

UNIVERZITA PARDUBICE
FAKULTA EKONOMICKO-SPRÁVNÍ

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

2011

PETRA LIČKOVÁ

Univerzita Pardubice
Fakulta ekonomicko - správní

Kvalita života osob se zdravotním postižením
Petra Ličková

Bakalářská práce
2011

Univerzita Pardubice
Fakulta ekonomicko-správní
Akademický rok: 2010/2011

ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

(PROJEKTU, UMĚLECKÉHO DÍLA, UMĚLECKÉHO VÝKONU)

Jméno a příjmení: **Petra LIČKOVÁ**
Osobní číslo: **E08738**
Studijní program: **B6202 Hospodářská politika a správa**
Studijní obor: **Veřejná ekonomika a správa**
Název tématu: **Kvalita života osob se zdravotním postižením**
Zadávací katedra: **Ústav veřejné správy a práva**

Z á s a d y p r o v y p r a c o v á n í :

Práce se zabývá konceptem kvality života a jeho faktickým vnímáním vybrané skupiny osob se zdravotním postižením. Kvalita života obsahuje dimenze ekonomické, sociální, zdravotní a filozofické.

- kvalita života - pojem, dilema jeho určování
- zdravotní postižení jako klíčový faktor ovlivňující život člověka
- situace osob se zdravotním postižením ve vybraném regionu
- možnosti využívání volného času osobami se zdravotním postižením
- empirická sonda na vybrané skupině

Rozsah grafických prací: —
Rozsah pracovní zprávy: cca 30 stran
Forma zpracování bakalářské práce: tištěná/elektronická

Seznam odborné literatury:

- KOMENDOVÁ, Jana. Pracovní podmínky osob se zdravotním postižením. Ostrava: Key Publishing, 2009. 158s. ISBN 978-80-7418-022-4.
- KUBÁTOVÁ, H. Sociologie životního způsobu. Praha: Grada Publishing a. s., 2010. 272 s. ISBN 978-80-247-2456-0.
- JELÍNKOVÁ, M. Aktivity volného času osoby s těžkým a kombinovaným postižením. Praha: Modrý klíč, 1997. ISBN 80-902494-0-X.
- PAYNE, J. et al. Kvalita života a zdraví. Praha: Triton, 2005. 630s. ISBN 80-7254-657-0.
- TITZL, B. Postižený člověk ve společnosti. Dopln. a rozš. vyd. Praha: UK-PedF, 2000. 248s. ISBN 80-86039-90-0.

Vedoucí bakalářské práce: **Mgr. Jan Mandys**
Ústav veřejné správy a práva

Datum zadání bakalářské práce: **22. června 2010**

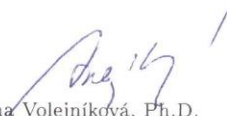
Termín odevzdání bakalářské práce: **30. dubna 2011**



doc. Ing. Renáta Myšková, Ph.D.

děkanka

L.S.



doc. Ing. Jolana Volejníková, Ph.D.

vedoucí ústavu

V Pardubicích dne 22. června 2010

Prohlášení

Tuto práci jsem vypracovala samostatně. Veškeré literární prameny a informace, které jsem práci využila, jsou uvedeny v seznamu použité literatury.

Byla jsem seznámena s tím, že se na moji práci vztahují práva a povinnosti vyplývající ze zákona č. 121/2000 Sb., autorský zákon, zejména se skutečností, že Univerzita Pardubice má právo na uzavření licenční smlouvy o užití této práce jako školního díla podle § 60 odst. 1 autorského zákona, a s tím, že pokud dojde k užití této práce mhou nebo bude poskytnuta licence o užití jinému subjektu, je Univerzita Pardubice oprávněna ode mne požadovat přiměřený příspěvek na úhradu nákladů, které na vytvoření díla vynaložila, a to podle okolností až do jejich skutečné výše.

Souhlasím s prezenčním zpřístupněním své práce v Univerzitní knihovně

V Pardubicích dne 29. 4. 2011

Petra Ličková

ANOTACE

Bakalářská práce se věnuje kvalitě života u osob se zdravotním postižením na území Pardubického kraje. První část se zabývá vymezením pojmů kvalita života a zdravotní postižení z pohledu různých institucí. Další části poukazují na důležitost integrace jedinců do společnosti s pomocí organizací působících v daném kraji. Praktická část je zaměřena na dotazníkové šetření, jeho metodiky a zjištěné výsledky.

KLÍČOVÁ SLOVA

Zdravotní postižení, kvalita života, kvalita zdraví, životní úroveň, WHOQOL-BREF, dotazníkové šetření, zrakově postižení, místní společenství

TITLE

Quality of life of persons with disabilities

SUMMARY

Bachelor thesis deals with the quality of life for people with disabilities the Region. Deals with defining the concept of quality of life and disability from the perspective of various institutions. More often point to the importance of integrating individuals into society with the help of organizations operating in the region. The practical part focuses on the survey, its methodology and the results.

KEYWORDS

Disabled, quality of life, quality health, standard of living, WHOQOL-BREF, survey, visually impaired, local communities

Poděkování

Ráda bych touto formou poděkovala všem, kteří přispěli k vytvoření této práce, především vedoucímu bakalářské práce Mgr. Janu Mandysovi, za cenné připomínky a odborné rady, kterými přispěl k vypracování této bakalářské práce. Dále bych ráda poděkovala TyfloCentru Pardubice, o. p. s., za umožnění realizovat dotazníkové šetření a ochotu poskytnout požadované informace a materiály.

OBSAH

ÚVOD	8
1. KVALITA ŽIVOTA – POJEM, DILEMA JEHO URČOVÁNÍ.....	9
1.1 Vývoj pojmu	9
1.2 Vymezení pojmu	10
2. ZDRAVOTNÍ POSTIŽENÍ JAKO KLÍČOVÝ FAKTOR OVLIVŇUJÍCÍ ŽIVOT ČLOVĚKA.....	13
2.1 Osoba se zdravotním postižením v dokumentech Mezinárodní organizace práce	13
2.2 Osoba se zdravotním postižením podle Světové zdravotnické organizace	14
2.3 Osoba se zdravotním postižením podle dokumentů Organizace spojených národů.....	15
2.4 Osoba se zdravotním postižením podle dokumentů Rady Evropy	16
2.5 Vymezení pojmu osoba se zdravotním postižením v právním řádu České Republiky.....	16
2.5.1 Osoby plně invalidní	17
2.5.2 Osoby částečně invalidní	20
2.5.3 Osoby zdravotně znevýhodněné	21
3. MOŽNOSTI VYUŽÍVÁNÍ VOLNÉHO ČASU OSOBAMI SE ZDRAVOTNÍM POSTIŽENÍM	23
4. SITUACE OSOB SE ZDRAVOTNÍM POSTIŽENÍM VE VYBRANÉM REGIONU.....	27
5. EMPIRICKÁ SONDA NA VYBRANÉ SKUPINĚ.....	31
5.1 Metodologická východiska.....	31
5.1.1 Cíle výzkumu.....	31
5.1.2 Základní výzkumné otázky	31
5.1.3 Časový plán	31
5.1.4 Deskripce použitých metod sběru dat	32
5.2 Interpretace výsledků metodologické studie	33
5.2.1 Kvalita zdraví	33

5.2.2 Spokojenost s místním společenstvím 37

ZÁVĚR 40

SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

SEZNAM TABULEK

SEZNAM PŘÍLOH

PŘÍLOHY

ÚVOD

Bakalářská práce pojednává o kvalitě života osob se zdravotním postižením. Běžní občané (široká veřejnost) si často neuvědomují překážky, které musí zdravotně postižení ve svém každodenním životě překonávat. Hlavním **cílem práce je přiblížit život zdravotně postižených a problémy, na které v dnešní společnosti narážejí – ekonomické, sociální, zdravotní, legislativní.**

Práce je rozdělena na dvě části - teoretickou a praktickou. První kapitola části teoretické se zabývá problémy, které souvisejí s definováním kvality lidského života. Přestože se tento pojem hojně používá v běžném i odborném hovoru, málokdo si pod ním umí představit něco konkrétního. Tato nejasnost, případně neznalost, je způsobena především neexistencí jednotného vymezení pojmu kvalita lidského života. Dalším **cílem práce je najít shodu v definování kvality života.**

Druhá kapitola se zaměřuje na definování zdravotního postižení z pohledu různých organizací či zákonů a popisuje neshody mezi jednotlivými definicemi.

Ve třetí kapitole je zdůrazněn význam integrace jedinců se zdravotním postižením do společnosti, což je užitečné nejen pro jejich vlastní duševní či fyzické zdraví, ale také pro obohacení společnosti z multikulturního hlediska.

Čtvrtá kapitola ukazuje práci obecně prospěšných organizací na území Pardubického kraje a nabídku jejich služeb pro cílové osoby se zdravotním postižením.

Poslední kapitola je věnována pozornost životu osob se zrakovým postižením na území Pardubického kraje. Ve spolupráci s organizací TyfloCentrum Pardubice, o. p. s. bylo podniknuto dotazníkové šetření, jehož cílem bylo zjistit kvalitu zdraví a spokojenost s místním společenstvím u klientů TyfloCentra Pardubice, o. p. s. Šetření proběhlo prostřednictvím dotazníku Světové zdravotnické organizace WHOQOL-BREF a dotazníků evropské úrovně zkoumající Spokojenost s místním společenstvím. V závěru práce je zanalyzován a vyhodnocen stav kvality života a zdraví osob s postižením zraku v Pardubickém kraji.

1. KVALITA ŽIVOTA – POJEM, DILEMA JEHO URČOVÁNÍ

V literatuře existuje celá řada definic „kvality života“. Není ani jedna, která by byla v průběhu posledních třiceti let všeobecně přijímána. Na obecné úrovni lze říci, že kvalita života je chápána jako důsledek vzájemného působení řady různých faktorů, a to sociálních, zdravotních, ekonomických, environmentálních, politických, publicistických a dokonce i marketingových a reklamních. Můžeme tak říci, že lidé v různých zemích a kulturách budou za kvalitní život označovat něco jiného.

1.1 Vývoj pojmu

Hnilicová, H. (2005) hovoří o první historické zmínce termínu „kvalita života“ ve 20. letech minulého století, v souvislosti s úvahami o ekonomickém vývoji a úloze státu v oblasti materiální podpory nižších společenských vrstev. V poválečné době se tento termín opět objevil v politickém kontextu v USA, kdy v 60. letech tehdejší americký prezident Johnson v jednom ze svých projevů prohlásil zlepšování kvality života Američanů za cíl své domácí politiky. Chtěl tím říci, že ukazatelem společenského blaha není prostá kvantita spotřebovaného zboží, ale to, jak dobře se lidem za určitých podmínek žije.

Brzy tento termín v sociologii zdomácněl a používá se k odlišení podmínek života, jako jsou příjem, politické zřízení, počet automobilů na domácnost, od vlastního životního pocitu lidí. Hnilicová, H. (2005) do této době datuje první použití termínu kvalita života pro výzkumné účely, a to v souvislosti se sociologickým trendem zaměřeným na monitorování dopadu společenských změn na život lidí, který je znám pod názvem „Social Indicators“. Toto hnutí zdůrazňovalo, že život lidí v určitém specifickém prostředí, jakým je vesnice nebo město, není možné popsat pouze s pomocí objektivních, většinou ekonomických, ukazatelů, a to, že je nutné přihlížet k celému souboru dalších sociálních ukazatelů, které jsou ve svém komplexu, který se snaží lépe postihnout kvalitu života lidí v konkrétním sociálním kontextu.

Hnilicová, H. (2005) uvádí, že studium kvality života svůj boom zažívá zejména v posledních deseti letech. Na různých pracovištích po celém světě se tomuto tématu věnují výzkumné týmy, které vycházejí z různých koncepčních rámců, pokoušejíc se z různých aspektů uchopit důležité a zajímavé téma. Všeobecně řečeno, v současné době studium

kvality života znamená identifikaci a hledání faktorů, které přispívají k dobrému a smysluplnému životu a k pocitu lidského štěstí.

Ideologickým důvodem pro studium kvality života a jeho nejdůležitějším cílem je podle H. Hnilicové (2005) podpora a rozvoj životního prostředí a životních podmínek, které by lidem umožnily žít způsobem, který je pro ně nejlepší, a ve kterém nacházejí smysl a který se mohou a dovedou užít. Důležitým podnětem pro takového pojetí kvality života a jejího vztahu k zdraví člověka byl koncept salutogeneze. Také na půdě World Health Organization (Světové zdravotnické organizace) vznikla v průběhu let řada významných dokumentů, které mají rozvíjet přístup v podobě programu na podporu zdraví, například Otawská charta z roku 1986 nebo hnutí Zdravých měst.

1.2 Vymezení pojmu

Kubátová, H. (2010) chápe kvalitu života jednotlivce nebo rodiny obvykle jako kulturnost životního stylu, ať už se to týká kulturnosti trávení volného času, případně vybavenosti domácnosti kulturními předměty (jako jsou např. knihy) nebo výše vzdělání, případně složitosti vykonávané práce. Kvalita života však bývá spojována také s problémem autenticity, případně odcizení, s problémem smyslu života, se zdravím nebo se spokojeností se životem.

Podle Kubátové, H. (2010) se pojem kvalita života na úrovni společnosti postupně nahrazuje pojmem životní úroveň společnosti. Obsah pojmu kvalita života je rozsáhlejší než obsah pojmu životní úroveň. Kvalitu života měří za pomoci indikátorů na úrovni materiální společnosti a to prostřednictvím indikátorů kvalitativní úrovně společnosti. Indikátor, který měří úroveň kvality života, se nazývá index lidského rozvoje (HDI) a současně vyjadřuje stupeň modernizace jednotlivých zemí. Tento index se skládá z hrubého domácího produktu na hlavu, z indexu očekávané střední délky života a z indexu vzdělanosti, který zachycuje míru všeobecné gramotnosti, poměr primárního, sekundárního a terciárního vzdělání v populaci.

Kubátová, H. (2010) z širšího hlediska pojímá kvalitu života jako zajištění příslušné kvality života občanů. V tom případě se kvalita života týká například veřejného klidu a bezpečí dopravy (silnice, železnice), zdravého životního prostředí, komunikace (telefon,

internet, pošta) apod. Tyto a mnohé další neodlučitelné vlastnosti kvality života se nazývají služby ve veřejném zájmu. Služby ve veřejném zájmu jsou produktem tzv. veřejného sektoru, veřejné správy. Lze tedy říci, že kvalita života občanů je pod veřejnou správou, která zajišťuje veřejný klid, bezpečí, zdravé životní prostředí atd.

Duffková, J. (2008, str. 99) upozorňuje na často možné vymezení kvality života v literatuře – s poukazem na to, že není třeba pojem vymezovat, protože všichni víme co je „život“ a co „kvalita“. „Problém je v tom, že i kdyby to každý věděl, každý to ví jinak, každý má pod danými pojmy poněkud jinou představu.“

Podle Duffkové, J. (2008, str. 100) - často dochází k negativnímu vymezení kvality života. „Zjednodušeně řečeno: kvalita života není to, co je kvantitativní. Pojetí kvality života zde de facto stojí na srovnání kvality a kvantity, přičemž kvantitou se ve zjednodušeném vyjádření rozumí veškeré charakteristiky existence společnosti a života jednotlivce, které mají kvantitativní, tj. ekonomickou povahu.“

V úsilí o pozitivní vymezení kvality života Duffková, J. (2008, str. 100) rozvíjí pojetí života: „Kvalita života označuje kvalitu existence (bytí), kvalitativní parametry lidského života (životního způsobu, životního stylu, event. podmínek života).“ Dále zmiňuje následující pojetí neznámého autora, jež se objevuje v české sociologické literatuře: „Kvalita života je komplexní, integrální charakteristika postavení člověka ve společnosti s aspekty sociálně-ekonomickými, politickými, kulturními a ekologickými.“

Hnilicová, H. (2010, str. 207) rozděluje koncept přístupů na dvě dimenze – objektivní, subjektivní. „Subjektivní kvalita života se týká lidské emocionality a všeobecné spokojenosti se životem. Objektivní kvalita života znamená splnění požadavků týkajících se sociálních a materiálních podmínek života, sociálního statusu a fyzického zdraví.“ Řeší otevřenou otázku, jak spolu tyto dvě dimenze souvisí a jak nejlépe by měla být kvalita života měřena.

Přestože pojem kvalita života není jednoznačně definován a chybí jakákoliv shoda o jeho obsahu, tak podle Křížové, E. (2005, str. 351) existuje shoda, která zahrnuje tři hlavní domény. První z nich je fyzické prožívání, které bývá charakterizováno především ukazateli zdravotního stavu např. přítomností zdravotních potíží, skutečností, jestli potíže skutečně léčbu vyžadují a nakolik jsou omezující či provázeny bolestí. Za druhou doménu uvádí psychickou pohodu, kterou můžeme chápat jako štěstí definované prožíváním slasti, uplatňováním moci. Třetí doménou považuje sociální postavení jedince s jeho vztahy k okolí, prožitek smysluplnosti vlastního života, který je dán hodnotovými výzvami situace

a odezvami svědomí na tyto výzvy, a činností, kterou člověk činí ze své vůle. Zaměřuje se na dva směry: ke svému okolí, k sobě samému. „I když kvalita života a její hodnocení vyjadřují individuálně zakotvenou a subjektivně prožívanou skutečnost, je mimo pochybnost, že se do této reflexe promítá sociální minulost, současnost i budoucnost daného jedince, jeho vztahy k druhým lidem, skupinám, kultuře, politice apod.“

Janečková, H. (2005, str. 456 - 457) – pojímá kvalitu života ve vztahu s životními událostmi. Životní události ovlivňují bezprostřední aktuální prožívání kvality života: „Vyvolávají subjektivní pocit nespokojenosti, neklidu, strachu a úzkosti, deprese, vedou k poruchám spánku, nesoustředěnosti, ulpívavým myšlenkám, stigmatizaci, sociální izolaci, vedou také ke změnám v sociálních vztazích.“ A dále životní události ovlivňují dlouhodobou kvalitu života, která směřuje k naplňování životních cílů, uspokojování potřeb růstu a rozvoje, uskutečňování vnitřních možností a hledání nového smyslu života. Životní událost může vyvolat několik změn z hlediska kvality života. Za první změnu perspektivy: „Relativizace, přehodnocování, pohled z jiného úhlu, jako by předchozí vnímání bylo zastřeno nějakou selektivní slepotou – aha, tak teď to vidím takhle, byl jsem naivní, nevážil jsem si toho či onoho, teď teprve vím, co je to život“ Za druhé změna hodnot: „Ztráta hodnot starých a hledání nových.“ Za třetí změnu smyslu života: „Životních cílů, priorit, přání – původní směřování se už nenaplní, hledání nové životní náplně, poslání.“ Za čtvrté uvádí Janečková zabrzdění rozvoje a stagnaci: „Pozornost a energie se soustřeďuje na zvládnutí, vyrovnání se, adaptaci související s životní událostí, dřívější životní úkoly ztrácející svůj smysl, chybí motivace.“ A poslední možnou změnou je vážné ohrožení zdraví: „Nemoc sama je životní událost, životní události zvyšující riziko onemocnění.“

2. ZDRAVOTNÍ POSTIŽENÍ JAKO KLÍČOVÝ FAKTOR OVLIVŇUJÍCÍ ŽIVOT ČLOVĚKA

K vymezení pojmu „osoba se zdravotním postižením“ je nutné si uvědomit, že definovat tento pojem není jednoduché, protože tito lidé netvoří jednotnou skupinu osob.

2.1 Osoba se zdravotním postižením v dokumentech Mezinárodní organizace práce

Dokumenty vydané Mezinárodní organizací práce¹ (dále jen MOP) vymezují osobu se zdravotním postižením ve vztahu k výkonu práce. Zdravotní postižení je v tomto pojetí chápáno jako příčina, která omezuje vyhlídky v oblasti zaměstnání. Toto kritérium není vždy jednoznačné, vyhlídky se v této oblasti mohou významně diferencovat vzhledem ke konkrétní situaci na trhu práce. (Komendová, J.;2009)

Prvním dokumentem přijatým na mezinárodní úrovni, který vymezuje termín osoba se zdravotním postižením, je doporučení MOP, č. 99 o pracovní rehabilitaci osob se zdravotním postižením². „Zdravotně postižená osoba jednotlivce, jehož vyhlídky naleznout a zachovat si vhodné zaměstnání jsou sníženy v důsledku tělesného nebo duševního postižení,“ je význam termínu a to podle čl. 1 písm. b. (Komendová, J.; 2009, str. 16 - 17)

Úmluvu č. 159 o pracovní rehabilitaci a zaměstnání invalidů³. Úmluva byla doplněna o doporučení č. 168 o pracovní rehabilitaci a zaměstnávání invalidů⁴ (Komendová, J.; 2009)

V obou dvou dokumentech se dále konkretizuje termín „invalida“ používaný ve významu osoby se zdravotním postižením – jedná se o: „Každou osobu, jejíž vyhlídky naleznout a zachovat si vhodné zaměstnání a dosahovat v něm postupu jsou podstatně sníženy v důsledku náležitě ověřeného tělesného nebo duševního postižení.“ Podle této definice by mělo být náležitě ověřeno tělesné nebo duševní postižení, v důsledku něhož se snižují vyhlídky na nalezení a zachování si vhodného zaměstnání a dosažení postupu v něm.

¹Mezinárodní organizace práce je specializovanou organizací, jejímž hlavním cílem je prosazování sociální spravedlnosti a mezinárodně uznávaných lidských a pracovních práv. Byla založena roku 1919 a roku 1946 se stala první specializovanou agenturou OSN.

² Přijaté Generální konferencí práce na 38. zasedání dne 22. června roku 1955.

³ Přijaté Generální konference práce na 69. zasedání dne 20. června 1983, v platnost vstoupila o dva roky později. Československá socialistická republika úmluvu ratifikovala dne 21. února 1985.

⁴ Přijaté na 69. zasedání Generální konference práce.

Dokumenty však blíže nespecifikují požadavky pro jeho provedení. (Komendová, J.; 2009, str. 16)

Komendová, J. (2009) považuje za nedostatek skutečnost, že definice osoby se zdravotním postižením podle Mezinárodní organizace práce a jejích dokumentů blíže nevymezuje, co se rozumím pod pojmem vhodné zaměstnání. Řešení tohoto pojmu přenechává na vnitrostátním zákonodárství nebo na vnitrostátní praxi, protože je to termín nejednoznačný a může obsahovat celou řadu objektivních podmínek a subjektivních pohledů konkrétní osoby, a to na to, zda je pro ni konkrétní zaměstnání vhodné.

2.2 Osoba se zdravotním postižením podle Světové zdravotnické organizace

Světová zdravotnická organizace byla založena roku 1948 na podporu mezinárodní technické spolupráce v oblasti zdravotnictví, uskutečňuje programy na potírání nebo úplné odstranění některých nemocí a snaží se o celkové zlepšení kvality lidského života. Organizace má za cíl dosažení co nejvyšší úrovně zdraví pro všechny.

Dne 22. května 2001 na 54. Světovém zdravotnickém shromáždění byl schválen dokument Mezinárodní klasifikace funkcí, postižení a zdraví. Tento mezinárodní standard je určen pro popis a posuzování zdraví a postižení. Oproti používaným zdravotním ukazatelům založených na úmrtnosti je tenhle zaměřen na život. Jak lidé žijí se svými zdravotními podmínkami a jak je mohou zlepšit, aby dosáhli produktivního života, který je naplňuje. Standard nemá být používán jen ve zdravotnictví, ale své uplatnění by měl najít i v oblasti práva, sociální politiky jako ochrana práv skupin a jednotlivců. (Komendová, J.; 2009)

Předností dokumentu je to, že: „Bere v úvahu především společenské aspekty zdravotního postižení a poskytuje mechanismus ke zdokumentování důsledků společenského a fyzického prostředí na funkce jednotlivce, definuje složky zdraví a některé složky prospívání spojené se zdravím jakými jsou vzdělání nebo práce.“ Mezi faktory, které mají určující dopad zdravotního postižení na fungování jednotlivce, uvádí Komendová vnější prostředí. Mezinárodní standard Mezinárodní klasifikace funkcí, postižení a zdraví nedefinuje zdravotní postižení pouze ve vztahu k úzké skupině osob. Řídí se myšlenkou: „Každý člověk je v průběhu života postižen určitým stupněm snížení zdraví.“ (Komendová, J.; 2009, str. 18)

2.3 Osoba se zdravotním postižením podle dokumentů Organizace spojených národů

Definice termínu osoba se zdravotním postižením, kterou podává Deklarace práv a osob se zdravotním postižením, je obecnější oproti definici vydané Mezinárodní zdravotnickou organizací, nezabývá se problematikou ve vztahu k pracovnímu procesu, ale zejména směřuje k ochraně lidských práv osob se zdravotním postižením. (Komendová, J.: 2009)

„Zdravotně postižená osoba jakoukoli osobu, která není plně nebo z části schopna zabezpečit si své životní potřeby nebo potřeby v životě společnosti jako běžný jednatel, a to v důsledku vady, ať už vrozené nebo ne, spočívající v jejich fyzických nebo duševních schopnostech,“ tato definice je významem termínu podle čl. 1 Deklarace⁵. (Organizace spojených národů, 1975)

Standardní pravidla, která OSN přijala⁶ pro vyrovnávání příležitostí pro osoby se zdravotním postižením, přijatá v odst. 17 vymezují termín „postižení“, jenž zahrnuje: „Velké množství různých funkčních omezení, která se vyskytují v každé populaci ve všech zemích světa. Lidé mohou být postiženi fyzickou, mentální nebo smyslovou vadou, zdravotním stavem nebo duševním onemocněním. Takovéto vady, stavy nebo onemocnění mohou být trvalého nebo přechodného rázu.“ Je zapotřebí odlišit termín „postižení“ od termínu „handicap“, který vymezuje odst. 18 Standardní pravidla a znamená: „Ztrátu nebo omezení příležitosti účastnit se života společnosti na stejné úrovni jako ostatní.“ Pojem „handicap“ označuje: „Konflikt osoby s postižením a prostředím.“ Termín klade důraz na nedostatky v prostředí, ale i v aktivitách organizovaných společností, které spočívají v informacích, komunikaci, vzdělání, protože osobám se zdravotním postižením znesnadňují zapojení se za vyrovnaných podmínek. (Organizace spojených národů, 1993)

Mezi nejdůležitější mezinárodní nástroje vydané OSN patří Úmluva OSN o právech osob se zdravotním postižením z roku 2006. Preambule úmluvy uznává zdravotní postižení jako: „Koncept, který se vyvíjí a který je výsledkem vzájemného působení mezi osobami s postižením a bariérami v postojích a v prostředí, které brání jejich plnému a účinnému zapojení do společnosti, na rovnoprávném základě s ostatními.“ „Uznání zdravotního postižení jako konceptu, který se vyvíjí, potvrzuje skutečnost, že společnost a názory ve

⁵ Přijatá Valným shromážděním OSN dne 9. prosince 1975.

⁶ 28. října 1993 na 48. Zasedání Valného shromáždění OSN.

společnosti nejsou statické. Úmluva následně nezakládá rigidní pohled na zdravotní postižení, ale přijímá dynamický přístup beroucí v úvahu úpravy po určité době a v jiném sociálně ekonomickém uspořádání.“ Podle čl. 1 Úmluvy se mezi osoby se zdravotním postižením zahrnují: „Osoby mající dlouhodobé fyzické, duševní, mentální nebo smyslové postižení, které v interakci s různými překážkami může bránit jejich plnému a účelnému zapojení do společnosti na rovnoprávném základě s ostatními.“ Úmluva zapomíná na osoby, které trpí krátkodobými poruchami zdraví. Nikde se nestanovuje délka trvání poruchy zdraví, a tak definice podle čl. 1 Úmluvy není zcela konečná. (Organizace spojených národů, 2006)

2.4 Osoba se zdravotním postižením podle dokumentů Rady Evropy

Rada Evropy je regionální mezinárodní organizace, která se angažuje v oblasti lidských práv a ve svých dokumentech vychází ze zdravotního postižení ve vztahu k překážkám, kterým musí čelit lidé se zdravotním postižením. V doporučení parlamentního shromáždění Rady Evropy 1185 ze dne 7. května 1992 o politikách rehabilitace pro zdravotně postižené nalezneme definici zdravotního postižení. Bod 3 tohoto doporučení definuje zdravotní postižení následovně: „Omezení způsobené fyzickými, psychickými, smyslovými, sociálními, kulturními nebo právními překážkami, které postižené osobě brání, aby se integrovala a účastnila se rodinného života a života společnosti na stejné úrovni jako kdokoli jiný.“ (Komendová, J.; 2009, str. 20)

Doporučení se příliš neliší od Úmluvy vydané OSN, protože dokumenty byly vypracovány za účelem ochrany osob se zdravotním postižením ve všech oblastech života společnosti. (Komendová, J.; 2009)

2.5 Vymezení pojmu osoba se zdravotním postižením v právním řádu České Republiky

Výraz „osoba se zdravotním postižením“ byl do českého právního řádu zanesen zákonem č. 453/2004 Sb., o zaměstnanosti, který nahradil zákon č. 1/1991 Sb. o zaměstnanosti, jehož platnost končila 30. září 2004, a obsahoval pojem „občan se změněnou pracovní schopností s těžším zdravotním postižením.“ Tento poslední termín byl překonán z důvodů neslučitelnosti terminologie s názvoslovími, které se používají v zemích Evropského

společensví. Od 1. ledna 2010 došlo ke změnám definice osoby se zdravotním postižením pro účely pracovně právních předpisů, která souvisí s přijetím zákona č. 306/2008 Sb., kterým se mění zákon č. 155/1955 o důchodovém pojištění, ve znění pozdějších předpisů a zákon č. 582/1991 Sb., o organizaci a provádění sociální zabezpečení, ve znění pozdějších předpisů.

Za osobu zdravotně postiženou se považují fyzické osoby, které budou:

- a) orgánem sociálního zabezpečení uznány invalidními ve třetím stupni (osoby s těžším zdravotním postižením),
- b) orgánem sociálního zabezpečení uznány invalidními v prvním nebo ve druhém stupni,
- c) rozhodnutím úřadu práce uznány zdravotně znevýhodněnými.

„Zvýšení počtu stupňů invalidity ze dvou na tři přispěje k přesnějšímu členění skupin následků dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu promítajících se do míry poklesu pracovní schopnosti, když pouhé dva stupně působí v tomto dělení poněkud „ostře“, zejména v určitých situacích. Skutečnost, že fyzická osoba je osobou se zdravotním postižením, musí doložit rozhodnutím orgánu státní správy, kterým je Česká správa sociálního zabezpečení nebo okresní správa sociálního zabezpečení či úřad práce. (Komendová, J.; 2009, str. 108 – 109)

2.5.1 Osoby plně invalidní

Invaliditu můžeme charakterizovat dlouhodobou ztrátou schopnosti výkonu výdělečné činnosti zapříčiněnou nepříznivým zdravotním stavem dlouhodobého či trvalého charakteru, jehož důsledkem je nepříznivý dopad na ekonomickou a profesní sféru jednotlivce. „Invaliditou lze rozumět sociální stav občana, který vyjadřuje míru poklesu schopnosti soustavné výdělečné činnosti v důsledku dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu.“ Invalidita je charakteristická statickým prvkem. (Komendová, J.; str. 2009, str. 87)

Ustanovení v § 39 zákona č. 155/1995 Sb., o důchodovém pojištění, ve znění pozdějších předpisů, definuje pojem „plná invalidita“, který se stává základní hmotně právní podmínkou pro přiznání nároku na plný invalidní důchod. Podle odst. 1 § 39 tohoto zákona je z důvodu dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu osoba plně invalidní:

- a) poklesla schopnost soustavně výdělečné činnosti alespoň o 66 % nebo

b) schopnost vykonávat soustavně výdělečnou činnost jen za zcela mimořádných podmínek z důvodů zdravotního postižení. (Komendová, J.; 2009)

Podle znění nového ustanovení se o invaliditu třetího stupně jedná v případě, že pracovní schopnost pojištěnce poklesla nejméně o 70 %. „Tento model je výrazem rovnosti pojištěnců ve vztahu ke zdravotnímu postižení v systému důchodového pojištění a invalidity, kdy rozhodující skutečností bude zákonem stanovený pokles pracovní schopnosti, ať je podmíněn jakýmkoliv zdravotním postižením (postiženími).“ Invalidita vychází pouze z poklesu pracovní schopnosti v důsledku dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu. (Komendová, J.; 2009, str. 108 – 109)

Definice plné invalidity obsahuje dlouhodobě nepříznivý zdravotní stav, který je základním posudkovým kritériem pro přiznání plné invalidity a plného invalidního důchodu. Dlouhodobě nepříznivý zdravotní stav, který určoval § 26 zákona o důchodovém pojištění, v němž se považuje za dlouhodobý nepříznivý stav, který bude trvat déle než 1 rok podle poznatků lékařské vědy. Dlouhodobě nepříznivý zdravotní stav nabývá na právním významu až při nastoupení zákonem předpokládaných důsledků narušení zdraví. (Komendová, J.; 2009)

První typ plné invalidity se nazýval obecná invalidita, jenž byla podmíněna poklesem schopnosti soustavně výdělečné činnosti nejméně o 66 %. „V této variantě plné invalidity jde obsahově o trvalou nebo dlouhodobou neschopnost výkonu jakékoli soustavné výdělečné činnosti vyplývající ze zjištění dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu.“ Pokles schopnosti soustavně výdělečné činnosti u pojištěnce se určovala podle § 39 odst. 2 zákona o důchodovém pojištění vycházejíc ze zdravotního stavu podloženého výsledky funkčních vyšetření a ze schopností vykonávat práci odpovídající zachovaným tělesným, smyslovým, duševním schopnostem, vzhledem k výdělečné činnosti, kterou vykonával předtím, než došlo k poklesu a s ohledem na dosažené vzdělání, zkušenosti, znalosti, přičemž se bere v úvahu zda zdravotní postižení trvale ovlivňuje schopnost výdělečné činnosti pojištěnce, jak je pojištěnec na své zdravotní postižení adaptován a schopen rekvalifikace na jinou výdělečnou činnost, než tu co doposud vykonával. Zdravotní postižení, které způsobuje dlouhodobý nepříznivý zdravotní stav, by mělo být přesně definováno, aby nebylo pochyb, že je opravdovou příčinou dlouhodobě nepříznivého stavu. Stejný zdravotní stav se může mít na každého pojištěnce jiný vliv na schopnost vykonávat soustavnou výdělečnou činnost, protože mohou mít rozdílnou úroveň vzdělání, zkušenosti, znalosti, jinou délku a druh praxe apod. Pokud je přiznána plná invalidita prvního typu, stává se po čase předmětem přezkumu ze

strany okresní správy sociálního zabezpečení. Podle názoru soudní judikatury: „Důvodem zániku plné invalidity nemusí být vždy jen zlepšení zdravotního stavu ve srovnání se stavem před jejím vznikem, ale i stabilizace zdravotního stavu ve srovnání se stavem před jejím vznikem, protože stabilizace dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu spojená s adaptací člověka na situaci vyvolanou zdravotním postižením může vést k obnovení pracovní schopnosti ve vymezeném rozsahu.“ Komendová, J. (2009, str. 89 – 94) považuje současný stav posuzování zdravotního stavu ve vztahu k pracovnímu potenciálu v některých ohledech za nedokonalý. „Posudková služba sociálního zabezpečení v České republice nemá zatím k dispozici ucelený soubor vyšetření (testů) pro zjišťování pracovního potenciálu osob se zdravotním postižením a zařízením, která by taková testování prováděla.“ Důležitý význam se může přisuzovat dostupnosti a zdokonalování rehabilitačních a kompenzačních pomůcek. „Je potřebné, aby se posudková služba sociálního zabezpečení v ČR vyrovnala s moderními trendy posudkové činnosti. Jedním z předpokladů dosažení tohoto cíle by mělo být zpracování Metodiky praktické aplikace Mezinárodní klasifikace funkčních schopností,“ dle Světové zdravotnické organizace, „v resortu zdravotnictví.“

Druhý typ plné invalidity vycházel ze skutečnosti, že osoba byla soustavně výdělečné činnosti schopna jen za zcela mimořádných podmínek, a nebrala na zřetel míru poklesu schopnosti soustavné výdělečné činnosti. Podkladem pro přiznání plné invalidity druhého typu bylo trvalé těžké zdravotní postižení. „V tomto pojmu je vyjádřen mimořádně závažný rozsah zdravotního postižení připouštějící sice soustavnou výdělečnou činnost, ale jen za zcela mimořádných podmínek.“ Právní úprava byla obsažena v zákoně č. 100/1988 Sb., o sociálním zabezpečení, a blíže je upravena zákonem č. 284/1995 Sb., zákon o důchodovém pojištění, ve znění pozdějších předpisů. Mezi postižení, uvedená v příloze č. 3 tohoto zákona, patřila: nevidomost obou očí, praktická nevidomost očí, amputační ztráta obou dolních končetin v bérce a výše, amputační ztráta obou horních končetin v zápěstí a výše, amputační ztráta jedné horní a jedné dolní končetiny, ochrnutí dvou končetin, zdravotní postižení způsobující imobilitu, pro kterou je osoba trvale odkázána na vozík pro invalidy, střední mentální retardace, těžké formy duševních onemocnění provázené četnými atakami a opakovaným ústavním léčením se závažným postprocesuálním defektem a těžkým narušením osobnosti, těžce slabý zrak s těžkou nedoslýchavostí, popřípadě úplnou nebo praktickou hluchotou. Tento výčet je úplný, u jiných zdravotních postižených, ačkoliv jsou těžkého charakteru, se předpokládá, že pojištěnec bude schopen soustavné výdělečné činnosti

ne jen za zcela mimořádných podmínek. Přestože odborná veřejnost zastávala názor, že poskytování dávky z důvodu uznání plné invalidity druhého typu je odůvodněná, nelze ji bez náhrady v jiném systému vypustit, došlo s účinností od 1. ledna 2010 ke zrušení druhého typu plné invalidity. „Skutečnost, zda je pojištěnec schopen vykonávat výdělečnou činnost za zcela mimořádných podmínek, bude brána v úvahu při určování poklesu pracovní schopnosti, v případě, že dojde k jejímu poklesu nejméně o 70 %.“ (Komendová, J.; 2009, str. 95 – 96)

2.5.2 Osoby částečně invalidní

Osobám částečně invalidním přiznává zákon o zaměstnanosti pouze postavení osob se zdravotním postižením, ale ne osob s těžším zdravotním postižením. Vychází se z předpokladu, že fyzické osobě zůstává schopnost vykonávat soustavnou výdělečnou činnost, která je do určité míry omezena. (Komendová, J.; 2009)

První typ částečné invalidity vycházel z procentní míry poklesu schopnosti soustavně výdělečné činnosti pojištěnce, stejně jako první typ plné invalidity. „Jde o zhodnocení zbývající schopnosti výdělečné činnosti pojištěnce postaveném na objektivním zjištění zdravotního stavu s přihlédnutím k jeho vzdělání, předchozímu zaměstnání a možnosti rekvalifikace. Při zhodnocení zbývající objektivně existující tělesné a duševní schopnosti umožňující další soustavnou činnost.“ Spodní míra hranice pro uznání částečné invalidity byla 33% a horní hranici pro uznání částečné invalidity byla 66 %, přičemž její překročení už směřovalo k plné invaliditě. (Komendová, J.; 2009, str. 96 – 97)

U druhého typu částečné invalidity rozhodovala skutečnost, že fyzická osoba trpěla zdravotním postižením, které ji významně ztěžovalo obecné životní podmínky. Okruh těchto zdravotních postižení určovala příloha č. 4 vyhlášky č. 284/1995 Sb., o důchodovém pojištění, která rozdělovala postižení do čtyř kategorií. Do první kategorie se řadili: ortopedické zdravotní postižení, které zahrnovaly ztrátu úchopové schopnosti na podkladě chybění nebo ztuhnutí všech prstů jedné ruky nebo několika prstů obou rukou nebo rozsáhlejší ztráty horní končetiny, významné omezení funkce paže pro ztuhlost či kontakturu loketního nebo ramenního kloubu v nepříznivém postavení, atd. Do druhé skupiny patřilo umělé vyústění trávícího nebo močového traktu na povrch těla, rozsáhlé esteticky značné a závažné postižení hlavy nebo krku,... Do třetí skupiny se řadí pouze dva druhy zdravotních postižení, kterými jsou úplné ochrnutí horní končetiny nebo ztráta řeči. Do čtvrté skupiny

patří smyslová zdravotní postižení, jako je oboustranná úplná nebo praktická hluchota, snížení zrakové ostrosti obou očí nebo oka lépe vidícího na 6/36 a méně s odpovídajícím snížením zrakové ostrosti do blízka bez ohledu na původ vady, atd. (Komendová, J.; 2009, str. 98 – 99)

Od 1. ledna 2010 došlo ke změně, po které volala odborná veřejnost, kdy se fyzická osoba trpící zdravotním postižením, nebere v úvahu při posuzování invalidity, z důvodů, že postižení značně ztěžuje životní podmínky, ale podle rozmezí hranice poklesu pracovní schopnosti pojištěnce, a to nejméně o 50%, a nejvíce o 69 %, aby se jednalo o invaliditu druhého stupně. (Komendová, J.; 2009)

2.5.3 Osoby zdravotně znevýhodněné

Osoby se zdravotním postižením tvoří poslední okruh osob považovaných za osoby se zdravotním postižením pro pracovněprávní účely. „Koncepce osoby zdravotně znevýhodněné však není postavena na vazbě mezi dlouhodobě nepříznivým zdravotním stavem a výběrem zaměstnání popřípadě ztížením pracovního uplatnění, ale vychází z příčinné souvislosti mezi dlouhodobě nepříznivým zdravotním stavem a podstatným omezením schopností fyzické osoby být nebo zůstat pracovně začleněna, vykonávat dosavadní povolání nebo využít dosavadní kvalifikace nebo kvalifikaci získat.“ Termín „osoba se zdravotním znevýhodněním“ byl definován § 67 odst. 3 zákona o zaměstnanosti, který stanovoval tři podmínky pro zařazení do této skupiny, a to:

- a) dlouhodobě nepříznivý zdravotní stav,
- b) podstatné omezení schopnost osoby být nebo zůstat pracovně začleněna, vykonávat dosavadní povolání nebo využít dosavadní kvalifikace nebo kvalifikaci získat,
- c) zachování schopnosti vykonávat soustavné zaměstnání nebo jinou výdělečnou činnost.

Aby osoba zdravotně znevýhodněná získala status osoby se zdravotním postižením, musí splnit všechny tři podmínky zároveň. V případě, že by některou z nich nesplňovala, nenaplnila by se definice daná zákonem pro osobu se zdravotním znevýhodněním. (Komendová, J.; 2009, str. 102 – 105)

Podle nového zákona o zaměstnanosti od 1. ledna 2010 se osoba zdravotně znevýhodněná stává tehdy, poklesne-li její pracovní schopnost nejméně o 35% a nejvíce však o 49 %, potom se jedná o invaliditu prvního stupně. (Komendová, J.; 2009)

3. MOŽNOSTI VYUŽÍVÁNÍ VOLNÉHO ČASU OSOBAMI SE ZDRAVOTNÍM POSTIŽENÍM

Počet zdravotně postižených osob se stále zvyšuje ve všech zemích světa. Je to zapříčiněno především automatizací a mechanizací procesů, rozšiřováním a zrychlováním všech druhů dopravy, navyšováním tempa v převážné většině pracovních oborů, pracovními, ale stejně tak i mimopracovními úrazy, i škodami způsobených civilizací. (Žumárová, M.; 2003)

Většina lidí, a to i těch postižených, má za smysl život dosažení určitého cíle. Rozdíl mezi zdravými lidmi a zdravotně postiženými je ve startovací čáře, která pro realizaci jejich cílů není stejná. Vznikají zde vnitřní bariéry, jež jsou provázeny psychickým a fyzickým vývojem člověka s postižením. Vedle vnitřních jsou i vnější bariéry, které jsou charakteristické postojem společnosti. Stejně jako lidé bez postižení mají osoby s postižením stejné potřeby uspokojovat a naplňovat všechny potřeby pro život důležité (tělesné, duševní i sociální). Jednou z činností pro možnost realizace postižených jsou jejich volnočasové aktivity. „I lidé s postižením chtějí trávit svůj volný čas aktivně a smysluplně tak, aby jim volný čas poskytoval regeneraci psychických a fyzických sil, napomáhal utváření osobnosti, uspokojoval specifické individuální potřeby jedince, napomáhal socializaci člověka a získávání nových zkušeností ve společenském styku především na základě neformálních styků, ale také působil jako prevence před sociálně patologickými jevy.“ (Žumárová, M.; 2003, str. 361)

Volný čas především představuje prostor pro integraci do společnosti formou nenásilnou a neformální. V obecné rovině můžeme integraci chápat jako scelení, ucelení, sjednocení, spojování v celek. Sjednocováním postojů, hodnot, chování, ovlivňujeme identitu jednotlivce, ale i skupin nebo interpersonálních vztahů. Prostředky, které se zdají být ideální pro zapojení a začlenění lidí se specifickými potřebami do společnosti, jsou kroužky, tábory nebo jiné akce v rámci volného času. Za nový fenomén můžeme považovat integrované nabídky aktivit. Tím rozumíme aktivity, v nichž integrace probíhá se záměrným cílem využívání takových situací ve prospěch zdravých i postižených lidí, získáním vzájemného ponaučení i dalších výhod. „Toto seznamování např. různě postižených dětí s jejich nepostiženými vrstevníky bývá v mnoha případech úspěšné a mívá pozitivní dopad na obě

skupiny. Vedle zvýšeného vnímání rozdílných schopností účastníků skýtají tyto akce oběma stranám příležitost navázat nová přátelství, procvičit své sociální chování, zvyšovat sebejistotu a učit se od ostatních.“ Mezi první organizace, které přistoupily na myšlenku integrace osob se zdravotním postižením, patří skautská organizace. Některé sportovní organizace do svých řad také přijímají postižené, ale většinou se jedná o záležitost individuální nežli o snahu programu. Nejčastěji tomu bývá u amatérských klubů. Nízkoprahová centra, ale i jakékoli jiné organizace, které se zaměřují především na prevenci sociálně patologických jevů, by neměly být jakkoli uzavírány, měly by umožnit integraci do kolektivu a nijak nebránit výkonu činnosti pokud k tomu nejsou zásadní překážky. Pro zprostředkování integrace postiženého mezi zdravého existují organizace, např. občanské sdružení Máme otevřeno?⁷ (Žumárová, M.; 2003, str. 361-362)

V době, kdy se nejvíce používá v problematice zdravotně postižených pojem integrace, se nabízí myšlenka: „Proč organizovat pro zdravotně postižené volnočasové aktivity také zvlášť, proč je pouze nezapojit do aktivit pořádaných pro zdravé?“ Se samozřejmou pomocí kompenzačními pomůckami, osobní asistenci a za předpokladu odstranění bariér. Hned několik odpovědí na tuto otázku:

- a) Automatická by měla být možnost zapojit se do aktivit pro zdravé jedince pro postiženého člověka, pokud je to v jeho tělesných i duševních silách. Takového stupně integrace nelze dosáhnout, v případě že jeho členové nejsou na tento stav připraveni přijmout jako samozřejmý. Dosud ani ve světovém ani evropském měřítku nebylo takového stupně výchovy společnosti dospěno, aby se například na skautský oddíl, který má za člena postiženého, nepohlíželo jako na chvályhodnou zvláštnost.
- b) Významnou pomocí pro zdravotně postiženého jedince, ale i jeho rodinu, aby netrpěli pocity osamění, zavržení, méněcenností, je stýkání se s rodinami, které mají obdobné problémy. Zde se naskýtá možnost popovídat a poskytnou si vzájemnou podporu, s vědomím toho, že jim někdo rozumí a ví, jaké to je.
- c) Každý člověk s postižením není schopen účasti aktivit zdravých jedinců bez znevýhodnění, a ne vždy je to vhodné. Příkladem jsou osoby s mentálním postižením, velmi těžkým tělesným postižením nebo kombinovaným postižením,

⁷ Sdružení se zabývá především integrací dětí s mentálním postižením a autismem.

u nichž je integrace nelehká. Je možné „zapomenout“, že sedí na vozíku, jsou-li na kroužku kreslení, tlumočení do řeči znakové nebo pomoc v obtížném terénu zrakově postiženém. Pro ostatní to může být uvítaným zpestřením každodenní rutiny. Pochopit, že za snížený intelekt osoba nemůže, je pro ostatní velice obtížné, obzvláště v dětském kolektivu.

- d) Právo rozhodovat o vlastním životě zakládá další důvod pro existenci a potřebnost organizací se speciálním zaměřením. V případě, že se jednotlivec rozhodne pro vyloučení ze společnosti zdravých, má-li obavy z posměchu, nepochopení, nebo nejsou-li jeho schopnosti dostatečné, aby obstál v běžné organizaci, měl by mít možnost přesto trávit svůj volný čas v kolektivu vrstevníků. „Integrace za každou cenu by popírala svůj vlastní prvotní význam – zajistit práva a rovné možnosti ve všech základních situacích lidského života.“ (Žumárová, M.; 2003, str. 362 - 363)

I toto jsou důvody pro existenci a potřebnost zajištění rovných příležitostí využití volného času specifickými organizacemi pro postižené jako jsou např. Paraple, kluby Asociace rodičů a přátel zdravotně postižených dětí, církevní a charitativní organizace, denní a týdenní stacionáře apod... (Žumárová, M.; 2003)

Pokud hovoříme o integraci postižené populace do života normálního, je v rámci volnočasových aktivit především nabízen sport jako jeden z prostředků, jak se naučit vítězit a přijímat prohru. Jedincům, jež mají specifické potřeby, jsou v posledních desetiletích v širokém spektru nabízeny sportovní aktivity, například Speciální olympiády (České hnutí speciálních olympiád, Speciální olympijské hnutí) nebo soutěže organizované Mezinárodní sportovní federací pro osoby s mentálním postižením, Mezinárodním paralympijským výborem, Českým svazem mentálně postižených sportovců, které poskytují této specifické skupině populace významnou možnost kultivace těla i duše. (Žumárová, M.; 2003)

Celá široká škála nabízených aktivit pro zdravotně postižené není obvykle určena jen členům pořádající organizace, ale i lidem „zvenčí“, kteří jsou o akci informováni například prostřednictvím inzerce. Obrovsky významné jsou pro integraci všechny formy volnočasových aktivit:

- a) činnosti se pravidelně opakující (např. kroužky, klubová odpoledne, setkání...)
- b) jednorázové akce (besídky, oslavy, jednodenní akce, ...)

- c) prázdninové tábory a pobytové akce (integrační, putovní, cyklistické, zahraniční a zimní tábory, tábory pro těžce tělesně postižené, psychorehabilitační pobyty ...)

Pro osoby se speciálními potřebami je velmi důležité smysluplné a aktivní trávení volného času. Stále je potřeba hledat nové podněty a už od mládí pěstovat pozitivní vztah k smysluplnému trávení volného času, proto aby se stal jejich zábavou a potřebou. V rámci volného času jsou žádoucí především aktivity pohybové. Současná mladá generace je nedostatečně aktivní. Dostatkem pohybu se dosahuje psychického uvolnění, regenerace síly, posilování odolnosti organismu, zkvalitnění oběhové a podpůrné soustavy těla, zlepšuje se respirace a metabolismu. Nutná je také nabídka volnočasových aktivit pro co nejširší okruh zájemců a umožnit tak i setkání s dalšími lidmi. Volný čas slouží jako prostor, který umožňuje získat nové kamarády, zvýšit sebevědomí, přispívá k orientaci ve světě. Prokázání sobě samému, ale i rodině a okolí, že něco dokáže. Nedílnou součástí pro volnočasové aktivity jsou, ale i rodiče, příbuzní a přátelé.

4. SITUACE OSOB SE ZDRAVOTNÍM POSTIŽENÍM VE VYBRANÉM REGIONU

Dne 7. února 2011 v Pardubicích proběhla konference Zaměstnávání osob se zdravotním postižením v Pardubickém kraji. Byla to pátá konference z celkem sedmi plánovaných. Pardubický kraj konference pořádá ve spolupráci s krajskou radou osob se zdravotním postižením. Akce proběhla pod záštitou náměstka hejtmana Romana Línka a radního pro sociální péči Jiřího Brýdla. Hovořilo se o právním a sociálním postavení nejen chráněných dílen, ale i obecně o zaměstnávání osob se zdravotním postižením, neboť jsou to citlivá témata. Jako jeden ze závěrů byly legislativní a systémové změny, které by zamezily zneužívání podpor v této oblasti. Několik vystoupení se týkalo chystané změny zákona o zaměstnanosti. Konference se účastnili i zástupci parlamentu, což svědčí o tom, že pro zástupce vrcholných politických orgánů je téma zaměstnávání osob postižených skutečně závažné a aktuální. Změny zákonů jsou v rukou zákonodárců, Pardubický kraj se snaží být v této oblasti také aktivní. „Proces transformace poskytování sociálních služeb, který kraj v současnosti realizuje, přispěje k možnosti zaměstnávat hendikepované lidi. Měl by tak být dobrým příkladem toho, že postižené spoluobčany lze aktivovat v daleko větší míře, než je tomu dnes,“ přiblížil plány kraje radní Jiří Brýdl. (Pardubický kraj, 2011)

S přesností nemůžeme říci, kolik občanů se zdravotním postižením žije na území Pardubic, neboť v České Republice neexistuje žádná statistika, která by tyto počty sledovala. Podle šetření z roku 2006, jejímž zadavatelem byl Český statistický úřad, se udává, že každý desátý Čech se považuje za osobu se zdravotním postižením. (Novák, 2008)

Oficiální internetové stránky statutárního města Pardubice odkazují asi na 6 organizací, které poskytují různé sociální služby pro dospělé osoby se zdravotním postižením. (Statutární město Pardubice, 2011) Občanské sdružení Péče o duševní zdraví poskytuje v Pardubickém regionu sociální rehabilitace pro osoby s duševním onemocněním. Sdružení vzniklo s přesvědčením, že by duševní nemoc neměla být důvodem pro společenské odmítání a izolaci. Posláním organizace je: „Pomáhat dlouhodobě duševně nemocným lidem, aby mohli žít v prostředí podle své volby, spokojeně a co nejsamostatněji. (Péče o duševní zdraví, 2011) Obecně prospěšná společnost Základní škola a praktická škola SVÍTÁNÍ nabízí sociálně terapeutické dílny Tranzitní program SVÍTÁNÍ. Posláním společnosti je poskytovat

dětem, mládeži a dospělým s mentálním, kombinovaným postižením vzdělání, sociální a další navzájem propojené služby podporující osobnost, samostatnosti a začlenění do společnosti. (Základní a praktická škola svítání, o. p. s.; 2008) Občanské sdružení Most do života nabízí Denní centrum Most do života osobám s mentálním postižením. Posláním sdružení je podpořit a pomoci lidem s mentálním postižením tak, aby se jejich život co nejvíce přibližoval k životu jejich vrstevníků většinové společnosti. Cílovou skupinou uživatelů jsou lidé s mentálním postižením bez závažnějšího tělesného postižení, kteří mají předpoklady, schopnosti a dovednosti, které jim umožní se účastnit každodenních aktivit, které centrum poskytuje. (Most do života, občanské sdružení; 2011) Česká Abilympijská asociace, občanské sdružení, poskytuje sociální rehabilitace metodou podporovaného zaměstnávání nebo sociálně aktivizační služby pro osoby se zdravotním postižením. Sdružení uvádí jako své poslání: „Podporovat lidi z cílové skupiny v překonání sociální izolace, v setrvání v přirozeném prostředí a zachování vlastního životního stylu. Dále zajistit zvyšování úrovně informovanosti a profesního rozvoje uživatelů služeb.“ (Česká abilympijská asociace, o. s.; 2003) Centrum pro zdravotně postižené Pardubického kraje poskytuje cílové skupině sociální rehabilitace a odborné sociální poradenství, kteří se náhle ocitli v těžké životní situaci. (Centrum pro zdravotně postižené Pardubického kraje, 2008)

TyfloCentrum Pardubice, o. p. s., poskytuje sociální služby a sociální rehabilitace. Posláním společnosti je poskytování sociálních služeb občanům s těžkým zrakovým postižením. Nevidomé a slabozraké či občany s jiným zdravotním postižením, především kombinovaným (zrakovým a jiným), které vedou k jejich integraci do společnosti nebo k jejich osobnímu rozvoji a větší míře seberealizace. Podle údajů Sjednocené organizace nevidomých a slabozrakých České republiky 1- 1,5 % populace tvoří lidé se zrakovým postižením. Přesné statistiky neexistují ani v rámci země. (Sjednocená organizace nevidomých a slabozrakých České republiky, 2011)

Obecně prospěšná společnost byla v Pardubicích založena v roce 2003 Sjednocenou organizací nevidomých a slabozrakých České republiky. V současné době má 4 pracoviště v Pardubickém kraji (Pardubice, Chrudim, Litomyšl, Vysoké Mýto). Podle Výroční zprávy (TyfloCentrum Pardubice, o. p. s.; 2011) z roku 2009 využívalo v daném roce služby 182 klientů z celého Pardubického kraje. Někteří využívali střediska pravidelně, jiní příležitostně. Všechna střediska jsou dobře přístupná, jsou nedaleko autobusových nádraží. Všechna pracoviště mají bezbariérový přístup. Pardubická budova má nainstalovaný ozvučený

akustický orientační majáček. Středisko v Pardubicích TyfloCentrum Pardubice poskytuje služby zdarma. Zpoplatněny jsou pouze průvodcovské a předčitatelské služby a technická podpora. Za úhradu jsou poskytovány také kurzy obsluhy náročných kompenzačních pomůcek na bázi počítače. Jako kompenzace mohou být použity příspěvky, které poskytují obecní úřady s rozšířenou působností. Služby TyfloCentra Pardubice, o. p. s., jsou rozděleny na základní a doplňkové. Mezi základní sociální služby patří:

- a) Průvodcovské a předčitatelské služby – terénní nebo ambulantní služby jsou především zaměřeny na zprostředkování kontaktu se společenským prostředím (např. doprovázení k lékaři, na úřad), pomoc při uplatňování práv, pomoc při obstarávání osobních záležitostí. Někteří využijí služby jedenkrát, jiní několikrát do měsíce. Předčitatelské služby klienti využívají hlavně pro vyplňování formulářů. Tato služba je zpoplatněna částkou 50 Kč na hodinu. Průvodcovské služby jsou zdarma a v roce 2009 jich využilo 70 uživatelů.
- b) Odborné sociální poradenství – poradenství většinou probíhá jako individuální konzultace s občany, pomoc osobám s těžkým zrakovým postižením spočívá v praktické pomoci pro řešení problémů, při komunikaci s úřady a při psychické podpoře. Pracovníci poskytují odborné sociální poradenství, odborné poradenství týkající se kompenzačních pomůcek (názorné předvedení, vyzkoušení, zapůjčení – v centru mají k vyzkoušení více než 50 pomůcek), odborné poradenství v oblasti odbourávání bariér (spolupráce s příslušnými odbory měst, stavebními institucemi, ...), zprostředkování kontaktu s navazujícími odbornými pracovišti, základní poradenství. V roce 2009 bylo celkem poskytnuto 886 poradenských hodin. Prostřednictvím služby sociálního poradenství se 6krát ročně vydává časopis Kukátko. Bylo vydáno více než 1750 ks za rok prostřednictvím tištěných časopisů, namluvených kazet nebo emailu.
- c) Sociální rehabilitace – uskutečňují se na pracovišti TyfloCentra Pardubice nebo v místě bydliště klienta. Sociální rehabilitace jsou především založeny na aktivitách na bázi motivace, zmírňování negativních dopadů zrakového postižení na psychiku zrakově postiženého člověka. Do služeb sociální rehabilitace patří individuální výuka na náročných kompenzačních pomůčkách se speciálními zvětšovacími programy nebo s hlasovou podporou např. PC,

edukační kurzy (komunikace, sebe prezentace, sociální dovednosti, anglický jazyk, besedy), skupinové kurzy na rozvoj dovedností (drobné domácí práce, vaření), rekondice (několika denní pobyty se sociálně rehabilitačními programy). Celkem se v roce 2009 odehrálo 50 skupinových sociálně rehabilitačních aktivit, kterých se zúčastnilo 415 klientů (opakovaně).

- d) Sociálně aktivizační služby – jsou volnočasové aktivity, které poskytují náplň volného času, snaží se rozvíjet a obnovovat jejich dovednosti. Všechny zájmové, sportovní, společenské, aktivit slouží i jako motivace ke společenskému setkání. Služby jsou určeny jak seniorům, tak mladším lidem. Tyto aktivity jsou nabízeny v odpoledních či večerních hodinách. Plány aktivit připravují pracovníce v předstihu dvou měsíců, přičemž během jednoho měsíce probíhá sedm až osm aktivit. Sociálně aktivizační služby mají své skalní příznivce. V rámci sociálně aktivizačních služeb proběhlo v roce 2009 79 akcí, kterých se zúčastnilo 669 uživatelů (opakovaně).

Do služeb sociálně doplňkových se řadí:

- a) Podpora pracovního uplatnění – spočívá v zajištění služeb, které pomohou k získání a udržení placeného pracovního místa. Pomoc je konkrétně při sestavování životopisů a motivačních dopisů, vyhledávání pracovních nabídek.
- b) Poradenství při odstraňování architektonických a informačních bariér z hlediska osob se zrakovým postižením.
- c) Osvětová činnost – je zaměřena na širokou veřejnost i oční lékaře či ostatní instituce. Důležitým programem pro rok 2009 byl projekt „Diagnóza: nevidím“ při němž došlo k bližší spolupráci s očními lékaři a očními optikami v Pardubickém kraji. Bylo proškoleny 28 všeobecných sester Pardubické Krajské nemocnice a dvacet všeobecných sester v nemocnici Litomyšl. Ve školních zařízeních docházelo k osvětě prostřednictvím besed a zážitkových seminářů. Celkem se projektu a osvětových akcí zúčastnilo 2733 lidí.
- d) Dobrovolnický program – dobrovolníci se spolupodílí na organizaci, realizaci sociálně aktivizačních služeb, věnují se předčitatelské nebo průvodcovské službě. V roce 2009 se podílelo na spolupráci 9 dobrovolníků.

5. EMPIRICKÁ SONDA NA VYBRANÉ SKUPINĚ

5.1 Metodologická východiska

5.1.1 Cíle výzkumu

Cílem práce bylo zjistit odpovědi na otázky týkající se kvality života osob se zdravotním postižením, konkrétně osob s postižením zraku. Výzkum byl rozdělen na několik částí, týkajících se kvality zdraví zkoumané osoby v posledních dvou týdnech, na průměrnou spokojenost občanů s místním společenstvím (obecně a s ohledem na různé rysy fungování obce) na úrovni evropské a úrovni místní.

5.1.2 Základní výzkumné otázky

V části týkající se kvality zdraví u osob se zrakovým postižením jsem se zabývala otázkami rozdělených do 4 domén: fyzické zdraví, prožívání, sociální vztahy, prostředí. Další dvě samostatné domény zkoumaly kvalitu života a spokojenost se zdravím.

Úroveň spokojenosti občanů na evropské úrovni se zkoumá podle všeobecné či celkové spokojenosti obce, ve které občan trvale žije v rámci administrativních hranic dané obce. Obec představuje geografické území spravované místním úřadem. Dále zkoumá spokojenost s jednotlivými rysy obce a hodnocení jednotlivých aspektů každého posuzovaného rysu.

Spokojenost občanů na místní úrovni je doplněním evropské úrovně o místně specifické otázky, které mají reflektovat místní podmínky a priority. Tyto doplňkové údaje mají interpretovat, proč občané nejsou s určitými věcmi spokojeni.

5.1.3 Časový plán

V průběhu měsíců listopad a prosinec roku 2010 probíhala volba vhodného dotazníku pro výzkum Kvalita života osob se zdravotním postižením, se zaměřením na osoby se zrakovým postižením, ve spolupráci s TyfloCentrum Pardubice o. p. s., které nabízí sociální služby pro tyto osoby. Mnou vytvořený dotazník Tyflocentrem zavrhnut. Byl dobrý, ale zvolená forma příliš neodpovídala možnostem cílové skupiny. Zároveň se ukázalo jako

užitečné použít již existujících metod pro zjišťování kvality života. V další společné diskuzi byly vybrány dva dotazníky: dotazník vytvořený Světovou zdravotnickou organizací WHOQOL – bref (Příloha 1), zkoumající kvalitu života; dotazník evropského charakteru o spokojenosti s místním společenstvím (Příloha 2) vytvořený neziskovou organizací Timur⁸. V únorovém vydání časopisu Kukátko vyšla otištěná tisková zpráva, na základě níž dne 3. března 2011 proběhlo dotazníkové šetření formou rozhovoru v prostorách Tyflocentrum Pardubice o. p. s. V průběhu následujícího týdne proběhly schůzky s klienty, kteří měli zájem o účast, ale nemohli se zúčastnit vzhledem k jejich časovým možnostem. Od poloviny měsíce března se začala vyhodnocovat sesbíraná data vzhledem k nezájmu klientů účastnit se výzkumu.

5.1.4 Deskripce použitých metod sběru dat

Dotazník je písemný způsob dotazování. Používá se jak při kvalitativních, tak i kvantitativních výzkumech. Pro účely této práce bylo použito strukturovaných dotazníků. Tento typ nejvyužívanější v rámci kvalitativního přístupu. Dotazovaným osobám se říká respondenti. Dotazník má podobu jakéhosi formuláře s vytištěnými otázkami v určitém pořadí, na které má účastník výzkumu odpovědět. Otázky byly kladeny jako uzavřené a několik polootevřených. Vytištěný dotazník tvoří nevelký počet stránek. Respondent odpovídá na otázky podle zadaných instrukcí. Vyplnění formuláře by mělo zabrat méně času než rozhovor tváří v tvář. Dotazníkové šetření zvyšuje u respondenta anonymitu. Také je mnohem vhodnější metodou pro získávání dat z oblasti intimních témat. Zvyšuje se náročnost na respondenta oproti rozhovoru. Další nevýhodou také je nevhodnost pro aplikaci u osob čtoucích nebo píšících s obtížemi. Z tohoto důvodu bylo zvoleno kombinace strukturovaného dotazníku formou rozhovoru.

Rozhovor neboli interview je často využívanou technikou pro výzkumy v oblastech psychologie, antropologie, pedagogiky, etnografie, sociologie... Používá se stejně jako dotazník jak při kvalitativních, tak kvantitativních šetřeních. Rozhovory pro kvalitativní zkoumání většinou provádí jedna jediná osoba, pro kvantitativní sběr je využito skupiny školených tazatelů. (Reichel, J.; 2009) Pro šetření byl zvolen standardizovaný rozhovor, který se nejčastěji využívá pro kvantitativní sběr. Formulace dotazů jsou přesně předepsány

⁸ Týmová iniciativa pro místní udržitelný rozvoj.

v pořadí, stejně jako varianty odpovědí. Jak již bylo zmíněno u dotazníku, otázky jsou uzavřené a jen málo z nich je polouzavřených. Časový rozsah je rámcově určen, a respondent je o něm předem informován. Místem pro konání rozhovoru se využívá bydliště či pracoviště. Pro účely mého šetření bylo zvoleno neutrálního prostředí, prostorů TyfloCentra Pardubice o. p. s. Tato zvolená forma šetření nemá pro respondenta ani pro tazatele takový stupeň volnosti, jaký nabízejí jiné metody. Oba účastníci jsou nuceni postupovat přesně podle předpisu předchozí formy. Komunikace má podobu formalizovanou, až na situace, kdy respondent odpovídá na otázky polouzavřené. Rozhovor je v každém případě dosti specifická sociální situace, která ne uměle navozena na základě aktivit tazatele. Tazatel má zásadní rolo stát mimo jakékoli struktury a hierarchie, měl by být totiž nezávislý. Tazatel by měl být vyškolen v základních dovednostech, a to především ve zdvořilém, nevtíravém, ale i přesvědčivém vystupování. Dále je potřeba se naučit vést rozhovor po stránce psychosociální: tazatel by neměl naléhat, spěchat, měl by být vstřícný, stimulovat, pokládat vždy jen jednu otázku, zachovávat neutrální postoj, kontrolovat své neverbální projevy, apod. Po stránce obsahové je potřeba dodržovat pořadí a formulaci otázek, předávat adekvátní varianty odpovědí.

5.2 Interpretace výsledků metodologické studie

Výsledky této studie nelze považovat za směrodatné vzhledem k nízkému počtu respondentů. Jejich nezájem účastnit se výzkumu vznikl na základě zkušeností z minulých let, kdy se často potýkali se špatně provedenými výzkumy, jež je odradily. V několika případech je tento nezájem spokojován také se špatnou zkušeností, neboť se osoby s postižením zraku těžko brání, jejich vstřícnost byla zneužita v jejich neprospěch ať finanční či fyzický. Tyto osoby jsou snadnou obětí, a proto nemají ke každému důvěru.

5.2.1 Kvalita zdraví

Doména 1, zabývající se fyzickým stavem, zkoumá nepříjemné tělesné pocity, které člověk prožívá. Zabývá se otázkou, jak hodně jsou tyto pocity zatěžující a pro respondenta narušující život. Zjišťuje se, zda dotazovaný může kontrolovat bolest, a jak jednoduše dosáhne úlevy od bolesti. Předpokladem je, že čím je snadnější dosáhnouti úlevy od bolesti, tím je strach z bolesti menší a neovlivňuje tolik kvalitu života. Obdobně se předpokládá

u změn v intenzitě bolesti, může být více zatěžující nežli bolest sama. Přestože utrpení člověka bezprostředně netrápí, může to být způsobeno užíváním léků nebo tím, že je bolest nárazová, jako např. migréna (občasná těžká migréna může být charakterizována hrozbou velké bolesti), může způsobit, že je kvalita života negativně ovlivňována neustálou hrozbou bolesti. Lidé reagují na bolest rozdílně, každý má různou toleranci a snášenlivost bolesti, která ovlivňuje dopad na kvalitu života. Tato doména je také zaměřena na energii a celkovou chuť člověka do života, schopnost provádět každodenní činnosti nebo jiné např. volnočasové aktivity. Únava může být způsobena např. nemocí, duševními potížemi (např. deprese) či přepracováním. Únava může mít dopad na sociální vztahy, zvyšující se závislostí na okolí v důsledku chronické únavy, jejíž příčiny nejsou v tomto výzkumu zkoumány. Množství spánku, odpočinku, potíže ovlivňující kvalitu života v této oblasti. Spánkové potíže mohou být způsobeny potížemi s usínáním, probouzením se během noci, probouzením se brzy ráno a nemožností opět usnout a nedostačující osvěžením se spánkem. Otázky v této doméně se nezabývají specifickými zřetely spánku např. časné probuzení, respondent užívá léky na spaní. Jako vyhodnocení této domény je potřeba uvést, že 80 % respondentů se umístilo na spodní hranici intervalové normy pro fyzický stav zkoumaného souboru. Zbývajících 20 % respondentů má mírně zvýšenou kvalitu fyzického stavu.

Prožívání, zkoumané otázkami v doméně 2, se podrobněji v jedné ze svých podčástí zajímá pozitivními pocity. Jak hodně respondent prožívá pozitivní pocity jako např. spokojenost, harmonie, klid, štěstí, naděje, radost, potěšení z dobrých věcí v každodenním životě. Důležitý je také pohled na budoucnost a pocity, tím vyvolané. Zkoumán byl také respondentův názor na jeho myšlení, učení, soustředění, schopnost se rozhodovat, paměť. Vše souvisí s rychlostí a jasností myšlení. Další z oddílů se zajímá o sebedůvěru a sebeúctu. Jak o sobě lidé smýšlejí. Zjišťováno je, jak si respondent cení sám sebe. Začleněny jsou otázky týkající se sebeúcty vztahující se k hodnocení vlastních kompetencí, výkonnosti, a spokojenosti se sebou a sebekontrolou. Dále by otázky měly zjišťovat názory respondentů na sebe v několika oblastech např. jaká je schopnost vycházet s ostatními lidmi, vzdělání, schopnost měnit své chování nebo provádění určitých úkonů, rodinné vztahy. V některých kulturách je sebeúcta chápána jako úcta pocíťovaná v rodině spíše než sebeúcta individuální. Část, zabývající se vnímáním těla a vzhledu, zkoumá, jak respondent nahlíží na vlastní tělo. Zda hodnotí vzhled svého těla kladně nebo záporně. Důraz je kladen na spokojenost, jak respondent vypadá a jaký to má vliv na jeho sebepojetí. Oddíl zabývající se prožíváním

negativních pocitů zahrnující sklíčenost, pocit viny, smutku, plačtivosti, zoufalství, nervozity, úzkost a chybějící radosti ze života. Otázky zkoumají, nakolik jsou negativní pocity zatěžující a jak ovlivňují každodenní život člověka. Jen 20 % respondentů dosahuje mírně snížené kvality prožívání. U zbývajících respondentů ze souboru bylo zjištěno prožívání v intervalové normě pro tento soubor, což znamená, že dosáhly vyššího skóru než 16,2.

Doména třetí pojednává o sociálních vztazích. Výzkumem bylo zjištěno, že $\frac{1}{5}$ respondentů má mírně sníženou kvalitu sociálních vztahů. U 60 % dotazovaných bylo naměřeno průměrných hodnot pro tento soubor. Pouze u jednoho respondenta byla zjištěna kvalita sociálních vztahů za hranicí 18,8 bodu pro mírně zvýšenou kvalitu daného souboru. Sociální vztahy byly v jednom z aspektů této domény zkoumány podle míry, které se respondentovi v životě dostává od nejbližšího okolí přátel. Lásky, podpory, které si přeje. Zda o někoho pečuje či má nějaké závazky vůči ostatním. Je tu zahrnuta také schopnost i možnost být milován. Blízké vztahy k ostatním lidem po stránce emoční i fyzické. Obsahuje též míru, kterou můžou lidé sdílet smutek či radost s osobou milovanou. Vědomí, že člověk miluje a je milován. Patří sem také stránka fyzické blízkosti např. objetí, pohlázení. V části sociální podpory, praktické pomoci od ostatních. Zaměřeni na míru, kterou člověk cítí, když mu jsou členové rodiny ochotni a schopni poskytnout praktickou pomoc. Otázky se snaží odhalit, jak hodně se musí členové rodiny a přátelé dělit o povinnosti a jak společně řeší své osobní i rodinné problémy. Hlavní důraz je kladen na míru, když respondent cítí podporu od rodiny, přátel a zda se na ně může spolehnout v případě vážných problémů. Poslední částí jsou otázky týkající se sexuálního života. Zkoumána je potřeba a touha člověka, míra, kterou je člověk schopen tyto potřeby vystihnout a přiměřeně uspokojit. Některé kultury z této pokládají za nejvýznamnější z této oblasti fertilitu – mít děti je vysoce ceněnou rolí. Není zde důležité, jakou má člověk sexuální orientaci či jaké sexuální praktiky provádí, neboť jsou pouze hodnoceny vztahy sexuálních aktivit ke kvalitě života. Důraz je především kladen na přání, vyjádření, možnosti a naplnění v sexuální oblasti. Je známo, že je těžké se ptát na sexuální aktivity. Někteří respondenti mohou uvádět, že jejich zájem o sex je nepatrný či vůbec žádný, aniž by to negativně ovlivňovalo jejich kvalitu života, může to být dáno různým věkem, pohlavím.

Poslední doména, čtvrtá, je zaměřena na otázky týkající se prostředí. Zkoumán je respondentův pocit bezpečí, jistoty, když mu nehrozí fyzické napadení. Pocit ohrožení bezpečí může přicházet z kteréhokoliv zdroje. Týká se bezprostředního pocitu svobody.

Zjišťována je existence „úkrytu“, který má zvýšit pocit bezpečí a jistoty. Významné především pro určité skupiny osob např. oběti přírodních katastrof, bezdomovci, oběti násilí, lidé s vysoce rizikovým násilím. Jeden z oddílů je zaměřen na nejvýznamnější působiště, kde respondent žije. Kvalitu domácího prostředí lze hodnotit na základě vybavenosti. Zda respondentovi poskytuje místo, které může bezpečně obývat. Mezi sledované aspekty taktéž patří přeplněnost, volný prostor, čistota, možnost soukromí, dostupnost vybavení (např. elektřina, toaleta, tekoucí voda), kvalita budovy, v níž bydlí. Podstatné je brát na zřetel i kvalitu bezprostředního okolí bydliště. Zjišťován je pohled respondenta na jeho finanční prostředky a ostatní materiální prostředky, které uspokojují potřeby pro zdravý a pohodlný životní styl. Otázky se zaměřují na pocit spokojenosti, nespokojenosti s věcmi, jenž respondentovi jeho příjem dovoluje si pořídit. Nebere se ohled na zdravotní stav nebo status nezaměstnanosti respondenta. V dalším z oddílů je zjišťován názor respondenta na zdravotní a sociální péči v blízkosti jejich okolí. „Blízkostí“ je míněna časová potřeba na dosažení pomoci. Otázky se ptají na názor respondenta týkající se dostupnosti zdravotní péče, sociální péče, kvality a rozsahu péče, které se dotazovaným dostává anebo by ji vyhledal, kdyby byla k dispozici. Otázky pokrývají snadnost, obtížnost dostat se do zdravotnického zařízení v jeho okolí a mít tam své rodinné příslušníky nebo přátele. Další z částí je zaměřena na možnosti a zájem respondenta se vzdělávat, získávat nové znalosti, dovednosti a mít přehled o současné dění. K realizaci může docházet prostřednictvím vzdělávacích programů, kurzů pro dospělé či zájmovou činností ve skupině nebo individuálně. Patří sem informovanost o dění, v široké oblasti např. zprávy o celosvětovém dění, vesnické drby. Předpokladem je pochopení otázek respondentem podle toho, co je smysluplné a významné v jejich životní situaci. Oddíl zabývající se volným časem, zálibami, zájmy a rekreační činností. Zkoumána je schopnost, možnost, preference respondentů při trávení volného času, zábavy a odpočinku. Zahrnuty jsou všechny druhy zábavy, relaxace i rekreace. Životní prostředí zkoumá hlučnost, znečištěnou ovzduší, klimatické podmínky a celkový vzhled prostředí. Zda životní prostředí pozitivně nebo negativně ovlivňuje kvalitu života. Patří sem například dostupnost vody nebo znečištěnost ovzduší. Otázky týkající se dopravy zjišťují názor respondenta na dostupnost dopravních prostředků a snadnost jejich použití v případě potřeby se někam dostat. Zahrnuty jsou všechny možné dopravní prostředky, které může respondent mít k dispozici (kolo, automobil, autobus apod.). Podstatná je dostupnost dopravního prostředku pro provádění každodenních činností. Pro potřebné vyhodnocení této domény je potřeba uvést, že většina

respondentů má kvalitu prostředí v normě vypočtené pro zkoumaný soubor. U 1/5 respondentů byla zjištěna mírně snížená kvalita prostředí s 12,5 bodu. Avšak u zbývajících 20 % tázaných šetření ukázalo mírně zvýšenou kvalitu prostředí nad hranici 15,6 bodu.

5.2.2 Spokojenost s místním společenstvím

Šetření se celkem zúčastnilo 5 osob. Nad poloviční většinu tohoto souboru tvořili muži. Průměrný věk respondentů je 36,2 roku. Všechny zúčastněné osoby využívají sociálních služeb poskytovaných TyfloCentrem Pardubice o. p. s. Žádný z respondentů není bez zaměstnání, a to i přestože jsou vzhledem k jejich zdravotnímu stavu znevýhodněni na trhu práce. Nejčastěji dosaženým vzděláním respondentů je vzdělání středoškolské, ve stejné zastoupeném poměru jsou obory s vyučením a maturitou.

Při procentním hodnocení jednotlivých rysů fungování obce na stupnici (0 nejméně spokojen, 10 nejvíce spokojen) jsou respondenti nejvíce spokojeni se základními službami poskytovanými obcí (základní veřejné školy, zdravotní a sociální služby, veřejná doprava) a mezilidskými vztahy, které v obci panují. 100% respondentů považuje za nejdůležitější z jednotlivých rysů fungování obce mezilidské vztahy v dané obci. Oproti tomu se důležitost základních veřejných služeb dělí o 3. a 4. místo s možností praktikovat zájmy a záliby. Jako nejméně důležité ze všech položek respondenti považují možnost účastnit se lokálního plánování a to hned z několika důvodů. Jako jeden z důvodů respondenti uváděly, že možnost účastnit se je, ale dále se nic neděje. Někteří z nich ani nemají dostatečné informace o probíhajících plánováních či diskuzích na úrovni jejich obce. A proto tato položka v průměru dostala 5,5 bodu z procentní stupnice spokojenosti. Při celkovém hodnocení spokojenosti s obcí jako s místem, kde respondent trvale žije, je 60% respondentů mírně nespokojeno. Průměrně svoji spokojenost ohodnotili na 6,8 bodu z 10. Avšak žádný z respondentů neodpověděl, že by byl s místem, kde žije, velmi nespokojen.

Vcelku kladně respondenti odpovídali na otázky týkající se spokojenosti s jejich sousedstvím. Nejvíce jsou respondenti spokojeni s tím, jak často mluví se svými sousedy. Tuto aktivitu ohodnotili 7 body z 10 možných (10 = největší spokojenost). Ale jen 20 % respondentů považuje tuto aktivitu z jejich sousedství za nejdůležitější. Jen o pár desetin méně obdržela spokojenost se setkáními na místech k tomu určených (např. v hospodách, kostelech, sociálních centrech, parcích, atd.). Dotazovaní si často stěžovali, že nemají tolik času pro chvíle ve společnosti jejich přátel vzhledem k zaměstnání. Polovina respondentů možnost

setkávat se s přáteli na předem domluvených místech považuje za nejdůležitější z aktivit nabízejících se v sousedství. Za nejméně důležité respondenti považují možnost mluvit s lidmi, které potkají v obchodech. Jako důvody uváděly svůj handicap. Osoby zcela zrakově postižené člověka nevidí, tudíž je dotyčná známá osoba musí oslovit sama a představit se. U osob s postižením zraku částečným je problém, že se soustředí pouze na určitou věc nebo směr a nevnímají ostatní. Z pohledu člověka se zdravým zrakem se nám zdá, že nás osoba záměrně přehlídí. I v tomto případě je vhodnější zrakově postiženou osobu oslovit první a nečekat jestli si nás všimne, chceme-li jej pozdravit. Obdobně tomu je i v případech, kdy se s těmito lidmi potkáme na ulici.

Kvalitu sportovních a kulturních služeb respondenti hodnotili spíše průměrně. Nejméně spokojeni byli respondenti s kvalitou sportovních zařízení, přestože 30 % dotázaných považuje kvalitu sportovních zařízení za nejdůležitější s možné nabídky služeb. Nejvíce jejich spokojenost ovlivnila dostupnost v jejich obci, poněvadž někteří musí dojíždět do větších obcí. Dalším faktorem byla nízká nabídka těchto akcí uzpůsobených pro osoby se zrakovým postižením nebo nevyhovující čas, vzhledem k tomu, že všichni z respondentů jsou osoby zaměstnané nikoliv opačně. Nejvíce spokojeni byli respondenti s kvalitou knihoven. Jedním z kladných faktorů byla dostupnost digitálních knihoven či zvukových nahrávek. Z rozhovorů vyplynulo, že málokdy využívají klasických tištěných knih vzhledem k náročnosti pro ně. Asi proto jen $\frac{1}{5}$ tázaných považuje kvalitu knihoven za pro ně nejdůležitějšího ze seznamu hodnocených služeb. Respondenti byli dále spíše spokojeni s nabídkou divadel, kin, muzeí a výstavních sálů. Pro 40% dotázaných respondentů je nejdůležitější kvalita divadel a kin. Asi nikoho nepřekvapí, že ani jeden z respondentů neoznačil za pro něj důležité nabídky kulturních domů. Dnes již všude nefungují a respondenti nedisponovali podrobnějšími informacemi o nabídce těchto kulturních zařízení.

Při hodnocení dostupnosti základních služeb respondenti byli nejvíce spokojeni s praktickými lékaři. Dostalo se jim 8,6 bodu z 10 možných. Pro $\frac{3}{10}$ z nich je dostupnost praktických lékařů jednou z nejdůležitějších základních služeb. Při hodnocení nemocnic byli respondenti trochu kritičtější. Dostupnost těchto zařízení ocenili rovnými šesti body. Nejméně jsou respondenti spokojeni s orientací po kampusu nemocnic. Největší problém jim dělá jednolitě barevné provedení budov. Orientaci by jim ulehčilo odlišné barevné provedení jednotlivých budov, aby nemuseli jít ke každé budově zvlášť a z velmi blízka si přečíst označení budovy. Uspokojivá byla spokojenost s veřejnou dopravou se 7,25 bodu. Dvacet

procent respondentů označilo tuto službu ze seznamu vyjmenovaných za pro ně nejdůležitější. Podle mého názoru je to překvapivě malé procento, protože všichni respondenti jsou odkázáni na veřejnou dopravu nebo na odvoz automobilem někým z rodiny, neboť žádný z nich nemůže vlastnit řidičský průkaz. Respondenti nejvíce kritizovali městskou hromadnou dopravu a špatnou dostupnost z menších obcí. V městské hromadné dopravě často chybějí hlásiče jednotlivých zastávek či informačních tabulí, hlavně v obcích jen s několika linkami. Respondenti tak jsou kolikrát nuceni si jednotlivé zastávky odpočítávat, aby danou stanici nepřejeli, nebo se musejí zeptat někoho ze spolucestujících. Problémem může být stydlivost těchto osob či pocit, že zase musejí někoho obtěžovat, a pocit nesamostatnosti. Na prvním místě v důležitosti se vedle praktických lékařů umístili sociální služby, které obdrželi 6,25 bodu na stupnici spokojenosti.

ZÁVĚR

Tato bakalářská práce se zabývala kvalitou života osob se zdravotním postižením, především osobami s postižením zraku na území Pardubického kraje a službami, které jsou jim zde nabízeny.

Definovat kvalitu života, není jednoduché, neboť neexistuje žádná jednotná definice. Příčinou může být všeobecná znalost pojmů "kvalita" a "život", které pro každého jednotlivce nabývají jiného významu. Bylo však zjištěno, že existuje určitá shoda alespoň na třech hlavních doménách, kterými jsou: prožívání, psychická pohoda a sociální postavení jedince s jeho vztahy k okolí.

Dokumenty vymezující zdravotní postižení se zaměřují především na zdravotní postižení vzhledem ke vztahu k výkonu práce. Vystává zde problematika vycházející z definic, a to zejména z definování vhodné práce pro osoby se zdravotním postižením. V praxi dochází k přijímání mezinárodních listin, jejichž cílem je chránit tyto osoby. Mezinárodní listiny se v mnoha případech doplňují vnitřními zákonodárnými akty, neboť ani zde nepanuje jednoznačná shoda. Vytvořit jednotnou definici zdravotního postižení je obtížné, protože potřeby osob s postižením zraku se v mnohém liší od potřeb osob s jiným zdravotním postižením nebo od osob s postižením mentálním či duševním onemocněním.

Někteří lidé zastávají názor, že by se volnočasové aktivity neměly organizovat, jen pro osoby se zdravotním postižením nebo pro osoby "zdravé". Ne pro všechny osoby se zdravotním postižením je možné účastnit se všech běžných aktivit, protože s postižením přicházejí i jiné potřeby např. pomalejší tempo chůze, nedostupný terén. Pro nás zdravé může být těžké tolerovat tyto potřeby, někdy však bývá těžší vůbec si je uvědomovat. Volnočasové aktivity jsou velice důležité pro fyzické a duševní zdraví, ale i pro integraci člověka do společnosti. V posledních letech dochází k vytěsňování sportovních aktivit, které nejen udržují fyzickou kondici, ale pomáhají také lidem oprostít se od duševních problémů a učit je přijímat prohru.

V Pardubickém kraji se nachází několik obecně prospěšných organizací, které nabízí sociální služby osobám s různými druhy postižení. Zařízení by měli mít bezbariérový přístup a snaží se nabídnout svým klientům služby, které by jim pomohly zařadit se do běžného života. TyfloCentrum Pardubice, o. p. s. poskytuje klientům pomoc s úřady, ale i to jak se naučit používat kompenzační pomůcky či kurzy práce s počítačem.

V praktické části, bylo provedeno dotazníkové šetření prostřednictvím dotazníku WHOQOL-BREF zabývajícím se kvalitou zdraví a dotazníkem evropské úrovně, který zkoumá Spokojenost s místním společenstvím. Šetření bylo, vzhledem k potřebám zkoumané skupiny, provedeno jako rozhovor v prostorách TyfloCentra Pardubice, o. p. s. Zúčastnil se ho pouze nízký počet respondentů, proto nelze výsledky šetření považovat za směrodatné, přesto z nich lze vyvodit nějaké závěry. Ze zjištěných výsledků kvality života, můžeme říci, že respondenti, nijak významně nevybočují z určeného průměru. Při zjišťování spokojenosti s místním společenstvím, bylo zjištěno, že pro všechny respondenty jsou důležité vztahy v obci, v níž žijí. Vzhledem k jejich postižení je pro ně také důležité scházet se s dalšími osobami na místech předem smluvených. Vcelku jsou spokojeni s veřejnou dopravou, ale hlavně respondentům s částí zraku vadí, že nikdy nebudou mít řidičský průkaz, a budou proto vždy odkázáni na druhé osoby, obzvláště v případě, když bydlí v menší obci.

Život osob se zdravotním postižením je ovlivňován zejména problémy v ekonomické, sociální, zdravotní a legislativní oblasti, se kterými se potýkají každý den nejenom tyto osoby, ale celý společenský systém České republiky.

SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

- [1] CENTRUM PRO ZDRAVOTNĚ POSTIŽENÉ PARDUBICKÉHO KRAJE. *Veřejný závazek* [online]. 2008 [cit 2011-04-10]. Dostupné z: <<http://www.czp-pk.cz/cs/>>.
- [2] ČESKÁ ABILYMPIJSKÁ ASOCIACE, O. S. *Česká abilympijská asociace* [online]. 2003 [cit 2011-04-10]. Dostupné z: <<http://www.abilympics.cz/>>.
- [3] DRAGOMIRECKÁ, E. BARTOŇOVÁ, J. *WHOQOL-BREF, WHOQOL-100; Příručka pro uživatele české verze dotazníků kvality života Světové zdravotnické organizace*. Praha: Psychiatrické centrum Praha, 2006. 92 s. ISBN 80-85121-82-4.
- [4] DUFFKOVÁ, J. URBAN, L. DUBSKÝ, J. *Sociologie životního stylu*. Plzeň: Aleš Čeněk, 2008. 237 s. ISBN 978-80-7380-123-6.
- [5] HENDL, J. *Kvalitativní výzkum: základní metody a aplikace*. 1. vyd. Praha: Portál, 2005. 407 s. ISBN 80-7367-040-2
- [6] HERMAN, V. D. *Ne tak, ale tak*. 3. vyd. Praha: Tyfloservis, 2004. 33 s. ISBN 80-239-3969-6
- [7] HNILICA, K. Kvalita života a zdraví. In *Konflikt hodnot a kvalita života*. 1. vyd. Praha: Triton, 2005. s. 296 - 326. ISBN 80-7254-657-0
- [8] HNILICOVÁ, H. Kvalita života a zdraví. In *Kvalita života a její význam pro medicínu a zdravotnictví*. 1. vyd. Praha: Triton, 2005. s. 205 – 216. ISBN 80-7254-657-0.
- [9] JANEČKOVÁ, H. Kvalita života a zdraví. In *Životní události a kvalita života*. 1. vyd. Praha: Triton, 2005. s. 451-472. ISBN 80-7254-657-0.
- [10] KOMENDOVÁ, J. *Pracovní podmínky osob se zdravotním postižením*. Ostrava: Key Publishing, 2009. 158 s. ISBN 978-80-7418-022-4

- [11] KRÍŽOVÁ, E. Kvalita života a zdraví. In *Sociologické podmínky kvality života*. 1. vyd. Praha: Triton, 2005. s. 351-364. ISBN 80-7254-657-0.
- [12] KUBÁTOVÁ, H. *Sociologie životního způsobu*. 1 vyd. Praha: Grada Publishing, 2010. 272 s. ISBN 978-80-247-2456-0.
- [13] MIOVSKÝ, M. *Kvalitativní přístup a metody v psychologickém výzkumu*. 1. vyd. Praha: Grada, 2006. 332 s. ISBN 80-247-1362-4
- [14] MOST DO ŽIVOTA, OBČANSKÉ SDRUŽENÍ. *Poslání Denního centra Most do života* [online]. 2011 [cit 2011-04-10]. Dostupné z: <<http://www.mostdozivota.org/poslani-a-cile-denniho-centra-most-do-zivota.php>> />.
- [15] NOVÁK, J. KALNICKÁ, V. Šetření zdravotně postižených osob zaplnilo další bílé místo na mapě české statistiky. *Český statistický úřad, Praha* [online]. 2008 [cit 2011-04-10]. Dostupné z: <<http://panda.hyperlink.cz/cestapdf/pdf08c6/novak.pdf>>.
- [16] ORGANIZACE SPOJENÝCH NÁRODŮ. *Convention on the Rights of Persons with Disabilities* [online]. 2006, [cit. 2011-02-20]. Dostupné z: <<http://www.nrzp.cz/umluva-osn-o-pravech-osob-se-zdravotnim-postizenim/>>.
- [17] ORGANIZACE SPOJENÝCH NÁRODŮ. *Declaration on the Rights of Disabled Persons* [online]. 1975, [cit. 2011-02-20]. Dostupné z: <<http://www2.ohchr.org/english/law/res3447.htm>>
- [18] ORGANIZACE SPOJENÝCH NÁRODŮ. *Standard Rules on the Equalization of Opportunities for Persons with Disabilities* [online]. 1993, [cit. 2011-02-20]. Dostupné z: <<http://www2.ohchr.org/english/law/opportunities.htm>>
- [19] PARDUBICKÝ KRAJ. *Na kraji se hovořilo o zaměstnávání postižených* [online]. 7. 2. 2011 [cit 2011-04-10]. Dostupné z: <<http://www.pardubickykraj.cz/article.asp?thema=3963&item=65734&previev=archiv>>

- [20] PÉČE O DUŠEVNÍ ZDRAVÍ. [online]. *Kdo jsme a co děláme*. 2011 [cit 2011-04-10]. Dostupné z: <<http://www.pdz.cz/>>.
- [21] REICHEL, J. *Kapitoly metodologie sociálních výzkumů*. 1. vyd. Praha: Grada, 2009. 192 s. ISBN 978-80-247-3006-6.
- [22] SJEDNOCENÁ ORGANIZACE NEVIDOMÝCH A SLABOZRAKÝCH ČESKÉ REPUBLIKY. *Kdo je zrakově postižený* [online]. 2011 [cit 2011-04-12]. Dostupné z: <<http://www.sons.cz/kdojezp.php>>.
- [23] STATUTÁRNÍ MĚSTO PARDUBICE. *Dospělý se zdravotním postižením*. [online]. 8. 4. 2011 [cit 2011-04-11]. Dostupné z: <<http://www.mesto-pardubice.cz/mesto/katalog-socsluzeb/osoby-se-zdrav.pos./zvys.samost.a-dovednosti/dospeli-se-zp.html>>.
- [24] TYFLOCENTRUM PARDUBICE, O. P. S. *Výroční zpráva 2009* [online]. 2011 [cit 2011-04-10]. Dostupné z: <<http://tcpce.cz/dokumenty/VSTCPCE2009.pdf>>.
- [25] ZÁKLADNÍ ŠKOLA A PRAKTICKÁ ŠKOLA SVÍTÁNÍ, O. P. S. *Poslání* [online]. 2008 [cit 2011-04-10]. Dostupné z: <<http://www.svitani.cz/>>.
- [26] ŽUMÁROVÁ, M. Zdravotně postižení, programy pro 21. století. In *Možnosti volnočasových aktivit v rámci integrace jedinců se speciálními potřebami*. 1. vyd. Hradec Králové: Gaudeamus, 2005. s. 361-364. ISBN 80-7041-834-8.

SEZNAM TABULEK

Tabulka 1	Pohlaví
Tabulka 2	Věk
Tabulka 3	Zaměstnání
Tabulka 4	Dosažené vzdělání
Tabulka 5	Celková spokojenost
Tabulka 6	Všeobecná spokojenost vyjádřená procentní stupnicí
Tabulka 7	Spokojenost s jednotlivými rysy fungování obce (v procentním skóre)
Tabulka 8	Hodnocení jednotlivých aspektů každého posuzovaného rysu
Tabulka 9	Jak časté je ve Vašem susedství (v procentním skóre)
Tabulka 10	Jak časté je ve Vašem susedství (podle důležitosti)
Tabulka 11	Jak bezpečné je podle vás (v procentním skóre)
Tabulka 12	Jak bezpečné je podle vás (podle důležitosti)
Tabulka 13	Kvalita služeb (v procentním skóre)
Tabulka 14	Kvalita služeb (podle důležitosti)
Tabulka 15	Dostupnost základních služeb (v procentním skóre)
Tabulka 16	Dostupnost základních služeb (podle důležitosti)
Tabulka 17	Zhodnocení kvality následujících položek (v procentním skóre)
Tabulka 18	Zhodnocení kvality následujících položek (podle důležitosti)
Tabulka 19	Názor na následující možnosti (v procentním skóre)
Tabulka 20	Názor na následující možnosti (podle důležitosti)
Tabulka 21	Zhodnocení efektivity následujících možností zapojení se do rozhodování ve Vaší obci (v procentním skóre)
Tabulka 22	Zhodnocení efektivity následujících možností zapojení se do rozhodování ve Vaší obci (podle důležitosti)

SEZNAM PŘÍLOH

Příloha 1	Dotazník Kvalita života a zdraví
Příloha 2	Dotazník Spokojenost s místním společenstvím
Příloha 3	Tabulky s výsledky dotazníkového šetření
Tabulka 1	Pohlaví
Tabulka 2	Věk
Tabulka 3	Zaměstnání
Tabulka 4	Dosažené vzdělání
Tabulka 5	Celková spokojenost
Tabulka 6	Všeobecná spokojenost vyjádřená procentní stupnicí
Tabulka 7	Spokojenost s jednotlivými rysy fungování obce (v procentním skóre)
Tabulka 8	Hodnocení jednotlivých aspektů každého posuzovaného rysu
Tabulka 9	Jak časté je ve Vašem sousedství (v procentním skóre)
Tabulka 10	Jak časté je ve Vašem sousedství (podle důležitosti)
Tabulka 11	Jak bezpečné je podle vás (v procentním skóre)
Tabulka 12	Jak bezpečné je podle vás (podle důležitosti)
Tabulka 13	Kvalita služeb (v procentním skóre)
Tabulka 14	Kvalita služeb (podle důležitosti)
Tabulka 15	Dostupnost základních služeb (v procentním skóre)
Tabulka 16	Dostupnost základních služeb (podle důležitosti)
Tabulka 17	Zhodnocení kvality následujících položek (v procentním skóre)
Tabulka 18	Zhodnocení kvality následujících položek (podle důležitosti)
Tabulka 19	Názor na následující možnosti (v procentním skóre)
Tabulka 20	Názor na následující možnosti (podle důležitosti)
Tabulka 21	Zhodnocení efektivity následujících možností zapojení se do rozhodování ve Vaší obci (v procentním skóre)
Tabulka 22	Zhodnocení efektivity následujících možností zapojení se do rozhodování ve Vaší obci (podle důležitosti)

PŘÍLOHY

Příloha 1 Dotazník Kvalita života a zdraví

Poslechněte si laskavě každou otázku, zhodnoťte své pocity a vyberte u každé otázky to číslo stupnice, které nejlépe vystihuje Vaši odpověď.

1. Jak byste hodnotila/a kvalitu svého života	velmi špatná	špatná	ani špatná ani dobrá	dobrá	velmi dobrá
	1	2	3	4	5

2. Jak jste spokojen/a se svým zdravím?	velmi nespokojen/a	ne-spokojena	ani spokojen/a ani nespokojen/a	spokojena	velmi spokojen/a
	1	2	3	4	5

Následující otázky zjišťují, **jak moc** jste během posledních dvou týdnů prožíval/a určité věci.

	vůbec ne	trochu	středně	hodně	maximálně
3. D jaké míry Vám bolest brání v tom, co potřebujete dělat?	1	2	3	4	5
4. Jak moc potřebujete lékařskou péči, abyste mohl/a fungovat v každodenním životě?	1	2	3	4	5
5. Jak moc Vás těší život?	1	2	3	4	5
6. Na kolik se Vám zdá, že Váš život má smysl?	1	2	3	4	5

	vůbec ne	trochu	středně	hodně	maximálně
7. Jak se dokážete soustředit?	1	2	3	4	5
8. Jak bezpečně se cítíte ve svém každodenním životě?	1	2	3	4	5
9. Jak zdravé je prostředí, ve kterém žijete?	1	2	3	4	5

Následující otázky zjišťují, v **jakém rozsahu** jste dělal/a nebo mohl/a provádět určité činnosti v posledních dvou týdnech.

	vůbec ne	spíše ne	středně	většinou ano	zcela
10. Máte dost energie pro každodenní život?	1	2	3	4	5
11. Dokážete akceptovat svůj tělesný vzhled?	1	2	3	4	5
12. Máte dost peněz k uspokojení svých potřeb?	1	2	3	4	5
13. Máte přístup k informacím, které potřebujete pro svůj každodenní život?	1	2	3	4	5
14. Máte možnost věnovat se svým zálibám?	1	2	3	4	5

	velmi špatně	špatně	ani špatně ani dobře	dobře	velmi dobře
15. Jak se dokážete pohybovat?	1	2	3	4	5

Další otázky se zaměřují na to, jak jste byl/a **šťastný/á nebo spokojený/á** s různými oblastmi svého života v posledních dvou týdnech.

	velmi nespokojen/a	nepokojen/a	ani spokojen/a ani nespokojen/a	spokojen/a	velmi spokojen/a
16. Jak jste spokojen/a se svým spánkem?	1	2	3	4	5
17. Jak jste spokojen/a se svou schopností provádět každodenní činnosti?	1	2	3	4	5
18. Jak jste spokojen/a se svým pracovním výkonem?	1	2	3	4	5
19. Jak jste spokojen/a sám/sama se sebou?	1	2	3	4	5
20. Jak jste spokojen/a se svými osobními vztahy?	1	2	3	4	5
21. Jak jste spokojen/a se svým sexuálním životem?	1	2	3	4	5
22. Jak jste spokojen/a s podporou, kterou vám poskytují přátelé?	1	2	3	4	5
23. Jak jste spokojen/a s podmínkami v místě, kde žijete?	1	2	3	4	5
24. Jak jste spokojen/a s dostupností zdravotní péče?	1	2	3	4	5
25. Jak jste spokojen/a s dopravou?	1	2	3	4	5

Následující otázka se týká toho, **jak často** jste prožíval/a určité věci během posledních dvou týdnů.

	nikdy	někdy	středně	celkem často	neustále
26. Jak často prožíváte negativní pocity jako je např. rozmrzelost, beznaděj, úzkost nebo deprese?	1	2	3	4	5

Příloha 2 Dotazník Spokojenost s místním společenstvím

Obecné informace

a) Pohlaví muž žena

b) Věk _____

c) Zaměstnání

student

zaměstnaný

nezaměstnaný

důchodce

d) Dosažené vzdělání

ZŠ

SŠ s vyučením

SŠ s maturitou

VŠ

1. a) Jak jste spokojen/a s Vaší obcí, jako místem, kde žijete a pracujete?

(Vyberte prosím pouze jedno možnost)

velmi spokojen

mírně spokojen

mírně nespokojen

velmi nespokojen

1. b) Vyjádřete úroveň Vaší spokojenosti na procentní stupnici (0 velice nízká, 10 velmi vysoká)

Procentní skóre: _____

Prosím přiřadte ke každé otázce procentní skóre (podobně jako v předchozí otázce, kdy 0 znamená velice nízká spokojenost, 10 velmi vysoká).

2. Jak jste spokojen/a s mezilidskými vztahy ve Vaší obci? _____

3. Jak jste spokojen/a s možnostmi provozovat své záliby a koníčky? _____
4. Jak jste spokojen/a se základními veřejnými službami (zdravotní a sociální služby, školy, veřejná doprava, atd.)? _____
5. Jak jste spokojen/a s kvalitou okolního životního prostředí? _____
6. Jak jste spokojen/a s možnostmi zaměstnání ve vašem městě? _____
7. Jak jste spokojen/a s možnostmi účastnit se místního plánování, rozhodování či kulatých stolů? _____

Nyní prosím seřad'te dané oblasti/položky v závislosti na Vašem osobním hodnocení důležitosti (1= nejvíce důležitý, 6= nejméně důležitý).

Pořadí

- _____ mezilidské vztahy
- _____ možnost praktikovat vaše zájmy a záliby
- _____ základní veřejné služby
- _____ kvalita okolního životního prostředí
- _____ možnost zaměstnání
- _____ možnost účastnit se lokálního plánování

Přiřad'te prosím hodnocení na škále mezi 0 (nejméně) a 10 (nejvíce) každé položce v seznamu otázky a):

a) Jak časté je ve Vašem sousedství:

- _____ Mluvit se sousedy?
- _____ Mluvit s lidmi, které potkáte v obchodech?
- _____ Zastavit se a hovořit s přáteli, které potkáte na ulici?
- _____ Setkávat se na místech k tomu určených (hospody, kostel, sociální centra, parky)?

Nyní prosím označte – podle Vašeho osobního hodnocení – dvě nejdůležitější položky daného výčtu (1 = nejdůležitější, 2 = druhý nejdůležitější).

1.....

2.....

Nyní prosím zopakujte totéž pro otázky b) až g) tak, že do druhého slupce (*) napíšete 1 a 2 pro nejdůležitější a druhou nejdůležitější alternativu.

b) Jak bezpečné je podle Vás:

(*)

_____ Být přes den doma s nezamknutými dveřmi?

_____ Nechat přes noc otevřené okno?

_____ Chodit v noci po hlavních ulicích?

_____ Chodit v noci po veřejných prostranstvích?

c) Zhodnoťte prosím kvalitu následujících služeb:

_____ Sportovní zařízení

_____ Divadla a kina

_____ Muzea a výstavní síně

_____ Kulturní domy

_____ Knihovny

d) Jak dostupné jsou následující základní služby:

_____ Praktičtí lékaři

_____ Nemocnice

_____ Sociální služby

_____ Sociální bydlení

_____ Policie

_____ Veřejné školy

_____ Veřejná doprava

e) Zhodnoťte kvalitu následujících položek:

_____ Veřejné parky a zahrady, zeleň obecně

_____ Zastavěné prostory

- _____ Odvoz odpadů a čištění ulic
- _____ Kvalita ovzduší
- _____ Hlučnost v noci
- _____ Hlučnost ve dne

f) Jaký je Váš názor na následující možnosti:

- _____ Možnost odborné rekvalifikace
- _____ Podpora nových podnikatelských záměrů
- _____ Úroveň nezaměstnanosti ve vaší obci
- _____ Distribuce bohatství ve vaší obci
- _____ Reinvestice příjmů obce v místě

g) Zhodnoťte prosím efektivitu následujících možností zapojení do rozhodování ve Vaší obci:

- _____ Podílet se na místním plánovacím procesu
- _____ Stát se členem místní nevládní organizace
- _____ Podávat přímé žádosti/dotazy na místní úřad
- _____ Účast v komunálních volbách/referendech
- _____ Organizovat/účastnit se na místních demonstracích

Příloha 3 Tabulky s výsledky dotazníkového šetření

Tabulka 1 Pohlaví

Pohlaví	Počet	Vyjádření v %
Muž	3	60
Žena	2	40

Tabulka 2 Věk

	Věk
Anonym 1	32
Anonym 2	33
Anonym 3	35
Anonym 4	51
Anonym 5	30
Průměr	36,2

Tabulka 3 Zaměstnání

Statut	Četnosti	Vyjádření v %
Student	0	0
Zaměstnaný	5	100
Nezaměstnaný	0	0
Důchodce	0	0

Tabulka 4 Dosažené vzdělání

Vzdělání	Četnosti	Vyjádření v %
ZŠ	0	0
SŠ s vyučením	2	40
SŠ s maturitou	2	40
VŠ	1	20

Tabulka 5 Celková spokojenost

Spokojenost	Četnost	Vyjádření v %
Velmi spokojen	1	20
Mírně spokojen	1	20
Mírně nespokojen	3	60
Velmi nespokojen	0	0

Tabulka 6 Všeobecná spokojenost vyjádřená procentní stupnicí

	Naměřené hodnoty					Průměr
Procentní skóre	4	6	8	6	10	6,8

Poznámka: 0 = nejmenší spokojenost, 10 = maximální spokojenost

Tabulka 7 Spokojenost s jednotlivými rysy fungování obce (v procentním skóre)

Otázka	Naměřené hodnoty					Průměr
Mezilidské vztahy	6	8	8	6	7	7,0
Možnost praktikovat vaše zájmy a záliby	8	6	6	7	7	6,8
Základní veřejné služby	8	4	9	10	7	7,6
Kvalita okolního životního prostředí	5	6	9	6	4	6,0
Možnost zaměstnání	3	2	4	3	2	2,8
Možnost účastnit se lokálního plánování	x	5	5	8	4	5,5

Poznámka: 0 = nejmenší spokojenost, 10 = maximální spokojenost

Tabulka 8 Hodnocení jednotlivých aspektů každého posuzovaného rysu

Otázka	Důležitost					Průměr	Pořadí
Mezilidské vztahy	1	1	1	1	1	1,0	1
Možnost praktikovat vaše zájmy a záliby	4	3	3	6	3	3,8	3,5
Základní veřejné služby	5	2	5	2	5	3,8	3,5
Kvalita okolního životního prostředí	2	6	4	4	4	4,0	5
Možnost zaměstnání	3	4	2	3	2	2,8	2
Možnost účastnit se lokálního plánování	6	5	6	5	6	5,6	6

Tabulka 9 Jak časté je ve Vašem sousedství (v procentním skóre)

Otázka	Naměřené hodnoty					Průměr
Mluvit se sousedy	8	9	8	6	4	7,0
Mluvit s lidmi, které potkáte v obchodech	7	3	9	8	0	5,4
Zastavit se a hovořit s přáteli, které potkáte na ulici?	5	3	8	5	5	5,2
Setkávat se na místech k tomu určených	5	7	9	9	3	6,6

Poznámka: 0 = nejmenší spokojenost, 10 = maximální spokojenost

Tabulka 10 Jak časté je ve Vašem sousedství (podle důležitosti)

Otázka	Četnosti důležitosti		Celkem za otázku	Podíl v %
	Nejdůležitější	Druhý nejdůležitější		
Mluvit se sousedy	1	1	2	20
Mluvit s lidmi, které potkáte v obchodech	0	1	1	10
Zastavit se a hovořit s přáteli, které potkáte na ulici	0	2	2	20
Setkávat se na místech k tomu určených	4	1	5	50

Tabulka 11 Jak bezpečné je podle vás (v procentním skóre)

Otázka	Naměřené hodnoty					Průměr
	9	5	6	9	3	
Být přes den doma s nezamknutými dveřmi	9	5	6	9	3	6,4
Nechat přes noc otevřené okno	6	9	7	8	6	7,2
Chodit v noci po hlavních ulicích	8	9	8	6	4	7,0
Chodit v noci po veřejných prostranstvích	8	9	8	3	6	6,8

Poznámka: 0 = nejmenší spokojenost, 10 = maximální spokojenost

Tabulka 12 Jak bezpečné je podle vás (podle důležitosti)

Otázka	Četnosti důležitosti		Celkem za otázku	Podíl v %
	Nejdůležitější	Druhý nejdůležitější		
Být přes den doma s nezamknutými dveřmi	1	0	1	10
Nechat přes noc otevřené okno	0	2	2	20
Chodit v noci po hlavních ulicích	2	0	2	20
Chodit v noci po veřejných prostranstvích	2	3	5	50

Tabulka 13 Kvalita služeb (v procentním skóre)

Otázka	Naměřené hodnoty					Průměr
	5	x	0	5	7	
Sportovní zařízení	5	x	0	5	7	4,25
Divadla a kina	7	7	3	8	7	6,40
Muzea a výstavní síně	7	10	3	7	6	6,60
Kulturní domy	5	10	1	x	7	5,75
Knihovny	5	8	4	9	9	7,00

Poznámka: 0 = nejmenší spokojenost, 10 = maximální spokojenost

Tabulka 14 Kvalita služeb (podle důležitosti)

Otázka	Četnosti důležitosti		Celkem za otázku	Podíl v %
	Nejdůležitější	Druhý nejdůležitější		
Sportovní zařízení	2	1	3	30
Divadla a kina	1	3	4	40
Muzea a výstavní síně	0	1	1	10
Kulturní domy	0	0	0	0
Knihovny	2	0	2	20

Tabulka 15 Dostupnost základních služeb (v procentním skóre)

Otázka	Naměřené hodnoty					Průměr
Praktičtí lékaři	6	10	9	10	8	8,60
Nemocnice	6	8	6	6	4	6,00
Sociální služby	3	9	x	7	6	6,25
Sociální bydlení	3	7	6	x	7	5,75
Policie	3	7	5	9	7	6,20
Veřejné školy	6	9	7	x	8	7,50
Veřejná doprava	7	6	9	7	x	7,25

Tabulka 16 Dostupnost základních služeb (podle důležitosti)

Otázka	Četnosti důležitosti		Celkem za otázku	Podíl v %
	Nejdůležitější	Druhý nejdůležitější		
Praktičtí lékaři	3	0	3	30
Nemocnice	0	1	1	10
Sociální služby	0	3	3	30
Sociální bydlení	1	0	1	10
Policie	0	0	0	0
Veřejné školy	0	0	0	0
Veřejná doprava	1	1	2	20

Tabulka 17 Zhodnocení kvality následujících položek (v procentním skóre)

Otázka	Naměřené hodnoty					Průměr
	9	8	x	7	4	
Veřejné parky a zahrady, zeleň obecně	9	8	x	7	4	7,0
Zastavěné prostory	8	6	7	8	4	6,6
Odvoz odpadů a čištění ulic	8	8	9	6	6	7,4
Kvalita ovzduší	6	5	7	7	2	5,4
Hlučnost v noci	8	3	9	8	2	6,0
Hlučnost ve dne	5	3	3	6	0	3,4

Poznámka: 0 = nejmenší spokojenost, 10 = maximální spokojenost

Tabulka 18 Zhodnocení kvality následujících položek (podle důležitosti)

Otázka	Četnosti důležitosti		Celkem za otázku	Podíl v %
	Nejdůležitější	Druhý nejdůležitější		
Veřejné parky a zahrady, zeleň obecně	0	1	1	10
Zastavěné prostory	0	1	1	10
Odvoz odpadů a čištění ulic	1	0	1	10
Kvalita ovzduší	2	0	2	20
Hlučnost v noci	1	2	3	30
Hlučnost ve dne	1	1	2	20
Veřejné parky a zahrady, zeleň obecně	0	0	1	10

Tabulka 19 Názor na následující možnosti (v procentním skóre)

Otázka	Naměřené hodnoty					Průměr
Možnost odborné rekvalifikace	5	7	x	7	7	6,5
Podpora nových podnikatelských záměrů	x	7	x	x	x	7,0
Úroveň nezaměstnanosti ve Vaší obci	2	2	7	2	5	4,5
Distribuce bohatství ve Vaší obci	x	2	x	6	5	4,3
Reinvestice příjmů obce v místě	2	1	8	6	4	4,2

Poznámka: 0 = nejmenší spokojenost, 10 = maximální spokojenost

Tabulka 20 Názor na následující možnosti (podle důležitosti)

Otázka	Četnosti důležitosti		Celkem za otázku	Podíl v %
	Nejdůležitější	Druhý nejdůležitější		
Možnost odborné rekvalifikace	1	0	1	10
Podpora nových podnikatelských záměrů	0	0	0	0
Úroveň nezaměstnanosti ve vaší obci	3	1	4	40
Distribuce bohatství ve Vaší obci	0	2	2	20
Reinvestice příjmů obce v místě	1	2	3	30

Tabulka 21 Zhodnocení efektivity následujících možností zapojení se do rozhodování ve Vaší obci (v procentním skóre)

Otázka	Naměřené hodnoty					Průměr
Podílet se na místním plánovacím procesu	6	x	3	3	x	4,00
Stát se členem místní nevládní organizace	4	3	x	x	x	3,50
Podávat přímé žádosti/dotazy na místní úřad	5	7	9	4	x	6,25
Účast v komunálních volbách/referendech	x	8	8	3	x	6,33
Organizovat/účastnit se na místních demonstracích	5	x	x	7	2	4,66

Poznámka: 0 = nejmenší spokojenost, 10 = maximální spokojenost

Tabulka 22 Zhodnocení efektivity následujících možností zapojení se do rozhodování ve Vaší obci (podle důležitosti)

Otázka	Četnosti důležitosti		Celkem za otázku	Podíl v %
	Nejdůležitější	Druhý nejdůležitější		
Podílet se na místním plánovacím procesu	1	2	3	30
Stát se členem místní nevládní organizace	0	0	0	0
Podávat přímé žádosti/dotazy na místní úřad	3	2	5	50
Účast v komunálních volbách/referendech	1	1	2	20
Organizovat/účastnit se na místních demonstracích	0	0	0	0

Tabulka 23 Naměřené hodnoty kvality zdraví

Domény		Položky		Naměřené hodnoty				
Dom 1	Fyzické zdraví	Q3	Bolest a nepříjemné pocity	1	1	2	2	2
		Q4	Závislost na lékařské péči	2	1	3	2	2
		Q10	Energie a únava	4	4	4	4	5
		Q15	Pohyblivost	4	4	5	4	4
		Q16	Spánek	3	3	3	4	3
		Q17	Každodenní činnosti	4	4	4	4	4
		Q18	Pracovní výkonnost	4	4	4	4	4
Dom 2	Prožívání	Q5	Potěšení ze života	4	5	5	5	5
		Q6	Smysl života	4	5	5	5	3
		Q7	Soustředění	4	4	3	4	4
		Q11	Přijetí tělesného vzhledu	4	4	4	3	4
		Q19	Spokojenost se sebou	4	5	4	4	3
		Q26	Negativní pocity	1	1	2	2	2
Dom 3	Sociální vztahy	Q20	Osobní vtahy	4	4	4	5	4
		Q21	Sexuální život	3	4	3	5	4
		Q22	Podpora přátel	4	5	4	5	4
Dom 4	Prostředí	Q8	Osobní bezpečí	3	5	4	4	3
		Q9	Životní prostředí	3	3	5	1	3
		Q12	Finanční situace	4	4	4	3	3
		Q13	Přístup k informacím	4	5	4	4	3
		Q14	Záliby	4	4	3	4	3
		Q23	Prostředí v okolí bydliště	4	3	3	3	3
		Q24	Dostupnost zdrav. péče	4	4	3	4	4
		Q25	Doprava	4	4	3	3	3
2 samostatné položky		Q1	Kvalita života	5	5	4	5	3
		Q2	Spokojenost se zdravím	4	4	3	2	4

Tabulka 24 Hrubé skóry

	Hrubé skóry					Průměr	Transformace
Dom 1	16,00	16,57	16,00	16,00	16,00	16,11	75,71
Dom 2	16,67	18,67	16,67	16,67	15,33	16,80	80,00
Dom 3	14,67	17,33	14,67	20,00	16,00	16,53	78,33
Dom 4	15,00	16,00	14,50	13,00	12,50	14,20	63,75
Q 1	5,00	5,00	4,00	5,00	3,00	17,60	85,00
Q 2	4,00	4,00	3,00	2,00	1,00	11,20	45,00

Tabulka 25 Deskriptivní analýza

	<i>dom1</i>	<i>dom2</i>	<i>dom3</i>	<i>dom4</i>	<i>q1</i>	<i>q2</i>
Stř. hodnota	16,1143	16,8	16,5333	14,2	4,4	2,8
Chyba stř. hodnoty	0,11429	0,53333	0,99778	0,6442	0,4	0,5831
Medián	16	16,6667	16	14,5	5	3
Modus	16	16,6667	14,6667	14,5	5	4
Směr. odchylka	0,25555	1,19257	2,23109	1,44049	0,89443	1,30384
Rozptyl výběru	0,06531	1,42222	4,97778	2,075	0,8	1,7
Špičatost	5	2,36328	0,53571	-1,8043	0,3125	-1,4879
Šikmost	2,23607	0,82106	1,08851	-0,0376	-1,2578	-0,5414
Rozdíl max-min	0,57143	3,33333	5,33333	3,5	2	3
Minimum	16	15,3333	14,6667	12,5	3	1
Maximum	16,5714	18,6667	20	16	5	4
Součet	80,5714	84	82,6667	71	22	14
Počet	5	5	5	5	5	5

Tabulka 26 Populační normy domén WHOQOL-BREF a položek celkového hodnocení

Domény		N	Průměr	STD	Min	Max
Dom 1	Fyzické zdraví	5	16,11	0,26	16,00	16,57
Dom 2	Duševní zdraví	5	16,80	1,19	15,33	18,67
Dom 3	Sociální vztahy	5	16,53	2,23	14,67	20,00
Dom 4	Životní podmínky	5	14,20	1,44	12,50	16,00
Q1	Kvalita života	5	4,40	0,89	3,00	5,00
Q2	Spokojenost se zdravím	5	2,80	1,30	1,00	4,00

Poznámka: Rozpětí škály u domén 4-20, u jednotlivých otázek (1 a 2) je 1-5; přičemž vyšší skóre znamená lepší kvalitu života (pouze u domén). STD = standardní odchylka

Tabulka 27 Intervaly populačních norem pro domény WHOQOL-BREF

		Rozšířený	Interval normy			Rozšířený
	STD	Mírně snížená kvalita	Spodní hranice	Průměr	Horní hranice	Mírně zvýšená kvalita
Dom 1	0,3	15,9	16,0	16,1	16,2	16,4
Dom 2	1,2	15,6	16,2	16,8	17,4	18,0
Dom 3	2,2	14,3	15,4	16,5	17,6	18,8
Dom 4	1,4	12,8	13,5	14,2	14,9	15,6

Poznámka: Rozpětí škály u domén 4-20, přičemž vyšší skóre znamená lepší kvalitu života.

STD = standardní odchylka

Tabulka 28 Percentilové normy domén WHOQOL-BREF

Percentily				
Hodnota	Dom1	Dom2	Dom3	Dom4
20	-	15,33	-	12,50
40	-	-	14,67	13,00
60	-	16,67	16,00	14,50
80	16,00	-	17,33	15,00
99	16,57	18,67	20,00	16,00