu k zaměstnání jsou: nízké vzdělání, slabá motivace nebo důvěra v sebe a prostředí, nepřiměřeně vysoké finanční očekávání, neochota změny současného bydliště nebo do práce dojíždět a v poslední řadě také i pobírání starobního nebo invalidního důchodu, což má za následek vnímání svého sociálního postavení jako „důchodce“ (MPSV, Dostupné z: [https://portal.mpsv.cz/sz/obcane/zamestnavani\\_ozp/helpforthem/hlavni\\_vystupy\\_projektu\\_a\\_jejich\\_prinosy/dotaznikove\\_setreni\\_ozp\\_na\\_trhu\\_prace.pdf](https://portal.mpsv.cz/sz/obcane/zamestnavani_ozp/helpforthem/hlavni_vystupy_projektu_a_jejich_prinosy/dotaznikove_setreni_ozp_na_trhu_prace.pdf)).

Podporování zaměstnávání osob se zdravotním postižením probíhá dvěma způsoby – podpora zdravotně postiženého při získání práce nebo motivací zaměstnavatele pro vytváření pozic pro zdravotně postižené. Podpora vstupu zdravotně postiženého na trh práce probíhá zejména v spolupráci s úřady práce, které jsou řízeny MPSV. Jednou z klíčových možností podpory zdravotně postižených v souvislosti se zaměstnáním jsou pracovní rehabilitace. Pracovní rehabilitace slouží k podpoře zaměřené k získání a udržení daného zaměstnání. Pracovní rehabilitace působí na zdravotně postiženého v různých oblastech, kterými mohou být: psychologická (potlačení obav, depresí a získání sebedůvěry), fyzioterapeutická či ergoterapeutická (procvičování těla, zjištění skrytých využitelných možností), zvýšení míry soběstačnosti nebo snížení závislosti na sociálních dávkách. Pracovní rehabilitace však představuje zejména poradenskou činnost související se získáním, udržením, změnou a přípravou na samotné zaměstnání. Praktické realizování pracovní rehabilitace je poté nejčastěji realizováno skrze chráněná pracovní místa nebo chráněné dílny. Vedle úřadů práce významnou roli při podpoře zdravotně postižených na trhu práce hraje Centrum služeb pro zdravotně postižené, které v rámci jednotlivých poboček má celorepublikovou působnost. Tato centra často spolupracují s příslušnými úřady práce, které postoupí seznam pracovních míst tomuto centru. Ten následně tento seznam předá svým klientům. Liga za práva vozíčkářů je další organizací, která se snaží o odstranění překážek i v oblasti zaměstnanosti pro osoby, kde šance na uplatnění vzhledem ke zdravotnímu postižení je téměř nulová (Vítková, 2004).

Zaměstnavatelé na druhé straně mají povinnost, pokud zaměstnávají v pracovním poměru více než 25 zaměstnanců, zaměstnávat i osoby se zdravotním postižením v povinném podílu 4 %. Přímé zaměstnávání osob se zdravotním postižením však může být nahrazeno odebráním výrobků od zaměstnavatelů zaměstnávajících více než 50 % občanů se zdravotním postižením nebo odvodem do státního rozpočtu. Tento odvod činí 2,5násobek průměrné mzdy v národním hospodářství za 1. až 3. čtvrtletí sledovaného kalendářního roku za každou OZP, kterou by zaměstnavatel měl zaměstnat (Novosad, 2005).

Přínosy zaměstnávání OZP můžeme rozdělit do dvou hlavních oblastí – pro společnost/pro samotného zaměstnavatele. V oblasti společenské se rozumí zejména odlehčení finanční zátěže sociálnímu systému, avšak zaměstnání má pozitivní vliv i na samotného jedince, kterému dodává pocit sebeuplatnění či společenské potřeby a

s tím dodává i větší psychickou pohodu, což se následně může odvíjet i na jeho zdravotním stavu. Zdravotně postižená osoba pro zaměstnavatele může znamenat přínos do kultury dané společnosti nebo zlepšení společenského povědomí. Pro zaměstnavatele však poskytnutí pracovní pozice osobě se zdravotním postižením znamená i určité finanční přínosy. Zaměstnavatel nemusí hradit odvod do státního rozpočtu za nesplnění zaměstnávání povinného podílu zdravotně postižených, ale také vedle úhrady této sankce zaměstnavatel při zaměstnávání zdravotně postižených může získat daňové úlevy – sleva na dani (18 000 za 1. a 2. stupeň; 60 000 za 3. stupeň – dle úvazku), příspěvek na zapracování, příspěvek při zřízení společensky účelného místa, příspěvek při přípravě OZP k práci, příspěvek na podporu zaměstnávání OZP a další (Jindřišková, 2013).

Celkovou situaci zdravotně postižených na trhu práce nám může zmapovat poslední výběrové šetření osob se zdravotním postižením 2013 provedené Českým statistickým úřadem. Toto šetření v souvislosti se zaměstnáváním zdravotně postižených v rámci povinného podílu odkazuje na průzkum společnosti LMC. Průzkum byl realizován u 189 náhodných zaměstnavatelů a výsledkem bylo, že 77 % společností zaměstnává osoby se zdravotním postižením, avšak povinný podíl splňuje jen čtvrtina z nich – průměrný podíl zdravotně postižených činil 1,54 %. Výsledky samotného výběrového šetření zabývající se ekonomickou aktivitou nám poukázaly na fakt, že u kategorie nepracující důchodce je zastoupení na celkové skupině osob se zdravotním postižením 69 % (celková populace ČR 25,8%). Naopak v kategorii zaměstnaných podíl na celku je pouhých 9 % (celková populace ČR 46,7 %) (ČSÚ, 2014).

Možnost zaměstnání má vliv na volbu bydliště a znamená pro zdravotně postiženého zlepšení finanční situace. Zlepšení finanční situace se projevuje také na podobě bydlení i se spokojeností s bydlištěm jako takovým. Pracovní proces podporuje aktivní zapojení zdravotně postiženého do pracovní činnosti v rámci, které dochází k navazování sociálních vztahů, které také ovlivňují kvalitu života daného jedince.

Neúčast na trhu práce, ať už se jedná o určité zábrany na straně osob se zdravotním postižením nebo u zaměstnavatele, má vliv na finanční situaci zdravotně postiženého. Finanční příjem často tvoří jen invalidní důchod, dávky pro osoby se

zdravotním postižením či příspěvek na péči. Průměrný invalidní důchod pro jednotlivé stupně tvořil k 31.12.2017: 5 998 Kč; 6 922 Kč; 10 655 Kč. Avšak průměrné hodnoty nám moc neřeknou, proto je důležité zmínit, že minimální výše invalidního důchodu v roce 2018 činí 3 470 Kč – tvoří ji základní výměra 2 700 Kč + procentní výměra, která je závislá na době pojištění a na stupni invalidity (minimální zaručená procentní výměra zákonem je 770 Kč). Odlišná situace bude při výpočtu invalidního důchodu u občanů, kteří se se zdravotním postižením narodili. V tomto případě je uznán tzv. invalidní důchod z mládí. Mezi dávky, které mohou zdravotně postižení pobírat, řadíme příspěvek na mobilitu, příspěvek na zvláštní pomůcku a průkaz osoby se zdravotním postižením. Příspěvek na mobilitu může pobírat osoba starší jednoho roku, která má průkaz ZTP nebo ZTP/P a která se za úhradu v kalendářním měsíci dopravuje. Částka je fixně dána 550 Kč. Příspěvek na zvláštní pomůcku je určen osobám s těžkým nosným či hybným, zrakovým nebo sluchovým postižením. Lze ji nárokovat s ohledem na finanční situaci a také na cenu zvláštní pomůcky. Ve většině případů je zde stanovena spoluúčast hrazení 10 % zdravotně postiženými. Maximální výše příspěvku však činí 350 000 Kč a 400 000 Kč v případě pořízení „plošiny“. Odlišnou kategorií tvoří příspěvek na pořízení motorového vozidla, kde příspěvek tvoří 100–200 tis. Kč. Průkaz osoby se zdravotním postižením je určen osobám, kterým jejich zdravotní postižení omezuje pohyblivost nebo orientaci. V současné době rozlišujeme 3 druhy průkazů: TP, ZTP, ZTP/P. Každý z nich opravňuje držitele k užívání určitých benefitů, mezi které patří například bezplatná doprava průvodce nebo psa, sleva 75 % na vnitrostátní autobusové či vlakové dopravy, bezplatná doprava v rámci místní veřejné hromadné dopravy (MPSV, dostupné z: <https://www.mpsv.cz/cs/8#dsp>).

### 1.3.3 Zdravotní postižení a role rodiny

Rodina zaujímá v životě zdravotně postiženého člověka velmi důležité postavení a od instituce rodiny se také odvíjí podoba i fungování samotného bydlení. Rodina často představuje právě podporu nebo bezpečí, kterou tyto lidé vzhledem ke svému zdravotnímu stavu potřebují. Jandourek v Sociologickém slovníku rodinu definuje jako: *„Rodina je forma dlouhodobého, solidárního soužití osob spojených příbuzenstvím a zahrnující přinejmenším rodiče a děti. Další znaky toho, co je rodina, jsou socio-kulturně podmíněny. Patří k nim společné bydlení, příslušnost ke společné příbuzenské linii společná produkce a konzumování statků atd.“* (Jandourek, 2001). V souvislosti se



zdravotní postižením bych rád zdůraznil z výše uvedené definice právě část „solidárního soužití osob“. Solidarita ze strany rodiny k zdravotně postiženému je velice důležitá v důsledku jeho nižší míry soběstačnosti a s tím související vyžadovanou vyšší mírou pomoci.

Podle tiskové zprávy ČSÚ nesoucí název Se zdravotním postižením žije každý desátý občan ČR vyplývá, že rodina tvoří základní pilíř pomoci zdravotně postiženým. *„Nejvíce osobám se zdravotním postižením pomáhala rodina, tj. nejbližší příbuzní, a to v téměř třech čtvrtinách případů. Dvě pětiny těchto rodinných příslušníků se staraly o osoby s těžkým a velmi těžkým postižením“* (ČSÚ, 2014).

Rozsah pomoci, kterou zdravotně postižený vyžaduje, je závislá na tom, do jaké míry je daný jedinec soběstačný. Tato péče však představuje nejen pro postiženého, ale i pro osobu poskytující tuto péči velkou psychickou, fyzickou i časovou náročnost. Druh i míra postižení potom také ovlivňují s jakými každodenními činnostmi je potřebné danému jedinci pomáhat.

Z analýzy potřeb rodin pečujících o osoby se zdravotním postižením na Dačicku, která sloužila jako podklad pro komunitní plánování sociálních služeb vyplývá, že nejčastější dopady zdravotního postižení na rodinu jsou zejména v nedostatečné veřejné podpoře, ztrátě pozice na trhu práce a s tím související ztrátě důležitého zdroje příjmů, zhoršení rodinných vztahů (vztahové problémy či stigmatizování dětí). To vše může mít za následek vyhledávání odlehčovacích služeb nebo svěření zdravotně postiženého jedince do ústavní péče.

Silné sociální vazby, které rodina (partneři, rodiče, děti) vytváří, mají výrazný vliv na formování preferencí a rozhodování o bydlení (Lux, et al., 2012). Rodina pro zdravotně postiženého představuje často jediný zdroj péče, a proto jeho bydlení je limitováno právě rozhodováním všech členů rodiny žijících v dané domácnosti.

### **1.3.4 Možnost vzdělávání**

Vzdělání patří mezi jednu ze základních oblastí v našem životě. Většina autorů a expertů zdůrazňují, že lokalizace školy patří mezi jednu ze základních občanských vybavení každé obce (Musil, 2008). Stejně tak jako v případě zaměstnání, dostupnost

škol v drobných obcích není povinností. V souvislosti s tím se často setkáváme s častým dojížděním žáků či studentů za vzděláním – autobusová doprava či doprava do školy automobilem s rodiči (Temelová et al., 2011).

V současné době se v rámci vzdělávání osob s určitým zdravotním postižením můžeme setkat s inkluzivním přístupem ve společnosti, který se však uplatňuje i v celé řadě dalších činností, které zdravotně postižení vykonávají. V oblasti vzdělávání se tento přístup projevuje nejčastěji slučováním speciálních školek nebo škol s běžnými školkami či školami, které navštěvují zdravé děti. Důležitý dokument podporující zapojení zdravotně postižených osob je Úmluva o právech osob se zdravotním postižením, který je projektem OSN – ČR podepsala tuto Úmluvu o právech osob se zdravotním postižením v New Yorku dne 30. března 2007. Tento dokument uvádí: „*Osoby se zdravotním postižením měly na rovnoprávném základě s ostatními přístup k inkluzivnímu, kvalitnímu a bezplatnému základnímu vzdělávání a střednímu vzdělávání v místě, kde žijí*“ (OSN – čl. 24, 2006).

Toto vzdělávání je následně také i možností plnohodnotného začleňování do společnosti a s tím souvisejícím získání pozice v ní, v závislosti na možnostech a potřebách jedince (Kaleja, Zezulková 2016). Aktuální vývoj tohoto přístupu nám může znázornit analýza implementace společného vzdělávání, která uvádí že dochází k dlouhodobému úbytku žáků ve speciálních školách a naopak narůstají podíly těchto žáků ve školách běžných. V současném školním roce 2017/2018 je individuálně integrováno 68 419 žáků, což činí 71% všech žáků s určitým znevýhodněním (MSMT, 2017).

V důsledku zavádění těchto změn před námi stojí otázka. Je tento přístup vhodný či nikoliv? Každý z nás v tomto přístupu může vidět jak pozitivní, tak negativní dopady na zdravotně postiženého, ale i na zdravé jedince, kteří s postiženým přichází pomalu každodenně do osobního kontaktu. Největší kritici uvádí, že se obávají právě šikany a zhoršení kvality samotné výuky. V současné době se ztotožňuji s tvrzením Slowíka, že před námi se otvírá dlouhá budoucnost, která bude založená na aktivním společném soužití a učení se jedné skupiny od druhé (Slowík, 2007).

### 1.3.5 Dostupnost služeb

Zdravotně postižený jedinec ke svému životu, ať už žije sám nebo se na jeho péči podílí jeho nejbližší sociální prostředí, může využívat celou řadu sociálních služeb. Tyto služby pomáhají zdravotně postiženému, avšak odlehčují i osobě, která o postiženého pečuje. Sociální služby se převážně koncentrují do větších měst a se zmenšující se velikostí jejich koncentrace slábne (Michalík, 2011). Veškeré služby sociální péče, které může zdravotně postižený jedinec využít najdeme v zákoně č. 108/2006 Sb., o sociálních službách. Jsou jimi:

- Osobní asistence (§ 39 ZSS) – terénní služba
- Pečovatelská služba (§ 40 ZSS) – terénní nebo ambulantní služba
- Tísňová péče (§ 41 ZSS) – terénní služba
- Průvodcovské a předčitatelské služby (§ 42 ZSS) – terénní nebo ambulantní služby
- Podpora samostatného bydlení (§ 43 ZSS) – terénní služba
- Odlehčovací služby (§ 44 ZSS) – služby terénní, ambulantní nebo pobytové formy
- Centra denních služeb (§ 45 ZSS) – ambulantní služba
- Denní stacionáře (§ 46 ZSS) – ambulantní služba
- Týdenní stacionáře (§ 47 ZSS) – pobytová služba
- Domovy pro osoby se zdravotním postižením (§ 48 ZSS) – pobytová služba
- Domovy se zvláštním režimem (§ 50 ZSS) – pobytová služba.
- Chráněné bydlení (§ 51 ZSS) – pobytová služba
- Sociální služby poskytované ve zdravotnických zařízeních (§ 52 ZSS) – pobytová služba (Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách).

Zdravotně postižení patří mezi skupinu, která je nejpočetnější v užívání výše uvedených služeb. Tyto služby pomáhají zajistit běžný život těmto jedincům. Jsou to zejména činnosti související s prací, vzděláním a jiné. Avšak i zprostředkování zajištění pomoci s volnočasovými aktivitami, starost o sebe nebo o domácnost (MPSV, Dostupné z: <https://www.mpsv.cz/cs/18661>).

Lux (2004) uvádí v knize *Too poor to move, too poor to stay* důležitost chráněného bydlení, kde zdravotně postiženým pomáhá asistenční služba. Vyzdvihuje práci sociálních pracovníků, kteří zdravotně postiženým pomáhají s celou řadou aktivit.

Tyto aktivity zahrnují zajišťování formalit a pracovních příležitostí v dílnách, zahradách, kuchyni a podobně.

Vedle sociálních služeb důležitou roli hrají také zdravotní služby. Zdravotně postižení využívají zejména služeb praktického lékaře, avšak dle typu zdravotního postižení jsou nuceni využívat také služeb specialisty. Zdravotní stav často vyžaduje také i využívání rehabilitací či fyzioterapií (Hošťálková, 2015).

Podstatnou roli v oblasti služeb hraje také možnost využití veřejné dopravy, která slouží danému jedinci k cestování do školy, do zaměstnání, za kulturou, sportem, poznáním a jinými aktivitami. Možnost využití služeb obchodů různého zaměření je pro zdravotně hendikepovaného také nezbytná. Frantál, Maryáš (eds.) ve své knize *Prostorové chování: vzorce aktivit, mobilita a každodenní život ve městě se zaměřují i na skupinu osob pohybově postižených*. Konkrétně se zabývají prostorovou mobilitou ve městě Brně a zdůrazňují, že cestování pro tuto skupinu osob je důležité, avšak často i stresující (Frantál, Maryáš, 2012).

## **1.4 Život ve městě x život na venkově**

Kapitola život ve městě x život na venkově se zabývá teoretickými východisky důležitými pro empirickou část této práce. Hlavním cílem je identifikovat pozitiva či negativa života ve městě a na venkově, které mají klíčový význam pro život člověka se zdravotním postižením.

### **1.4.1 Život ve městě a jedinec se zdravotním postižením**

Sídelní struktura České republiky se vyznačuje zejména nízkým zastoupením velkoměst, významnou rolí malých a středních měst a zároveň také i vysokým stupněm rozdrobenosti venkovských sídel. K 1. 1. 2011 na území České republiky existovalo celkem 6 251 obcí. Z celkového počtu obcí bylo 559 měst a 124 městyšů. Míra urbanizace českého osídlení dosahovala 70,3 % (počítáme-li městyse k venkovským obcím). (MU, Dostupné z: <https://is.muni.cz/do/rect/el/estud/pedf/js13/geograf/web/pages/02-sidelni-struktura.html#sidelni-struktura>).

Aktuální územní rozložení počtu obyvatel je v současnosti ovlivněno procesem suburbanizace. „*Suburbanizací se zpravidla rozumí růst města prostorovým rozpínáním do okolní venkovské a přírodní krajiny. Suburbanizace je spojována s nižší hustotou osídlení, než existuje ve městě a rozvolněnou, řídkou, rozptýlenou či roztroušenou zástavbou*“ (Sýkora, 2002). Sýkora (2002) také uvádí, že v poslední době v těchto oblastech dochází vedle stavby rodinných domků ke stavbě obchodů či výrobních provozů. Zároveň v rámci procesů dochází k problémům, které mají ekonomický, sociální i enviromentální charakter. Nejvíce zdůrazňuje problém sociální, kdy se do příměstských oblastí stěhují z vnitřních částí města finančně silnější rodiny.

Ale co město vlastně může zdravotně postiženému jedinci nabídnout? Šustrová a Šimon (2012) mezi hlavní pozitiva řadí oblast služeb, kterou vystihují tři hesla: dostupnost, kvalita a výběr. Větší dostupnost, kvalita i výběr je zapříčiněný větší koncentrací obyvatel, která vyvíjí větší tlak na kvalitu i cenu služeb. Zároveň také zdůrazňují, že ve městě není nutné užívat osobní automobil. Pro zdravotně postižené je doprava velice důležitým prvkem ovlivňující jejich život. Města v souvislosti s dopravou se snaží pokrýt veřejnou městskou dopravu nízkopodlažními vozy. Hošťálková (2015) uvádí, že významnou úlohu při množství nabízených služeb sehrává právě velikost města. Větší města poskytují větší nabídku služeb. Na to doplácí zejména menší obce v okolí, neboť služby větších měst málokdy opouštějí hranice města.

Vliv velikosti města zdůrazňují i Maryáš a Vystoupil (2006), kteří vycházejí z dvou funkcí města. První funkcí je městotvorná, která je charakterizována tím, že produkované zboží či služby městem jsou určeny pro obyvatelstvo mimo území města. Druhou pro nás důležitější funkcí představuje městoobslužná, která tvoří zboží a služby pro samotné obyvatelstvo daného města. Autoři přímo uvádějí: „*Obvykle čím je město větší, tím je větší podíl městoobslužné funkce (podle různých výzkumů 25-55 % EA<sup>1</sup> pracuje v městoobslužných odvětvích)*“ (Maryáš, Vystoupil, 2006). To pro zdravotně postiženého může znamenat větší možnosti při hledání vhodného vzdělávacího zařízení, volnočasových aktivit či zdravotnických zařízení.

---

<sup>1</sup> EA = ekonomicky aktivních

Další pozitivní oblastí, kterou město svým obyvatelům poskytuje, je větší možnost pracovního uplatnění. Nejčastěji se to týká lépe finančně ohodnocené či různorodější práce (Šustrová, Šimon, 2012). Pro zdravotně postižené větší možnost pracovního uplatnění znamená větší možnosti participace v pracovním procesu.

Posledním významnou oblastí, kterou město zdravotně postiženému může poskytnout, je větší míra odstraňování fyzických bariér v prostředí města. Šika (2012) uvádí, že vývoj odstraňování bariér probíhal od roku 1989 odlišně u venkovských a městských sídel. Uvádí, že ve městech se rychlým způsobem ujala myšlenka integrace zdravotně postižených. To zapříčinilo řadu úprav budov občanské vybavenosti, zejména veřejného prostranství. Po provedeném průzkumu autor uvádí: „*Rozdíl mezi budováním bezbariérového veřejného prostředí ve městech a na vesnicích je po dvaceti letech budování občanské společnosti propastný. Vedle tradiční konzervativnosti venkova je důvodem i malý tlak veřejnosti a jistým faktorem je nepochybně i omezenost obecních rozpočtů*“ (ŠIKA, 2012).

Město však svým obyvatelům neposkytuje jen pozitiva. Často se zmiňuje zhoršená kvalita životního prostředí, zahuštěnost či přeplněnost prostoru, nižší podíl zeleně, vyšší hladina hluku, celkově vyšší cenová úroveň. Další negativa vycházejí z městské společnosti v pojetí, které popisuje Tönnies jako tzv. *gesellschaft*. Město je reprezentováno jako individualizace, anonymita a negativní sociální jevy. Negativní sociální jevy se mohou projevat nižší mírou bezpečnosti pro své členy (Šustrová, Šimon, 2012).

#### **1.4.2 Život na venkově a jedinec se zdravotním postižením**

Život na venkově s sebou přináší také řadu výhod, kterými mohou být zejména klidnější prostředí, vyšší kvalita životního prostředí či blízkost přírody (Binek, 2010). Pro zdravotně postižené právě toto může znamenat možnost využití klidu, harmonie či aktivní trávení volného času v případě, že jeho zdravotní stav mu to dovoluje. Život v takovém prostředí pro tohoto jedince může vést právě ke zlepšení zdravotního stavu díky nižší míře stresu.

Druhou oblast tvoří kvalita bydlení. Lidé tu mohou vlastnit svůj vlastní rodinný dům, vlastní zahradu či zemědělské pozemky. Zároveň důležitým pozitivem jsou nižší

finanční náklady spojené s životem na venkově v důsledku nižších příležitostí a nižších možností využití finančních prostředků. V poslední řadě obyvatelé venkova lpí na dodržování společenských a kulturních tradic. Významnou úlohu zde hrají i bližší vztahy mezi jedinci či nižší míra kriminality. (Šustrová, Šimon, 2012)

Vedle výhod však stejně jako ve městě i zde je řada negativních oblastí, s kterými se obyvatelé potýkají. Maříková (2004) uvádí špatnou dopravní dostupnost, nezaměstnanost a nedostatek pracovních příležitostí, malou možnost společenského, kulturního a sportovního vyžití a špatnou vybavenost. Velkou problematikou života na venkově pro zdravotně postižené je zejména špatná dostupnost služeb – školy, zdravotní zařízení či sociální zařízení.

## **2. Empirická část**

### **2.1 Cíl práce**

Hlavní cíl této bakalářské práce je identifikace preferovaného místa bydliště zdravotně hendikepovaných. Tento cíl byl konstruován tak, aby došlo k zjištění, jaké jsou představy respondentů v souvislosti s vhodnější lokalitou pro zdravotně hendikepované.

### **2.2 Výzkumné otázky**

1. Jak hodnotí zdravotně hendikepovaný mnou zvolené specifické oblasti v místě bydliště?
2. Jakých aspektů života ve městě a na venkově si zdravotně hendikepovaný cení a kterých naopak ne?
3. Jaká je spokojenost se současným stavem bydliště a bydlení? Splňuje veškeré potřebné aspekty, který jedinec vzhledem ke svému zdravotnímu stavu potřebuje?
4. Jaké jsou předpokládané budoucí změny související s bydlištěm či bydlením a jejich případný důvod?

### **2.3 Výzkumná metoda a techniky**

V rámci tohoto výzkumu byla zvolena kvalitativní metoda sběru dat. Konkrétní techniku představoval rozhovor podle polostandardizovaného (polostrukturovaného) scénáře. V důsledku volby tohoto druhu rozhovoru byly respondentům pokládány i doplňující a upřesňující otázky. Kvalitativní metoda sběru dat byla zvolena z důvodu nižšího počtu respondentů, kteří by se výzkumu mohli zúčastnit, ale i v některých případech kvůli odmítavému přístupu ke spolupráci.



## 2.4 Výběr vzorku

Výběr respondentů byl realizovaný v rámci užití záměrného vzorku, protože již dopředu mi bylo známo, jakou cílovou skupinu hledám. Jedná se o osoby s určitým zdravotním hendikepem. Při výběru respondentů jsem zvolil své místo bydliště, kde jsem již v minulosti navázal kontakty se zdravotně postiženými ve Stacionáři mezi mosty, v pracovních zařízeních či jsem znal osobně osoby pečující o zdravotně postižené. V důsledku toho jsem se rozhodl jednotlivé respondenty vybrat ze správného obvodu obce s rozšířenou působností Trutnov. Zohlednil jsem také, aby všichni respondenti nebyli obyvatelé města Trutnov. Proto jsem zvolil i menší obce lokalizované zejména v podhorských oblastech.

Druhým problémem, který jsem musel vyřešit bylo to, aby rozhovory byly reliabilní v důsledku psychického stavu daného jedince a v některých případech i nemožnosti jeho ústní komunikace. V těchto případech jsem rozhovor realizoval s opatrovníky či osobami pečujícími o zdravotně postiženého. V případě, že daný jedinec byl schopen sám hovořit a jeho psychický stav byl v pořádku, volil jsem respondenta na základě toho, zda pobírá invalidní důchod prvního až třetího stupně.

Ať už samotnou volbou bydliště respondenta či druhem zdravotního postižení jsem se snažil dosáhnout toho, aby rozhovory jednotlivých respondentů nebyly shodné. Vedle tohoto jsem zohlednil také rodinné zázemí, druh bydlení, lokalizaci zdravotního zařízení, dostupnost bezbariérové dopravy či účast na zaměstnání.

Snahou bylo spolu s výše sledovanými faktory zahrnout i faktor věku. Tento faktor se mi však nepodařilo do analýzy zahrnout pro náhlý odmítavý přístup ke spolupráci. Skupinu osob staršího věku (senioři) charakterizuje nižší míra prostorové mobility za účelem stěhování. To může být zapříčiněno například sociálními či citovými vazbami na byt či prostředí nebo horším zdravotním stavem seniora. Následně skupinu starších osob také charakterizuje to, že jsou se svým bydlením velmi spokojeny. (Svobodová, 2009)

Účast na rozhovoru mi přislíbilo již v březnu 8 respondentů, což jsem shledal jako dostačující. Z těchto 8 respondentů jsem volil kritérium, aby se nejednalo o osoby se

shodným místem bydliště. 4 respondenti byli vybráni z města Trutnova či velmi blízkého okolí a 4 respondenti byli vybráni z horských oblastí Krkonoš.

## 2.5 Popis terénu

Jak již bylo výše uvedeno výběr respondentů byl založen na lokalizaci bydliště v správním obvodu obce s rozšířenou působností (dále jen SO ORP) Trutnov. SO ORP Trutnov se skládá celkem z 31 obcí a z nichž 8 obcí má statut města, a to Trutnov, Svoboda nad Úpou, Žacléř, Janské Lázně, Pec pod Sněžkou, Pilníkov, Úpice a Rtyň v Podkrkonoší. Tento správní obvod se rozkládá převážně v hornaté krajině východních Krkonoš. Životní prostředí je zde velice kvalitní. V důsledku toho je zde veliký zájem o trvalé i rekreační bydlení.

## 2.6 Sběr a zpracování dat

Rozhovor byl realizován celkem s 8 respondenty v rámci předem připraveného polostandardizovaného (polostrukturovaného) scénáře, který byl rozložen celkem do čtyř bloků podle stanovených výzkumných otázek. V rámci rozhovoru jsem se pokusil využít doplňujících a upřesňujících otázek pro rozvedení daného tématu a získání většího množství mnou potřebných informací. Rozhovory byly realizované doma u respondentů, popřípadě v místě přijatelném pro obě strany. Avšak rozhovor byl vždy realizován jako „face to face“. Během samotného rozhovoru jsem se snažil o vybudování přátelského vztahu se samotným respondentem a odpoutání od situace, že náš rozhovor byl zvukově nahráván. V rámci těchto situací jsem se snažil o rozehrání (warm up) respondenta před zahájením hlavních otázek. Toho jsem se pokusil docílit prostřednictvím komunikace o pozitivních aspektech bydlení či prostředí, kde je bydlení lokalizováno. Trvání rozhovoru bylo v průměru 25 minut. Délka rozhovoru byla ovlivněna zejména výřečností a komunikativností samotného respondenta.

Jak již bylo výše zmíněno, rozhovory byly nahrávány na mobilní telefon. V důsledku této skutečnosti jsem vždy respondenty ujistil o anonymitě rozhovoru a s jeho budoucím nakládáním. V důsledku anonymity v této práci nebudu uvádět místo bydliště ani jména – jednotliví respondenti budou označeni respondent 1, respondent 2 ...

Po získání všech zvukových nahrávek rozhovorů bylo využito programu F4, který sloužil pro přepsání daných rozhovorů. Analýza rozhovorů následně probíhala prostřednictvím programu MAXQDA, který je určen pro profesionální analýzu kvalitativních dat a organizaci poznatků.

## 2.7 Výsledky

V této kapitole se pokusím představit jednotlivé respondenty. Následně je tato část věnována jednotlivým výzkumným otázkám, na které se v rámci zjištěných dat pokusím odpovědět. V závěru každé z výzkumných otázek bude následovat shrnutí pro lepší orientaci.

### 2.7.1 Respondenti – tabulární představení a charakteristika

Tabulka 1 - Věk, pohlaví, postižení/hendikep a současný stav respondentů

| Číslo respondenta | Věk    | Pohlaví | Postižení/hendikep                    | Současný stav  |
|-------------------|--------|---------|---------------------------------------|--|
| R 1               | 41 let | Žena    | Diabetes mellitus (cukrovka)          | Nezaměstnaná, vyžaduje pomoc                         |
| R 2               | 64 let | Muž     | Mozková příhoda                       | Zaměstnaný, nevyžaduje pomoc                         |
| R 3               | 61 let | Muž     | Rozdrcené kotníky a pata po úraze     | Zaměstnaný, omezená mobilita                         |
| R 4               | 88 let | Žena    | Mozková příhoda, rakovina             | Nezaměstnaná, nepohyblivá, vyžaduje 24 hod. péče     |
| R 5               | 83 let | Žena    | Alzheimerova choroba, Mozková příhoda | Nezaměstnaná, Nepohyblivá, vyžaduje 24 hod. péči     |
| R 6               | 27 let | Muž     | Postižená levá část mozku kvůli úraze | Nezaměstnaný, vyžaduje 24 hod. péči, invalidní vozík |
| R 7               | 53 let | Muž     | Úraz na páteři v bederní části        | Zaměstnaný, nevyžaduje pomoc                         |

|            |        |     |                                   |  |
|------------|--------|-----|-----------------------------------|--|
| <b>R 8</b> | 62 let | Muž | Mozková příhoda, infarkt myokardu | Nezaměstnaný, Nepohyblivý, vyžaduje 24 hod. péči |
|------------|--------|-----|-----------------------------------|--|

Autor: Lukáš Povolný

Tabulka 2 - Místo bydliště, druh bydlení, doba bydlení a osoby ve společné domácnosti

| Číslo respondenta | Místo bydliště                | Druh bydlení | Doba bydlení | Osoby ve společné domácnosti |
|-------------------|-------------------------------|--------------|--------------|------------------------------|
| <b>R 1</b>        | Město                         | Rodinný dům  | 23 let       | Dcera                        |
| <b>R 2</b>        | Město                         | Panelový dům | 6,5 let      | Manželka                     |
| <b>R 3</b>        | Město                         | Panelový dům | 10 let       | Manželka                     |
| <b>R 4</b>        | Drobná obec v blízkosti města | Rodinný dům  | 2 roky       | Syn, matka                   |
| <b>R 5</b>        | Drobná obec                   | Rodinný dům  | 50 let       | Dcera                        |
| <b>R 6</b>        | Drobná obec                   | Rodinný dům  | 18 let       | Matka, sestra, otec matky    |
| <b>R 7</b>        | Drobná obec                   | Rodinný dům  | 5 let        | Manželka                     |
| <b>R 8</b>        | Drobná obec                   | Rodinný dům  | 6 let        | Manželka a dvě děti          |

Autor: Lukáš Povolný

## Respondent 1

Respondentka žije spolu se svojí dcerou v rodinném domě na okraji města. U respondentky byla zjištěna ve věku 20 let diabetes mellitus (cukrovka) a od narození má hendikep ruky vzniklý při porodu. Veškeré fungování rodiny je ovlivněno zdravotním stavem, v jakém se respondentka ocitá. V současné době respondentka vyžaduje pravidelnou domácí zdravotní péči poskytovanou Českým červeným křížem „Alice“. Často kvůli zhoršenému zdravotnímu stavu je vyžadován zásah záchranné služby. Respondentka v současné době je v nemocničním zařízení, proto rozhovor byl realizován s její dcerou, která matce pomáhá a podporuje ji. Respondentka vzhledem ke špatnému zdravotnímu stavu je nezaměstnaná a současné fungování rodiny je v důsledku toho ovlivněno špatnou finanční situací. Nejvíce rodina negativně pociťuje absenci vlastnictví osobního automobilu.

## **Respondent 2**

Respondent žije spolu se svojí manželkou v panelovém domě kousek od centra města. V současné době je zaměstnán jako vrátný. Jeho zdravotní stav ovlivnila mozková příhoda, kterou prodělal před 8 lety. Mozková příhoda měla za následek ochrnutí levé části těla. V této době respondent žil sám a situaci řešil tak, že na sobě pracoval a vše se učil v rámci vlastních možností. V současné době je jeho zdravotní stav na dobré úrovni. Limitaci tvoří jen horší schopnost mobility. V důsledku toho byt, který pořizovala jejich dcera, byl lokalizován s ohledem na celkovou dostupnost služeb potřebných ke každodennímu fungování. Respondent je v současné době velmi spokojený, neboť má rodinu, práci a volný čas tráví na chatě v přírodě.

## **Respondent 3**

Respondent žije spolu se svojí manželkou v panelovém domě na sídlišti ve městě. V současné době je zaměstnán jako vrátný. Kvůli úrazům došlo k rozdrčení kotníků a paty. Krátký čas po úraze strávil na invalidním vozíku, a proto je pro něho velice důležité, aby jeho prostředí bylo co nejvíce dostupné vzhledem k fyzickým bariérám v prostředí. V jeho bytě proběhla rekonstrukce na bezbariérový byt a využívá také veškeré pomůcky k zajištění lepšího fungování. V současné době jeho mobilita je snižena. Život ve městě hodnotí velice pozitivně, neboť kvalita prostředí zejména chodníků mu pomáhá k lepšímu každodennímu fungování.

## **Respondent 4**

Respondentka žije spolu se svým synem v rodinném domě v blízkosti města. Před dvěma roky prodělala mozkovou příhodu. V důsledku toho jí její syn musel odvézt z jejího domu, aby o ní mohl pečovat. Současný zdravotní stav respondentky je limitován mobilitou (respondentka je pouze ležící) a přidruženou nemocí rakovinou. V důsledku špatné možnosti komunikace byl rozhovor realizován s jejím synem, který o svoji matku pečuje.

## **Respondent 5**

Respondentka žije spolu se svojí dcerou v rodinném domě v podhorské oblasti Krkonoš. Zdravotní stav respondentky je limitován sníženou možností pohybu v důsledku proděláním mozkové příhody. Významnou úlohu na zhoršeném zdravotním

stavu sehrává také Alzheimerova choroba. V důsledku nemožnosti komunikace, rozhovor byl realizován s dcerou respondentky. Dcera pro zajištění péče o matku vyžaduje pomoc svých sourozenců, neboť nevlastní osobní automobil, který v místě bydliště je nutný pro zajištění základních potřeb pro každodenní fungování – nákupy, dojíždění do nemocnice či za lékaři. Pro dceru je velice důležité, aby její matka byla v jejím přirozeném prostředí, avšak vzhledem k zhoršujícímu se zdravotnímu stavu dcera požádala o přijetí matky do domova pro seniory. Tam však matku umístí jen v případě, že péči o svoji matku již nebude schopná zajistit.

### **Respondent 6**

Respondent žije spolu se svojí matkou v drobné obci v podhorské oblasti Krkonoš, kde vlastní celá rodina rodinný dům. Rozhovor byl realizován s matkou, která respondentovi vykonává opatrovníka. Respondentův zdravotní hendikep byl způsoben úrazem v dětství. V sedmi letech nešťastnou náhodou spadl do řeky Úpy, která v té době byla v rozvodněná. Respondenta se podařilo nalézt až po 30 minutách s vážným úrazem hlavy a po dlouhou dobu byl bez přísunu kyslíku. Po dlouhé zdravotní a rehabilitační péči byl jeho zdravotní stav stabilizován. V současné době je však odkázán na invalidní vozík, mixovanou stravu a 24 hodinovou péči matky. Respondent vnímá, avšak není schopen komunikace. Jak již bylo výše uvedeno v rodinném domě žije vedle matky ještě sestra respondenta a otec matky. Fungování celé rodiny je závislé na vzájemné spolupráci, podpoře a vlastnictví osobního automobilu, který je nutný k zajištění zdravotní péče o respondenta.

### **Respondent 7**

Respondent žije spolu se svojí manželkou v drobné obci v podhorské oblasti Krkonoš v rodinném domě. V současné době je respondent zaměstnán jako vrátný. Před pár lety prodělal úraz na páteři v bederní části páteře, který i v současné době způsobuje respondentovi bolesti nohou i rukou. Výkon zaměstnání respondenta je závislý na dojížděci, neboť v jeho místě bydliště není žádná možnost výkonu zaměstnání. Respondent hodnotí místo bydliště pozitivně, avšak shledává, že zde schází některé ze služeb základní občanské vybavenosti. V důsledku toho zvažuje stěhování do menšího města, kde bude mít větší dostupnost služeb i větší možnost výběru služeb.

## **Respondent 8**

Respondent žije spolu se svojí manželkou a dvěma dětmi v drobné obci o velikosti přibližně 200 obyvatel. Zde žijí v rodinném domě. Respondent prodělal opakovaně srdeční infarkt a jednu mozkovou příhodu. V důsledku toho je jeho zdravotní stav ovlivněn sníženou mobilitou a omezenými komunikačními schopnostmi. Rozhovor byl proto realizován s jeho manželkou. Celkové každodenní fungování rodiny je limitováno špatnou finanční situací rodiny a absencí vlastnictví osobního automobilu. Doprava sehrává důležitou roli, neboť v místě bydliště nejsou lokalizovány žádné ze základních služeb občanské vybavenosti.

### **2.7.2 Hodnocení vybraných oblastí respondenty**

Pomocí této výzkumné otázky se pokusím popsat stávající situaci jednotlivých respondentů v jejich místě bydliště či v rámci každodenního fungování.

#### **Dostupnost prostředí (fyzické bariéry)**

- **Respondenti, kteří fyzické bariéry v prostředí neshledávají jako problém**

První skupinu respondentů, která hodnotila dostupnost prostředí, tvořili ti jedinci, kteří neshledávají bariéry v prostředí jako problém v místě bydliště či v samotném bydlení. Tuto skupinu osob charakterizuje lepší zdravotní stav související převážně s dobrou mobilitou.

*„No tak vzhledem k tomu, že jsem se rozchodil, tak nějak i když tam není to... žádný bezbariérový vstupy, tak mi prakticky nedělá problém...“.* (Respondent 2)

*„Bydlíme vlastně v přízemí. Což nemáme nic hrozného. Nějakých 6, 7 nebo 8 schodů a už... a už jsme vlastně doma“.* (Respondent 7)

- **Respondenti, kteří bariéry v prostředí shledávají jako problém**

Druhou skupinu respondentů tvoří ti, kteří bariéry v prostředí shledávají jako problém. Ten ovlivňuje zdravotně hendikepovaného v místě bydliště nebo v samotném bydlení. Tuto skupinu v prvé řadě představují respondenti, kteří tyto bariéry pro lepší fungování či zajištění kvalitnější péče odstraňují.

*„Byli jsme na tom tak, že 4 schody a museli jsme jí snášet v náručí do auta, když jsme potřebovali jít k lékaři. Rodina pomohla. Udělal se další vchod. Tak že my teďka můžeme vyjíždět“.* (Respondent 5)

*„Když jsme ho vlastně dělali, že jelikož jsme už starší lidi, tak jsme ho udělali bezbariérový“.* (Respondent 3)

Následně tuto skupinu respondentů představují také ti, kteří bariéry v místě bydliště či v samotném bydlení shledávají a určitým způsobem je překonávají.

*„Tak že ji vždycky musím dolů ze schodů dostat ven. Pak vedle baráku si musím postavit auto“.* (Respondent 4)

*„Tak že vlastně vedu ho za ruku v podstatě a chodíme spolu, aby nespadl“.*  
(Respondent 8)

## **Možnost vzdělání či zaměstnání**

- **Respondenti, kteří hodnotí možnost vzdělání či zaměstnání jako důležité**

Možnost zaměstnání hodnotí jako důležité skupina osob, kterou charakterizuje to, že jsou pobíratele invalidního důchodu I. nebo II. stupně a od kterých se vedle příjmu, který představuje invalidní důchod očekává i vykonávání zaměstnání. Zároveň tito respondenti zdůrazňují, že možnost vyhledat zaměstnání pro ně nepředstavuje žádné komplikace.

*„No našel. Ono se tady dá. Zase si vezměte... dneska je málo lidí, takže tady na vrátnici není problém“.* (Respondent 2)

*„Už je ta možnost sehnat někde ve městě tohle strojírenství nebo něco takového. Nebo když bude místo. Tam se vyrábí. Není to tak strašný. Jo jako? Není to zase tak hrozný pro nás“.* (Respondent 7)

Problematiku související se zaměstnáváním respondenti spatřují v limitaci výběru zaměstnání či nutnost výkonu zaměstnání skrze pracovní agentury.

Možnost vzdělání shledává respondentka 6 za významnou pro svého syna. Sama konstatuje, že vzdělání představuje aktivní zapojení jedince do skupiny vrstevníků.



„\*\*\*\*\* chodil do školy. Chodil do toho Horního Starého Města. Mě teda nikdy nenapadlo, že by nějakou školu navštěvoval, ale já jsem vždycky byla ta, kdo byl proto. Ne, že by se tam něco naučil. Protože se tam nic nenaučil, ale jako, že byl v kolektivu nějakých těch vrstevníků“. (Respondent 6)

- **Respondenti, kteří hodnotí možnost vzdělání či zaměstnání jako nedůležitou**

Do této skupiny v rámci získaných informací od respondentů lze zahrnout osoby, které pobírají invalidní důchod III. stupně nebo je lze označit za pobíratele starobního důchodu. Také tyto respondenty charakterizuje horší zdravotní stav.

„Nemůže. Dříve vykonával, když ještě taky mohl“. (Respondent 8)

„Pokud by měla jako takový hendikep jako... tak v podstatě nemůže dělat nic“. (Respondent 4)

## **Význam rodiny**

Respondenti se ve většině případů shodnou, že rodina v životě zdravotně hendikepovaného sehrává důležitou roli. Často se jedná o pomoc při zajištění každodenní péče a podporu zdravotně hendikepovaného i osobu pečující.

„No rodina, že prostě ho hodně podporuje a prostě jako pomáhá, protože vlastně já... já jako bych to jako sama taky nezvládala“. (Respondent 8)

„Jako... rodina hodně pomáhá. Jo? Jak tomu opatrovníkovi, tak opatrovnici“. (Respondent 6)

## **Dostupnost služeb – nemocnice, lékař, doprava**

- **Respondenti žijící ve městě**

Respondenti žijící ve městech tvoří skupinu, která nespatřuje problém v lokalizaci služeb potřebných pro jejich každodenní fungování v místě bydliště. Tyto služby jsou často lokalizované v blízkosti místa, kde respondenti bydlí.

„To jako tady v \*\*\*\*\*. To my máme vlastně kousek od baráku. Takže když se zavolala rychlá opravdu přijeli hned“. (Respondent 1)

*„Tak vlastně dostupnost krámů do 150 m. Zastávka do 150 m ať autobusová nebo vlaková. Jo, prostě veškerý služby, který potřebujeme k životu, tak to je v okolí někde“.*

(Respondent 3)

- **Respondenti žijící mimo město**

Respondenti žijící mimo město patří mezi skupinu osob, která shledává problém v absenci lokalizace služeb v místě bydliště. Často musejí za těmito službami cestovat do města. Problematiku shledávají zejména v tom, že v místě bydliště není lokalizováno zdravotní zařízení.

*„Do nejbližší vesnice, je to asi 2 km. To jsou Bernartice a tam je, jakože obchod. Tak potraviny. Ale žádný zdravotní středisko tam jako není“.* (Respondent 8)

Respondenti žijící mimo město shledávají problematickou zejména dopravu za těmito službami. Veřejnou dopravu vzhledem k zdravotnímu stavu shledávají jako nevyužitelnou (na tomto výroku se shodují i lidé žijící ve městech), proto využívají k zajištění služeb dopravu osobním automobilem. Dopravování do zdravotního střediska v případě absence automobilu realizují prostřednictvím sanitky.

*„Hromadnou dopravu s tímhle postižením nejde vůbec využívat“.* (Respondent 4)

*„My veřejnou dopravu absolutně nemůžeme využívat, neboť nevím, jakým způsobem bychom dostávali maminku do autobusu, protože tam jsou ty schody. To je prostě nevyřešený.“* (Respondent 5)

## **Finanční situace**

- **Respondenti hodnotící stávající finanční situaci jako dobrou**

Dobrou stávající finanční situaci můžeme shledat u skupiny respondentů, kde příjem rodiny tvoří pouze invalidní důchod, popřípadě příspěvek na péči. Často se jedná o osoby, které mají zaměstnání či v společné domácnosti žije ještě jedna osoba, která má zajištěný svůj vlastní příjem.

*„Nemám pocit, že bych díky tomu si nemohl dovolit dopřát to, co jsem si mohl dopřát před úrazem“.* (Respondent 3)

*„Finanční situaci babičky hodnotím velkoryse. Babička se má hezky, protože pobírá vlastně důchod. Dejme tomu 10 tisíc k tomu 10 tisíc na péči“.* (Respondent 4)

- **Respondenti, kteří hodnotí stávající finanční situaci jako špatnou**

Tyto respondenty charakterizuje zejména to, že příjem celé rodiny je založen pouze na finančních prostředcích z invalidního důchodu, příspěvku na péči a jiných dávek. Vedle toho v těchto rodinách žijí osoby, které nemají zajištěný svůj vlastní příjem a jsou vázané na finance z těchto dávek zdravotně hendikepovaného. Často zde jsou také velké výdaje na zajištění péče o osobu se zdravotním hendikepem.

*„Jako takhle, když jsou na to dva... jako. Že jo? Tak to je o něčem jiném. Když jsou ti lidé vlastně spolu a starají se o někoho. No, takhle. Když je člověk sám teda postižený a vlastně si ještě někoho platí, tak jako je to slabý“.* (Respondent 6)

*„Musela mít pravidelnou stravu. Mít teplý jídlo. Opravdu musela si to hlídat. Když pak lidi nemají peníze právě z tohoto důvodu, tak jsou ve stresu. Pak zase padají do toho kómatu. A musí znova do nemocnice. Jo v tomhle tom já si myslím, že ti zdravotně postižení nejsou dostatečně zabezpečeni“.* (Respondent 1)

### **Shrnutí: Jak respondenti hodnotí vybrané oblasti**

Všem respondentům byly předloženy otázky zabývající se zjištěním aktuální situace jednotlivých respondentů související s místem bydliště či každodenním fungováním. První zvolenou oblast tvořila dostupnost prostředí (fyzické bariéry v prostředí). Respondenti zauímají k bariérám v prostředí dvojí postoj: buď je neshledávají jako problém (respondenty charakterizuje lepší zdravotní stav), anebo je shledávají jako problém. Druhou skupinu představují ti, kteří bariéry překonávají nebo ti, kteří se je snaží limitovat. Možnost aktivní účasti na zaměstnání přikládají větší význam osoby, u kterých se předpokládá aktivní zapojení do zaměstnání (pobíratelé invalidního důchodu I. a II. stupně). Naopak respondenti, které charakterizuje zhoršený zdravotní stav a kteří jsou pobíratelé invalidního důchodu III. stupně či starobního důchodu, možnosti účasti na zaměstnání nepřikládají význam. Možnost vzdělání představuje zejména zapojení do skupiny vrstevníků. Další zkoumanou oblastí byla rodina, která je důležitá pro většinu respondentů. Rodina představuje pro zdravotně hendikepovaného převážně podporu a pomoc s zvládáním každodenních činností.

Dostupnost služeb představovala další zkoumanou oblast. Zde jsou rozděleni respondenti dle místa bydliště. Respondenti žijící ve městě zdůrazňují, že v jejich místě bydliště jsou lokalizovány veškeré jimi potřebné služby. Naopak lidé žijící mimo město shledávají v místě bydliště absenci některých potřebných služeb. Zejména se jedná o lokalizaci nemocnice a lékaře. Za těmito službami musejí dojíždět nejčastěji do měst. Respondenti ať už žijící ve městě či mimo město konstatují, že užití hromadné dopravy zdravotně hendikepovanými je velmi limitované a často kvůli jejich zdravotnímu stavu nerealizovatelné. Proto většina respondentů užívá k dopravě osobní automobil, popřípadě volí dopravu prostřednictvím záchranné služby. Poslední zkoumanou oblastí byla finanční situace zdravotně hendikepovaných. Respondenty lze rozdělit do dvou skupin: ti, kteří hodnotí finanční situaci jako dobrou (často se jedná o osoby, které vedle toho, že pobírají invalidní důchod I. a II. stupně ještě pracují, popřípadě v domácnosti je ještě jedna osoba s vlastním finančním zajištěním) a ti kteří hodnotí finanční situaci jako špatnou (jedná o osoby, které pobírají invalidní důchod, příspěvek na péči a další dávky, na kterých vedle nich jsou závislé ještě další osoby; nebo zde jsou vyšší náklady spojené s péčí o svou osobu)

### **2.7.3 Pozitivní a negativní aspekty života ve městě a na venkově pro zdravotně hendikepovaného**

#### **Pozitiva života ve městě pro zdravotně hendikepovaného**

Nejčastějším pozitivním aspektem života ve městě, který respondenti uváděli byla dostupnost služeb. Největší význam služeb pro zdravotně hendikepovaného je uváděn zejména v souvislosti s lokalizací zdravotního zařízení a s tím související rychlost dopravy sanitky za osobou vyžadující pomoc.

*„No tak určitě ta nemocnice. Ať je to nemocnice. Právě i ta ošetrovatelská služba, že tady je“.* (Respondent 1)

*„Všechno máte blízko. Jako lékař, obchody, doktory. Plusy, který tam máte“.* (Respondent 5)

Následně respondenti hodnotí také jako velmi pozitivní možnost kulturního vyžití pro zdravotně hendikepovaného.

*„Tam v podstatě jsou nějaký třeba venkovní... na náměstí třeba country kapely. A ona má Country hrozně ráda od malička. Tak že jsem jí tam vzal a dvě hodiny na vozíku jsme tam poslouchali a byla spokojená“.* (Respondent 4)

### **Negativa života ve městě pro zdravotně hendikepovaného**

Pokud respondenti hovoří o něčem, co je dle jejich názoru negativní v životě ve městě pro zdravotně hendikepovaného jedince, tak zmiňují zejména horší kvalitu životního prostředí. To popisují zejména zhoršenou kvalitou ovzduší či zvýšenou hlučností.

*„Negativní by mohlo být jedině to, že to zdravotní prostředí... nebo vůbec prostředí není takový... na takovém stupni jako ves. Nebo... vlastně ty města jsou prostě špinavý, jsou zasmraděný, výpary dýchají... To asi není zrovna pro takového člověka...“.* (Respondent 2)

Vedle kvality životního prostředí respondenti negativně hodnotí také větší množství lidí ve městě, což pro zdravotně hendikepovaného, který vyžaduje větší soukromí, nemusí být vždy příjemné. Také negativně hodnotí celkovou vyšší anonymitu a povahu lidí žijících ve městě.

*„Víš pro něho je strašně těžký už poté jako nemoci... prostě co si říkají lidi okolo. Jo? Proto pro něho to je zde ideální... třeba na té vesnici bydlet“.* (Respondent 8)

*„Což ve městě si myslím, že jako někdy mám pocit, že žijete v 10 tisícovém sídlišti, ale v podstatě jsem tam sám. Že jako jeden druhého neznáte, že prostě jenom je to anonymní“.* (Respondent 3)

### **Pozitiva života na venkově pro zdravotně hendikepovaného**

Nejvíce si respondenti v životě na venkově váží pro zdravotně hendikepovaného větší kvalitu životního prostředí (méně hluku a lepší kvalita ovzduší) a také větší vztah k přírodě.

*„Je tam možná více klidu na té vesnici. Čistější prostředí“.* (Respondent 4)

*„Právě že ten... že tam je ten zdravý vzduch“.* (Respondent 7)

Respondenti také velice pozitivně hodnotí větší soukromí pro zdravotně hendikepovaného a bližší sociální vazby mezi občany venkova.

*„Tak na tom venkově je výhoda, že se všichni známe. Všichni \*\*\*\*\* znají a berou ho takového jaký je. Jo? Takže jsou tady na něho všichni milí a hodní“.*

(Respondent 6)

*„Ať je třeba na vozíčku člověk. Tak tam má prostě to svoje soukromí. Nekoukají na něj ti lidi jako tady ve městě“.* (Respondent 1)

### **Negativa života na venkově pro zdravotně hendikepovaného**

Respondenti se ve většině shodují, že negativním v životě na venkově pro zdravotně hendikepovaného je nižší dostupnost služeb. Zejména se jedná o lokalizaci zdravotního zařízení v místě bydliště a s tím související delší čekací dobou na záchrannou službu.

*„Na vesnici právě ta dlouhodobá dostupnost, a hlavně ve vyšším věku prostě ty sanitky. A jsou tam třeba až o 10-15 minut déle“.* (Respondent 3)

*„Právě ta dostupnost těch nemocnic si myslím. Že opravdu jako, pak ten jako nemocný. Když se mu opravdu udělá špatně a než přijede z toho města na tu vesnici ta záchranka“.* (Respondent 1)

Část respondentů žijící mimo město v oblasti Krkonoš zdůrazňuje také vyšší náklady spojené s nakupováním potravin v důsledku absence velkoobchodu.

*„Tam to je mnohem dražší jako, co se týká produkty, obchody... navýšení než markety, protože tady žádný větší obchod nemáte. Tak že nakupujete například o tisíc korun měsíčně... o patnáct stovek měsíčně Vás nákupy vyjdou... možná i o dva tisíce více než kdybyste bydlel u Kauflandu, kde si doběhnete pro cukr za 9 Kč“.* (Respondent 5)

### **Bez čeho není život na venkově a ve městě možný?**

Po zodpovězení pozitivních a negativních aspektů života ve městě a na venkově jsem se zaměřil na zjištění toho, bez čeho si život ve městě či na venkově respondenti nemohou představit.

## **Venkov:**

V případě venkova u respondentů panuje většinová shoda, že život na venkově si nelze představit bez zajištění dopravy. Převážně se jednalo o vlastníctví osobního automobilu, který osoby pečující či zdravotně hendikepovaní preferují při dopravování.

*„To já si teda právě myslím, že tím, že třeba omezili i ty spoje, tak jako mít auto“.*  
(Respondent 3)

*„Tak že bez auta je to složitý. To znamená auto potřebujeme, ale já momentálně auto nemám, ale potřebuju pomoc... Tak že jsem odkázána na někoho z rodiny, kdo má auto“.* (Respondent 5)

## **Město:**

Respondenti převážně neshledávají nic, bez čeho život ve městě není možný. Pokud něco shledávají, tak to jsou věci související kvalitou životního prostředí. Nedokáží si také představit život ve městě bez služeb, které jsou ve městě lokalizovány.

*„Jako v tom, že jak jsem řekl. Jednak ten zdravý vzduch a chybělo by mi tam, že otevřu okno a... v nízkým podlaží, tam projede auto a do toho otevřete okno.. A chyběla by mi tam přírodní média“.* (Respondent 7)

## **Co respondenti shledávají jako vhodnější lokalitu k bydlení pro zdravotně hendikepovaného**

Respondenti v rámci výzkumu byli také dotazováni, co shledávají jako vhodnější lokalitu bydlení pro zdravotně hendikepovaného. Nejčastější odpovědi představovaly zejména život ve městě, malém městě či ve velké blízkosti města.

*„Já bych řekl, že lepší pro zdravotně hendikepovaného je žít na okraji města anebo hodně blízko města“.* (Respondent 2)

*„Myslím si, že určitě pro toho zdravotně postiženého je lepší to město. Město a pokud je opravdu člověk hodně nemocný nějak vážně. A nemá při sobě nějaký ty rodinný příslušníky, tak určitě bydlet co nejbliž“.* (Respondent 1)

Mezi významné odpovědi patřily také ty, které neupřednostňovaly určité lokální území, ale spíše místo, kde je člověk zvyklý a má k místu bydliště určitou citovou vazbu.

*„No ono záleží, kde a jak si kdo jako zvykne. Jo? U muže vlastně... už 6 roků bydlíme dá se říct jako na vesnici. Jo? Tak už jsme si tam jako zvykli“.* (Respondent 8)

### **Shrnutí pozitivních a negativních aspektů života ve městě a na venkově pro zdravotně hendikepovaného**

Většina respondentů shledává, že největší pozitiva života ve městě pro zdravotně hendikepovaného jsou dostupnost služeb (zejména lékař a nemocnice) a možnost kulturního vyžití. Naopak negativa spatřují zejména v oblastech horší kvality životního prostředí (horší kvalita ovzduší, hluk...), větší koncentraci osob související s nižším soukromím, větší anonymitě osob. V životě na venkově je pozitivně hodnocena kvalita životního prostředí, bližší sociální vazby a větší soukromí. Naopak negativně je pohlíženo na absenci některých služeb (nemocnice, lékař či delší čekací doba na sanitku). Negativně respondenti žijící v podhorských oblastech hodnotí i vyšší finanční náklady spojené s nakupováním v místě bydliště. Většinou se respondenti shodnou, že život na venkově není možný bez vlastnictví osobního automobilu, který je nutný pro zajištění dopravy za službami, které nejsou v místě bydliště lokalizované. Ve městě není spatřováno většinou nic, bez čeho by nebylo možné samotné fungování. Vhodnou lokalitu místa bydliště pro zdravotně hendikepovaného respondenti spatřují v životě ve městě, v malém městě či ve velké blízkosti města.

#### **2.7.4 Současná spokojenost s bydlením**

Všichni respondenti hodnotí současnou spokojenost s bydlením velice pozitivně. Výjimku tvoří respondent č. 7, který k místu bydliště zaujímá neutrální postavení, sice se mu v místě bydliště líbí, avšak shledává, že sociální prostředí v místě bydliště není tak dobré.

*„No nic mě se tady líbí, ale jsou zase tady špatný ti lidi...“.* (Respondent 7)

Názory respondentů ohledně toho, co jejich bydliště důležitého pro ně splňuje, se lišily s každou odpovědí respondenta v závislosti na tom, co je pro něho důležité.



Respondenti žijící na venkově vyzdvihovali nejčastěji soukromí, klid či lepší životní prostředí.

*„No tak to splňuje to... že je tam klid. Je tam klid. Je to jako přeci jenom příroda a takový to...“.* (Respondent 7)

*„Jemu se líbí to okolí. Ta jako samota. že tam taky není ruch. Jo? Prostě taky, že není tolik aut. A hlavně tam taky není tolik smogu a že tam je jako čisto“.* (Respondent 8)

Respondenti žijící mimo centrum města, kde je klidnější část města shledávají také jako důležité klid a hezčí životní prostředí.

*„Já otevřu okno. Takhle vidím na stromy, vidím do parčíku. Když je navíc pěkně osázen... jako osázený. Když se pak podívám z okna. Tak koukám přímo do koruny lípy. Tak není to nádhera?“.* (Respondent 2)

Respondenti žijící na sídlišti či v centru města charakterizuje zejména to, že si váží dostupnosti služeb v místě bydliště.

*„Pokud se podívám. Tak vlastně dostupnost krámů do 150 m. Zastávka do 150 m ať autobusová nebo vlaková. Jo, prostě veškerý služby, který potřebujeme k životu, tak to je v okolí někde“.* (Respondent 3)

Respondentům v místě bydliště či bydlení nejvíce schází věci či služby potřebné k zajištění péče a základních potřeb o zdravotně hendikepovaného. Zmiňovaný byl například osobní automobil, kvalitnější zdravotní péče, lokalizace obchodu či zdravotního zařízení a absence bezbariérové koupelny.

*„Akorát možná by bylo vhodnější ta lepší bezbariérová koupelna, protože tam máme problémy...“.* (Respondent 5)

*„Hm. Tak chybí mi tam jako takový ten market nebo takový ty menší...“.* (Respondent 7)

## **Shrnutí současné spokojenosti s bydlením**

Všichni respondenti s místem bydliště jsou velice spokojeni. Výjimku tvoří respondent 7, kterému se v místě bydliště líbí, avšak shledává zde špatné sociální prostředí. Lidé vyzdvihují největší pozitiva svého místa bydliště podle jeho lokalizace (město/venkov). Respondenti žijící v centrech města jsou spokojeni nejvíce s dostupností služeb. Respondenti žijící na okraji města shledávají jako důležité klid a životní prostředí. Respondenti žijící na venkově jsou spokojeni se soukromím, klidem a dobrou kvalitou životního prostředí. V místě bydliště respondentům nejčastěji schází věci či služby potřebné k zajištění péče o svou osobu nebo o osobu, o kterou je pečováno. Zmiňované byly například osobní automobil, kvalitnější zdravotní péče, lokalizace obchodu či zdravotního zařízení a absence bezbariérové koupelny.

### **2.7.5 Budoucí změny v bydlení či v místě bydliště**

V rámci této výzkumné otázky respondenti měli popsat, zda oni osobně plánují nějaké změny související s bydlením či se v místě bydliště plánuje nějaká změna, která by mohla ovlivnit fungování zdravotně hendikepovaných v místě bydliště.

U všech respondentů panuje většinová shoda, že v místě bydliště jsou respondenti spokojeni a žádnou budoucí změnu bydliště neplánují. Výjimku tvoří respondent číslo 7, který v případě, že se naskytne nějaká příležitost, zváží stěhování do menšího města. Důvod změny tento respondent vidí ve větší dostupnosti služeb a jejich možnosti výběru ve městě.

*„Tak už jenom to, že tam mám toho víc. že si můžu vybrat. Jestli budu chodit tady takhle do obchůdku, což vlastně... mám to kousek anebo do nějakého marketu, který má právě hodně nějaký akce.“ (Respondent 7)*

Jak již bylo nahoře zmíněno, změna bydliště u ostatních respondentů není plánována. Změny v samotném bydlení většinou již proběhly, avšak někteří respondenti pro zajištění kvalitnější péče plánují rekonstrukci koupelny.

*„Ale... ale dali jsme žádost o renovaci koupelny na bezbariérovou“.* (Respondent 8)

*Jaký jsou plány: tak tu lepší koupelnu, aby maminka měla... abychom mohli lépe to.* (Respondent 5)

Co se týká změn v prostředí, kde respondenti žijí, tak většina z nich neshledává žádnou změnu, která by měla za následek lepší fungování zdravotně hendikepovaných. Jedinou změnu, která byla spatřena, zmiňuje respondent 2. Tato změna spočívá v rozšiřování centra RIAPS. Konkrétně se jedná o oddělení zaměřené na osoby s psychickým onemocněním.

### **Shrnutí budoucí změny v bydlení či v místě bydliště**

Respondenti v místě bydliště jsou spokojeni a neplánují změnu bydliště. Výjimku tvoří respondent č. 7, který uvažuje nad změnou, pokud se naskytne příležitost. Rád by se přestěhoval do menšího města. Změny v bydlení pro zajištění lepší péče většinou již proběhly nebo jsou plánovány v blízké budoucnosti. Nejčastěji respondenti plánují rekonstrukci koupelny na bezbariérovou pro zajištění lepšího fungování zdravotně hendikepovaného. Změny v místě bydliště pro lepší fungování zdravotně hendikepovaných nejsou většinou spatřovány. Respondent 2 sdělil, že v místě bydliště se plánuje rozšiřování organizace RIAPS o oddělení pro osoby s psychickým onemocněním.

### **2.7.6 Shrnutí a zodpovězení výzkumných otázek**

Tato část je věnována shrnutí výsledků ze čtyř stanovených výzkumných otázek a také tomu, zda došlo k dosažení stanoveného hlavního cíle této bakalářské práce, který zněl identifikovat, zda město či venkov je vhodnější formou bydlení pro člověka se zdravotním hendikepem. Vedle hlavního cíle byly položeny vedlejší cíle práce, kterými byly zjištění aktuální situace v specifických oblastech pro člověka se zdravotním hendikepem, identifikace pozitivních a negativních aspektů života ve městě a na venkově, zjištění současného stavu spokojenosti, popřípadě budoucí plánované změny v bydlišti či bydlení.

První mnou zvolenou výzkumnou otázkou bylo to, jak respondenti hodnotí současný stav mnou zvolených oblastí. Respondentům byly předkládány otázky na zmapování stávající situace. Mnou zvolené oblasti byly dostupnost prostředí (bariéry

v prostředí), možnost vzdělání či zaměstnání, role rodiny pro zdravotně hendikepovaného, dostupnost služeb v místě bydliště a hodnocení finanční situace zdravotně hendikepovaných. Respondenti v rámci odpovědí tvořili určité skupiny na základě, kterých jsem výsledky interpretoval. V rámci dostupnosti prostředí se odpovědi lišily u respondentů, kteří bariérám v prostředí nepřikládají velký význam (osoby, které charakterizuje lepší mobilita) a na druhé straně osoby, které bariérám v prostředí přikládají význam. Ty lze následně rozdělit na osoby, které bariéry určitým způsobem překonávají a na osoby, které se je snaží limitovat pro své lepší fungování či dosažení lepší péče o zdravotně hendikepovaného. Možnosti zaměstnání přikládají význam osoby, od kterých se očekává, že budou participovat na trhu práce (pobíratelé invalidního důchodu I. a II. stupně). Možnost vzdělání pro zdravotně hendikepovaného představuje zejména zapojení do skupiny vrstevníků než získání a prohlubování znalostí a dovedností. Respondenti přikládají velký význam rodině, která pomáhá zdravotně hendikepovanému se zajištěním základních potřeb, zajištěním péče či představuje podporu zdravotně hendikepovaného. Dostupnost služeb hodnotí respondenti převážně s ohledem na místo bydliště. Respondenti žijící mimo město shledávají omezenou lokalizaci jednotlivých zařízení (lékař, nemocnice, obchody). Respondenti naopak žijící ve městech zmiňují blízkost a dostupnost veškerých pro ně k životu potřebných služeb. Společně se respondenti shodují, že využívání hromadné dopravy pro zdravotně hendikepovaného je velice limitované a v mnoha případech nerealizovatelné. Finanční situaci převážná část respondentů shledává jako dostačující. Výjimku tvoří respondenti, kde příjem celé rodiny je založen na invalidním důchodu III. stupně a příspěvku na péči či dalších dávkách. Častou nespokojenost připisují také zvýšeným výdajům na péči o svou osobu či osobu pečující.

Druhou mnou zvolenou otázkou bylo to, čeho si na životě ve městě a na venkově respondenti cení a čeho naopak vzhledem ke zdravotnímu postižení. Většina se shodne, že hlavním pozitivem města je dostupnost služeb, zejména zdravotního zařízení či lokalizace lékaře. Část zmiňuje i vyšší kulturní vyžití ve městě. Pokud respondenti hovoří o něčem negativním ve městě poji se to zejména s hloučností, špatnou kvalitou životního prostředí (smog, výpary), větším množstvím lidí a větší izolovaností jedinců. Pozitiva v životě na venkově shledávají zejména s vyšší kvalitou životního prostředí, menší mírou hluku, větší soudružností a užšími sociálními vazbami. To vše má následně vliv na pohodu zdravotně hendikepovaného, která je pro něho velice důležitá. Negativa

shledávají zejména v absenci či omezenosti dostupnosti služeb (lékař, nemocnice, obchod), delší čekací dobou na záchranou službu a špatnou dostupností zaměstnání. Většina respondentů se shodne, že život na venkově není možný bez dopravního prostředku (osobní automobil) pro zajištění péče o sebe nebo o zdravotně hendikepovaného.

Třetí zvolenou výzkumnou otázkou bylo zjištění současné spokojenosti v místě bydlení. Všichni respondenti jsou spokojeni s místem bydliště či samotným bydlením. Každý respondent si na svém místě bydliště cení různých věcí, dle místa bydliště. Lidé z města často shledávají dostupnost jako jednu z nich. Naopak lidé žijící na venkově si často cení klidu a zdravého životního prostředí. Nejčastěji lidem schází v místě bydliště služby, které tam nejsou lokalizovány (doktor, nemocnice, supermarket). Popřípadě zmiňují kulturní vyžití a instituce mající vliv na zlepšení zdravotního stavu.

Po zodpovězení třetí výzkumné otázky nám vzniká situace, kdy respondenti žijí na odlišných místech, avšak všichni jsou s místem bydliště spokojeni. Respondenti žijící ve městech jsou spokojeni s dostupností služeb. Naopak respondenti žijící na venkově si cení klidu a životního prostředí. V důsledku toho nám vzniká otázka: není jedno, kde respondent bydlí, protože stejně si vždy najde něco pozitivního? Odpověď na tuto otázku já shledávám v prioritách, které respondenti mají v oblasti toho, co by jejich bydliště mělo splňovat. Respondenti žijící ve městech zdůrazňují převážně to, že jejich bydliště by mělo mít v dosahu základní potřebné služby pro zajištění každodenního fungování. Na druhou stranu lidé, kteří jsou spokojeni s životem na venkově, často vyzdvihují to, aby místo bydliště splňovalo prvky, kterými jsou soukromí, klid a zdravé životní prostředí. Vedle toho bych význam přikládal i citové vazbě respondentů k místu bydliště, kde žijí.

Poslední mnou zvolenou výzkumnou otázkou byly budoucí změny související s bydlením či bydlištěm a plánované změny, které by měly vliv na zlepšení spokojenosti osob se zdravotním hendikepem. Všichni respondenti jsou v místě bydliště spokojeni a neplánují bydliště či bydlení měnit (až na respondenta 7, který uvažuje o změně bydliště, pokud se naskytne příležitost). Změny většinou v samotném bydlení pro zajištění lepší péče proběhly anebo jsou v plánu (bezbariérová koupelna). Respondenti většinou nespatřují žádnou změnu v místě bydliště, která by měla vliv na vyšší spokojenost s bydlením pro osoby zdravotně hendikepované.

Hlavní cíl práce byl zjistit to, zda respondenti vidí lepší formu bydlení vzhledem ke zdravotnímu hendikepu bydlení ve městě či na venkově. Tuto otázku jsem pokládal v rámci zjištění pozitiv či negativ života ve městě a na venkově. Většina respondentů se shodla, že vhodnou formou bydlení je život ve městě, v malém městě či ve velké blízkosti města, kde je dobrá doprava. Důvodem je pro ně větší koncentrace služeb, zejména zdravotního zařízení. Respondenti žijící na venkově však sdělují, že stěhování do města neplánují. Na této skutečnosti se v jejich případech podílí často velmi silná citová vazba k místu bydliště a vysoká spokojenost s místem bydlení. Osobně se i já přikláním k názoru, že ať už se jedná o život ve městě či na venkově, tak u obou možností jsou výrazné pozitivní i negativní aspekty, které mají vliv na zdravotně hendikepovaného. Tudíž zastávám názor, že je to výhradně na osobě, která se rozhoduje pro volbu vzhledem k jejím prioritám.

V závěru tohoto cíle práce se pokusím ještě o komparaci preferovaného místa bydliště zdravotně hendikepovaných a zdravé populace. Výzkum agentury FOCUS, Marketing & Social Research realizovaný 12. – 20. prosince 2014 za účelem identifikace představ o ideálním bydlení předkládá zjištění, že *„kdyby si mohli lidé libovolně vybrat, kde chtějí bydlet, nejčastěji by volili menší město (36 %), nebo vesnici v dosahu velkého města (27 %). Ve velkém městě by chtělo žít 23 % dotázaných, naopak na malé vsi daleko od velkých měst 13 % dotázaných“* (FOCUS, Marketing & Social Research, Dostupné z: <https://www.focus-agency.cz/aktuality/idealni-typ-bydleni-676>). Na základě informací o ideální lokalitě pro většinovou společnost můžeme říci, že volba preferencí většinové společnosti a zdravotně hendikepovaných účastnících se tohoto výzkumu je shodná.

## Závěr

Ve své bakalářské práci jsem se zabýval preferovaným bydlištěm osob se zdravotním hendikepem. Hlavním stanoveným cílem této práce bylo zjištění, zda město či venkov je vhodnější formou bydlení pro člověka se zdravotním hendikepem.

V teoretické části jsem představil pojmy zdravotní postižení a hendikep, residenční spokojenost (spokojenost s bydlením), Specifické oblasti v životě osob se zdravotním postižením (bariéry v prostředí, možnost zaměstnání a finanční situace, role rodiny, možnost vzdělání a dostupnost služeb) a život ve městě x život na venkově.

V empirické části jsem data od respondentů, která byla získána polostandardizovaným (polostrukturnovaným) rozhovorem, podrobil analýze. Při volbě respondentů jsem se snažil brát v úvahu místo bydliště, současný stav (zaměstnán/nezaměstnán) i stupeň zdravotního postižení.

U zjišťování současné situace v mnou zvolených oblastech hrála významnou roli celá řada faktorů. Rád bych zmínil například rozsah zdravotního postižení, místo bydliště, účast na zaměstnání, potřebná pomoc rodiny a jiné.

Respondenti se ve většině případů shodli, že vhodnější místo bydlení pro člověka se zdravotním hendikepem je bydlení ve městě, v malém městě, na kraji města, poblíž města. Význam městu dávali zejména v tom, že zde je lokalizována řada důležitých služeb, které jedinec se zdravotním hendikepem potřebuje ke svému životu (lékař, nemocnice). Avšak žádný z respondentů není ochoten své místo bydliště měnit v důsledku silné citové vazby, vysoké spokojenosti nebo rodinnému zázemí. Nepostradatelným pro osoby žijící na vesnici je osobní automobil, který je nutný pro zajištění každodenního fungování či zajištění péče o osobu zdravotně hendikepovanou.

V průběhu rozhovorů jsem neshledal žádné větší problémy. Všichni respondenti na mě působili velice pozitivně a mile, což příkládám jejich odlišným hodnotám vzhledem ke svému zdravotnímu hendikepu či péči o osobu se zdravotním hendikepem. Avšak sám osobně musím konstatovat, že tento výzkum byl pro mne i respondenty vcelku náročný, neboť se často otevíralo téma, které pro respondenta ani pro mne nebylo moc příjemné.

Můj osobní výzkum mi přinesl dva užitečné závěry. Jednak to, že respondenti sice hodnotí město jako vhodnější místo pro život zdravotně hendikepovaného, avšak změnu bydliště osoby žijící dále od města realizovat nechtějí. Mezi osobami žijícími mimo město jsou i tací, kteří nevlastní osobní automobil, který je k jejich fungování potřebný (shodne se většina respondentů). Avšak musím konstatovat, že respondenti, ačkoliv nemají svůj vlastní osobní automobil jsou s místem bydliště spokojeni. Vliv z mého pohledu tvoří přizpůsobení aktuální situaci těchto respondentů. Současnou situaci berou takovou, jaká v současnosti je. Bez osobního automobilu se tito respondenti dokáží obejít prostřednictvím využití určitých alternativ, kterými mohou být pomoc rodiny s dopravováním či využití služeb záchranné služby. Myslím, že vhodné by bylo vedle příspěvku na mobilitu a příspěvku na pořízení osobního automobilu zavést podporu těchto osob, co se týká pořízení řidičského průkazu.

Druhý závěr, který zde chci také zmínit je ten, že finanční situaci hodnotí většina respondentů pozitivně. Převážně se však jedná o osoby, které vedle invalidního důchodu a příspěvku na péči mají ještě další zdroj financí. Špatně na tom jsou respondenti, kde:

- osoba pečující je na péči sama
- zdravotně hendikepovaný vyžaduje plnou 24 hodinovou péči
- jsou zde větší výdaje na dopravování či zajištění péče (léky, dietní strava...).

U této skupiny shledávám, že by bylo také vhodné zajistit lepší podporu.

Význam této práce shledávám zejména v tom, že tato práce se zaměřila na skupinu respondentů, kterým není věnována dostatečná veřejná pozornost a pro které realizace tohoto výzkumu může znamenat poukázání na to, že zde je někdo, kdo se o problematiku zdravotního hendikepu zajímá.



## Seznam užité literatury

- Amerigo, M., K. I. Aragones. 1997. *A theoretical and methodological approach to the study of residential satisfaction*. Journal of Environmental Psychology 17(1): 47-57.
- Baxa, J., P. Osoba. 2016. *Možnosti komplexního hodnocení kvality bydlení*. Evaluační teorie a praxe 4(2): 1–34.
- BERNARD, J. 2012. *Spatial Patterns in the Development of Czechia's Rural Municipalities*. Geografie – Sborník ČGS, 117(1), 72–94.
- Binek, J. et al. 2010. *Synergie ve venkovském prostoru - přístupy k řešení problémů rozvoje venkovských obcí*. Brno: GaREP.
- Bruthansová, D., V. Jeřábková. 2012. *Možnosti řešení sociálních důsledků zdravotního postižení - synergické efekty a bílá místa současné právní úpravy*. Praha: Výzkumný ústav práce a sociálních věcí, v.v.i.
- ČSÚ, 2014. Český statistický úřad. *Výběrové šetření osob se zdravotním postižením VŠPO 13*. [online]. [cit. 18.12.2017]. Dostupné z: <[https://www.czso.cz/documents/10180/20543019/k3\\_260006-14\\_1.pdf/4384f318-fcae-4a20-941c-33f10d5a6324?version=1.0](https://www.czso.cz/documents/10180/20543019/k3_260006-14_1.pdf/4384f318-fcae-4a20-941c-33f10d5a6324?version=1.0)>.
- ČSÚ, 2014. Český statistický úřad. *Se zdravotním postižením žije každý desátý občan ČR*. [online]. [cit. 20.2.2018]. Dostupné z: <[https://www.czso.cz/csu/czso/se\\_zdravotnim\\_postizenim\\_zije\\_kazdy\\_desaty\\_obcan\\_c\\_r\\_20140416](https://www.czso.cz/csu/czso/se_zdravotnim_postizenim_zije_kazdy_desaty_obcan_c_r_20140416)>.
- FOCUS, Marketing & Social Research. 2015. *Ideální typ bydlení*. [online]. [cit. 28-05-2018]. Dostupné z: <https://www.focus-agency.cz/aktuality/idealni-typ-bydleni-676>.
- Frantál, B., J. Maryáš (eds.). 2012. *Prostorové chování: vzorce aktivit, mobilita a každodenní život ve městě*. Brno: Masarykova univerzita. ISBN 978-80-210-5756-2.
- Hošťálková, J. a kol. 2015. *Výzkum potřeb seniorů a osob se zdravotním postižením – závěrečná zpráva*. [online]. [cit. 25-04-2018]. Dostupné z: <http://www.cpkp.cz/index.php/vyrocní>

zpravy/V%C3%BDro%C4%8Dn%C3%AD%20zpr%C3%A1vy/CpKP%20VM%202015.pdf/stahnout.

Hrušková, T. 2010. *Pohled tří generací na život v městské části Praha - Kunratice*. Suburbanizace.cz. [online]. [cit. 20-04-2018]. Dostupné z: [http://www.suburbanizace.cz/analyzy/HRUSKOVA,\\_T.\\_\(2010\)\\_Pohled\\_tri\\_generaci\\_na\\_zivot\\_v\\_mestske\\_casti\\_Praha\\_-\\_Kunratice.\\_Suburbanizace.cz,\\_14.10.2010.pdf](http://www.suburbanizace.cz/analyzy/HRUSKOVA,_T._(2010)_Pohled_tri_generaci_na_zivot_v_mestske_casti_Praha_-_Kunratice._Suburbanizace.cz,_14.10.2010.pdf).

Jandourek, J. 2001. *Sociologický slovník*. 1. vyd. Praha: Portál. ISBN: 978-80-7367-269-0.

Jindřišková, B. a kol. 2013. *Zaměstnávání osob se zdravotním postižením. Diverzita a integrace jako součást odpovědné firmy*. Praha: Svaz průmyslu a dopravy ČR.

Kažmér, L., I. Boumová. 2016. *Spokojenost s bydlením v České republice – výsledky šetření 2001 a 2013*. Naše společnost 14 (1): 23-37.

Kaleja, M., E. Zezulková. 2016. *Školská inkluze versus exkluze. Vybrané kontexty vzdělávání sociálně vyloučených lidí a žáků s potřebou podpůrných opatření*. Ostrava: Ostravská univerzita, Pedagogická fakulta. ISBN: 978-80-7464-840-3.

Lux, M. (2004). *Housing the Poor in the Czech Republic: Prague, Brno and Ostrava*. Pp. 23-66 in Fearn, J. (ed.). *Too Poor to Move, Too Poor to Stay*. Budapest: Local Government Initiative. 127 s. ISBN 96-3941-952-4.

Lux, M. 2005. *O spokojenosti českých občanů s užívaným bydlením*. Sociologický časopis/Czech Sociological Review 41 (2): 227-252.

Lux, M., P. Sunega. 2007. *Vliv podmínek bydlení na zamýšlenou migraci české populace za prací*. Sociologický časopis/Czech Sociological Review 43 (2): 305-332.

Lux, M. et al. 2012. *Standardy bydlení 2014-2015 sociální normy a rozhodování na trhu bydlení. Sociální normy a rozhodování na trhu bydlení*. Praha: Sociologický ústav AV ČR, v.v.i. 186 s. ISBN 978-80-7330-279-5.

Maryáš, J., J. Vystoupil. 2006. *Ekonomická geografie*. 1. vyd. Brno: Masarykova univerzita.

Maříková, P. 2004. *Malé obce - sociologický pohled*. Sociologická laboratoř KHV PEF, Česká zemědělská univerzita Praha.

Michalík, J. 2011. *Zdravotní postižení a pomáhající profese*. Praha: Portál, 2011. ISBN 978-80-7367-859-3.

MPSV. 2011. *Postavení a strategie OZP na trhu práce*. 2011. [online]. [cit. 15.1.2018]. Dostupné z www:

<[https://portal.mpsv.cz/sz/obcane/zamestnavani\\_ozp/helpforthem/hlavni\\_vystupy\\_projektu\\_a\\_jejich\\_prinosy/dotaznikove\\_setreni\\_ozp\\_na\\_trhu\\_prace.pdf](https://portal.mpsv.cz/sz/obcane/zamestnavani_ozp/helpforthem/hlavni_vystupy_projektu_a_jejich_prinosy/dotaznikove_setreni_ozp_na_trhu_prace.pdf)>.

MPSV. *Zdravotní postižení*. [online]. [cit. 25.1.2018]. Dostupné z: <<https://www.mpsv.cz/cs/8#dsp>>.

MPSV. *Sociální služby*. [online]. [cit. 5.3.2018]. Dostupné z: <https://www.mpsv.cz/cs/18661>.

MU. *Sídelní struktura a obyvatelstvo ČR*. [online]. [cit. 18.4.2018]. Dostupné z: <https://is.muni.cz/do/rect/el/estud/pdf/js13/geograf/web/pages/02-sidelni-struktura.html#sidelni-struktura>.

MSMT. Ministerstvo školství, mládeže a tělovýchovy. 2017. *Analýzy implementace společného vzdělávání v období 1. 9. 2016 – 31. 10. 2017*. [online]. [cit. 5.3.2018]. Dostupné z: <<http://www.msmt.cz/prvni-rok-spolecneho-vzdelavani-hlavni-zavery-druhe-analyzy>>.

Murphy, F. R. 2001. *Umlčené tělo*. 1. vyd. Praha: Sociologické nakladatelství. ISBN 80-85850—98-2.

Musil, J., J. Müller. 2008. *Vnitřní periferie v České republice jako mechanismus sociální exkluze*. Sociologický časopis/Czech Sociological Review, 44(2), 321–348.

Novosad, L. at al. 2005. *Občané se zdravotním postižením a veřejná správa*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci. ISBN 80-224-1168-7.

Opatřilová, D., D. Zámečnicková. 2014. *Podpora rozvoje hybnosti osob s tělesným postižením*. Masarykova univerzita.

- Slowík, J. 2007. *Speciální pedagogika*. Praha: Grada Publishing. 978-80-247-1733-3.
- Svobodová, K. 2009. *Bydlení seniorů v České republice*. FÓRUM sociální politiky 5/2009, 2-8.
- Sýkora, L. 2002. *Suburbanizace a její sociální, ekonomické a ekologické důsledky*. Praha, Ústav pro ekopolitiku. ISBN 80-901914-9-5.
- Šika, P. 2012. *Inkluzivní mobilita handicapovaných osob*. In: *Člověk, stavba a územní plánování*. Praha: ČVUT, Fakulta stavební, 2011. s. 337-342. ISBN: 978-80-01-04753-8.
- Šustrová, K., M. Šimon. 2012. *Opuštění městského způsobu života? Analýza vybraných aspektů migrace na venkov*. s. 99-121. In: Temelová, J., Pospíšilová, L., Ouředníček, M. (eds.). *Nové sociálně prostorové nerovnosti, lokální rozvoj a kvalita života*. Plzeň: Aleš Čeněk.
- Temelová, J., N. Dvořáková a kol. 2010. *Rezidenční spokojenost seniorů v proměňujících se čtvrtích Prahy*. Sociální studia 3/2010: 95-113.
- Temelová, J. et al. 2011. *Každodenní život, denní mobilita a adaptační strategie obyvatel v periferních lokalitách*. Sociologický časopis / Czech Sociological Review 47 (4): 831–858.
- Vašíčková, I. Analýza potřeb rodin pečujících o osoby se zdravotním postižením na Dačicku. 2011. [cit. 2014-02-02] Dostupné z: [http://www.dacice.cz/e\\_download.php?file=data/editor/677cs\\_8.pdf&original=Anal%C3%BDza+pot%C5%99eb+rodin+se+ZP+fin.pdf](http://www.dacice.cz/e_download.php?file=data/editor/677cs_8.pdf&original=Anal%C3%BDza+pot%C5%99eb+rodin+se+ZP+fin.pdf).
- Vítková, M. (ed.). 2004. *Integrativní školní (speciální) pedagogika Základy, teorie, praxe*. Brno: MSD. ISBN: 80-86633-22-5.
- Vláda České republiky. 2008. *Národní rozvojový program mobility pro všechny*. 26. března 2008. [online]. [cit. 12.1.2018]. Dostupné z [www: http://www.nrzp.cz/dokumenty/Mobilita.pdf](http://www.nrzp.cz/dokumenty/Mobilita.pdf).

## **Seznam použitých právních předpisů**

OSN. 2006. *Úmluva o právech osob se zdravotním postižením*. [online]. [cit. 25.2.2018]. Dostupné z www:

[https://www.mpsv.cz/files/clanky/10774/umluva\\_CJ\\_rev.pdf](https://www.mpsv.cz/files/clanky/10774/umluva_CJ_rev.pdf) .

Zákon č. 183/2006 Sb., o územním plánování a stavebním řádu (stavební zákon), ve znění pozdějších předpisů.

Vyhláška č. 501/2006 Sb., o obecných požadavcích na využití území.

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

Zákon č. 435/2004 Sb. zákon o zaměstnanosti.

Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách.

## **Seznam tabulek**

Tabulka č. 1: Příčina vzniku zdravotního postižení

Tabulka č. 2: Věková struktura zdravotně postižených osob a podíl na celkové populaci

Tabulka č. 3: Věk, pohlaví, postižení/hendikep a současný stav respondentů

Tabulka č. 4: Místo bydliště, druh bydlení, doba bydlení a osoby ve společné domácnosti

## **Seznam obrázků**

Obrázek 1: Základní dělení faktorů residenční spokojenosti

## **Seznam příloh**

Příloha č. 1 – Scénář rozhovoru

Příloha č. 2 – Ukázka a kódování rozhovoru

Příloha č. 3 – Mapa s místem bydliště respondentů

## **Příloha č. 1 – Scénář rozhovoru**

**Souhlas respondenta a stručné přestavení práce:** Mé představení. Cíl této práce (zjištění současné situace v specifických oblastech člověka se zdravotním postižením + identifikace, zda město/vesnice je vhodnější k bydlení pro daného jedince a proč?). Zmínka, že rozhovor bude anonymní a bude užit pouze pro účely zpracování bakalářské práce.

### **1. Charakteristika respondenta a jeho život:**

- 1.1 Mohl/a byste se nám ve stručnosti představit / v případě opatrovníka či osoby pečující představení zdravotně postiženého?
- 1.2 Mohl/a byste nám něco řici o svém zdravotním postižení /popřípadě sdělení zdravotního postižení u osoby pečující či opatrovance? (vznik, příčina a charakteristika postižení)
- 1.3 Mohl/a byste nám prosím sdělit, jak je velká tato obec? Kolik má přibližně obyvatel?
- 1.4 Jak dlouho již v současném místě bydliště bydlíte a jaký je druh bydlení?
- 1.5 Jste zaměstnaný/á či studujete?

**2. Rozehrání (warm up):** Před zahájením hlavních otázek se pokusím využít otázek, které respondenta uklidní a vybudují přátelský vztah. Využité otázky se budou týkat místa v němž se rozhovor bude realizovat (bydlení).

### **3. Pohled respondenta na specifické oblasti v životě člověka se zdravotním postižením**

- 3.1 Jak vy osobně hodnotíte přítomnost fyzických bariér v místě bydliště či v samotném bydlení? Jak Vás limitují? Jaký k nim zaujímáte postoj? (V případě neporozumění je respondentovi předložen příklad fyzických bariér)
- 3.2 Shledáváte možnost vzdělání/zaměstnání pro Vás či osobu o kterou pečujete jako důležitou?
- 3.3 Jakou roli hraje rodina u Vás či u osoby o kterou pečujete?
- 3.4 Jak shledáváte důležitou dostupnost služeb v místě? Jaká je zde situace? Mám na mysli zejména dostupnost zdravotních zařízení, veřejné dopravy či lokalizace obchodů.
- 3.5 Jak hodnotíte finanční situaci zdravotně hendikepovaných?

#### **4. Důležité aspekty života ve městě a na vesnici pro zdravotně postiženého**

- 4.1 Jaké spatřujete pozitivní aspekty života ve městě v souvislosti se zdravotním postižením?
- 4.2 Jaké shledáváte naopak negativní aspekty života ve městě v souvislosti se zdravotním postižením?
- 4.3 Co spatřujete jako pozitivní na životě na venkově pro zdravotně postiženého?
- 4.4 Co naopak shledáváte jako negativní pro člověka žijícího na venkově?
- 4.5 Je něco bez čeho je život ve městě či na venkově pro zdravotně postiženého nemožný?
- 4.6 Co shledáváte jako vhodnější místo bydliště vzhledem k zdravotnímu postižení?

#### **5. Současná spokojenost s bydlištěm a bydlením? Co bydliště splňuje, a naopak co pro zdravotně postiženého zde schází?**

- 5.1 Jak byste hodnotil/a Vaše místo bydliště či bydlení?
- 5.2 Co důležitého Vaše bydliště a bydlení splňuje?
- 5.3 Je zde naopak něco, co Vám zde schází?

#### **6. Budoucí změny související s bydlištěm a jejich důvody**

- 6.1 Jaké jsou Vaše budoucí plány do budoucna související s bydlištěm?
- 6.2 Jaký je hlavní důvod této změny?
- 6.3 Plánuje se ve Vašem místě bydliště nějaká budoucí změna, která by mohla nějakým způsobem ovlivnit Vaši spokojenost v místě bydliště?
- 6.4 Kdo je iniciátor této budoucí změny?



## Příloha č. 2 – Ukázka a kódování rozhovoru

**Interviewer:** Tak jo. Tak já bych asi nejdříve začal tím, že bych představil vůbec čeho se účastníte. Tak vlastně náš rozhovor bude sloužit jako zdroj informací pro moji bakalářskou práci, která je na téma preferované bydliště osob se zdravotním hendikepem. A cílem této práce je zabývání se klíčovými oblastmi v životě člověka se zdravotním hendikepem. A také to, zda pro zdravotně hendikepovaného je vhodnější formou bydlení žít jakoby ve městě anebo na venkově. Teďka taková formalita k našemu... jo? K tomu, jak to nahrávám, tak tento rozhovor bude anonymní a bude užít jen pro moji bakalářskou práci a následně tady ta zvuková stopa bude odstraněna. Souhlasíte s tím, že náš rozhovor bude nahráván? 00:01:01-3

**Person 1:** Ano. 00:01:01-9

**Interviewer:** Tak jo. Tak já děkuji. A mohli bychom začít, tak já by se... tak já bych Vás nejdříve poprosil, jestli byste se mohla nějak ve stručnosti představit? Říct Váš věk, místo, kde bydlíte? 00:01:21-4 00:01:24-9

**Person 1:** Jmenuji se \*\*\*\*. Bydlím v \*\*\*\*. Starám se o vlastní matku. Je mě 59 roků a v současnosti se starám o svoji nemocnou maminku v rodinném domku. 00:01:40-5

**Interviewer:** Tak jo. Děkuju. A teďka Vás ještě poprosím, jestli byste nám něco mohla říct o mamince, o kterou se staráte? 00:01:48-7

**Person 1:** Maminka je ročník 1935. Tak 3 roky zpátky se její zdravotní stav zhoršil. Zjistil se Alzheimer. A teďka dostala mozkovou příhodu. Tak že se její zdravotní stav ještě více zhoršil. Momentálně je na tom tak, že je ležák. 00:02:13-4

**Interviewer:** Děkuju. A ještě bych se zeptal, jestli vlastně Vaší mamince děláte opatrovníka? 00:02:21-6

**Person 1:** U soudu máme momentálně žádost o opatrovníka, ale vzhledem... vzhledem k svéprávnosti. Neboť mamka trpí tím Alzheimerem a není schopná sebe... jako sama se rozhodovat. 00:02:40-6

**Interviewer:** Ano. Děkuju. A ještě bych se zeptal. Vlastně Vy jste to říkala, kdy jako by vznikla ta nemoc u paní? 00:02:52-2

**Person 1:** No tak do těch 80 let byla maminka dobrá. Potěch 80 letech se její zdravotní stav zhoršil. Boleli jí nohy, tak si stěžovala. Stěžovala si taky na bolest hlavy a v tom věku samozřejmě docházela silná skleróza a zapomínání. Takový se nám zdálo, že... že ztrácí anebo, že nám říká věci, který se nezakládají na pravdě. Tak že jsme vyhledali neurologa a zjistilo se teda u ní Alzheimer, který silně pokračuje a bylo rozhodnuto, že paní vzhledem k tomu, že bydlí v rodinném baráku, neboť bydlela sama. Že by potřebovala, aby se o ní někdo... aby někdo o ní pečoval. Tak že jsem hodně stará. Tak že jsem se rozhodla, neboť se mi blíží teda důchodový věk, že půjdu do předčasného důchodu a o maminku se dovedu postarat. 00:04:00-3

**Interviewer:** Děkuju. A ještě bych se zeptal. Vůbec jak je velká tato obec a... přibližně? A jak dlouho zde žijete. 00:04:10-5

**Person 1:** Tak že my zde bydlíme takových 40-50 roků... 50 roků asi... 50 let. Maminka bydlí v \*\*\*\*. Já s ní jsem bydlela v \*\*\*\*\*, kde jsem učila několik let. 15, 20 roků. 20. Asi 25 roků. 25 roků a potom jsem odešla teda do Trutnova, kde jsem dostala místo taky. Teďka jsem se sem vrátila, protože v rodinném domě, kde bydlí by asi už by nemohla žít sama. To je jednak topení a jednak asi starost teda o domácnost. Nebyla by schopná se sama o sebe postarat. 00:05:00-3

**Interviewer:** Tak jo. Děkuji. A paní typují, že je nezaměstnaná určitě. 00:05:05-3

**Person 1:** Jako paní? 00:05:07-1

**Interviewer:** Maminka. 00:05:08-6

**Person 1:** Maminka je v důchodu v tolika letech. Pobírá důchod. Ne vysoký. Sice hodně pracovala, ale důchod má kolem 9 tisíc. Tak že jako ta žádost o příspěvek na bezmocnost jsme dostali, ale jenom ten 2. stupeň. Prostě kolem 9 tisíc. 00:05:32-7

**Interviewer:** Ano. Děkuji. Jinak musím říct, že Maršov je strašně krásný město a ten Váš domeček je nádherný. 00:05:39-4

**Person 1:** No. Děkujeme. To máme hezkou zahrádku. Tak taky, když maminka spí, tak chodím na zahrádku a starám se o zahrádku. 00:05:47-4

**Interviewer:** A maminka toho určitě taky využívá. Vozíte jí takhle ven? 00:05:50-6

**Person 1:** No teďka momentálně ano, ale předtím to bylo horší, protože jsme měli schody. Tak že můj bratr udělal druhý dvorek na dvorek, abychom mohli teda... protože babička... mamka je ležák. Abychom mohli jet na dvorek a strávit čas teda ještě venku. Ale momentálně její zdravotní stav... nevím jestli vnímá tu přírodu, protože při téhle diagnóze, tak to co bylo před 5 minutama, tak asi si vůbec moc nepamatuje. Ale jsem ráda, že aspoň můžeme být chvíli na čerstvém vzduchu. 00:06:30-5

**Interviewer:** Tak jo. Já mockrát děkuju a já bych přešel asi na ty klíčové oblasti v životě člověka se zdravotním hendikepem, který já shledávám... Nejdříve, než úplně začneme, tak já bych se Vás zeptal, co shledáváte vy jako důležité třeba pro maminku tady? 00:06:46-0

**Person 1:** Jako Horní Maršov? Čerství vzduch. 00:06:50-8

**Interviewer:** Ne. Celkově jako, co shledáváte důležitého pro Vaši maminku? 00:07:00-4

**Person 1:** No, tak to je, že... že vlastně asi žije zde dlouhou dobu. Tak že sice máme požádáno o domov důchodců, ale to už bude asi ta nejhorší varianta, až to nebudu zvládat. Že ten zdravotní stav se zhoršuje a zhoršuje. Tak že sice mám požádáno o... do domova důchodců se čeká delší doba, tak že uvidíme. Žádost tam máme podanou a takhle se to týká asi maminka je doma. I když je momentálně její zdravotní stav asi takový, že když se jí zeptám jsi doma? Ona řekne, že vůbec doma není, protože ona tu paměť má takovou, že ani neví, kde je. Jo? Ale jsem ráda, protože to je její místo, kde prožila 50 let svého života. 00:08:01-4

**Interviewer:** Ano. Děkuju. Tak já bych Vám... já bych Vám teďka položil otázku z mnou zvolených oblastí, které shledávám já jako důležité. A zeptám se Vás, jak hodnotíte třeba u Vaší maminky... nebo u Vaší maminky. Třeba právě dostupnosti toho prostředí? Mám na mysli zejména fyzický bariéry, kdy prostě to prostředí je pro toho jedince přizpůsobené na tolik, že se vlastně v něm může pohybovat. Na základě čeho?... Jak to je důležité pro Vaši maminku? 00:08:39-3

**Person 1:** No tak maminka momentálně je na tom asi tak, že o ní musím pečovat. Tak že maminka asi se tolik nenachodí. Budeme se ptát, jestli by pro ni nebylo výhodnější lepší dostupnost. My jsme přizpůsobili teda to, že aspoň momentálně, když teda... Byli

jsme na tom tak, že 4 schody a museli jsme jí snášet v náručí do auta, když jsme potřebovali jít k lékaři. Rodina pomohla. Udělal se další vchod. Tak že my teďka můžeme vyjíždět, ale nerada bych na stáří měnila její místo pobytu... protože na to prostředí je už zvyklá a asi za tu dobu, co tady o ní pečuju, že to je téměř rok... možná přes rok. Tak bych... již jsem si zvykla a ty podmínky беру, tak jak jsou. I když nejsou tak, jak by měli být. Že to nemáme tak kvalitní jako třeba v domově důchodců a podobně, ale my jsme se museli přizpůsobit okolnostem, abychom byli schopní teda fungovat. Tak že se staráme o starého a nemohoucího. 00:10:01-2

**Interviewer:** A shledáváte možnost vzdělání nebo zaměstnání třeba pro maminku v jako důležitou? 00:10:09-8

**Person 1:** Maminka absolutně už nemůže být zaměstnaná. 00:10:14-0

**Interviewer:** A kdyby... kdyby třeba její zdravotní stav byl malinko lepší a mohla by se toho účastnit? 00:10:20-9

**Person 1:** Maminka je... Maminka je momentálně důchodkyně. Sice já si říkám, jak to dá... že chci pracovat, dokud to půjde. Tak že možná v jejím věku ještě budu chodit do práce... Ale nevím, jak to bude, ale беру to zatím asi tak, že v 80 letech nebo po 80 letech člověk už fyzicky i psychicky je natolik... natolik... že nemůže... že momentálně v současné době není schopen pracovat. Málokdo je tak čilý, že by mohl nastoupit do práce a vykonávat nějakou tělesnou či psychickou práci. 00:11:13-6

**Interviewer:** A jakou roli hraje ve Vašem případě rodina pro maminku? 00:11:22-8

**Person 1:** Maminka má štěstí, že nás vychovala. Mám ještě 2 sestry a bratra. Tak že všichni spolupracujeme. Pomáhá mi rodina a sice jsme požádali o... protože ta péče je náročná o domov důchodců. O zařazení maminky do domova důchodců, ale jako co se týká, když potřebujeme pomoct, tak mě pomůžou. Co se týká návštěvy lékaře, protože \*\*\*\* je vzdálený do Trutnova více než 15 kilometrů. Což znamená návštěva na neurologii, návštěva u obvodního lékaře... obvodní lékař v \*\*\*\*\* je, ale stejně to je tak daleko. Je to daleko k obvodnímu lékaři. Tak že jsem momentálně závislá doopravdy na rodině. Na mobilních lidech, co mají auto, protože sama auto nevlastním. 00:12:34-4

**Interviewer:** Děkuji. A jak hodnotíte dostupnost služeb právě v místě bydliště u Vás? 00:12:41-3

**Person 2:** No, tak obchod je asi 500 m. Tak že nákupy obstarávám já. Takový lehčí nákupy. Větší nákupy vzhledem k tomu, že jsme na horách, kde ceny jsou zvýšený. Snažíme se, když teda přijede bratr nebo sestra větší nákupy dojíždět do Trutnova... do supermarketu. Protože tam ty ceny jsou o 5 Kč nižší za kus než takhle na horách. No, takže ta rodina pomáhá. Dostupnost, jak jsem Vám říkala, tak půl kilometru je asi obchod. Velkoobchody tady nejsou, tak snažíme se nakupovat, jak v Trutnově, tak tady. 00:13:31-7

**Interviewer:** Ano. A co třeba zdravotní zařízení nebo veřejnou dopravu. Jak byste hodnotila? 00:13:37-7

**Person 1:** No. Veřejnou dopravu a zdravotní zařízení. Zdravotní středisko tady je. Tak že návštěvy shledáváme maminky téměř... teda nesjednáváme. Většinou dochází doktorka k nám obvodní, když jí potřebuju, protože maminka je ležák. No a ty odborný lékaři to je, že dojíždíme do Trutnova vlastním autem... teda jako bratr většinou. Anebo musíme jezdit jediné sanitkou. Jo? 00:14:11-5

**Interviewer:** A jaký to má vliv na Vaši spokojenost vůbec, že vlastně v místě bydliště není právě to zdravotní zařízení? 00:14:18-8

**Person 1:** No strašný. Jedete k lékaři... a jedete ráno o půl osmí a doma jste ve 2 hodiny, protože asi nemocnice trutnovská je přetížená. Tak že i když jsme objednaní čekací doba je dlouhá. Hodně pacientů je v čekárně. Maminka je unavená. Samozřejmě, že i v té čekárně já a protože momentálně, když už je teda ležák, tak že to je pro ni asi velká zátěž. Velká zátěž, jak pro ni, tak i vlastně pro mě. Teď tam je... myslím i ty výpady a podobně. Tak že čekání je hrozný pro ni. 00:15:08-8

**Interviewer:** A jak hodnotíte veřejnou dopravu? Je to vůbec realizovaný? 00:15:13-0

**Person 1:** Veřejná doprava. My veřejnou dopravu absolutně nemůžeme využívat, neboť nevím, jakým způsobem bychom dostávali maminku do autobusu, protože tam jsou ty schody. To je prostě nevyřešený. Momentálně si myslím, že ta autobusová doprava je natolik nevyu... teda nepoužitelná služba. Lidi můžou být na vozíčkách, že by je museli podobně jako teda maminku. Lidi s kočárkem to potřebují druhého člověka, který by je dostal do toho. Tak že my autobusovou dopravu nevyužíváme. Dojíždíme vlastním

autem, protože bychom nevím, jakým způsobem bychom maminku dostávali do autobusu. 00:16:00-6

**Interviewer:** Mám tady poslední otázku. Taková pěkná. Jak hodnotíte finanční situaci pro ty zdravotně postižený? A jaký to má vliv... na Vaši... na vaše samotné bydlení? Nebo celkově na to bydlení tady? 00:16:14-8

**Person 1:** No, tak bydlíme v rodinném domě, ale asi to... přece asi je levnější než bydlet někde v pronájmu nebo v nájmu. To na sídlišti, kde se platí ta voda. Tady to máme malinko levnější... ale nemůžeme říct levnější. Tady zase platíme topení na celý rok. To uhlí... to topení je drahý. Maminka má důchod kolem 9 tisíc. Požádali jsme o ten příspěvek na péči, což teda taky není moc. A já mám vlastně důchod. Tak že, kdybych nepřispívala já a byla by odkázána, tak nebude mít momentálně ani na to, aby si mohla platit domov důchodců. Neboť by její částka ani nedosáhla příspěvku, který v domově důchodců nebo v některých zařízeních vyžadují. Když jsme se například ptaly ve Svobodě nad Úpou, kde jsou specializovaný na Alzheimerera. Částka, která... kterou vyžadují pro osobu s tímto postižením je kolem 20 tisíc. Maminka má důchod 9 tisíc. Nepočítá se do toho příspěvek, který stát dává na péči. To znamená rodina by musela přispívat nějakých jedenáct tisíc, aby maminka měla odbornou péči. Domnívám se, že člověk, který celý život pracoval, anebo který momentálně ve stáří potřebuje pomoc, že pro něho neposkytnou to, co by měli. To znamená já onemocním. Dostanu se do podobný situace. Důchod budu mít nízký a nebudu mít rodinu, která mi bude přispívat. Tak že umře na ulici nebo tak? S tím... s tímto jako řešení, když člověk potřebuje, stát by měl určitě brát v potaz, že ten člověk je natolik nemocný, že vyžaduje pobyt v odborný léčebně. 00:18:35-5

**Interviewer:** Ano. Děkuji. Tak bychom mohli přejít dál. Vlastně na část, která je zaměřena jakoby na právě tu orientaci na město a venkov. A já se Vás zeptám, co spatřujete vůbec pozitivního na životě ve městě třeba pro maminku? Co by jí to město mohlo poskytnout? 00:18:55-9

**Person 1:** Vzhledem k tomu, že i já jsem žila na venkově, tak pobyt na venkově na horách pro mě je jako mnohem jako lepší než pobývat ve městě. Hlučnost. Sice máte dostupnost. Všechno máte blízko. Jako lékař, obchody, doktory plusy, který tam máte. To je jedna stránka. Ale druhá stránka je to, že někde žijete a zvyknete si a chcete tam

dožít. Tak že já беру asi tohle to... dostupnost ve městě je mnohem lepší než na venkově, ale druhá otázka je pro toho člověka, který si zvykne být někde, kde žije.

00:19:55-3

**Interviewer:** Děkuju. Tak že negativní vlastně aspekty jste řekla, že právě? Nebo co podle Vás je negativního na venkově? 00:20:04-4

**Person 1:** Negativní je to, že samozřejmě ty služby... asi tam to je mnohem draží jako, co se týká produkty, obchody... Navýšení než markety, protože tady žádný obchod nemáte. Tak že nakupujete například o tisíc korun měsíčně... o patnáct stovek měsíčně Vás nákupy vyjde... možná i o dva tisíce více než kdybyste bydlel u Kauflandu, kde si doběhnete pro cukr za 9 Kč. Tady si ho musíte koupit za 20 Kč. 00:20:38-9

**Interviewer:** Tak že negativního v tom městě je podle Vás co? 00:20:44-3

**Person 1:** Negativního ve městě je přílišná hlučnost pro ty lidi, což zase některým lidem, který si zvykli na ten klid, horský čerstvý vzduch, klid na vesnici, zahrádka. To jim chybí potom. Jo? To já spatřuju jako ten pobyt na tom sídlišti... starší člověk nemusí přijmout. Jo? Někdy se říká bydlet v paneláku, bydlet v králíkárně. Jo? Tak že změna pobytu pro staršího člověka znamená i... já nechci takhle mluvit ale i smrt, protože než si zvykne na to nový. Jo? Tak psychicky to pro něho je velice náročný, protože si zvyk. Mění veškerý prostředí, na které byl zvyklý. 00:21:42-9

**Interviewer:** Děkuju. A co vidíte pozitivního pro maminku tady na životě na venkově? 00:21:49-3

**Person 1:** No tak to, že má svoje prostředí. Jo? Svoje prostředí, ten klid, zahrádka. To svoje... to je to to pozitivního. Jinak ta dostupnost obchodů je samozřejmě horší, dostupnost k lékaři horší... všechny služby jsou horší, ale to prostředí, ve kterým ona prožila 50 roků je asi pro toho člověka ve stáří strašně důležitý. Jak se říká ve stáří byste nikomu měnit... ten vůbec... ten domov. Jo? 00:22:36-0

**Interviewer:** Děkuju. A je něco bez čeho život tady na venkově si nedokážete vůbec představit? To jako kdybyste to neměli, tak vůbec tady nemůžete ani fungovat?

00:22:46-9

**Person 1:** Jako, co kdybychom neměli, tak bez toho bych nemohla fungovat? 00:22:52-3

**Interviewer:** Ano. 00:22:52-9

**Person 1:** Asi právě... asi to... auto. 00:22:59-5

**Interviewer:** Auto? 00:23:02-1

**Person 1:** Auto. Ale jako bez toho jako... 00:23:09-1

**Interviewer:** Vlastně jste říkala, že Vám ten bratr jezdí pomáhat s tím autem. 00:23:16-6

**Person 1:** No. Můj bratr nám pomáhá autem. Já řidičský průkaz mám, ale autem nejezdím. A neobnovila jsem si, protože špatně vidím. Tak že už si nedovolím jezdit. Tak že bez auta je to složitý. To znamená auto potřebujeme, ale já momentálně auto nemám, ale potřebuju pomoc... Tak že jsem odkázána na někoho z rodiny, kdo má auto. Tak že? 00:23:45-1

**Interviewer:** Tak že tu rodinu a to auto? 00:23:46-7

**Person 1:** No to auto jako, ale... já sama, jak Vám říkám se necítím na to, abych jezdila autem. Tak že... Jo? Takhle. 00:24:00-0

**Interviewer:** A něco ve městě, bez čeho byste tam nemohla žít? 00:24:02-9

**Person 1:** Bez čeho bych nemohla ve městě být? 00:24:05-7

**Interviewer:** Ano. 00:24:07-6

**Person 1:** Já Vám nevím já na to město jsem si moc nezvykla. Protože to město je... protože to město je hrozný. Vlastně bez čeho bych nemohla žít? 00:24:19-7

**Interviewer:** Ve městě, bez čeho byste nemohla žít? 00:24:21-6

**Person 1:** No tak já bych nemohla žít, aby tam nebyli obchody, nemocnice a tohle to... 00:24:28-0

**Interviewer:** Tak to je samozřejmý, že to tam je... 00:24:29-4



**Person 1:** No tak, že to tam je. Tak že kdyby to nebylo, tak jsme jako na vesnici. A možná nějaký ty kulturní zařízení... i když momentálně, jak říkám. Já je nepotřebuju. Bazén a tohle to. Lidi mají možnost tohle to veškerý kulturní vyžití a sportovní vyžití. Dostupnost dobrá. My jsme si zvykli, že to nemáme a musíme to tak brát asi, jak to na té vesnici funguje. 00:25:00-1

**Interviewer:** Děkuju. A jak byste hodnotila vlastně Vaší... Vaše místo bydliště nebo bydlení samotný? 00:25:09-0

**Person 1:** No. Místo, kde bydlíme? Jako? Tak že? 00:25:16-7

**Interviewer:** Jak byste hodnotila? 00:25:18-8

**Person 1:** Jak bych ho hodnotila. 00:25:20-3

**Interviewer:** Jak se Vám tady žije? 00:25:21-2

**Person 1:** No tak jako asi lepší by bylo ten panelák, protože tam bych nemusela topit. Nemusela bych se starat o každý rok objednávat uhlí a topit. Jo? Celý barák vytápět. Tak že to je další v tomhle prostředí. Přikládat do kotle a starat se, aby bylo teplo v rodinným domě. No další je vyhazování sněhu a takový... tak že to jsou práce kolem domu. Což bychom asi v paneláku nemuseli, ale jedna stránka je tady máte... se musíte starat o věci o který se lidi, který bydlí někde na sídlišti starat nemusí. Ale na druhé straně je tady zase otázka, že máme zahrádku. Máte tady něco, co ani na tom sídlišti nemáte... nemají. To hezký prostředí. 00:26:30-6

**Interviewer:** Děkuju. A co teda Vaše místo bydliště či samotný bydlení splňuje? Co je pro Vás důležitého? Co právě splňuje to bydlení? 00:26:40-7

**Person 1:** No splňuje to... Co splňuje? Já si vzpomenu... já si vzpomenu. Tady je všechno. To znamená teplá voda, studená... teplou máme. Teplo máme. Všechno jsme si museli vybudovat sami. Bezbariérový přístup pro babičku. Udělat se všechno tak asi jsme museli zařídit a přizpůsobit tomu, aby babička... maminka teda moje. My jí říkáme babička, protože ona je babičkou... Mohla teda v tom domě dožít. 00:27:22-9

**Interviewer:** A je naopak něco, co Vám schází? 00:27:25-8

**Person 1:** Co mě schází... Co mi schází. No toho je hodně. 00:27:35-4

**Interviewer:** Nebo spíše babičce... nebo mamince co schází? 00:27:37-6

**Person 1:** No tak to asi je... určitě to je... takhle veškerý pomůcky, co se týká, co jsme si mohli půjčit. to je gramofon, polohovací postel. To máme. Akorát možná by bylo vhodnější ta lepší bezbariérová koupelna, protože tam máme problémy... tak že asi, když bude možnost jí vybudovat, abychom věčně nemuseli teda tak nějak... docela tvrdě bojovat s koupáním. Tam nemáme podmínky. Abychom měli, protože nám chybí... A možná, že nám chybí to, že by momentálně jí pomohla nějaká teda rehabilitace vzhledem k jejímu zdravotnímu stavu. To znamená nějaký rehabilitační středisko. Kdyby bylo blízko, že bychom jí mohli třeba třikrát do týdne navštěvovat rehabilitaci. A tím by se maminka možná zlepšila... její zdravotní stav. No jinak, co nám ještě chybí... No nemocnice asi aby byla blíž. Jo? Ale ona to máte vesnice o pár lidech.... nebo horsko... teda víte co? Středisková obec. Dříve tady byla nemocnice, která byla zavřena. Tak že veškerý pacienti... to musíme teda dojíždět do Trutnova. Asi by to bylo lepší, kdyby byla tady nemocnice, ale nevím, jestli by byla teda využita. Jo? 00:29:26-3

**Interviewer:** Děkuju. A jaké jsou Vaše budoucí plány související s bydlištěm? 00:29:31-6

**Person 1:** Já bych chtěla, aby tady v tom \*\*\*\* teda bylo vybudováno pro ty starší lidi... 00:29:42-1

**Interviewer:** Ale... nebo přímo myslím jako u Vás, jaký jsou plány? 00:29:46-9

**Person 1:** Jaký jsou plány. Tak tu lepší koupelnu, aby maminka měla... abychom mohli lépe to. No a asi nevím no. Jako možná, že by bylo, aby se člověk mohl zaměřovat i na ty lidi, který doopravdy už jsou... potřebují tu pomoc. Tak že i ta finanční stránka. Lepší finanční ohodnocení, protože momentálně, co dostáváme jenom ty kalhotky... Teda ty kalhotky, co dostáváme pro ležáky, tak dva na den. Což je nevyhovující, protože když přebalujete někoho, tak jedny kalhotky ráno a jedny večer, tak to nestačí. 00:30:41-0

**Interviewer:** Ano. 00:30:41-4

**Person 1:** Tak že asi... asi zvýšení i toho počtu. Jo? To je problém. 00:30:49-4

**Interviewer:** Děkuju. A nevíte, jestli náhodou se neplánuje ve Vašem místě bydliště nějaká budoucí změna, která by mohla nějakým způsobem ovlivnit Vaši spokojenost s místem bydliště? 00:31:01-2

**Person 1:** Domnívám se, že se nic neplánuje momentálně, protože obec... možná, že by měla obec uvažovat o tom, že obyvatelstvo stárne. Jo? Tak že je tady jeden domov důchodců... teda pár ubytoven. Tak že další asi, protože generace stárne a myslím si, že řada... a čekací doba do domova důchodců nebo do pečovateláku je dlouholetá. Tak že obec by měla uvažovat o tom, že by měla myslet na lidi. Prostě pečovat o starší.  
00:31:47-9

**Interviewer:** Děkuju. 00:31:48-7

**Person 1:** Tak že si myslím, že je asi pro tu obec dost zásadní. Neinvestovat do silnic a podobně, ale také investovat na stáří. 00:31:58-5

**Interviewer:** A napadá Vás ještě něco, co byste nám chtěla sdělit? 00:32:02-1

**Person 1:** Co mě napadá? Co mě momentálně napadá? Momentálně mě napadá, že jednou všichni zestárneme a, že finanční situace v současné době pro lidi bez... bez... lidi by měla být lepší. Není dostačující. To znamená finanční stránka, že stát neoceňuje toho, že všechno je drahé. Takhle..., že dostáváte určité peníze a nestačí to. Nestačí to, když jste sám. Asi tak. 00:32:51-8

**Interviewer:** Tak jo. Tak já Vám děkuju, že jste zúčastnila toho to výzkumu a přeju Vám i mamince hodně štěstí. 00:33:00-0

**Person 1:** Děkuju. 00:33:00-4

**Interviewer:** Neshledanou. 00:33:01-5

**Person 1:** Neshledanou. 00:33:02-4

## Soustava kódů

### Identifikační údaje

- Věk
- Zdravotní postižení / zdravotní hendikep
- Místo bydliště
- Druh bydlení
- Doba bydlení
- Současný stav – zaměstnání, rozsah potřebné péče...

### Specifické oblasti v životě člověka se zdravotním postižením

- Fyzické bariéry
- Možnost vzdělávání / zaměstnání
- Role rodiny pro zdravotně hendikepovaného
- Dostupnost služeb v místě bydliště
- Finanční situace zdravotně hendikepovaných

### Život ve městě a na venkově

- Pozitiva město
- Negativa město
- Pozitiva venkov
- Negativa venkov
- Bez čeho se ve městě a na venkově nedá žít?
- Názor respondentů na vhodnější místo pro bydlení

### Současná spokojenost s bydlením

- Současná spokojenost
- Co důležitého splňuje?
- Co respondentům schází?

## Budoucí plány související s bydlištěm či bydlením

- Budoucí plány respondentů související s bydlištěm či bydlením
- Změny v bydlení
- Změny v okolním prostředí

### Ukázka kódu v programu MAXQDA

- ▼  Město x Vesnice
  - Vhodnější místo pro bydlení vzhledem k hendikepu
  - Bez čeho se ve městě/vesnici nedá žít?
  - Pozitiva vesnice
  - Pozitiva město
  - Negativa město
  - Negativa vesnice
- ▼  Současná spokojenost s bydlením
  - Současná spokojenost
  - Co bydlení splňuje?
  - Co v bydlení schází
- ▼  Budoucí plány související s bydlištěm/bydlením
  - Budoucí plány související s bydlením/bydlištěm
  - Změny v okolí
  - Změny v bydlení

### Příloha č. 3 – Mapa s místem bydliště respondentů

