

Univerzita Karlova  
Pedagogická fakulta  
Katedra speciální pedagogiky

## BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

Autonomie osob s omezením samostatného pohybu v kontextu bariérovosti dopravních  
uzlů pražského metra

Autonomy of persons with reduced mobility in context of wheelchair inaccessibility of  
Prague metro

Matěj Šimíček

Vedoucí práce: doc. PaedDr. Vanda Hájková, Ph.D.  
Studijní program: Specializace v pedagogice  
Studijní obor: ČJ-SPG

2022

## **Poděkování**

Poděkování JUDr. Ivaně Marešové, figurantce bakalářské práce, díky které jsem nazřel nových pohledů na život a osvojil si spoustu dovedností nejen v terénu. Docentce Vandě Hájkové za ochotu ujmout se vedení této práce a pomoc při jejím vypracování. Svým rodičům, jejichž podporou jsem se dostal až k okamžiku psaní tohoto poděkování. Také D.M.M.D., které se tímto poděkováním zavazují k pečlivé práci na obnově nervů, jež byly újmou při nocích ustavičného psaní. Poděkování míří také všem lidem, kteří chtějí tvořit prostor našeho společného života lepší, přístupnější a svobodnější.

## **Prohlášení**

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci vypracoval samostatně za použití pramenů uvedených v seznamu literatury.

Souhlasím, aby práce byla uložena na Univerzitě Karlově v Praze v knihovně Pedagogické fakulty a byla zpřístupněna studijním účelům.

**Abstrakt:**

Cílem bakalářské práce je na základě odborných publikací vymezit témata osobní autonomie, tělesného postižení a vnímání aktivního života jeho nositeli, fyzických a psychických bariér, právních norem a závazných dokumentů, které mají přinášet garance do života lidí s postižením. Ve výzkumné části práce na podkladě těchto faktů vztáhnout klíčové téma fyzických bariér na prostředí pražského metra a jeho čtyři frekventované dopravní uzly, prostřednictvím kvalitativního výzkumu provedeného s osobou s omezením samostatného pohybu pohybující se pomocí mechanického ortopedického vozíku a za pomoci asistence. Primárním cílem je nalezení, pojmenování a popsání bariér vyskytujících se od vstupu do budovy metra, přes cestu jeho bezbariérovými trasami až k perónu a nástupu do soupravy metra. Na základě dat výzkumné části sebraných pozorování, reflektivními rozhovory a zaznamenáním přímých zkušeností z terénu metra sledovat a posuzovat vliv bariér na pojetí osobní autonomie osoby s postižením – klíčové tematiky bakalářské práce. Sekundárním cílem je najít možnosti odstranění či snížení závažnosti bariér pro dosažení co nejvyšší míry osobní autonomie.

**Klíčová slova**

osobní autonomie, bezbariérovost, přístupnost, fyzické bariéry, tělesné postižení, mechanický ortopedický vozík, metro

**Abstract:**

The aim of the bachelor thesis is to define the topics of personal autonomy, physical disability and the perception of the active life of its bearers, physical and psychological barriers, legal norms and binding documents, which should bring guarantees to the lives of people with disabilities, based on professional publications. In conclusion, on the basis of these facts, in the research, the key topic of physical barriers on the Prague metro and its four frequented transport nodes will be related through qualitative research carried out with a person with limited independent movement moving with the help of a mechanical orthopedic wheelchair and the help of assistance. The primary goal is to find and describe the barriers that occur from the entrance to the metro, through the path along its barrier-free routes to the platform and boarding the metro unit. Based on the data of the research part of collected observations, reflective interviews and records of direct experiences from the field of metro, to monitor and assess the influence of barriers on the concept of personal autonomy of a person with a disability - the key themes of the bachelor's thesis. The secondary goal is to find ways to remove or reduce the severity of barriers to achieve the highest possible level of personal autonomy.

**Key words**

personal autonomy, barriers, accessibility, physical barriers, physical disability, wheelchair, metro

## Obsah

|   |    |
|---|----|
| 1. Úvod.....  | 7  |
| 2. Tělesné postižení.....   | 9  |
| 2.1. Definiční vymezení pojmosloví .....  | 10 |
| 2.1.1. Disability, Impairment, Handicap.....  | 10 |
| 2.1.2. Další pojmy tematiky osob s omezením samostatného pohybu .....                   | 11 |
| 2.1.3. Shrnutí a dnešní východiska .....  | 14 |
| 2.2. Dělení tělesných postižení a jejich vnímání.....                                   | 14 |
| 2.2.1. Vrozené vady .....   | 15 |
| 2.2.2. Vnímání vady vrozené / získané v raném stádiu vývoje .....                       | 16 |
| 2.2.3. Získané vady .....   | 17 |
| 2.2.4. Vnímání získané vady.....  | 19 |
| 2.3. Vliv tělesného postižení na aktivní život .....                                    | 20 |
| 3. Autonomie v kontextu zdravotního postižení.....                                      | 23 |
| 3.1. Determinanty ovlivňující život lidí s postižením .....                             | 26 |
| 3.1.1. Endogenní faktory.....   | 27 |
| 3.1.2. Exogenní faktory.....  | 27 |
| 3.2. Independent Living .....   | 28 |
| 3.3. Ortopedický vozík jako prostředek dosáhnutí cílů autonomie.....                    | 30 |
| 3.3.1. Elektrický ortopedický vozík.....  | 31 |
| 3.3.2. Mechanický ortopedický vozík.....  | 32 |
| 4. Právní podpora osob se zdravotním postižením .....                                   | 34 |
| 4.1. Periodizace péče o osoby s postižením .....  | 34 |
| 4.2. Národní plán podpory rovných příležitostí pro osoby se zdravotním postižením ..... | 35 |
| 4.3. Technické požadavky zabezpečující bezbariérové užívání staveb .....                | 38 |
| 5. Bariéra.....   | 41 |
| 5.1. Psychická bariéra .....  | 42 |
| 5.1.1. Komunikace .....   | 43 |
| 5.2. Fyzická bariéra .....  | 46 |
| 5.2.1. Veřejné prostranství.....  | 48 |
| 5.2.2. Městská hromadná doprava .....   | 49 |

|        |   |    |
|--------|---|----|
| 6.     | Výzkumná část.....  | 51 |
| 6.1.   | Metody a cíle výzkumu.....  | 51 |
| 6.2.   | Výchozí pozice figuranta a asistující osoby.....                                | 54 |
| 6.3.   | Výzkum.....   | 55 |
| 6.3.1. | Muzeum.....   | 56 |
| 6.3.2. | Můstek.....   | 64 |
| 6.3.3. | Florenc.....  | 67 |
| 6.3.4. | Hlavní nádraží.....   | 69 |
| 6.4.   | Diskuze.....  | 72 |
| 7.     | Závěr.....  | 78 |
| 8.     | Seznam použité literatury.....  | 82 |
| 9.     | Příloha 1: Informovaný souhlas k provedení výzkumné části bakalářské práce..... | 87 |
| 10.    | Příloha 2: Rozhovor.....  | 88 |

## 1. Úvod

Motivací ke zvolení tématu *autonomie osob se zdravotním postižením* s ohledem na problematiku *bariérovosti* nejen v kontextu městské hromadné dopravy, byly zkušenosti nabyté během studia oboru Speciální pedagogika. Součástí tohoto studia na Pedagogické fakultě byl předmět *Speciální pedagogika osob s tělesným postižením*, jehož sebezkušenostní výcvik spočíval v dopravení osoby na mechanickém ortopedickém vozíku na předem vytyčené místo s využitím městské hromadné dopravy. Právě zde se každý ze studentů setkal s tématem bariérovosti městského prostoru v praxi.

Cesta mezi dvěma místy – Vyšehradem, jakožto klíčovým místem pro mnoho osob s rozličnými formami postižení a Trojou, rekreační čtvrtí mnohých Pražanů, zprvu působila jako „procházka“ či „projížďka“ po přehledné trase. Během ní však nastaly nelehké okamžiky, kterými dennodenně prochází jak každá osoba s omezením samostatného pohybu, tak každý asistent, blízký či jen nápomocný kolemjdoucí, který ve spěchu a tenzi tepající dopravy k přepravě pomáhá. Nejen student speciální pedagogiky, ale kdokoli se zájmem o prostor, v němž žije (tedy prostor veřejný, jehož součástí je i architektura) začne po takovéto zkušenosti na město nahlížet z jiného úhlu. Přirozeně zatouží po jakési samozřejmosti volného pohybu, po změnách v prostoru nejen v rovině estetické, ale zejména funkční. Tak, aby všechny osoby s pohybovým omezením žily ve městě *svobodněji*.

Proto se bakalářská práce snaží definovat autonomii, pojmenovat faktory autonomii ovlivňující a tuto tematiku vztáhnout k pražské městské hromadné dopravě – metru. Jde o prostor z principu víceúrovňový, jeho vertikální členitost je dána nutným zahloubením pod povrch ulice, kterým vzniká potřeba využití specifických prvků pro přepravu osob s omezením samostatného pohybu.

Výzkumná část práce je pro přímou zkušenost v této problematice provedena v terénu metra s osobou s tělesným postižením pohybující se pomocí mechanického ortopedického vozíku za pomoci asistence. JUDr. Ivana Marešová se tak ujala role figurantky této bakalářské práce, zároveň se stala i koučem a konzultantem ve věci asistence obecně. Cílem kvalitativního výzkumu v terénu je nalézt, pojmenovat a popsat bariéry, které se na uzlových stanicích metra nacházejí. Následně pak – prostřednictvím dat sebraných výzkumnou částí dat přímého pozorování a polostrukturovanými reflektivními rozhovory s figurantkou, která pro svůj aktivní život městskou hromadnou dopravu potřebuje, popsat vnímání těchto bariér jako determinant chápání osobní autonomie člověka na ortopedickém vozíku. Bakalářská práce je proto diskurzivně zaměřená na autonomii osob se zdravotním postižením, tematiku tělesného postižení člověka a jeho vztahu k aktivnímu životu a problematiku bariér, z výzkumného záměru posuzovaných v kontextu pražského metra.

„Podstatný mentální úkol architektury je přizpůsobení a integrace“ (Pallasmaa, 2012, s. 16). Veřejný prostor tvaruje naše každodenní cesty: od dveří domu, přes chodník, přechod, lavičku, zastávku, až ke dveřím dalších budov, které jsou cílem cesty. Lidem s pohybovými omezeními tvaruje život rozdílně – fyzická bariéra má mnohem hlubší dopad na pohyb. Pro osobu na ortopedickém vozíku se obrubník jeví jako zeď, prasklina v chodníku jako příkop, pro osobu se zrakovým postižením může způsobit náhlá ztráta vodících linií ztrátu orientace, odlišně vysoký schod může být nebezpečný. Každodenní bariéra následně tvaruje život osob se zdravotním postižením mnohem závažněji. Snižování bariérovosti, tedy snižování hendikepu vzniklého v jeho důsledku, by pak mělo být imperativem pro společnost mající hodnoty založené na svobodě. Anglický pojem *accessibility* – přístupnost, je označením pro jeden z mnoha faktorů, který může dopomoci k co nejvyšší míře *samostatnosti* a *nezávislosti*. Tyto hodnoty jsou klíčové pro téma této bakalářské práce.



## 2. Tělesné postižení

Úvodem teoretické části je pro bakalářskou práci stěžejní na základě odborné literatury vymezit klíčové pojmy vztahující se k tematice zdravotního – tělesného postižení, následně pojem osobní autonomie v kontextu zdravotního postižení a rozdělení typů bariér, které autonomii ovlivňují. Tematika tělesného postižení a jeho vliv na aktivní život a osobní autonomii člověka je základem pro výzkumnou část práce, pozornost k vymezení definičního okruhu je klíčová k uchopení tématu autonomie osoby pohybující se na mechanickém ortopedickém vozíku ve vztahu k přepravě v prostoru městské hromadné dopravy.

Tělesným postižením je rozuměn „dlouhodobý nebo trvalý stav, jenž je charakteristický anatomickou, orgánovou nebo funkční poruchou, kterou již nelze veškerou léčebnou péčí zcela odstranit nebo alespoň významně zmírnit“ (Novosad, 2011, s. 85). Speciální pedagogika vymezuje osobu s tělesným postižením podle symptomatologie jako osobu s narušenou motorikou, hybností horních a/nebo dolních končetin. Hybností je rozuměna schopnost pohybu a rozsah pohybu končetin či těla determinovaná formou tělesného postižení.

Somatopedickými příčinami tělesného postižení může být poškození podpůrného či pohybového aparátu, nebo jiná organická poškození. Vada se tedy může projevat nedostatečnými motorickými schopnostmi – sníženou či porušenou hybností kostí, kloubů, šlach, svalů, cévního zásobení nebo poruchou nervového ústrojí (Vítková, 2006, s. 39), tedy centrální (tj. mozek a mícha) či periferní (obvodové nervstvo) nervové soustavy.

Pro vhled do tématu autonomie osob s omezením samostatného pohybu je potřeba vymezit pojmosloví, které je v souvislosti s problematikou užíváno a na jeho základě

definovat formy tělesného postižení. Různé formy a jejich projevy mají rozličný dopad na autonomii a aktivní život jedince, proto se kapitola zabývá i důležitým faktorem autonomie – vnímáním dané fyzické reality, jakožto součástí sebepojetí osob zdravotně omezených.

## 2.1. Definiční vymezení pojmosloví

Libor Novosad (2011, s. 84) tvrdí, že často používané slovní spojení *problematika tělesného postižení* či obecně *problematika postižení* signalizuje předpoklad problému a doporučuje namísto slova *problematika* užívat slovo *tematika*, jakožto neutrálnější a pozitivněji působící výraz. Nadužíváním slovního spojení, které má negativní konotace, je posilováno uvažování o tématu jako o problému, čemuž se citlivější volbou slov snažíme předejít. Vzhledem Novosada se proto řídí i tato práce. Pojmosloví se v průběhu času měnilo (i mění), v odborné literatuře je dnes ukotvené vymezení anglickými definicemi *impairment*, *disability* a *handicap*.

### 2.1.1. Disability, Impairment, Handicap

*Disability* (disabilita) značí „omezení nebo ztrátu schopností vykonávat činnost způsobem nebo v rozsahu, který je pro člověka považován za normální“ (Slowík, 2016, s. 27). Opakem slova přejatého z anglického jazyka je *to be able* – být schopen (Novosad, 2011, s. 88). Ztráta schopnosti se může projevit v kvalitě motorických, smyslových nebo psychických funkcí, pokud dosah postižení není přítomen v nějaké z rovin, jako jsou výchova a vzdělávání, pracovní, sociální, či osobní život, nejedná se o hendikep v důsledku postižení (Renotiérová a Ludvíková, 2003, s. 19).

Pojem *Impairment* je Slowíkem (2016, s. 26) srovnán s českými výrazy vada, porucha či defekt definuje jej jako abnormalitu v anatomické, psychologické nebo fyziologické struktuře či funkci. Novosad jej vysvětluje jako „narušení, zhoršení výkonu či poškození funkce“ (Novosad, 2011, s. 88).

*Handicap* (hendikep) Hartl (2004, s. 192) ve svém slovníku označuje jako sociální důsledek postižení. Jde o „nepříznivý stav nebo situaci pro daného jedince, vyplývající z poruchy nebo defektu, který omezuje nebo znemožňuje plnění úloh, ztěžuje jeho uplatnění v porovnání s většinovou populací, ztěžuje dosahování běžných společenských cílů“ (Fischer a Škoda, 2008, s. 19) a pojem je srovnán s pojmem znevýhodnění, který značí, že je člověk znevýhodněn (hendikepován) v důsledku vzniklé poruchy. Slowík (2016, s. 27) součástí definice vypichuje znemožnění naplňování role, která je přiměřená věku a sociokulturnímu kontextu normální, dosah handicapu jmenuje příkladem ve schopnosti manipulace a jemné motoriky, v důsledku čehož může být osoba limitována při hledání pracovního uplatnění. Nejen tento příklad, ale celý pojem je pro bakalářskou práci důležitý, jelikož jde o stav vznikající z mnoha situací bariérovosti a jeho důsledek sahá do autonomie osoby se zdravotním postižením.

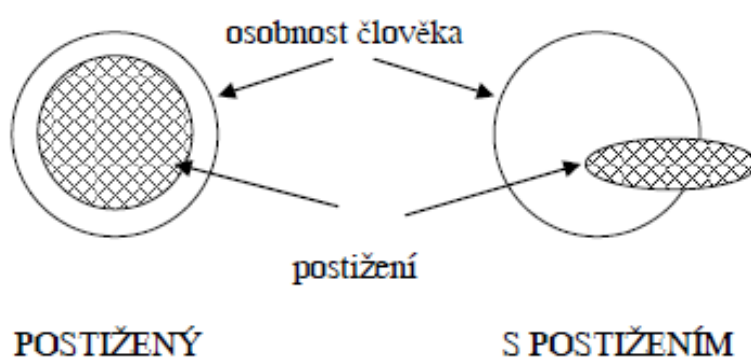
### **2.1.2. Další pojmy tematiky osob s omezením samostatného pohybu**

Dalším pojmem je *invalidita*. Významem slabý, znehodnocený, neplatný, či z Hartlovy (2004, s. 100) slovníkové definice je to „ustálená změna zdravotní způsobilosti“. Slovo invalidita je užíváno i v české legislativě v problematice sociálního zabezpečení. V českém jazykovém prostředí je užíváno ve vztahu k osobě jako *invalida* – podstatné pro pojmenování osob se zdravotním postižením je reflektovat přístup zvaný *člověk především*. (Novosad, 2011, s. 91-92). Tento pojem má dosah v pojmenování kompenzační pomůcky –

mechanického i elektrického *invalidního*, neboli *ortopedického* vozíku. I proto je pojem vybrán mezi klíčové pojmy.

Výše zmíněný přístup *člověk především* – přístup zaměřený na člověka, je realizován předložkovou vazbou *člověk s* (například tělesným) *postižením*. Naproti tomuto ustálenému pojmenování je postaveno pojmenování *postižený člověk*. Přístup zaměřený na člověka (Person-centred Approach) je koncept, který se v Česku rozvíjí a prosazuje od 90. let 20. století, součástí jeho realizace jsou právě takovéto změny v pojmosloví (People-first Language, tedy jazyk ctící zásadu člověk především). Tato následnost v pojmenování pracuje s realitou postižení jakožto s důležitou složkou člověka, avšak prioritizací *člověka* je signalizováno, že nejde o jedinou složku člověka, již je nejen pojmenován, ale následně i společností chápán. Člověk tedy v tomto pojetí nemá být primárně definován svým postižením. Chápání této „drobné“ změny v pojmenování má dosah ve vnímání společnosti ve vztahu k jedinci, i v sebepojetí jedince samotného. Úpravou pojmosloví předcházejícího stereotypizaci je dána najevo rovnost, naopak prioritizace *postižení* může mít emocionální dopad na jedince nesoucího postižení – je totiž upřednostněna jinakost před skutečností společnou, tedy že jsme lidmi (Slowík, 2022, s. 25-26), (Krhutová, 2013, s. 89-90).

Grafika č. 1



Zdroj: Krhutová, 2013, s. 91

Grafika č. 1 šrafovanou plochou ilustruje, jak se při změně pojmenování mění obsah kruhu, kterým je v rozdílných pojmenováních zastoupeno nazírání na osobnost. Užívání tohoto pojmu ve společnosti sice negarantuje lepší stav vnějších faktorů ovlivňujících život jedinců (viz kapitola 3.1.2 Exogenní faktory), ale může mít dosah ve zlepšení stavu existujících psychických bariér (viz kapitola 5.1 Psychické bariéry) na obou stranách – mezi společností intaktní a osobami se zdravotním postižením.

*Imobilitou* je rozuměna snížená hybnost či nehybnost – nepohyblivost, jakožto důsledek tělesného postižení. Postihnut je pohyb, tedy koordinace a motorické schopnosti, v důsledku čehož může být i ztížená schopnost lokomoce, tedy dovednost přesunu z místa na místo. Imobilita se promítá do schopnosti zastávání rolí, omezuje osobu s pohybovým deficitem ve výkonu různých forem práce a dotýká se soběstačnosti. Jedná se o klíčový pojem pro problematiku somatopedie (viz kapitola 2 Tělesné postižení) a fyzických bariér (viz kapitola 5.2 Fyzické bariéry). (Opařilová a Zámečnicková, 2014)

V bakalářské práci je užíván pojem *intaktní jedinec* a to často ve vztahu osoba (osoby) se zdravotním postižením – intaktní jedinec (společnost). Intaktní je ze slovníkové definice člověk neporušený, nedotčený (Hartl, 2004, s. 97). Pojem je Slowíkem (2016) srovnán s pojmem *nepostižený* – užíváno jako intaktní (nepostižená) populace, společnost či většina.

Pojem *bariéra* – překážka, který je ve speciálně pedagogické oblasti svázaný se záležitostmi imobility je následně definován, členěn a rozebrán v kapitole 5. Bariéra.

### **2.1.3. Shrnutí a dnešní východiska**

Tři výše popsané stěžejní pojmy speciální pedagogiky *disability*, *impairment* a *handicap* jsou definovány klasifikací WHO (Světová zdravotnická organizace) z roku 1980 – The International Classification of Impairments, Disabilities and Handicaps. Tato kompilativní kapitola vymezuje původně anglická slova jejich českým výkladem prostřednictvím předních českých akademiků, speciálních pedagogů.

Aktuálnější klasifikace WHO se již nezaměřuje na diagnózy, ale na vliv postižení na život jedince – posuzování vzniklých omezení a jejich vliv na soběstačnost, průceschopnost, tedy faktory vnímání osobní autonomie a v součtu pak vliv na kvalitu života (Novosad, 2011, s. 88-89).

## **2.2. Dělení tělesných postižení a jejich vnímání**

Obory zkoumajícími tělesné postižení je nabídnuto více klasifikací, tím častým a platným rozdělením je klasifikace podle doby vzniku ve fázích vývoje člověka na vady vrozené a získané. Porucha hybnosti (trvalého i přechodného charakteru) patří za společný znak osob, jimiž se zabývá obor somatopedie.

Podle trvání poruchy hybnosti lze rozlišit osobu se zdravotním oslabením, osobu s nemocí a osobu tělesně postiženou. Hloubka narušení hybnosti je definována třemi stupni (lehká, střední a těžká). Pro rozlišení osob na základě míry mobility je užívána škála mobilní jedinec – částečně mobilní jedinec – imobilní osoba, přičemž rozdíl mezi mobilitou a imobilitou může být spatřen ve schopnosti obsluhy ortopedického – invalidního vozíku,

(Renotírová a Ludvíková, 2003, s. 202-203), což jsou faktory důležité při posuzování míry samostatnosti a schopnosti sebeobsluhy, faktory které odráží pojetí autonomie ve vztahu k nezávislosti na asistenční pomoci osoby s tělesným postižením.

Následující kapitoly (2.2.1. a 2.2.3.) se věnují dělení podle doby vzniku a přiřazují jednotlivé vady této klasifikaci. Výběr je zvolen z důvodu četnosti či závažnosti a má formu přehledu, neklade si za cíl kompletní výčet existujících vad, ale dostatečně zastoupit jednotlivé diagnózy a přiblížit vnímání reality tělesného postižení, které se odráží v pojetí osobní autonomie jeho nositelů.

### **2.2.1. Vrozené vady**

Kongenitální – vrozená vada vzniká v průběhu prenatálního vývoje dítěte, v perinatální fázi, tedy při porodu či bezprostředně po něm v postnatální fázi vývoje (Fischer a Škoda, 2008, s. 34). Její příčinou je porucha zárodku v průběhu těhotenství. Organické vrozené vady se mohou vyskytovat v lebečních prostorech (rozštěpy lebky, patra, čelisti, rtů), na páteři (rozštěp páteře) či jako vady končetin, jejich deformity nebo růstové odchylky (Renotírová a Ludvíková, 2003)

Deformity (deformace) jsou skupinou vrozených vad, které se projevují nesprávným tvarem některé z částí těla – vývojové deformity končetin, lebky, kloubů, svalů (Kubát cit. podle Vítková, 2006). Patologické vyvinutí částí těla, nejčastěji končetin, v podobě amelie (chybění části), nebo fokomelie (končetina nasedající přímo na trup těla), se nazývají malformace (Vítková, 2006).

### **2.2.2. Vnímání vady vrozené / získané v raném stádiu vývoje**

Vnímání a přijetí vrozeného postižení, či postižení získané v rané fázi vývoje (MO, viz. 2.2.3.) se liší od přijetí postižení získaného v průběhu života. Přijetí vrozeného / raně získaného postižení zahrnuje skutečnost postižení od rané fáze života – nejen motorický rozvoj, ale i psychosociální geneze a nabývání životních zkušeností je ovlivněno aspekty postižení. Při určitých charakterových vlastnostech (viz kapitola 3.1. Determinanty ovlivňující život lidí s postižením) a realistické výchově pak jedinec získává zkušenosti, osvojuje sociální dovednosti, přijímá role vymezené na základě realisticky uchopeného sebepojetí, na základě čehož usiluje o naplnění přiměřených cílů. Přesto to neznamena, že ve všech životních situacích dochází k naplnění cílů, jedinci skutečně je dopřána dostatečná podpora pro jejich naplnění a všechny cíle se daří naplňovat. (Novosad, 2011, s. 114).

Při vnímání vrozené / raně získané vady je potřeba brát ohled na fakt, že rozsah aktivit, které mohou být narušeny, jedinec zjišťuje postupem let. Velká část shledávání omezení se může dít v průběhu dětství, adolescence a puberty – období v psychosociálních aspektech často náročná. Představa jednodušší adaptace v případě, že je člověk v odlišném těle od narození, je tedy mylná – vnitřní schopnost adaptace a sebepřijetí je velmi individuální záležitost. Myslící dítě si dříve či později uvědomí nejen skutečnost postižení, ale plně si uvědomí jeho vliv na své bezprostřední okolí. Prochází pak podvědomými či vědomými pocity viny za své postižení, které nese komplikace, zejména rodičům, a taktéž i za napětí ve vztazích vznikající. Tento specifický tíživý jev je v případě vnímání vrozené vady jeho nositelem uvažovat. (Krhutová, 2013, s. 117-118)



### 2.2.3. Získané vady

Získaná tělesná postižení jsou postižení v důsledku deformace, úrazu či nemoci. Dle Vítkové lze dělit na deformace, malformace a amputace (Vítková, 2006, s. 58). Jedná se o deformace končetin či páteře, které jsou trvalé. Příčinami mohou být nesprávné držení těla či dědičné růstové vlivy. Závažné úrazy jsou zejména úrazová onemocnění mozku – komoče a kontuze mozku, páteře s přerušením páteřní míchy, zlomeniny obratlů, nebo úrazové poškození periferních nervů, všechny případy mají projevy ve snížené mobilitě. V důsledku vážných úrazů, cévních onemocnění, onkologických onemocnění, sepse nebo nádorů může dojít i k amputacím – chirurgickému zákroku odstranění končetiny těla. I amputace mohou mít vliv na mobilitu a pracovní schopnost, kompenzovány mohou být protézami nahrazujícími ztracenou část těla. Kompenzací v podobě náhrady končetiny se zabývá obor protetika, v případě kosmetické náhrady jde o epitézu. (Renotíerová a Ludvíková, 2003, s. 208-209; Slowík, 2010, s. 32)

Tělesná postižení po nemoci mohou být například Perthesova nemoc, dětská infekční obrna, revmatické nemoci nebo progresivní svalové dystrofie. Perthesova nemoc se projevuje zejména u dětí, patří mezi deformace s příznivou prognózou, jejíž etiologie je porucha prokrvování hlavičky kosti stehenní. (Vítková, 2006, s. 58-59)

Infekční obrna (dětská infekční obrna), poliomyelitida, je onemocnění virového původu, které způsobuje záněty míšních buněk a v závažných případech způsobuje ztrátu pohybových schopností v důsledku degenerace svalů s trvalými následky. Incidence poliomyelitidy byla v průběhu druhé poloviny 20. století v tehdejší Československu vymýcena Sabinovou vakcínou, do té doby se jednalo o nejčastější příčinu invalidity člověka. Dnes je součástí očkování hexavakcínou. (Vítková, 2006; Gregora, 2005, s. 25-26)

Progresivní svalová dystrofie neboli myopatie vzniká na základě dědičných nebo metabolických poruch, jejíž příčinou je rozpad svalových vláken. Symptomatologie je nápadná kolébavá chůze, atypický postoj a problémy při vstávání ze sedu. V pokročilé fázi může být osoba odkázána na pohyb pomocí ortopedického invalidního vozíku a vzniká potřeba asistence při sebeobsluze. Zásah do samostatnosti tedy může být s přibývajícím věkem hlubší. (Renotiérová a Ludvíková, 2003, s. 209-210)

Tělesné postižení také může vznikat v důsledku centrální nebo periferní obrny, která na rozdíl od růstových odchylek výrazně narušuje motorické schopnosti, koordinaci svalových pohybů, svalový tonus (Renotiérová a Ludvíková, 2003, s. 205-206) – tedy proměnlivé svalové napětí. Typy obrn lze členit podle intenzity na parézy a plegie, přičemž paretická forma se projevuje částečným ochrnutím, plegie ochrnutím úplným. Následkem je hlubší zásah do schopností hybnosti v jehož důsledku postihuje autonomii člověka v mnohem širším rozsahu.

Mozková obrna (dále MO), dříve označovaná jako dětská mozková obrna, je názvem pro poruchy vývoje motorických oblastí v mozku (či jejich poškození) v raném stadiu vývoje. Podle MKN (Mezinárodní klasifikace nemocí) je MO klasifikována označením G80. Důsledkem poruchy, jejíž projevy zasahují do řečových schopností, se také projevuje narušením psychomotorického vývoje, hybnosti (výrazně opožděná a omezená) a specifickou neobratností při vykonávání pohybu. (MKN-10, 2022; Renotiérová a Ludvíková, 2003, s. 206). MO je dělena na spastickou a nespastickou formu, lišící se abnormalitou svalového tonu jeho zvýšeným (spastická) a sníženým (nespastická forma) napětím. MO doprovázejí zdravotní postižení, jako jsou poruchy růstu, epilepsie, mentální postižení, poruchy zraku a sluchu a jiné. Podle lokalizace vady je členěna na di- (zejména spodní končetiny), hemi- (levostranná či pravostranná lokalizace) a kvadru- (funkční

postižení všech čtyř končetin) (MKN-10, 2022; Michalík a kol., 2011, s. 198-199). Intenzita je pak definována připojením slov: -paréza / -plegie. Poslední případ, tedy kvadruplegie, závažně narušuje schopnost soběstačnosti při výkonu motorických činností či lokomoce, jde o ztrátu schopností pohybu ve velkém rozsahu. K lokomoci již nestačí hole, berle či chodítko – ortopedický vozík (viz kapitola 3.3) je základním prostředkem dopravy, čímž jsou ovlivněny schopnosti samostatného pohybu. Pro naplňování rozměrů osobní autonomie je nutná kompenzace širší škály pomůcek každodenního použití, případně i technickými úpravami přirozeného prostředí. MO je chorobou, která se nedá vyléčit. Avšak pomocí léčby se dá dosáhnout zlepšení životních podmínek zasaženého jedince a ovlivnit tím kvalitu jeho života. Léčba zahrnuje mechanické pomůcky, rehabilitaci, léky pro uvolnění spastických svalů nebo léky pro léčbu epilepsie. Vnímání vady je popsáno v kapitole 2.2.2. Problematika kvadruplegie a její vztah k vnímání autonomie a schopnostem dopravy je zásadní pro výzkumnou část této bakalářské práce.

#### **2.2.4. Vnímání získané vady**

Získané vady mají společné jevy v sebepojetí osob a ve vnímání osobní autonomie. Zkušenost života intaktního jedince má vliv na vnímání nezávislosti, náhlá nebo postupná změna pohybových schopností je osobou pochopitelně vnímána zcela jinak, než postižení jako výchozí životní pozice od nejtělejšího dětství. Náhlá či prudká změna vyžaduje jinou formu adaptace na novou, pozměněnou životní situaci, než kterou prochází člověk s vrozeným postižením. Podstatné je zdůraznit *jinou* formu adaptace, jelikož neplatí, že by skutečnost postižení a jeho přijetí objektivně horší či lepší. Schopnost adaptace je klíčová i v kontextu změn zastávaných rolí v průběhu života. Osoba s životní zkušeností intaktního jedince pak pociťuje mnohá omezení ovlivňující kvalitu života, která mají dosah do roviny osobní-rodinné, profesní-pracovní i sociální, ale vždy je při přijetí nové skutečnosti důležitý stav zázemí, závažnost postižení a zejména zmíněná schopnost adaptace na novou životní

zkušenost, na přijetí nové životní reality. V obou případech, stejně u osob se získaným jako i vrozeným postižením však lidé pocítují rozpor mezi psychickou nezávislostí a fyzickou závislostí. (Novosad, 2001, s. 114-116; Krhutová, 2013, s.117-118; Slowík, 2016, s. 106-107)

Obecně lze uvažovat, že tělesné postižení v první řadě omezuje mobilitu, v případě vrozené vady je důsledkem zásahů do psychomotorického vývoje dítěte, v případě získané vady zásahů pozměňuje a limituje dosažitelné motorické či pohybové schopnosti, v obou případech snižuje míru schopnosti samoobsluhy osoby s postižením. Druhotně pak vzniklá omezení zasahují, zejména při nedostatečné kompenzaci, do sociálního rozvoje a mění podmínky pro vedení aktivního života.

### **2.3.Vliv tělesného postižení na aktivní život**

Pohyb je základním projevem života, který je nezbytný k zajištění základních potřeb. Primárně je prostředkem k naplnění potřeb fyziologických, také ke schopnostem sebeobsluhy a samostatnosti. Vliv pohybu má přímý vztah k vývoji a kvalitě života člověka, k fyzickému a psychickému zdraví, ke schopnostem prožívání, sdružování a komunikace. Formuje tedy stránku tělesnou, duševní a společenskou. (Michalík a kol., 2011, s. 215). Jeho neodmyslitelnou součástí je vyvíjení cílené lidské aktivity, proto je potřeba při narušení schopnosti pohybu uvažovat jeho význam v socializaci ve vztahu k prostředí.

Socializace je procesem i výsledkem sociálního učení, které je platné v rozměrech života společnosti intaktní i osob se zdravotním postižením. Je součástí životních potřeb člověka, mezi kterými jsou potřeby biologické – primární lidské potřeby jako fyziologické potřeby přijímání jídla a pití a vyměšování, prostor k životu a vytváření fyzické aktivity.

Mezi potřeby psychologické je zahrnuto objevování, porozumění a tvoření, dosahování životních cílů i potřeba jedinečnosti a sebeidentifikace. Pro potřeby sociální je klíčová potřeba někam patřit a sociálně se srovnávat – spolupracovat, soutěžit, soupeřit (Renotiérová a Ludvíková, 2003, s. 21). Tyto tři skupiny potřeb jsou pro lidi shodné, přesto v naplňování potřeb může v důsledku postižení docházet k nerovnováze jejich rozvoje.

Nerovnováha vztahu člověk – prostředí vede k poruše kvality života. Právě v konfrontaci *osob* nejen s tělesným postižením *s prostředím* lze sledovat dopad postižení na jejich život – rozsah ve kterém je život jedince ovlivněn. V důsledku omezení tedy vzniká druhotné postižení (Vítková, 2006, s. 26). Složky aktivního života intaktního jedince v porovnání s možnostmi jedince s tělesným postižením zcela ilustrují tuto vznikající nerovnováhu. Pro narovnávání podmínek je třeba změn v prostředí jedince, Vítková (2006, s. 26) pojmenovává cíl zdařilých změn zlepšením integrace. Pojmem integrace se rozumí okamžik v procesu rozvoje osobnosti, kdy je úspěšně začleněn do pracovního či společenského prostředí (Renotiérová a Ludvíková, 2003, s. 21).

Mírnit důsledky postižení ve vztahu k jedinci lze přímo výběrem vhodných kompenzačních pomůcek (např. ortopedických), poskytovat zdravotní a rehabilitační péči, ale také lze zmírnění dosáhnout úpravou prostředí. Zdařilá změna v prostředí pak může být například bezbariérový přístup na jakékoliv místo – vstup do interiéru budovy či bezbariérové řešení rekreačních exteriérů. Každá taková změna ovlivňuje výše zmíněný vztah člověk – prostředí, snižuje rozměry druhotného postižení vznikajícího z omezení v aktivním životě. Taková *změna* má schopnost integrovat.

Snížená motorická schopnost osob s tělesným postižením přímo zasahuje schopnost mobility, která je klíčová pro jejich autonomii. Vítková (2006, s. 66) považuje kompenzaci omezeného pohybu za důležitou i pro předpoklad sociální integrace – postižení ovlivňuje

aktivní život jedince. „Pohyb přímo tvořivě či formativně působí na socializaci člověka i na vývoj jeho osobnosti“, píše Novosad (2011, s. 40) a pojmenovává základní atribut lidské bytosti, který je s pohybem neoddělitelně spjatý – být činný. Vliv snížení pohybových schopností a tedy obecně snížení mobility je pak znatelný ve schopnostech účasti se ve společenském dění. Osobě se získaným postižením se tak může zásadně změnit obsah a možnosti společenského vyžití, pro osobu s kongenitální vadou k rozmanitosti v možnostech realizace aktivního života nemusí vůbec dojít (Vítková, 2006, s. 66).

Je zřejmé, jak v důsledku postižení ubývají možnosti uskutečnění spousty složek aktivního života. Právě pro tyto vznikající nedostatky v životě je potřeba prostřednictvím vhodné kompenzace minimalizovat dopad omezení vznikajících důsledků nedostatků – pro rozvoj člověka jako individuality, pro jeho vzdělávání, začlenění, pro kulturní a psychosociální rozvoj, pro nabytí větší sebejistoty a samostatnosti, pro seberealizaci.

### 3. Autonomie v kontextu zdravotního postižení

Původ slova autonomie pochází z řecké složeniny *autonomos* (*autos* – sám, *nomos* – zákon, právo, pravidlo) a byl chápán jako svrchovanost či nezávislost městských států. Významovým obsahem autonomie pak bylo vytváření pravidel platných pro svoje jasně dané území a konání v rámci nich. Původní význam je vázán k lidem žijícím na konkrétním území. Význam slova autonomie je obohacen filosofem Immanuelem Kantem, který dané vlastnosti usouvztažňuje k pojetí člověka, jedince a jeho osobnímu úkolu, který se pokouší naplnit v mezích sebou vymezených zákonů. Člověk jako rozumná bytost, která je na základě úvah schopná racionálně určit, co je dobré a správné – morální (Krhutová, 2013, s. 38). Kant tedy ve své teorii morální autonomie slovo *autonomos* – „řídící se vlastními zákony“, přisuzuje člověku a jeho možnosti jednat sám za sebe. Pro současný význam slova osobní autonomie uvažujeme tuto myšlenkovou konstrukci jako jednu ze zakládajících vstupních hodnot, pojmenování v novém rozměru. Autonomie v diskurzu speciální pedagogiky nabyla pojmu *existenciální autonomie*, jakožto etapa vnímání lidí s postižením pozorovatelná od 70. let minulého století. Pojmem chápeme člověka jako někoho, kdo o sobě může rozhodovat, přestože k naplnění svých rozhodnutí může potřebovat speciální podporu (Květoňová, Strnadová a Hájková, 2012, s. 13). Současnými vědními obory zkoumajícími autonomii můžeme její obsah ještě přiblížit (či nasvítit z rozličných úhlů).

Autonomie v pojetí vědního oboru psychologie přináší posuzování kvality, osoba v průběhu života s nabýváním zkušeností může měnit náhled na otázky osobní autonomie, stává se odolnější vůči vnějšímu tlaku, hodnotí se na základě osobních standardů. Je definována jako „rozsah, ve kterém je člověk sám sebou a může svobodně volit svoji činnost, její místo, čas i druh, příp. zvolit nečinnost“ (Hartl a Hartlová, 2000, s. 65 cit. podle Krhutová, 2013, s. 40).

Medicínské hledisko autonomii vymezuje dle míry závislosti na pomoci a sleduje schopnosti poznávacích procesů, rozhodovacích schopností. Sociologie na autonomii nahlíží prizmaty svobodné vůle (jako součást individuálních svobod možnosti volby) nebo samosprávy, suverenity a spojuje je pojmy s integrita, soukromí a osobní odpovědnost. Socioložka Dana Sýkorová definuje autonomii jako „Relativní samostatnost jedinců vzhledem k sociálnímu okolí, jejich schopnost, vůli a možnost vést v daném prostředí život podle vlastních pravidel, rozhodovat o něm a kontrolovat jej“ (Sýkorová, 2007, s. 75). Pojetí autonomie v různých vědních oborech se odlišuje v akcentu nezávislosti, odpovědnosti, autenticity (Hartl a Hartlová, 2000, s. 65; Sýkorová, 2011, s. 34 cit. podle Krhutová, 2013, s. 40). Šířka definice a uchopení tematiky autonomie vědními obory ilustruje množství sfér společenského života, kterými lze autonomii nahlížet.

Další hledisko, kterým lze téma nazírat je právo. V dnešní evropské společnosti je osobní autonomie základní hodnotou ochrany lidských práv, je součástí Úmluvy o ochraně lidských práv a základních svobod (European Convention on Human Rights). Úmluva je vnesena a ratifikována v prostředí českého práva, garantuje respekt k lidským právům, svobodu myšlení, projevu a náboženského vyznání, právo svobody pohybu, právo na vzdělání, respektování soukromého a rodinného života – garantuje právo uzavírat manželský svazek a zakazuje diskriminaci. Každý z článků Úmluvy se dotýká autonomie jakéhokoli člověka a promítá se do jeho života. Článek č. 8 – Právo na respektování soukromého a rodinného života, garantuje osobní autonomii v intencích práva na osobní rozvoj, sebeurčení a *práva na autonomii*, tedy vybízí k respektu soukromí ve vztahu k jedinci (Löhmus, 2015, s. 49, 79; Evropská úmluva o ochraně lidských práv). Tyto práva jsou jedněmi ze vstupních hodnot Úmluvy OSN o právech osob se zdravotním postižením.

Nejen v kontextu výše zmíněných hledisek, ale v kontextu všech kapitol práce je užíváno pojmosloví, které má přímý vztah na tematiku autonomie, jedná se o pojmy jako svoboda, samostatnost, integrita, důstojnost, rovnocennost a rovnoprávnost, soběstačnost, sebeurčení, seberealizace, sebenahlížení / sebepojetí, osobní rozvoj, sebevyjádření,



sebeobsluha. Každý z tohoto souboru pojmů přiléhá k určité tématice (například sebeurčení je často používáno ve vztahu k pracovnímu uplatnění, sebenahlížení k psychosociálním aspektům života s postižením, sebeobsluha k formám a míře postižení a asistenci), všechny pojmy se ale pojí k majoritnímu, nadřazenému pojmu autonomie. Autonomie je tedy v jednotlivých kapitolách práce zastupována svými dílčími pojmy, jejichž zlepšováním a naplňováním v praxi se jedinec snaží mít „schopnost vést život podle vlastních pravidel“ (Pichaud a Thareauová, 1998, s. 44 cit. podle Krhutová, 2013, s. 40).

Z výčtu pojmů, kterými se práce zabývá, je potřeba vytyčit pojem *sebe přijetí*. Kapitoly 2.2.2. a 2.2.3. jsou nastíněny životní situace, kterými osoby se zdravotním postižením procházejí, situace, ve kterých se musí vnitřně vyrovnávat. Jde o fenomén, kterému je věnována pozornost často náhledem lidí zvenčí (rodiny a blízkých, případně partnery), zatímco dovednost přijetí faktu postižení je u jedinců často předpokládána. Zmíněné pojmy často předchází, či musí fungovat v součinnosti, aby pak jedinec mohl sebe přijetí docílit. Proto je třeba schopnosti *adaptace* v roli životní stability a budování základů autonomie. V tomto procesu je důležitý kontakt s lidmi se zdravotním postižením i svépomocná sdružení lidí s postižením. (Krhutová, 2013, s. 115-116)

Osoby se zdravotním postižením jsou dle Krhutové (2013, s. 45) zákonitě z povahy a míry postižení fyzicky či mentálně více závislí na pomoci/podpoře: Pomoc/podpora je realizována prostřednictvím druhé osoby či pomocí úprav prostředí – tyto faktory lze považovat za množiny prvků, které se společně doplňují (v rámci množiny se i zastupují). V pomoci osob může figurovat rodinný příslušník, či jinak blízká osoba (partner, přítel), dobrovolný pomocník nebo profesionální asistent. Snižování míry závislosti a zlepšování podmínek pro samostatný život lze docílit úpravami prostředí – obecně lze jmenovat prostor komunikační a sociální, pro bakalářskou práci je pak důležitý zejména prostor fyzický, jehož podmínky ve vztahu k osobám s tělesným postižením, hlavně pak osoby pohybující se pomocí ortopedického invalidního vozíku, se dají zlepšovat funkčními úpravami

přirozeného prostředí. Takovými úpravami mohou být například snížení (či jiná úprava) výškové úrovně stolů, kuchyňské linky a pracovních ploch, umístění vypínačů světla, přístupnost úložných prostor, srovnání výšky prahů s podlahovou krytinou, zbudování závěsných systémů, úpravy v prostoru koupelny a záchodu apod. Potřeba dbát na úpravu prostoru je ale nutná i mimo přirozené prostředí, problematikou se bude práce zabývat dále v páté kapitole – bariéra. Míra závislosti a množství úprav je souměrná s typem, stupněm a projevy postižení, každý typ tedy může vyžadovat jiné úpravy prostředí a jinou pomoc. Obdobně jsou rozdíly i v délce trvání, ekonomickými aspekty a osobnostními vlastnostmi postiženého (Krhutová, 2013, s. 45).

Závislost lze tedy z výše zmíněných prostředků dělit na fyzickou a mentální. Samotnou míru závislosti ve vztahu k autonomii však lze dělit i podle skupin lidí problematiku nazírající, popisující, vnímající – je zde odlišný náhled lidí bez postižení na autonomii osob s postižením a pak i náhled osob s postižením na autonomii jich samotných. Prvním, výrazným aspektem autonomie je fyzická soběstačnost (Krhutová, 2013, s. 45).

Nejen lokomoční schopnost, ale i mobilita ve smyslu schopnosti každodenní péče o sebe sama může být důsledkem odlišného sebehlížení a vnímání osobní autonomie u osoby s postižením. Pro hlubší rozbor těchto psychosociálních vztahů je potřeba definovat determinanty, které mohou fungovat jako vstupní hodnoty při zvažování faktorů ovlivňujících autonomii.

### **3.1. Determinanty ovlivňující život lidí s postižením**

Zdravotní, fyzické determinanty působící na jedince lze podle Novosada (2011, s. 103) rozdělit na subjektivní a objektivní činitele, přičemž u některých je možné dosáhnout pozitivních změn, tedy je rozvíjet, posilovat, zlepšovat osobní stav, jiné jsou neměnné a lze

je pouze dostatečně kompenzovat, tzn. dorovnávat vzniklý deficit prostřednictvím zvolených metod a prostředků kompenzace.

### **3.1.1. Endogenní faktory**

Subjektivními činiteli mohou být zdravotní stav při postižení a jeho důsledky v kognitivních schopnostech, emocionalitě, lokomočních schopnostech a mobilitě nebo chování a jednání jedince – tyto důsledky jsou i součástí osobnostních rysů jedince, jež jsou výslednicí působení zejména výchovy, rodiny, školy, komunity, obecněji prostředí společenského a kulturního. Dalšími subjektivními činiteli jsou sebehodnocení a aspirace k dosažení životních cílů v mezích reálných možností, schopnost zvládnout nepříznivé situace – motivační a adaptační schopnosti při vzniklých komplikacích v životě, přičemž adaptací je rozuměn proces přizpůsobování se novým podmínkám završený schopností fungovat v životní situaci determinované těmito nově vzniklými podmínkami. Dále pak jde o vnější vlivy obklopující jedince, tedy vliv blízkého okolí, sociálního prostředí. (Novosad, 2011, s. 103-117)

### **3.1.2. Exogenní faktory**

Objektivní činitelé jsou politické, sociokulturní a edukativní faktory ovlivňující nejen člověka s postižením v přímém dopadu, ale i širokou společnost, která pak na základě dané reality jedná ve vztahu k jedinci. Jde o obecné hodnotové zakotvení společnosti, politickou kulturu a sociální politiku země či vzdělávací politiku, pomocí které je formován vztah mezi intaktní společností a osobami se zdravotním postižením – zejména pak při fungujícím inkluzivním vzdělávání, kdy ke kontaktu a následnému porozumění může docházet již časně.

Exogenní faktor vzdělávací politiky s legislativním ošetřením reflektujícím mezinárodní trendy diverzifikace a požadavky rovných příležitostí školního prostředí mají viditelný účinek ve vztahu jedinec-společnost. Dalšími faktory jsou zdravotní a rehabilitační péče nebo politika zaměstnanosti. Obecně lze jmenovat globální vlivy – kulturní (odraz zvyklostí daného prostředí, pro středoevropský stát jde zejména o dědictví křesťanské kultury), ekonomické (například možnosti sociální, léčebné, rehabilitační péče, které je prostředí schopno finančně zabezpečit), legislativní (ukotvení zdravotního postižení v právu a garance práv občanů s postižením), etické normy či vlivy geopolitické. Důsledkem nedostatečného naplňování těchto ovlivňujících faktorů pak mohou vznikat společenské stigmatizace či předsudky k menšinám, k osobám zdravotně postiženým (Novosad, 2011, s. 103-106; Květoňová, Strnadová a Hájková, 2012, s. 20)

Endogenní faktory – subjektivní činitelé jsou souhrnně osobnostní vlastnosti a charakteristiky. Exogenní faktory – objektivní činitelé jsou determinační, jsou polem pro odehrávající se život, které vymezuje člověka zvenčí. Součtem těchto endogenních a exogenních faktorů vzniká dané vnitřní a vnější prostředí člověka, které zasahuje do jeho sebepojetí, do schopnosti řídit vlastní život, do seberealizace, do jeho osobní autonomie. Odrazem těchto prostředí je psychosociální život jedince (Novosad, 2011, s. 103-106).

### **3.2. Independent Living**

Pro kontext autonomie je podstatný model *Independent Living*, neboli model nezávislého života. Independent Living je hnutí lidí s postižením pracujících na rovnoprávnosti a vzájemném respektu, pracujících pro svoje sebeurčení. Independent Living je zároveň filozofií, která je založená na tezi, že „lidé s postižením jsou oprávněni činit rozhodnutí a jsou odpovědní za jejich důsledky“ (Krhutová, 2013, s. 32), neznamená to, že účelem je „obstarat si vše sám“, to v kontextu určitých zdravotních postižení nelze

dosáhnout, cílem je požadování stejných možností, jako lidé bez postižení požívají se samozřejmostí. (Krhutová, 2013, s. 32; Independent Living Institute)

Adolf Ratzka (Independent Living Institute, 2005) zdůrazňuje integrační a inkluzivní faktory v přístupu k lidem s postižením – mluví za komunitu, hnutí, lidí s postižením, že jejich žádostí je vyrůstat ve svých rodinách, chodit do školy, mít možnost pracovat na místech, ke kterým jsou vzděláním způsobilí, využívat stejné prostředky hromadné dopravy. Zdůrazňuje, že jsou obyčejní lidé toužící být zahrnuti do společnosti. Ratzka zde vychází ze základních principů, které pro autonomní způsob života definoval zakládají člen hnutí, Edward Verne Roberts: Prvním principem je sebeurčení a sebeúcta, druhým přístup k veřejnému vzdělávání, třetí přístup ke službám a čtvrtým sebe/obhajoba (Krhutová, 2013, s. 67)

Model zdůrazňuje myšlenku „nic o nás bez nás“ (Pfeiffer, 2005, s. 32 cit. podle Krhutová, 2013, s. 32), jde o přístup, kdy by mělo jakékoli jednání ve věci osob se zdravotním postižením dbát na jejich účast při řešení. Tento přístup je úzce svázán i se záležitostmi fyzických bariér (viz kapitola 5.2), při projektování veřejného prostoru by se mělo dbát nejen na rámcové naplňování právních ustanovení ošetřujících technické požadavky na řešení staveb a přilehlého veřejného prostoru, ale na skutečné cílení pro zvyšování maxima přístupnosti zahrnutím lidí s rozličnými formami postižení do projektování prostoru.

Koncept *nezávislého života* se odkazuje ke schopnosti měnit svoje podmínky života k lepšímu – „být schopen vlády nad svým životem“ (Krhutová, 2013, s. 120), což je imperativem pro skutečnost osobní autonomie. Prizmatem osoby se zdravotním postižením je potřeba tuto vládu nad životem chápat jako proces, ke kterému je potřeba dovedností, jako je uvědomovat si ohraničenost svojí existence, uvědomovat si hodnotu života (svého i druhých), pracovat se sebereflexí a schopností adaptovat se na proměnlivé podmínky života

s postižením (následně pak udržovat či měnit tyto podmínky). Model Independent Living chápe závislost v rozměru potřeby asistence, je tedy potřeba i v tomto aspektu vnímat jakýsi závislostní vztah, ale cílem filozofie je nezasahovat do při těchto nutných součástech do lidské důstojnosti a sebeúcty, tedy faktorů osobní autonomie (Krhutová, 2013, s. 120; Independent Living Institute).

### **3.3. Ortopedický vozík jako prostředek dosáhnutí cílů autonomie**

Před vstupem do problematiky bariérovosti je třeba vymezit téma ortopedického vozíku, jako prostředku nezávislosti osob s omezením samostatného pohybu. Téma je klíčové pro výzkumnou část práce, jelikož jeho šetření probíhalo s osobou na mechanickém ortopedickém vozíku v prostředí pražského metra.

Historie užívání prostředku hybného pomocí kol sahá mnohem hlouběji do dějin, než dnešní představa ortopedického vozíku. Malba dětské dřevěné postele na kolečkách z archaické doby antického Řecka je podle dr. Bonity Sawatsky (Sawatsky, 2002 cit. podle Opatřilová a Zámečnicková, 2014) prvotním důkazem o péči o osobu s omezením samostatného pohybu, která podkládá i Titzlovo tvrzení o existenci péče ve starověké společnosti (viz kapitola 4). Nález záznamu o prostředku velmi podobnému dnešní „kolečkové židli“ je datován do doby přibližně o 1000 let později, do Číny šestého století – obraz s rytinou vozíku. První ortopedický vozík, který umožnil sebeobsahu pohybu, byl zkonstruován v roce 1655 hodinářem Stephenem Farflerem, paraplegikem, který měl od dětství ochrnuté nohy. Dnešní typ ortopedického vozíku má základ ve vozíku z roku 1933 zkonstruovaného Herbertem A. Everestem – tento vozík bylo možné do vozidla. Everestův přítel, inženýr Harry Jennings, totiž vypracoval způsob, jak mechanický vozík skládat. Tato vlastnost vozíku je dodnes klíčová, protože jeho kompaktnost je v dnešní době podstatným

faktorem pro mobilitu (ve smyslu použití vozidla při přesunu). (Opatřilová a Zámečnicková, 2014; The Borgen Project)

Dnešní ortopedické vozíky lze rozlišovat podle tvaru, pohonu, možnosti skladování a konstrukce. Tvar je určen dle těla (tedy pro děti, dospívající a dospělé), podle možnosti skladování jsou vozíky skládací a pevné, různá konstrukční řešení nabízejí odlišnosti v bezpečnostních prvcích, materiálech, velikosti a druhu kol. Pro výzkumnou část práce je však nejdůležitější rozlišení podle pohonu – tedy na vozíky elektrické a mechanické (případně pak i kola a trojkolky, jimiž se podrobněji v problematice samostatného pohybu práce nezabývá). (Opatřilová a Zámečnicková, 2014)

Ortopedický vozík umožňuje osobám s pohybovým omezením v první řadě přesun, v druhé řadě je i prostředkem k sociálnímu kontaktu mimo přirozené prostředí. Je prostředek nezávislosti pohybu (s přihlédnutím k nutné míře asistence při pohybu musíme chápat pohyb jako vůli osoby s omezením samostatného pohybu, ne asistenta k pohybu pomáhajícího). Není jen prostým prostředkem lokomoce, je prostředkem seberealizace – naplňování sebou vytyčených cílů.

### **3.3.1. Elektrický ortopedický vozík**

Elektrický ortopedický vozík je určen především osobám s omezením samostatného pohybu, které se nesmí fyzicky namáhat. Je ovládán joystickem či tlačítky, v případech handicapu horních končetin nabízí možnost ovládní bradou, ústy, či dechem. (Jonášková cit. podle Opatřilová a Zámečnicková, 2014).

Podstatným faktorem při přesunu je jeho váha, neboť elektrický vozík má baterii, obvykle uloženou pod či za sedadlem. Vyšší váha často znemožňuje alternativní řešení při setkání s nečekanými fyzickými bariérami v prostředí. K lokomoci si člověk dopomáhá sám ovládním, proto se i může pohybovat mimo přirozené prostředí sám bez asistence. Setkání se s architektonickou bariérou pak může být těžko řešitelné.

Pro kontext kapitoly 5.2.1. Veřejná prostranství je třeba uvést rozměrové parametry elektrického ortopedického vozíku. Obvyklé rozměry exteriérového elektrického vozíku jsou: výška od 93 cm do 113 cm, šířka od 58 cm do 62 cm, délka se stupačkami 113 cm a poloměr otáčení 84 cm. Rozměrové hodnoty exteriérového elektrického vozíku jsou podstatné pro určování minimální šířky komunikace pro chodce, jelikož je rozměrově větší než vozík mechanický a komunikace by měla nabídnout dostatek prostoru pro míjení dvou takovýchto vozíků. (Meyra; Mapa bariér, A)

### **3.3.2. Mechanický ortopedický vozík**

Mechanický ortopedický vozík je určen pro osoby s omezením samostatného pohybu, které mají omezenou hybnost dolních končetin, ale jsou zároveň schopné horními končetinami uvést vozík v pohyb – aktivní modely ortopedického vozíku. Může být užit i v případech, kdy sice zcela samostatného pohybu osoba nedosáhne, ale k lokomoci je dopomoženo asistující osobou – pasivní modely ortopedického vozíku (což je případ, se kterým pracuje výzkumná část práce). (Opatřilová a Zámečnicková, 2014)

Na rozdíl od elektrického vozíku je díky jeho váze lépe ovladatelný asistentem a lépe zdolává výškové překážky (při užití správné techniky), jako je například nižší obrubník. Jeho výhody mohou být jak v manipulaci – při skládací formě invalidního vozíku, tak v jeho



variabilitě při rozkládání – možnost sklápění bočních opěradel, díky kterým je jednodušší přesun například z lůžka do sedla vozíku. Nabízí širokou variantnost příslušenství – loketní opěrky, pracovní desky, různé zádové podpěry či opěrky hlavy.

Rozměrové parametry exteriérového mechanického ortopedického vozíku jsou: výška 96 cm, šířka od 56 do 69 cm a délka se stupačkami 104 cm. Větší hodnota maximální šířky je u vozíku, který může být hnán vlastní silou, dán obručemi kol k lokomoci pomocí rukou. Šířka vozíku s obručemi by pak pro možnost samostatného přesunu měla být zohledněna u vstupu do budovy i s předpokladem výskytu rukou při pohybu v nejužší části vstupu do budovy. (Meyra)

## **4. Právní podpora osob se zdravotním postižením**

Podpora lidí se zdravotním postižením existovala ještě před vznikem práva. Nám již dnes velmi vzdálená prvobytně pospolná společnost, lidé paleolitu, vcházeli do kontaktu s osobami nemocnými či postiženými. Raná společnost podle paleopatologických výzkumů zřejmě byla schopna o takovéto osoby pečovat, usuzujeme podle nálezů, které překládají případy, kdy v tehdejší společnosti některých kultur žili lidé, kteří by bez pomoci v tehdejších podmínkách zahynuli. Starověké společnosti dospěly k formulaci pravidel soužití, k normám, jejichž součástí byla ochrana společnosti i ochrana jedince, zaznamenáváme i ochranné jednání v podobě příkladů institucionalizované dobročinnosti (Titzl, 1998, s. 113).

### **4.1. Periodizace péče o osoby s postižením**

Na cestě k dnešnímu právnímu pojetí osob se zdravotním postižením si tito lidé prošli obdobími péče i útlaku. Tato období, etapy ilustruje periodizace tendencí v přístupu k handicapovaným osobám. Prvním stádiem této periodizace je období represivního přístupu starověkých civilizací, kdy se společnost (či moc ji zastupující) zbavovala nemocných a postižených, přesto některé starověké civilizace zaváděla opatření zaručující ochranu a péči (Titzl cit. podle Slowík, 2016, s. 12). Další stádium je výrazně spojené se silící mocí církve a její propojeností se státy – stádium charitativního přístupu razila pohled na osoby s postižením jako objekt milosrdenství, jsou zakládány klášterní špitály, hospice a některé řeholní řády se věnují péči o osoby s postižením. Novověký humanistický – vědecky orientovaný přístup posouvá péči o lidi s postižením k specializované pozornosti k různým druhům postižení a silící roli medicíny vzniká programová péče, jsou zakládány instituce zaměřené na pomoc. Nastávající rehabilitační – znovu-uschopňující přístup propojuje na přelomu 19. a 20. století léčbu s výchovou a vzděláním, pojetí péče překlenují se přes 20.

století bylo poznamenáno zejména ideologickým prostředím druhé poloviny 20. století, kdy byly menšiny programově segregovány od většinové společnosti. Paralelně s touto realitou tehdejšího Československa již vyspělé země definovaly nový přístup preventivně-segregační, jehož součástí byly integrační tendence – zájem o integraci osob s různými formami postižení do společnosti.

Dnešní společnost by v termínech této periodizace žila inkluzivním přístupem – prosazováním moderních trendů inkluzivního vzdělávání, začleňováním osob s postižením do běžné populace, pracovním uplatňováním, zaváděním prostředků k snižování handicapu a zlepšování podmínek socializace. Inkluze předpokládá společenskou heterogenitu a diverzitu a považuje tuto skladbu společnosti za oboustranně obohacující. Důležitou ideovou součástí této heterogenity je respekt k jinakosti a dbaní na rovnoprávnost a spravedlnost. (Slowík, 2016, s. 11-15; 2020, s. 28-31)

## **4.2. Národní plán podpory rovných příležitostí pro osoby se zdravotním postižením**

Nacházíme se v době, kdy se pracuje na zlepšování exogenních faktorů ovlivňujících život člověka s postižením. Autonomie jako odraz vnitřního světa je totiž i důsledkem garantovaných a poskytovaných možností, ve kterých se mohou osoby s postižením pohybovat, prostor práva a legislativního ukotvení by měla být jedna z opěrných ploch, které budou život v České republice, potažmo Evropě, lidem se zdravotním postižením usnadňovat.

V českém prostředí jsou důležitými prvky, které zakotvují klíčové úkoly a opatření jednotlivých oblastí státní správy a starají se o přístup státu k občanům se zdravotním

postižením *Národní plány*. Vládní výbor pro osoby se zdravotním postižením (poradní orgán vlády ČR) zajišťoval aktuálně platný, vládou České republiky schválený, Národní plán podpory rovných příležitostí pro osoby se zdravotním postižením na období 2021-2025, který navazuje na Úmluvu OSN o právech osob se zdravotním postižením (dále jen Úmluva). Národní plán je dokument určující směr vládní politiky v oblasti záležitostí osob se zdravotním postižením. Na vytváření Národního plánu participovala kromě ministerstev, Asociace zaměstnavatelů zdravotně postižených ČR a Českého statistického úřadu i Národní rada osob se zdravotním postižením ČR, jakožto zástupce osob se zdravotním postižením. (Michalík a kol., 2011, s. 52-52; Vláda České republiky).

Účelem národního plánu je zajišťování rovných práv a rovného přístupu, vyrovnávání příležitostí s akcentem na nezávislý život a vytváření prostředí bez bariér. Obhajuje a garantuje integraci a cílí na důstojnost, samostatnost a podmínky pro rozvoj schopností a dovedností. Národní plán je dělen do pěti částí, přičemž pro kontext autonomie osob a problematiky bariérovosti veřejného prostoru je stěžejní jeho třetí část. Ta rozebírá strategické oblasti podpory osob se zdravotním postižením a jednotlivé oblasti spojuje s články Úmluvy OSN o právech osob se zdravotním postižením, jakožto nadnárodně platného dokumentu, ke kterému jsou země Evropské unie zavázány, vytyčujícího cíle v podpoře a přístupu k osobám se zdravotním postižením. (Vládní výbor pro osoby se zdravotním postižením, 2020, s. 5-8)

Osobní autonomie a její aspekty jsou v Národním plánu výrazně zastoupeny oblastí č. 5: Nezávislý život, navazující na články Úmluvy 19 (Nezávislý způsob života a zapojení do společnosti) a 20 (Osobní mobilita). Cíle Národního plánu v této oblasti jsou vytváření podmínek pro samostatný život v přirozeném sociálním prostředí, rozvoj terénních a ambulantních služeb a podpora rozvoje a dostupnosti pomůcek. Roli služeb Národní plán specifikuje jako zprostředkovatele pomoci k fyzické a psychické soběstačnosti s cílem

umožnit zapojení do běžného života. Cíl podpory samostatného života je v zabezpečení dostatečné informovanosti osob se zdravotním postižením o formách podpory sociálním pracovníkem a alternativních formách podpory v komunitě, dále i podporování výstavby bezbariérových bytů. Dalším cílem je dostupnost kompenzačních pomůcek napomáhajících integraci osob se zdravotním postižením do společnosti ve vzdělání, výkonu zaměstnání a taktéž k zajištění sebeobsluhy. (Vládní výbor pro osoby se zdravotním postižením, 2020, s. 45-48)

Oblast č. 2: Přístupnost staveb, dopravy a pozemních komunikací se zabývá bariérovostí. Vychází z článku 9 (Přístupnost) a taktéž jako u oblasti nezávislého života z článku 20 (Osobní mobilita) Úmluvy. Prvním hlavním cílem oblasti je zajištění samostatného a bezpečného pohybu a orientace ve veřejných budovách a na veřejně přístupných pozemních komunikacích. Druhým pak podpora přístupnosti veřejné dopravy. Naplňováním těchto cílů by pak mělo dojít k plnému zapojení osob se zdravotním postižením do všech oblastí života a maximalizace nezávislosti prostřednictvím podpůrných technologií. Prostředky naplňování cílů je systematické odstraňování bariér (zejména v budovách veřejných institucí), progresivní zpřístupňování veřejných budov a dopravních staveb, aplikace předpisů v oblasti bezbariérového užívání staveb (pomocí metodického vedení stavebních úřadů, revize veřejných budov a přihlížení k připomínkování veřejností). (Vládní výbor pro osoby se zdravotním postižením, 2020, s. 32-36)

Pro výzkumnou část bakalářské práce je pak zejména důležité zajišťování přístupnosti budov veřejné dopravy a zajišťování přístupnosti dopravních staveb. Oblast č. 2 Národního plánu specifikuje kontext budov veřejné dopravy na přístupnost „stanic a zastávek, nástupišť, dopravních prostředků a také dostupnost a přístupnost informací poskytovaných v dopravě“ (Vládní výbor pro osoby se zdravotním postižením, 2020, s. 32).

Dalším klíčovým cílem je přístupnost veřejné dopravy pro všechny, která by měla být zajištěna osobám s omezenou schopností pohybu nebo orientace u všech dopravců.

Dalšími oblastmi, kterými se Národní plán zabývá jsou „Obecné závazky a principy práv osob se zdravotním postižením“, „Přístupnost informací a služeb veřejné správy“ a „Mimořádné události a krizové situace“.

### **4.3. Technické požadavky zabezpečující bezbariérové užívání staveb**

Právní podpora osob ve věci bariérovosti je dále stanovena vyhláškou č. 398/2009 Sb., Vyhláška o obecných technických požadavcích zabezpečujících bezbariérové užívání staveb, kterou provádí zákon č. 183/2006 Sb., Stavební zákon. Vyhláška upravuje především technické požadavky pro stavbu a části se stavbou související tak, aby byly zabezpečeny k užívání osobami, které mají pohybové, zrakové, sluchové či mentální postižení. V souladu s touto vyhláškou je nutné postupovat při zpracovávání dokumentace pro vydání územního souhlasu, územního rozhodnutí i při vytváření základního technického popisu nebo zpracování projektové dokumentace. (Zákony pro lidi)

Mezi požadavky na stavby pozemních komunikací a veřejného prostranství patří především umožnění samostatného, bezpečného a plynulého pohybu osobám se sníženou schopností pohybu a orientace. Stavbou pozemní komunikace a veřejného prostranství rozumíme hlavně chodníky, chodníky v parcích, přechody úrovně i mimoúrovňové a nástupiště veřejné dopravy. (Zákony pro lidi) Přístup do stavby musí být v úrovni komunikace pro chodce a jeho součástí nesmí být schody, ani vyrovnávací stupně. Pokud tomuto řešení brání závažné technické důvody, může být přístup do stavby vyřešen bezbariérovou rampou nebo zdvihací plošinou. (Zákony pro lidi)

Stavby občanského vybavení, jako jsou třeba stavby pro veřejnou správu, stavby pro obchod a služby, stavby pro zdravotnictví, sociální služby, školská, kulturní a duchovní zařízení, musejí splňovat následující požadavky. Přístup do všech prostor musí být prostřednictvím vodorovných komunikací, schodištěm a k němu souběžně vedenými bezbariérovými rampami nebo výtahy. Ve stavbách, ve kterých je toaleta určena k užívání veřejností, musí být v oddělení pro ženy alespoň jedna bezbariérová toaleta a v oddělení pro muže také alespoň jedna bezbariérová toaleta. (Zákony pro lidi)

Bytový dům, ve kterém je k užívání výtah, musí umožňovat pohyb osobám s omezenou schopností pohybu či orientace a to po všech společných prostorách domu. Bytový dům bez výtahu musí mít k bezbariérovému užívání alespoň jedno celé podlaží, určené převážně pro bydlení. (Zákony pro lidi)

Prostory staveb, které slouží pro výkon práce, musí splňovat takové požadavky, aby v těchto stavbách mohli lidé s omezenou schopností pohybu nebo orientace svou práci vykonávat. Bezbariérové užívání staveb musí být zajištěno po celou dobu jejich provozu. Pokud v oblasti stavby dojde ke změně, třeba dopravního značení, musí být provedeny změny pro osoby s omezenou schopností pohybu nebo orientace. Těmito změnami se rozumí změny v hmatových prvcích a akustickém vedení. (Zákony pro lidi)

Cíle Národního plánu i legislativní ukotvení přístupnosti jsou exogenními faktory – objektivními činiteli, které vstupují do života osob s omezením samostatného pohybu a nastavují, spravují a dohlížejí na podmínky, ve kterých jedinci s pohybovými deficity na území České republiky žijí. Garance jistot v tématech autonomie i bariérovosti je pro vyspělou společnost nedílnou součástí, obsahové sdělení Národního plánu však napovídá, že stav není plošně ideální – reflektuje nutnosti dbát na dohled při legislativním vstupování do života lidí s postižením a stanovuje cíle i ve věcech, které by mohly být považované za

samozřejmé. Národní plán podpory rovných příležitostí pro osoby se zdravotním postižením na období 2021-2025 ilustruje, že na každé domnělé samozřejmosti je třeba pracovat. Národní plány tomu současnému předcházející jsou dokumentací cesty k tvoření prostředí lepšího, bezpečnějšího, samostatnějšího, svobodnějšího.



## 5. Bariéra

Bariéra je pojem, se kterým se v životě setkává jedinec intaktní i jedinec zdravotně omezený. Do kontaktu s bariérou však obě množiny vstupují v rozličných situacích a zejména pak v jiné míře. Příkladem se bariéra, která se dotýká nejširší společnosti, může vyskytovat v rovnosti příležitostí pracovního uplatnění, jakožto problém dotýkající se postavení žen ve společnosti. Může být spojená s informačním věkem, věkem nových médií, který může stavět bariéry ve výkonu práce lidem, kterým nebylo včas nabídnuto vzdělání v problematice elektronických technologií. Závažnost bariéry fyzické pak může poznat kdokoli, kdo musí v důsledku úrazu k odlehčení užívat francouzské hole – berle, se kterými například nástup do dopravního prostředku se schody najednou vyžaduje jiný způsob pohybu a také jiný čas na nástup do vozidla. Bariéra je tedy součástí života společnosti intaktní stejně, jako je tomu v případě osob se zdravotním postižením, akcent k utváření prostředí vnějšího a vnitřního je dále v kapitole věnován osobám s omezením samostatného pohybu.

Bariéry, neboli překážky, mají v kontextu života osob s omezením samostatného pohybu zásadní vliv na vnímání osobní autonomie. Stavějí člověka do diskomfortních situací, někdy se dotýkají jeho schopnosti samostatnosti, dosah mají až k vnímání závislosti (na pomoci, asistenci) a tedy i celého sebepojetí. Objevují v různých formách. Klasifikovat je lze na dva okruhy – problematiku bariér fyzických a bariér psychických (Filipiová, 2002, s. 5; Opatřilová a Zámečnicková, 2014). Obsahem následujících kapitol je pojmenování jevů vstupujících do těchto dvou okruhů, přičemž je cíleně zvolené pořadí, ve kterém je nejprve vymezen okruh psychických bariér, které mohou předcházet kontaktu s bariérami fyzickými – tedy například záměrná izolace osoby s omezením samostatného pohybu v důsledku opakovaného komunikačního nepochopení může nést vliv na rozhodování se k naplňování společenských kontaktů a sociálního života mimo přirozené prostředí, čímž se jedinec

„vyhne“ problematice bariér fyzických ve veřejném prostoru, která je součástí tématu imobility.

## 5.1. Psychická bariéra

Psychické bariéry jsou překážky, které *existují v osobách* se zdravotním postižením – jsou součástí jejich vnímání reality, jsou důsledkem daného postižení a handicapu z povahy postižení vznikajícího. Jak již bylo nastíněno v širším pojetí bariér, dotýkají se společnosti bez rozdílu zdravotního stavu, mohou být přítomny v nejrůznějších situacích, jakožto důsledek vnitřního světa jedince v konfrontaci s prostředím.

Daniela Filipiová (1998, s. 8-9) ilustrativně popisuje psychickou bariéru ve vztahu intaktní jedinec – osoba se zdravotním postižením. Jedinec intaktní, „zdravý“, si může vybudovat psychickou bariéru v komunikaci k osobám se zdravotním postižením, protože neví, jak s nimi komunikovat či jim pomoci. Bariéra tak vzniká z nejistoty, intaktní jedinec neznalý nemusí být schopen rozpoznat skutečné zdravotní komplikace, které se u určitého typu postižení vyskytují a tudíž není schopen zhodnotit, nakolik mohou zasáhnout do schopnosti komunikace osoby s postižením. Tato psychická bariéra na straně intaktního jedince může mít dopad i na zdravotně postiženého, jelikož se v důsledku tohoto přístupu (tedy vyhýbání se kontaktu) může cítit odmítnutý, ze společnosti vyřazený, izolovaný. V důsledku takových zkušeností se může začít izolovat cíleně, aby předcházel podobným reakcím ze strany intaktní společnosti, čímž se psychická bariéra prohlubuje. Skutečnost postižení v případě získaného postižení, kdy se jedinec nachází v tíživé životní situaci a musí se s novou životní realitou vyrovnávat pak takovéto napětí může zřetelně poznamenávat – může zasáhnout do jeho sebepojetí.

Cílem následujících podkapitoly je definovat vliv bariér v komunikaci na vnímání osobní autonomie ve smyslu vnitřní svobody jedince v sebeurčení a sebepojetí. Praxe nejen výzkumné části práce, ale jakéhokoli případu konfrontace osoby s omezením samostatného pohybu s fyzickými bariérami totiž zvýrazňuje důležitost komunikace. Přestože architektonickou bariéru komunikace z prostoru nevymaže, má svoji moc komplikace přinejlepším snížit, i zpříjemnit – ku příkladu vhodná informace o stavu určité trasy pomůže předcházet komplikacím. Aspekty komunikace se ale dotýkají života i v jiných rovinách.

### **5.1.1. Komunikace**

Příkladem Daniely Filipiové (viz kapitola 5.1.) je uvedena kategorie psychických bariér – komunikace. Jelikož jde o široký pojem, musí být upřesněn na kategorii interpersonální komunikace (dále však jen komunikace), v problematice totiž ve vztahu k bariérám uvažujeme primárně užší smysl významu – dorozumívání. To může probíhat formou verbální (realizace orální řeči či písmem), či neverbální (prozodie, rytmus, melodie, parakomunikační prostředky jako jsou mimika, gestikulace, haptika, proxemika apod.). V kontextu psychických bariér se dále zabýváme formou verbální (Slowík, 2010, s. 11-12; Votava a kol., 2005, s. 47).

Komunikace hraje nezastupitelnou roli v rozvoji člověka, je prostředkem naplňování sociálního kontaktu lidí. Tento kontakt – komunikace nabývá více funkcí, jako je informovat, instruovat, přesvědčit, vyjednat a pobavit. Tyto funkce jsou naplňovány buď jednotlivě, či kombinovaně – souběžně. V procesu interpersonální komunikace jsou přítomni komunikační partneři, kteří tyto funkce do procesu zapojují a tím se dostávají ke vzájemnému sdílení informací. Každý z nich se do tohoto vztahu vstupuje s určitými motivacemi. (Slowík, 2010, s. 11-12; Vybíral, 2009, s. 31).

Proces komunikace nabývá různých forem, které se netýkají pouze jen obsahu sdělení, ale i vztahu k osobám komunikaci provádějící. Motivace kognitivní – tedy vyjádřit se, sdílet své myšlenky a názory, sdělit něco o sobě je součástí sebevyjádření (lze považovat za faktor autonomie). Zájem o pochopení informací a k nim zaujatých postojů je součástí motivace zjišťovací a orientační. Motivace sdružovací v komunikaci má funkci navazování bližších kontaktů, je součástí lidských potřeb, dotýká se totiž lidské potřeby někam patřit, významem komunikace nemusí být vždy prioritně samotné sdělování obsahu, ale realizace vztahových záměrů – tedy rozvíjení a udržování mezilidských vztahů. Omezení samostatného pohybu v důsledku imobility může nést sníženou četnost příležitostí ke sdružování, proto se stává velmi podstatné uskutečňování sociálních kontaktů k předcházení izolace. Podstatnou součástí je také, že může být určitou formou socioterapie. Tím, že je člověk ochoten do komunikace vejít je zároveň gestem a potvrzením toho, že má o druhého člověka zájem a váží si ho, v tomto případě jde o komunikaci sebepotvrzovací. Odmlčení se v komunikaci totiž může mít formu trestu (jako když se rodiče vymezí k chování svého dítěte tím, že se s ním nebaví), při takovémto přerušení komunikace je totiž dáváno najevo, jak se mění zájem o jeho aktéry (Vybíral, 2009, s. 31-35; Slowík, 2010, s. 27).

Je zřejmé, jak se pak jakákoliv bariéra v komunikaci může dotýkat sebepojetí protože díky komunikaci „nalézáme, rozvíjíme a potvrzujeme svoji osobní identitu, zpevňujeme a upřesňujeme vlastní self“ (sebeobraz) (Vybíral, 2009, s. 35). Sebeobraz je podstatný faktor rozvíjení vztahu k sobě samému, jde zároveň o přijetí skutečnosti postižení i všech dílčích faktorů postižení provázející. Psychická bariéra v komunikaci staví nehmataelnou zeď mezi možné aktéry, která se pak může dotknout osobnostního rozvoje a tím i chápání vnitřní nezávislosti jedince, jelikož je překážkou ve tvoření vztahů, ale i ve tvoření vztahu člověka k sobě samotnému.

Pro předcházení vzniku bariér v komunikaci lze podle Slowíka (2010, s. 27-30) uplatnit čtyři přístupy, kterými se dá vznik bariér snížit až zcela eliminovat, těmi jsou – aktivní a pozorné naslouchání, respektování dorozumívacích schopností, přizpůsobení se komunikační situaci a přijímání druhého jako rovnocenného partnera.

Některé z forem postižení se mohou projevit na artikulačních schopnostech, které mohou ovlivnit porozumění recipienta komunikace. Přesto je nejen pro rozvoj komunikačních schopností, ale i pro sebevyjádření a seberealizaci jedince podstatné naslouchání a respektování možností vyjadřování recipientem. Pohybová omezení s sebou nemusí nést výrazné komunikační deficity, ale sociální izolace v důsledku imobility je v těchto případech faktor nutný uvažovat. Klíčové je sledovat cíl předcházení sociální deprivaci. Může se jednat o chybný předpoklad laické, nepoučené veřejnosti, že s tělesným postižením je nositel omezen i mentálně, kvůli kterému kontakt omezují. Předsudečné jednání, nejistota či ostych bariéru prohlubuje. Přestože může mít jedinec artikulační problémy, může jít o jev způsobený špatnou koordinací svalstva, tedy neobratné či těžkopádné výslovnosti – případ mozkové obrny (viz kapitola 2.2.1.) (Slowík, 2010, s. 27-41). Proto je součástí práce s osobami se zdravotním postižením i terapeutická péče, odborná rehabilitační činnost.

Rehabilitační a reedukační složku při řečových vadách obstarává logoped. Logopedickou terapií komunikačních funkcí je snaha dosáhnout rozvoje či znovuobnovení jazykových – komunikačních schopností, jde tedy o snížení znevýhodnění plynoucích z narušené komunikační schopnosti. Logoterapeutický faktor může být při určitých diagnózách klíčový, přesto je součástí komplexního přístupu i forma socioterapie, která má na snižování psychických bariér ve společnosti důležitý vliv (Votava a kol., 2005, s. 46).

Závěrem je potřeba vyjmenovat klíčové kompetence pro roli komunikačního partnera osoby se zdravotním postižením. Důležité je pominout účinek haló-efektu (tedy prvního dojmu), který vede k výše zmíněnému předsudečnému jednání. Důležitá součást přístupu je následně zvýšená míra citlivosti, pochopitelně i pojmí se empatie, ne však lítosti – ta může zanechat v jedinci dojem ponížení, který se dotýká pojetí rovnocennosti. S přihlédnutím k situaci osoby s omezením samostatného pohybu, která používá ortopedický vozík, je nutno za součást partnerského kontaktu brát ohled na jiný výhled, nižší úroveň, ze které člověk svět nazírá. S tím se pojí i adekvátní oční kontakt, míra gestikulace a odkazování se k věcem v prostoru mimo výhled, vhodné je i srovnání úrovně posezení. Tyto zdánlivé drobnosti doplňují pocit rovnocennosti v kontaktu, jakožto důležitého faktoru osobní autonomie člověka na ortopedickém vozíku. Velmi důležitým přístupem, který se ne vždy vyskytoval v průběhu šetření pro výzkumnou část práce, je vstupovat do komunikace vždy s tou osobou, se kterou chceme skutečně jednat. Tedy pokud vstupujeme do kontaktu s člověkem, který je na ortopedickém vozíku, není vhodné tento kontakt vytvářet skrze asistenta – takový přístup v komunikaci může být v určitých situacích až nedůstojný (například při návštěvě banky nebo úřadu). (Slowík, 2010, s. 36-39)

## **5.2. Fyzická bariéra**

Fyzické bariéry jsou „reálná omezení v prostředí“ (Filipiová, 1998, s. 8) komplikující nebo znemožňující život osob s omezením samostatného pohybu. Podstatný faktor pro získání a udržení osobní autonomie je přístupnost a proto bývá veřejný prostor upraven, aby se omezení plynoucí z bariér snižovala. Tyto úpravy pak člověk může zaznamenat například v podobě snížených nájezdů na chodník v místech, kde se stýká doprava automobilová s pěší, nebo v řešení vstupů do budov s nájezdy a dostatečnou šířkou vstupních dveří. (Krhutová, 2013, s. 99; Slowík, 2016, s. 104-105). Dalším podstatným faktorem, v jehož zájmu je potřeba tvořit prostor přístupnější, je bezbariérovost sociální – řešením veřejného

prostoru nabízet nejen osobám s pohybovým omezením dostatek příležitostí, které by vedly k plnohodnotnému zapojení do společnosti, tzn. vytvářet prostor rovnoprávný (Štainigl, 2002 cit. podle Slowík, 2016, s. 105). Problematika fyzických bariér je závažnou záležitostí života osob s pohybovými omezeními, kapitola je mostem k výzkumné části, která se zabývá fyzickými – architektonickými bariérami a jejich dopady na vnímání autonomie osoby pohybující se pomocí mechanického ortopedického vozíku v prostředí pražské metra.

Míru bariérovosti v životě osob s pohybovými omezeními je nutno vztáhnout k jejich fyzickým dispozicím a zdatnosti, typu ortopedického vozíku či věku jedince. S postupujícím věkem se při překonávání bariér nároky na fyzickou kondici zvyšují. Odlišujeme tedy realitu fyzických bariér nejen objektivní, ale i subjektivní, která může být ovlivněna proměnnými (jako je schopnost vyvinout okamžitou sílu v závislosti na energii, krátkodobá změna zdravotního stavu, nebo snížená schopnost v důsledku delší fyzické námahy, kterou lokomoce vyžaduje).

V širším kontextu postižení je třeba vyložit různá řešení pomáhající k pohybu v bariérovém prostředí. Například pro osoby se zrakovým omezením jsou v prostoru důležité vodící linie, akustické signály a kontrastní navigační prvky. Pro osoby se sluchovým omezením jsou to zejména světelné signály. Tyto prvky ale musí v řešení veřejného prostoru a ve veřejně přístupných budovách existovat současně, tedy každý z prvků musí fungovat součinně – plnit svůj účel, aniž by si jednotlivé složky překážely. Ve veřejném prostoru se tak například v křižovatce setkávají bezbariérové nájezdy z vozovky na chodník, vodící linie a pak případně i v bezprostředním prostoru nájezdu světelné signalizační zařízení, obvykle upevněné k zemi stožárem a s křižovatkou spojený stožár veřejného osvětlení i dopravní značení přechodu pro chodce. Výčet prvků, které se na pár metrech čtverečních mohou vyskytovat, předznamenává o jak komplexní záležitost se jedná. Následující kapitoly mají

za cíl tuto problematiku rozčlenit na jednotlivé místa výskytu bariér ve veřejném prostoru a přiblížit jejich řešení.

### **5.2.1. Veřejné prostranství**

V záležitosti veřejného prostranství je třeba začít od země – povrchem, po kterém se jakákoli osoba pohybuje. Předpoklad řešení chodníku je rovný, nekluzký povrch, který by měl mít šířku minimálně 150 cm – to z důvodu míjení osoby pohybující se pomocí ortopedického vozíku s chodcem, s kočárkem či s jiným ortopedickým vozíkem). V prostoru při budově zvláštního určení je toto minimum stanoveno na 180 cm. Pakliže je komunikace pro chodce bezprostředně při jízdním pruhu pozemní komunikace pro vozidla, platí ještě nutnost odstupu 50 cm, v součtu se pak jedná o dvoumetrovou šířku chodníku. Po každých dvou stech metrech by měla být zřízena plocha k odpočínutí o podélném a příčném sklonu nepřesahujícím 2%. (Filipiová, 1998, s. 15; Mapa bariér, B)

Osoba pohybující se na ortopedickém vozíku se po cestě městem velmi často setká s nevhodným řešením obrubníku na přechodu. Obrubník, tedy nájezd na přechod, nesmí být ve sklonu 45°. Takto skloněný nájezd je pro člověka na vozíku nepřekonatelnou překážkou. Správně by nájezd na přechod a z přechodu na chodník měl mít maximální spád 12,5%. V případě, že je nájezd dlouhý, je nejlepším řešením umístit mezi vozovku a chodník rovnou plochu a rozměrech 150x150 cm. Rozdíl mezi výškou nájezdu a vozovky může být nanejvýš 2 cm. V oblasti nájezdu nemá být vtok dešťové kanalizace, ani stožár světelné signalizace. Pokud je součástí přechodu samoobslužná světelná signalizace, musí být její panel umístěn v takové výšce, aby na něj osoba pohybující se pomocí ortopedického vozíku dosáhla. Ovládací panel tedy musí být umístěn ve výšce 1,1 – 1,4 m. (Filipiová, 1998, s. 17)



Pokud se ve veřejném prostoru nachází schodiště nebo rampa, musí být z každé strany zajištěny zábradlím s madly ve výši 90 cm. Tato madla musí rampu či schodiště z každého začátku i konce přesahovat alespoň o 15 cm. Je pravidlem, že rampa musí provázet každé schodiště ve veřejném prostranství. Musí být široká alespoň 130 cm a její podélný sklon má být 8,33%. Musí být opatřena vodícími tyčemi, které mají zabránit sjezdu do strany lidem na ortopedickém vozíku. Tyto vodící tyče by měly být ve výšce 30 cm. V případě, že je rampa delší než 9 metrů, musí být protnuta odpočívadlem o délce alespoň 150 cm. Začátek i konec rampy musí mít vodorovnou plochu o velikosti 150x150 cm. (Filipiová, 1998, s. 21)

## **5.2.2. Městská hromadná doprava**

Téma klíčové pro kontext bariérovosti dopravních uzlů pražského metra jsou parametry kabin bezbariérových výtahů. Před kabinou výtahu by měl být prostor alespoň 150x150 cm, aby se na něm jedinci na vozíku dobře manipulovalo při vjezdu i výjezdu z výtahu. Panel, kterým se výtah přivolává musí být ve výši 80 až 120 cm. Přivolávací panel musí být čitelný hmatem a to alespoň ve vstupním podlaží. Stavby občanské vybavenosti musí mít výtah s panelem, který je čitelný hmatem v každém podlaží (Filipiová, 1998, s. 36). Dveře výtahu musí být otevíratelné vodorovně a samočinně. Kabina výtahu musí být široká nejméně 110 cm a hluboká nejméně 140 cm. Šíře vstupu do kabiny výtahu musí být alespoň 90 cm (Mapa bariér). Kabina výtahu musí mít k dispozici telefonní nebo signální zařízení ve výši 100 cm. Výškový rozdíl mezi podlahou výtahové kabiny a prostorem před ní nesmí být větší než 2 cm. (Filipiová, 1998, s. 37)

Nástupiště městské hromadné dopravy musí být řešeno tak, aby zajistila bezpečnost všech lidí s omezenou pohyblivostí či orientací v prostoru. Umístění bezpečnostní vodící linie se liší podle druhu dopravního prostředku, u kterého se nástupiště městské hromadné

dopravy nachází. U železniční dopravy je bezpečnostní pruh široký 40 cm a od hrany nástupiště vzdálený 80 cm. U tramvají je bezpečnostní pruh široký 40 cm a od hrany nástupiště vzdálený 50 cm. V metru je bezpečnostní pruh široký 15 cm a od hrany nástupiště je vzdálen 60 cm. (Filipiová, 1998. s. 18)

Přestože je kapitola 5.2. součástí teoretické části bakalářské práce, její povaha vymezuje prostor a vlastnosti výzkumné části – její přesah je tedy v determinaci veřejného prostoru, kterým se následně výzkumná část zabývá. Základy této kapitoly jsou podepřeny kapitolami 4.2. a zejména pak 4.3.

## 6. Výzkumná část

### 6.1. Metody a cíle výzkumu

Primárním cílem výzkumné části bakalářské práce je nalezení a analýza fyzických bariér dotýkajících se osob s omezením samostatného pohybu v prostoru pražského metra a jejich vliv na vnímání osobní autonomie člověkem s tělesným postižením pohybujícího se pomocí mechanického ortopedického vozíku za pomoci asistence.

Sekundárním cílem je na základě komentářů a reflexí najít možnosti snížení či odstranění bariér pro dosažení vyššího komfortu, bezpečí a co nejvyšší míry osobní autonomie (ve věci samostatnosti pohybu plynoucí z povahy postižení) v konfrontaci se zaznamenaným stavem prostor pražského metra. Těžištěm této polemiky je kapitola 6.4. Diskuze, v níž se možnosti snížení či odstranění bariér a hodnoty autonomie rozebírají.

Výzkumník i figurant se při výzkumu řídili třemi zásadami akčního výzkumu podle vymezení Jana Hendla (2005):

1. „Výzkumníci i zkoumaní mají rovnocenné postavení. Obě skupiny mají stejný podíl na vyhodnocování a interpretaci výsledků“ (Hendl, 2005, s. 138).

V *přímém* (participativním, zúčastněném) pozorování je klíčové, že výzkumník vstupuje a kooperuje s pozorovaným, tedy figurantem výzkumné části, jakožto osoba zastávající roli asistenta při přepravě. Tato skutečnost (participativní přístup) vychází z povahy tělesného postižení, při které je nutné k lokomoci na mechanickém ortopedickém vozíku dopomoci. Přestože z tématu práce by měl být zřejmý vztah mezi osobou s omezením samostatného pohybu a asistentem, je vhodné akcentovat ono *rovnocenné postavení*. Přestože asistent-výzkumník figurantovi, osobě zkoumané, k lokomoci dopomáhá, jejich

vzájemný vztah je zcela rovnocenný nejen v hlediscích výzkumných, ale i v hlediscích osobních, jak by tomu mělo správně být ve vztahu asistentem a osobou s omezením samostatného pohybu.

Následné vyhodnocování výsledků je tvořeno na základě zkušenosti přímého pozorování, které je rozebráno reflektivními rozhovory, tedy metodou sběru dat polostrukturovaným rozhovorem. Polostrukturovanost rozhovorů vychází zejména z charakteru akčního výzkumu – není možné předem zcela standardizovat témata a dotazy, jelikož akční výzkum pružně reaguje na skutečnosti vzniklé v terénu, proto i jeho následná reflexe odpovídá každé nabyté zkušenosti. Sběr dat z prostředí metra probíhal za obvyklého provozu.

2. „Témata zkoumání jsou vztažena k praxi a mají emancipační charakter“ (Hendl, 2005, s. 138).

Téma pozorování je vztaženo k praktické problematice bariérovosti v prostředí metra a společenskému problému osobní autonomie. Obě kategorie jsou podrobeny zkoumání s cílem nejen mapovat, ale i informovat a cílit na zlepšení těchto podmínek.

3. „Proces výzkumu je procesem učení a změny. Výzkum a praxe mají jít ruku v ruce“ (Hendl, 2005, s. 138).

Třetí zásada je z povahy výzkumu naplňována významným zastoupením praxe – asistence, ve věci přesunu. Zároveň praxe v širším pojetí, tedy obecném užívání bezbariérových tras sloužících k přesunu osob pohybujících se pomocí ortopedického vozíku.

Problém praxe akčního výzkumu je stav bariérovosti veřejných prostor frekventovaných stanic metra, řešení alternativních tras pro osoby s předností pro jejich užití (osoby s omezenou schopností pohybu, orientace a komunikace, osoby vedoucí kočárek a

seniory viz Fotografie č. 1) a dosah bariér do pojetí osobní autonomie. Vstupní předpoklad, který stanovuje výzkumné otázky, je postoj – teze Ministerstva dopravy k bezbariérovosti, že „moderní společnost musí zabezpečit srovnatelnou kvalitu života pro všechny občany včetně osob s omezenou schopností pohybu, orientace a komunikace. Týká se to veřejné i individuální dopravy. Veřejná správa proto investuje značné prostředky k zajištění bezbariérovosti všech druhů dopravy“ (Ministerstvo dopravy ČR). Výzkum tedy podrobuje toto tvrzení jeho skutečnosti v praxi, přestože nerozporuje určitý stav a také změny konané v zájmu pro svobodnější pohyb, zkoumaný je vztah těchto bariér k míře autonomie – tedy míře, při které se člověk může cítit v pohybu *svobodný*.

Fotografie č. 1



Značení přednostního užití bezbariérového výtahu

Zdroj: Autor

## 6.2. Výchozí pozice figuranta a asistující osoby

Výchozí pozice asistující osoby jakožto výzkumníka a figuranta jakožto zkoumané osoby byla vymezena v kapitole 6.1. Metody a cíle výzkumu. Pro praxi v terénu je potřeba vymezit tyto osoby účastnící se výzkumu v kategoriích, jimiž se zabývala teoretická část bakalářské práce.

Figurantka výzkumné práce, JUDr. Ivana Marešová (dále jen figurantka, zkoumaná osoba, či osoba s omezením samostatného pohybu jakožto pojem zastřešující širší kontext), je osoba s těžkým tělesným postižením – kvadruplegička v důsledku mozkové obrny pohybující se pomocí mechanického ortopedického vozíku za pomoci asistence. Pole jejího zájmu je kromě právního poradenství i monitorování práv lidí s postižením, prostřednictvím členství v poradním orgánu veřejného ochránce práv. Vystudovala gymnázium pro tělesně postižené v Bratislavě, následně Právnickou fakultu Univerzity Karlovy. Ve výčtu jejích pracovních zkušeností jsou práce pro Sbor zástupců zdravotně postižených, Sdružení slabozrakých a nevidomých, práce ve společnosti Remedium, nebo Sdružení Muži a Ženy o.p.s. – přesto v cestě k prvnímu zaměstnání zažila strach zaměstnavatelů z důvodu rozsahu jejího postižení. (Ombudsman – Veřejný ochránce práv)

Pro kontext postižení je třeba uvést, že míra závislosti na asistenci je v případě kvadruplegie obecně vyšší, než u jiných forem tělesných postižení, přesto toliko nemusí ovlivňovat vnitřní autonomii člověka. Pro vědomě a citlivě budovaný veřejný prostor, který ctí autonomii osob s pohybovým omezením není imperativem jen technická dostatečnost v mezích legislativního ošetření, ale i náhled, zkušenost, názor osoby s tělesným postižením. Každý zdařilý bezbariérový prostor může být krokem k nezávislosti. Jeho oslavou je pak jeho funkce v praxi – v praxi, která osobě s pohybovým omezením nejen přesun umožní, ale také zpříjemní.

Na základě hluboké zkušenosti figurantky ve věcech prostředí a bariér ve vztahu k různým formám postižení je na základě reflektivních rozhovorů možné je vztáhnout na problematické okamžiky v přepravě, která se ho neúčastnila osoba s jinou formou postižení.

### **6.3. Výzkum**

Výzkum byl proveden ve čtyřech klíčových dopravních uzlech pražské hromadné dopravy – přestupních stanicích. Muzeum, Můstek, Florenc a Hlavní nádraží. Zkoumané faktory jsou: Vstup do prostředku bezbariérového přesunu z uliční úrovně, jeho bezprostřední okolí a ovladatelnost prostředku v kontextu tělesného postižení, vestibul a jeho navigační prvky, řešení perónu metra a okolnosti ztěžující pohyb či orientaci ve stanici. Kontext situovanosti ve veřejném prostoru každé stanice je rozdílný, proto se každá z podkapitol se soustředí na specifický problém, jenž byl výzkumem objeven a podrobuje ho hodnocení či kritice na základě dat přímého pozorování či reflektivními rozhovory (viz kapitola 6.4. Diskuze)

Předem určený postup, jak přistupovat k jednotlivým stanicím od povrchu země – uliční úrovně až k perónu metra. Záznam trasy tedy vede vždy z povrchu pod povrch. Přímé zkušenosti s bariérami jsou z přímého pozorování popsány prostřednictvím poznámek z terénu a okamžité výměny informací, které jsou pro bezpečnou asistenci vyžadovány. Tyto výstupy jsou pak v jednotlivých kapitolách oporou v každém okamžiku, v němž byla komplikace při přepravě shledána. Případy srovnání skutečnosti různých tělesných postižení a faktorů autonomie, které mohou být fyzickými bariérami narušeny, jsou podloženy reflektivními rozhovory i záznamy přímého pozorování.

Krokem předcházejícím k vypravení se ke stanici metra může být kontrola online stavu výtahů a plošin (přehled aktuálního stavu bezbariérových zařízení) prostřednictvím webových stránek Dopravního podniku hl. m. Prahy. K naplňování plánů aktivního života lze předběžnou kontrolu trasy, kterou se chce osoba s pohybovým omezením vydat, provést pomocí Mapy přístupnosti, která je provozovaná pod Institutem plánování a rozvoje hl. m. Prahy, či použít Mapu bariér.

Nejen pro obyvatele pražské metropole je Václavské náměstí a socha Sv. Václava v horní části náměstí jakýmsi středem města, proto je přestupní stanice Muzeum obsluhující městskou hromadnou dopravu (dále MHD) zvolena jako první. Zároveň jakožto první popsaná stanice zastupuje jevy, které se mohou u dalších stanic vyskytovat taktéž, proto je popisnosti podkapitoly věnována větší pozornost.

### **6.3.1. Muzeum**

Stanice metra Muzeum je přestupní stanice mezi linkami metra A a C. První, de facto separátní stanicí, jejíž přístupnost bude výzkumná část rozebírat je stanice Muzeum na lince A. Jedná se o stanici, která byla uvedena do provozu roku 1978. Jde o trojlodní pilířovou stanici s ostrovním nástupištěm, jehož střed je v hloubce 34 metrů (uváděná hodnota metrů zahloubení je pro představu, jaký výškový rozdíl musí být během bezbariérové trasy překonán). Přestupní stanice je v jádru města, součástí její přestupové zóny mohou být i zastávky tramvaje Muzeum, zastávka autobusu Muzeum, případně zastávky tramvaje Václavské náměstí – z povahy tématu bakalářské práce se ale zabýváme pouze stanicemi metra a jejich přestupy. (Fojtík, 2020, s. 72-73)



Přestup mezi stanicemi je sice proveden eskalátory, jejich použití je ale osobou s omezením samostatného pohybu, která se pohybuje na ortopedickém vozíku, vyloučena, proto je ve výzkumné části řešen pouze přístup bezbariérovým výtahem (případně v některých stanicích metra je bezbariérová trasa dopravy řešena plošinou). Výtahy obsluhující Muzeum na trase A byly vybudovány roku 2004, jejich bezprostřední okolí v úrovni ulice však prošlo revitalizací, samotná stanice prošla mezi lety 2017-2018 rekonstrukcí, což je stav ve kterém k celkovému prostoru metra přistupujeme. (Fojtík, 2020, s. 72-73)

Grafika č. 2



Mapa přestupu mezi linkami A a C stanice Muzeum

Zdroj: Dopravní podnik hlavního města Prahy

Grafika č. 2 ilustruje prostor, kde se před bezbariérovým vstupem do metra nacházíme – prostor mezi Historickou budovou Národního muzea a Novou budovou Národního muzea na počátku Vinohradské třídy, jež je od výtahů dělena frekventovanou dopravní křižovatkou (výtahy označené čísla OsV 289, OsV 290, viz grafika č. 2 s označením priority viz grafika č. 1). Prostředí, které prošlo revitalizací, je sice v poměrně pro přesun namáhavém sklonu, ale předlážděný povrch komunikace je jednoduše sjízdňý.

Bezprostřední veřejné prostranství je po revitalizaci provedeno zcela bezbariérově, tedy lze počítat se sníženými nájezdy z přechodů na chodníky a povrch vyveden bez úrovněových odlišností. Je vhodné podotknout, že Historická budova Národního muzea je bezbariérově zpřístupněna právě po revitalizaci, jejíž součástí byla rekonstrukce a vybudování podzemní spojovací chodby s Novou budovou Národního muzea, přes kterou vede bezbariérová trasa (Fojtík, 2020, s. 72-73; Národní muzeum).

Výtah je označen piktogramem – mezinárodně platným symbolem bezbariérového přístupu (viz grafika č. 3), stejně jako značení určující směr prvku bezbariérové dopravy. Tento fakt lze v případě dalších stanic pominout, jelikož jde o standardizovaný a hojně zastoupený prvek v prostředí MHD. Umístění navigačních tabulí v prostorech metra je rozebráno v polemice diskuze.

Grafika č. 3



Piktogram bezbariérového přístupu

Zdroj: Wikipedia.org, Bezbariérový přístup

Tlačítko k přivolání výtahu, stejně jako tlačítka v kabině výtahu pro zvolení úrovně, jsou ve standardizované výšce. Zde narážíme na jeden z problémů, který se dotýká možnosti samostatného pohybu, výtah sice bezbariérově dopraví osobu mezi úrovněmi, ale jeho

ovládání je umístěno pouze na jedné straně kabiny, což při skutečnosti jedněch vstupních dveří znamená, že osoba se sníženým rozsahem pohybu rukou (či hybnosti jedné strany těla – ruky) může mít při obsluze výtahu bez asistence značné potíže. V případě pohybu pomocí elektrického ortopedického vozíku je nutno do kabiny nacouvat, což může být velmi diskomfortní způsob lokomoce (uvážíme-li navíc fakt, že schopnost otočení hlavy pro kontrolu jízdy nemusí být možná), dále by v případě výtahů ke stanici Muzeum A osoba musela couvat i následovně pro postup na perón metra. Nakonec pro takovýto vstup do kabiny uvažujeme, že osoba s pohybovým omezením prostředí zná. Tato skutečnost se pak znatelně dotýká rozměrů autonomie – samostatnost v těchto úkonech nemusí být dána formou a rozsahem tělesného postižení, ale i situovaností ovládacích prvků kabiny. V kontextu osoby s omezením samostatného pohybu na příkladu figurantky pak je možnost sebeobsluhy ve věci přivolání výtahu nepřekonatelnou bariérou, jelikož dosah při pohybu rukou neumožní stisknout tlačítka, jež jsou uspořádána vertikálně (viz fotografie č. 2 – srovnání výškového dosahu z mechanického vozíku při rozsahu hybnosti pravé ruky)

Fotografie č. 2



Panel ovládání výtahu, stanice metra Můstek

Zdroj: Autor

Výtah nabízí dvě úrovně, tedy uliční úroveň a úroveň perónu metra. Zde lze narazit na velmi podstatný rozdíl mezi trasou pro osoby s omezením samostatného pohybu a společnost bez pohybových omezení – vestibul metra pro osobu na ortopedickém vozíku neexistuje. Zde je v prostoru, který je řešen bezbariérově, výrazné omezení rozsahu pohybu. Vestibul metra je prostor občanské vybavenosti, služeb, v případě stanice Muzeum i vzdělávací inzerční plochy Národního muzea. Metro v tomto případě nabízí rozsah pro pohyb *nutný*, nikoli zcela *volný*, rozporuje významy autonomie jakožto rozsahu „ve kterém je člověk sám sebou a může svobodně volit svoji činnost, její místo, čas i druh“ (Hartl a Hartlová, 2000, s. 65 cit. podle Krhutová, 2013, s. 40).

Výstupem z výtahu se ocitáme na středovém pásu perónu metra. Jak bylo výše zmíněno, nacházíme se v pilíři děleném trojlodním prostorem. Přestože jde o nutné konstrukční prvky, musíme v uvažování kontextu bariér tuto informaci číst jako prostor, kde se vyskytují pilíře – tedy prostorově objemné bariéry, které před vchodem do středového prostoru perónu metra opticky oddělují boční perón, odkud se nastupuje do soupravy metra. Zároveň se jednotlivé prostory mezi pilíři stávají koridory pro průchod. Na více než sto metrů dlouhé stanici jde samozřejmě o koridorů mnoho, ve věci přepravy osob s omezením samostatného pohybu jde však o místa, kde při obvyklém výstupu lidí ze soupravy projde takové množství lidí, že při nepřipravenosti k nástupu, tedy pohybu středovou částí perónu k boční části při zastavené soupravě metra, může být za určitých situací nemožné bezpečný vstup do metra stihnout. (Fojtík, 2020, s. 72-73)

Pro nástup do vagónu soupravy metra je ze získané praxe asistující osoby zřejmé, že je pro primární potřebu nutno v jistých případech soupravu minout, takzvaně nechat ujet. Slovy figurantky ze záznamů během pozorování „na vozíku nelze spěchat“. Nástup lze ve stanici Muzeum provést přes nástupní rampu, která je instalována při kraji perónu a její účel je zmenšit výškový i délkový rozdíl mezi perónem a vagónem (Dopravní podnik hl. m.

Prahy). Osoba schopná samostatné lokomoce na ortopedickém vozíku by pak měla překážku bez větších problémů zvládnout. Proměnnou je však stav zaplněnosti právě těch vagónů, které jsou těmito nájezdy z perónu ošetřeny. Pro tuto skutečnost musíme vyhlížet ten okamžik, kdy je nástup bezpochybně bezpečný – bezpečí je důsledkem citlivého vnímání rovnoprávnosti mezi osobou s omezením samostatného pohybu a asistentem a napomáhá k vnitřní autonomii osoby se zdravotním postižením.

Stanice Muzeum na lince C byla uvedena do provozu v roce 1974. Je o čtyři roky starší, než stanice A, z čehož plyne, že nabyla přestupnosti až v roce 1978. Jedná se o hloubenou stanici, jejíž hloubka středu nástupiště je 10 metrů pod úrovní země – je tedy položena „nad“ stanicí linky A. Perón metra je přístupný z vestibulu, který nabízí jenom jeden eskalátor (a to do Vinohradské ulice pod výše rozebíraný vstup do bezbariérového výtahu k lince A), druhým přístupem je bezbariérový výtah, který obsluhuje stanici od roku 1999. (Fojtík, 2020, s. 74-75)

Výtah se nachází u parkoviště mezi Wilsonovou a Washingtonovou ulicí (viz grafika č. 2). Situovanost obou výtahů stanice Muzeum je hodná rozboru. Jde o stanici přestupní, tedy předpokládáme nutnost pohybu mezi linkami A a C. Abychom se dopravili mezi jednotlivými výtahy obsluhujícími linky, je nutno překonat cestu exteriéry, které nejsou součástí prostoru přepravy MHD. Při cestě z linky C na linku A se jedná nejprve o chodník přiléhající Wilsonově ulici (viz fotografie č. 3), rušnou křižovatku při Václavském náměstí s několika přechody, z nichž některé jsou světelné a stoupání podél Historické budovy Národní muzea až k výtahu linky A. Na základě reflektivních rozhovorů rozeberme komplikace a bariéry při přesunu. Pro osobu se sníženou schopností orientace to znamená znát s jistotou svoji trasu, jelikož je výtah linky C vybaven pouze mapou (shodující se s grafikou č. 2). Pro osobu na elektrickém vozíku může jít o těžce manévrovatelný prostor (uvažujme obecně širší velikostní parametry viz kapitola 3.3.1.), jak dokládá fotografie č. 3

– na cestě ke křižovatce je potřeba vyhýbat se dopravnímu značení a mobiliáři. Pro osobu s omezením samostatného pohybu je třeba dbát zvýšené opatrnosti, výjezd z parkoviště (viz fotografie č. 4) v trase přestupu zvyšuje možná nebezpečí přesunu, je třeba spoléhat se na svědomitost řidičů při výjezdu a kontrolu jejich výhledu ještě před nájездem na pozemní komunikaci. Navíc výhled z ortopedického vozíku může být zastíněn parkujícími auty, v případě přesunu osoby bez asistence pak jde o zcela rizikový bod. Jedinec je kvůli nucen spoléhat se na ideální stav všech okolností, nejen na asistenta.

Fotografie č. 3



Fyzické bariéry přestupní trasy mezi linkami A / C, Wilsonova ulice

Zdroj: Autor

Pro kontext přepravy osoby s omezením samostatného pohybu za pomoci asistence, tedy v případě figurantky výzkumné práce, se asistent v jednom z klíčových míst pražské dopravy dostane do nejasné situace, ve které je potřeba udržet kontrolu. Pro asistenta zkušeného je to bezpochyby samozřejmá věc, ale je potřeba brát v potaz, že jde o místo, kde

se pravděpodobně vyskytne i méně zkušený. Kromě zmíněných překážek jde o výjezd z parkoviště, který se stýká s chodníkem (viz fotografie č. 4). Chodník je dělen sníženým obrubníkem. Přejít přes světelnou křižovatku je dlouhý a ve stoupání, předchází mu křižovatka bez světelného signalizačního zařízení. Závěrem je stoupání k výtahu linky A.

Fotografie č. 4



Přestupní trasa, Wilsonova ulice

Zdroj: Autor

Přestup uvnitř prostoru metra je veden tunely eskalátorů, které jsou spojeny chodbou. Obvykle nepřestupující cestující z linky A využívají k výstupu z prostoru metra přestupovou trasu, neboť výstupu přímo do vestibulu z metra A předchází pevné schodiště. Z pohledu přístupnosti jde o překážku, které se osoby v přepravě vyhýbají buď pro omezení v pohybu, nebo pro pohodlí. Důsledkem je ale přetěžování perónu metra C, což osobám na ortopedickém vozíku znemožňuje výhled a orientaci a také jim to značně komplikuje pohyb.

Výhled je samozřejmě omezen i u přestupujících či procházejících pasažérů, což činí osobě s omezením samostatného pohybu s asistentem zvýšené nároky na bezpečnost při pohybu.

### **6.3.2. Můstek**

Stanice metra Můstek je situována do spodní části Václavského náměstí. Stanice Můstek na lince A byla uvedena do provozu roku 1978. Její charakter je trojlodní, je osazena sloupy po celé délce nástupiště, jehož hloubka je 29,3 m. Bezbariérové výtahy byly uvedeny v provoz 1. března 2016. Bezbariérová trasa řešena jedním výtahem (narozdíl od stanice metra Muzeum), proto lze uvést obě linky metra současně. Můstek na lince B je taktéž trojlodní sloupová stanice metra, jejíž hloubka je 40,3 m – jde o nejhlubší stanici v historickém centru Prahy. (Fojtík, 2020, s. 70-71) Do širšího kontextu povrchových přestupních stanic spadají zastávky tramvajové dopravy Václavské náměstí a zastávka autobusu Na příkopě.



Grafika č. 4



Mapa povrchu stanice metra Můstek

Zdroj: Dopravní podnik hlavního města Prahy

Přístup do stanic metra je řešen dvěma bezbariérovými výtahy (OsV 425, OsV 426, viz grafika č. 4, další obsluhující výtah je OsV 427 umístěný pod povrchem) situovanými do dolní části Václavského náměstí. Nacházíme se v prostoru, který čerstvě prošel revitalizací, při které bylo dbáno na navigační panely i ve veřejném prostoru (viz fotografie č. 5 – Václavské nám.). Výtahy jsou označeny piktogramy (grafika č. 3). Způsob navigace ve veřejném prostoru můžeme srovnat se stanicí metra Muzeum C. Na fotografii č. 5 je zachycena navigační tabule s infografikou (piktogramem a směrůvkami) metra a navigací k bezbariérovému vstupu na výložníku stožáru. Je situována do frekventovaného místa, stýkání ulic Na můstku, 28. října, Na příkopě a Václavského náměstí. Směrová tabule bezbariérového přístupu do metra v provedení ve Wilsonově ulici není standardizovaná Dopravním podnikem, jedná se o dopravní o informativní dopravní značku komunálního cíle (Bezpečné cesty), dále rozebráno v kapitole 6.4. Diskuze.

Fotografie č. 5



Navigační tabule, Václavské náměstí / Wilsonova ulice

Zdroj: Autor

Bezbariérový výtah odpovídá standardizaci, umožňuje pohodlnou jízdu osoby s omezením samostatného pohybu i s klientem (na rozdíl od 6.3.3. Florenc), jeho vyústění však není přímo u perónu metra, nýbrž ve spojovací chodbě s výtahem (viz fotografie č. 6), který teprve osobu na jednotlivé úrovně linek metra. Chodba obsahuje přehledné navigační značení směru přestupových výtahů, její rozměry jsou dostatečné i pro zvýšený pohyb osob se sníženou schopností pohybu a orientace.

Fotografie č. 6



Spojovací chodba mezi výtahem z Václavského náměstí a výtahem k linkám metra stanice Můstek  
Zdroj: Autor

Přístupy z perónu do vagonu metra v podstatě odpovídají případům ze stanice Muzeum. Rozdílem však je, že vagóny souprav 81-71M jsou na rozdíl od souprav metra M1 (trasa metra C) v jiném postavení, při přepravě osob s omezením samostatného pohybu je pak třeba dbát na výškový a vzdálenostní rozdíl mezi soupravou a hranicí perónu. Některé mechanické i elektrické ortopedické vozíky by mohly zapadnout předním kolem do této mezery, imperativem přístupu asistenta v takovýchto situacích je jednat podle pravidel přesunu dohodnutých s osobu s omezením samostatného pohybu za užití správných technik nástupu a výstupu do prostředků hromadné dopravy.

### **6.3.3. Florenc**

Stanice metra Florenc se nachází mezi ulicemi Sokolovská a Křížíkova. Je přestupní mezi linkami B a C. Stanice linky C byla uvedena do provozu roku 1974, jde o ostrovní

stanici bez sloupů, jejíž hloubka středu nástupiště je 9,35 m. Bezbariérová doprava linky C je řešena dvěma navazujícími výtahy, které slouží veřejnosti od roku 2005 (OsV 345, viz grafika č. 5). V úrovni vestibulu je třeba přestoupit na další výtah, který osobu dopraví na perón. Stanice linky B je v provozu od roku 1985, jde také o ostrovní stanici, ale s trojlodním charakterem a sloupy. Nástupiště je umístěno o více než 30 m hlouběji. Bezbariérová trasa výtahu je v provozu od roku 2006 (OsV 405 viz grafika č. 5). (Fojtík, 2020, s. 24-27)

Grafika č. 5



Mapa povrchu metra stanice Florenc

Zdroj: Dopravní podnik hlavního města Prahy

Při přestupu mezi linkami metra se nacházíme ve stejné situaci, jako v případě stanice Muzeum (6.3.1.), je potřeba využít přestupu exteriérovou trasou mezi výtahy jednotlivých linek. Jejich umístění je však ve stejném kvadrantu ulice, takže nevyžaduje překonání křižovatky. Po přímé zkušenosti je třeba zdůraznit, že řešení výtahu, který ještě splňuje

normy (OsV 346, viz grafika 5), vypadá v kontextu pohybu osob s omezením samostatného pohybu tak, že může být problém s asistující osobou se pohodlně do výtahu vměstnat – přesun většího počtu lidí je totiž značně problematický, zejména v dopravní špičce, kdy je navíc časově ztrátový. V případě přestupu na linku B výtah neústí do vestibulu, ale přechodové chodby, která se spojuje s trasou eskalátorů. K překonání poslední výšky je zde potřeba opakovaného použití výtahu, který ústí do středu trojlodního prostoru stanice metra B – Florenc. Exteriérová trasa je vyvedena bezbariérově s nově předlážděnou křižovatkou pod Wilsonovou ulicí, kde je dbáno všech bezpečnostních prvků pro osoby se sníženou schopností orientace a pohybu.

Jednotlivé peróny metra splňují podmínky komfortního přesunu osoby s omezením samostatného pohybu. Stanice na lince C je bez sloupů, což dovoluje jistější manévrování i ve špičkách provozu. Stanice linky B je sloupová, nejde však o hluboké pilíře, jako ve stanici Muzeum A, které opticky oddělují střed od kraje nástupiště.

U této stanice metra je zvlášť důležitý její kontext, kromě tramvajových linek projíždějících Sokolovskou ulicí a autobusových zastávek, se jedná o stanici u Ústředního autobusového nádraží Praha-Florenc (dále ÚAN). Tedy místo obsluhující velkou část příměstské, ale hlavně meziměstské a mezinárodní autobusové dopravy. Problémy vznikající v kontextu prostředí stanice metra Florenc a ÚAN je rozebrána v kapitole 6.4. Diskuze.

#### **6.3.4. Hlavní nádraží**

Stanice Hlavní nádraží sice neplní roli přestupové linky mezi stanicemi metra, plní ale roli klíčového dopravního uzlu spojujícího vlakovou dopravu. Stanice byla uvedena do provozu roku 1974, provoz vlakové dopravy je zde však téměř o sto let déle – tento uzel

plnil historicky nejvýznamnější roli dopravy města. Kromě vlakové dopravy je součástí přestupové zóny mezi tramvajovou zastávkou v Bolzanově ulici a autobusovou dopravou spojující centrum města s Letištěm Václava Havla v Ruzyni. Hloubka středu nástupiště je 6,5 metru, přičemž důležitým a rozdílným faktorem pro každého cestujícího je boční řešení nástupišť. Peróny jsou tedy dva a koleje leží uprostřed stanice. (Fojtík, 2020, s. 30-31)

Grafika č. 6



Mapa povrchu stanice metra Hlavní nádraží

Zdroj: Dopravní podnik hlavního města Prahy

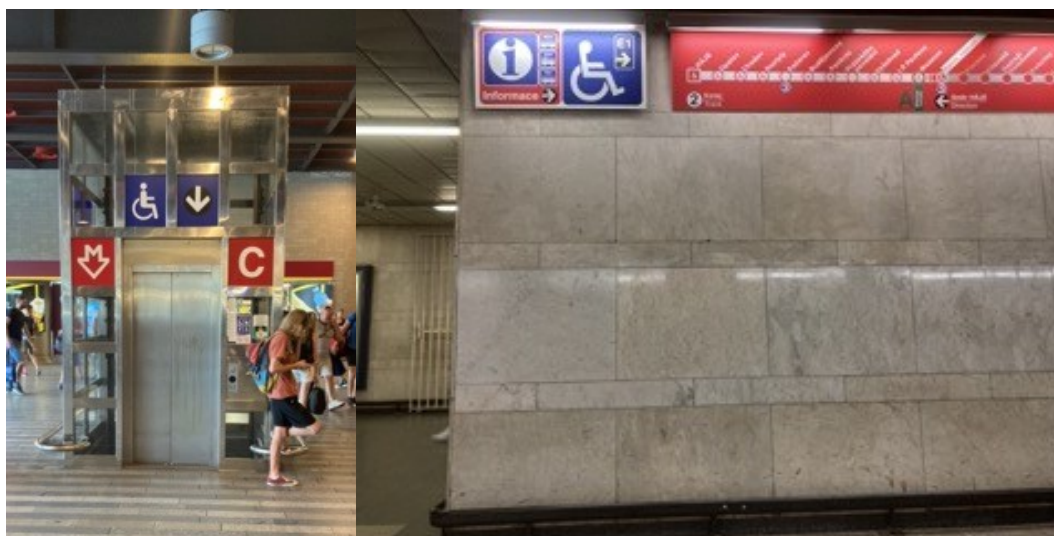
Stanice je řešena jinak, než ty zmiňované v předchozích kapitolách – vestibul metra je součástí uliční úrovně. Zde se vyskytují dva výtahy, které kvůli charakteru stanice obsluhují jednotlivé koleje linky trasy C (OsV 352 a OsV 353, viz grafika č. 6). Právě zde byl roku 1992 uveden do provozu první výtah obsluhující pražské metro, druhý výtah pro opačný směr byl zprovozněn roku 1993. (viz fotografie č. 7) (Fojtík, 2020, s. 30-31)



Srovnáním vestibulu a uliční úrovně, zdá se, odpadá spousta bariérového prostoru, zejména pak ve velkorysém vestibulu stanice Hlavní nádraží. Vzhledem k řešení stanice ale musí výtahy obsluhovat jednotlivé trasy zvlášť. Problematice takto konstruovaných stanic ve vztahu k praktičnosti a bariérovosti se následně věnuje kapitola 6.4. Diskuze. Faktor, který může ovlivnit orientaci ve vestibulu, je křížení navigačních tabulí a infografiky metra s navigací pro vlakové nádraží, pokud osoba se sníženou schopností orientace či pohybu vstoupí do stanice jiným vstupem, než z přilehlých Vrchlického sadů, může se tento fakt podepsat na orientaci v prostoru a ztížit přepravu. Bariéry zde nejsou natolik fyzické – architektonické, jako spíš výsledek styku více designů. Předpoklad pro pohyb vestibulem je, že jedinec stanici zná.

Výtahy jsou pak přiléhající k jednotlivým vstupům na oddělené peróny metra, kde je z důvodu úzkých separátních nástupišť orientace spíše jednodušší, piktogramy bezbariérových přístupů jsou ale přímo pod stropem, mimo standardní výhled osob pohybujících se pomocí invalidního vozíku.

Fotografie č. 7



Výtah obsluhující bezbariérový přístup stanice Hlavní nádraží / Navigační tabule, Zdroj: Autor

## 6.4. Diskuze

Výsledkem výzkumné části jsou soubory poznatků plynoucích z předem vytyčeného cíle najít a pojmenovat bariéry a jejich vliv na pojetí osobní autonomie. Každá z kapitol se zabývá rozličnými problémy vzniklými v důsledku bariér, diskuze je jejich syntézou. Bariéry se odrážejí do faktorů autonomie ve schopnostech samostatnosti (navigace), volného pohybu (svobody pohybu a seberealizace), rovnoprávnosti (pro vlastnosti bezbariérových tras, jež fungují zcela odděleně od všech ostatních tras), sebeurčení (kde doprava do místa výkonu práce může být klíčovým faktorem), obecněji jde o možnosti naplňovat složky aktivního života, aniž by bylo ukrajováno ze svobod člověka. MHD v moderním městě není jenom prostředkem dopravy, spojuje lidi s prostorem města a pomáhá realizovat mnohé cíle. V následujících odstavcích je vystavěna konfrontace dat s tezí o nutnosti zabezpečení srovnatelných kvalit života (viz 6.1.).

Diskuzí jsou konfrontovány jednotlivé úrovně (ulice-vestibul-perón) s jejich stavem, výsledovanou bariérovostí a jejím dopadem na hodnoty autonomie ve vztahu k veřejnému prostoru a infrastruktuře metra, kterými se zabývala kapitola 6.3. Výzkum. Přičemž je bráno v potaz, že vybrané uzlové stanice MHD a jejich infrastruktura vznikaly za doby, která komfort osob s omezením samostatného pohybu příliš neakcentovala. Vstupovat do některých technických řešení v historickém jádru Prahy již nemusí být možné. Lze upravit aspoň podmínky jeho bezprostředního okolí a tím zvýšit komfort přepravy. Případně pomocí drobných úprav, které jsou v konfrontaci zmíněny, zlepšit možnosti přepravy a zvýšit míru autonomie z toho plynoucí.

Člověk s omezením samostatného pohybu musí mnohem více plánovat svoji dopravu. Webová stránka Dopravního podniku hlásící stav výtahů a plošin obsluhujících



metro by mohla v tomto případě dobře sloužit. Zkoumaná osoba, figurantka práce, však během reflektivních rozhovorů hodnotila komplikovanost tohoto přínosu. Přestože k práci používá tablet, snížená jemně-motorická funkce jí nedovoluje se v databázi stavu výtahů a plošin dostatečně efektivně pohybovat. Pokud dojde k přerušení obsluhy bezbariérovým výtahem již v průběhu přepravy, v jiných stanicích, než v místě nehody, hlášení o změně stavu výtahu nelze zaznamenat – člověk je odkázán na to smířit se se zpožděním. Figurantka proto používá raději vozík mechanický, jelikož je v případě poruchy výtahu snáze nositelný do schodů, přičemž osoba s omezením samostatného pohybu musí zvažovat i sílu, se kterou asistent disponuje. Pro realizaci aktivního života, výkon zaměstnání, může být pak zpoždění někdy nekolegiální, jindy nenapravitelné. Slovy figurantky „riziko je přirozenou součástí mého života, ale je spravedlivé požadovat, aby bylo přiměřené“. Možným řešením je využití elektronické informační tabule ve stanicích k informování o jakékoliv změně stavu bariérovosti a to kdekoli v prostředí metra. Hlášení by pak pomohlo i osobám se sníženou schopností orientace. Nelze vyloučit, že svědomití dispečeri tak činí hlášením v dané stanici, ale předpokladem pro naplňování hodnot autonomie, by měla být tato informace sdělena všude a všem.

Ve věci přestupních tras, kterými musí osoby využívající výtah projít, je zkušenost z kapitoly 6.3.1. Muzeum příkladem velmi nevhodného řešení. Celá trasa narušuje faktor samozřejmosti a bezpečnosti pohybu. Křižovatka, kterou musí osoba s pohybovými omezeními zdolat, je jedna z klíčových křižovatek pro dopravu sdílenou/městskou i osobní, dopravu pěší i automobilovou, nutnost překonat tyto fyzické bariéry se může odrazit v bariérách psychických. Tento přestup je velmi nepohodlný – pokud osoba s omezením samostatného pohybu nemá v takto krizových okamžicích důvěru v asistenci, či mu tato trasa způsobuje nadměrný stres, může z obav začít omezovat svůj pohyb právě pro tyto faktory bariérovosti a prohlubovat tak bariéry psychické, v jejichž důsledku může trpět aktivní život. Praktičnost směrových tabulí a navigace je v případě označení místa přestupů rozporovatelné, praktičnost umístění směrovky při výtahu na linku C, kdy se nástup do

kabiny metra na uliční úrovni nachází pár desítek metrů od tohoto značení, je pak ještě rozporuplnější – přihlédneme-li k faktu, kolik bariér musí osoba při přestupu mezi linkami A a C zvládnout.

I další kapitola 6.3.3. Florenc objasňuje komplikace přestupních tras mezi uzly. Přestože vestibul metra nabízí východ s pevným schodištěm i eskalátorem přiléhajícím k autobusovému nádraží, nejbližší bezbariérový výstup z metra je OsV 345 (viz grafika č. 5), tudíž k využití ÚAN je potřeba, na rozdíl od přestupu mezi linkami, překonat křižovatku pozemní komunikace. Tím se dostáváme k problému, že jednotlivé klíčové body v prostředí dopravních uzlů fungují jaksí separátně, zvláště – prostor metra Florenc nabízí jistou bezbariérovou úroveň, jeho přilehlý exteriér taktéž, stejně tak tomu je v prostoru ÚAN, jenže tyto prostory nejsou propojeny přímou bezbariérovou trasou. Ze samostatně fungujících prostředí se tak stává stejně prostředí bariér.

Při přechodu z úrovně ulice pod povrch jsme zaznamenali příklad v kapitole 6.3.1. komplikace u ovládacího panelu v prostoru výtahu (jedná se však o společný jev více stanic). Je nepochybně nutné připustit, že na řešení úprav, jako jsou rekonstrukce stanic metra a revitalizace veřejného prostoru, nemusí mít bakalářská práce žádný vliv. Na základě reflektivních rozhovorů a znalosti a zkušenosti člověka využívajícího MHD, lze k řešení namítnout, že výtah, který je osazen dveřmi na obou stranách kabiny, by mohl tohoto faktu využít i v prostoru uliční úrovně – umožnit vstup do kabiny z obou stran (jako např. výtah z metra stanice Národní třída), bariéra vznikající z pohybových omezení by mohla být aspoň v některých případech snížena. Pražské metro obsluhují ale i výtahy, jejichž ovládací panely jsou umístěny po obou stranách kabiny, z toho lze usuzovat, že řešení je možné, je schválené a je v provozu (stanice Nádraží Veveslavín). Problém v ovládní výtahu se na příkladu figurantky se sníženým rozsahem hybnosti horních končetin objevuje ve všech podkapitolách, jelikož jsou všechny stanice řešeny výtahem. Kromě oboustranné úpravy se

nabízí i horizontální úprava panelu, která nenutí jedince při ovládní snažit se dosáhnout k limitní výšce rozsahu pohybu. V kapitole 6.3.3. Florenc, jsme zaznamenali, jak může být pro osobu s omezením samostatného pohybu a asistenta výtah schválený normami stísněný. Není narušena bezpečnost přepravy, ale její praktičnost. Zároveň osobu s omezením samostatného pohybu nelze odloučit od asistenta. V případě, kdy do výtahu již někdo vstoupil, ho již nelze využít (což je v mnoha ohledech neekonomické). Pokud navíc jedinec s asistentem cestují s rozměrnějším nákladem, nemusí se do výtahu vejít vůbec.

Ve věci navigace v prostoru metra lze pro kontext samostatnosti na základě poznámek z přímého pozorování uvést, že osoba, která se pohybuje pomocí ortopedického vozíku, má zcela jiný výhled na navigační tabule a piktogramy, které jsou obvykle uchyceny vysoko nad hlavami (vysledováno v každé ze zkoumaných stanic). Z přímé zkušenosti lze připojit návrh, aby směrovky bezbariérových tras byly umístěny i v rovině očí osob na ortopedickém vozíku. Ve veřejném prostoru pak četnější osazení (například stožárů s dopravními či cestovními značkami, směrovkami – navigační tabule typu Václavské náměstí, viz fotografie č. 5) může být východiskem pro zlepšení podmínek samostatného přesunu. Přehlednost v navigaci je sice drobný prvek, ale jeho dopad na vnímání hodnot osobní autonomie může být velký, jde o prostředky k samostatnosti, na kterou by každá osoba se sníženou schopností orientace i pohybu v městském prostředí měla mít nárok. Správné zvolení míst k navigaci a informace o bezbariérovosti pak může předejít nejistotě plynoucí z prostoru s nepřehlednými prvky navigace, pak jde o případ, kdy slovy figurantky „bariéry vznikají lhostejností, odstranění nic nestojí, jen přemýšlet“ – jelikož do nápravy se již někdo pustil, ale nezvolil správný design či umístění. „Tam kde je to důležité, je potřeba upravit podmínky, já bych se měla orientovat sama, ne se spoléhat na pomoc ostatních“, tvrdí figurantka.

Ve věci společného jevu nepřístupnosti vestibulů stanice Muzeum i Můstek lze konfrontovat zmíněnou vstupní tezi Ministerstva dopravy, že „moderní společnost musí zabezpečit srovnatelnou kvalitu života pro všechny občany včetně osob s omezenou

schopností pohybu, orientace a komunikace“. Jelikož jsou prostory vestibulu nepřístupné, nedá se hovořit o srovnatelné kvalitě ve věci seberealizace a svobodného pohybu. Vestibul samotný by bezbariérové funkce plnit mohl, jenže k němu není přiveden žádný výtah.

Dále lze sice garantovat určité kompenzační prvky dopomáhající samostatnosti, nelze však garantovat místo ve vagónu, zohledníme-li i přístup přehlížejících lidí (kontextuální problematika psychických bariér v kapitole 5.1.). Z ortopedického vozíku nelze slézt a přizpůsobit se situaci, naopak vozík je i v těch nejkomplicovanějších okamžicích přesunu danost, řečeno figurantkou – „lidi zapomínají, že vozíček nejsou boty, ale nohy“. Ortopedický vozík je prostředek nezávislosti, pohybem spojuje člověka s prostředím, prostřednictvím teze o bariérovosti lze vytyčit, že osobám s omezením samostatného pohybu ortopedický vozík slouží jako prostředek k srovnávání kvalit života, klíčové je nastavit prostředí tak, aby „kvalitami“ života ve městě nebyly pouze jeho koridory. Slovy figurantky je „vůle sestavovat bezbariérové prostory zejména podle bodů, kde se pohyb očekává, jenže tím vznikají ostrovy – místa pohybu jsou předem vymezena“.

Ve všech případech, kterým se kapitoly věnovaly, lze vysledovat jeden společný jev, který lze v při dnešním inkluzivním snažení považovat za nejdůležitější. Bezbariérové trasy fungují jako separátní prvek dopravy, jejich efekt je tedy i oddělování všech osob, které pro povahu svého postižení nemohou využívat stávajících prostředků, jež jsou nabízeny společnosti. Bezbariérové trasy jsou úzkými koridory pohybu, dosáhli jsme úrovně integrace ve věci začlenění osob s omezeními do bezpečné přepravy MHD, našim cílem by však mělo být zrovnoprávnění prostoru všem, považovat „požadavek vytváření přístupného architektonického prostředí pro všechny lidi bez rozdílu věku a fyzické dispozice“ (Krhutová, 2013, s. 100) za samozřejmost. Předcházet stigmatizaci postižení vedením paralelních cest k těm pro intaktní společnost tím, že budeme prosazovat univerzální design, design inkluzivní. Na projektování rovnoprávného prostoru nesmí být nahlíženo jako

problém, ale jako na součást svobodomyšlné společnosti, společnosti, která svobodu nejen hájí, ale i tvoří. Legislativní úpravy veřejného prostoru garantují minimum, se kterým se při projektování nakládá – přestože napomáhají k integraci, nemají moc ovlivnit záměry, kterými by byl imperativ inkluze. Při každém dalším vstupu do veřejného prostoru neberme možnosti jeho následných modifikací jako prostředek, jak zlepšovat faktory autonomie u lidí s postižením – tvořme prostor, kde je rovnocenná jakákoliv forma pohybu integrální součástí. Takový stav by totiž byl zcela svobodný, a svoboda je slovy figurantky „koření, bez kterého život nemůže chutnat“. (Krhutová, 2013, s. 100-103)

## 7. Závěr

Bakalářská práce by jeho čtenáři měla nabídnout dostatečný podklad v tématech tělesného postižení, vnímání aktivního života jeho nositeli, prostředím práva, které má přinášet garance do života osob s postižením, prostředí bariér fyzických i psychických a vztažení všech těchto témat k majoritnímu tématu osobní autonomie, aby mohl nazírat prostředí v kontextu faktorů, které autonomii na každém kroku prostorem ovlivňují.

Cíli výzkumu bylo nalezení, pojmenování a popsání bariér v prostorech uzlových stanic pražského metra a za podpory sebraných dat z přímého pozorování a reflektivních rozhovorů vztáhnout jejich vliv na tematiku osobní autonomie. Bariéry pak následně srovnat jakožto společné jevy, vyskytující se v jednotlivých stanicích a podrobit je kritickému zhodnocení (čímž se zabývá kapitola 6.4. Diskuze), následně se po jejich srovnání pokusit navrhnout řešení, která se v mezích znalosti (základem jest zkušenost z terénu a rozhovory při sbírání dat v něm) nabízí.

Zvolený postup „od povrchu země po perón“ by měl fungovat nejen jako ilustrace podmínek, ve kterých musí osoba s omezením samostatného pohybu fungovat, ale i jako model, ve kterém by každý člověk mohl podrobit získaná data vlastní zkoušce, zhodnotit stav své osobní autonomie i míru omezení při pohybu veřejných prostorem, z něhož bývá často z nejrůznějších příčin ukrajováno a srovnat je s daty uvedenými v této práci. Cykličnost výzkumu (tedy opakování výjezdů na stejné stanice metra) zvolena nebyla, neboť fyzické bariéry jsou na trasách přesunu ve většině shodné a jejich změny probíhají zejména v důsledku rekonstrukcí či revitalizací veřejného prostoru, což je v kontextu stanic pražského metra otázka let. Proto je na tento výzkum možné po čase opět navázat dalšími cykly, které budou mapovat změny v řešení stanic, ať už by šlo o výzkum akademického formátu, či o volnočasový průzkum terénu.

Přestože vstupními cíli výzkumné části bylo nalezení bariér, ve výzkumu prováděném v prostředí metra jsme narazili na mnohem širší kontext bariérového prostředí – problém situovanosti bezbariérových vstupů do uzlových stanic. Zjistili jsme, že některé stanice mezi sebou nenabízejí nejen přiměřeně pohodlný, ale ani dostatečně jistý a bezpečný přesun, jelikož osoba s pohybovými omezeními je vystavena komplikované přepravě zcela mimo prostor samotného metra. Stanice nejsou pro osoby s omezením samostatného pohybu týmiž uzly, kde se míjejí různé formy dopravy, jako pro intaktní společnost. Přístupnost jednotlivých složek městské dopravy je definována jediným bodem – místem bezbariérového výtahu / bezbariérových výtahů, a ten je ve všech případech obsluhující jednotlivé linky vskutku jenom jeden. Pro srovnání: standardních vstupů do prostoru metra ve všech zkoumaných stanicích je souhrnně 33, připojíme-li k těmto vstupům i možnosti využití výtahů, jde o 39 jednotlivých vstupů do 4 stanic metra (přičemž u Hlavního nádraží pomineme všechny vstupy mimo hlavní vstup do haly z úrovně ulice a trasy eskalátorů) Nejenže lze zde spatřit nesouměrnost mezi možnostmi, bariéry vznikají i nevhodnou, či nešťastnou situovaností prvku, který je pro bezbariérový přesun určen.

Z výsledků výzkumu tedy vyplývá, že bariérovost není jediným problémem, se kterým se musí osoby s omezením samostatného pohybu potýkat, jde i o skutečnost, že bezbariérová řešení vytváří oddělené trasy přesunu – prostředí metra, ač bezbariérové, není zpřístupněno v takovém rozsahu, abychom z hlediska osobní autonomie mohli hovořit o prostředí pro pohyb zcela svobodném.

Přínos práce by měl spočívat nejen v prohloubení informovanosti o stavu klíčových a frekventovaných stanic pražského metra, zviditelnění tématu bariérovosti ve vztahu k osobám s omezením samostatného pohybu, jakož i jeho dopadu na vnímání osobní autonomie. Přínosem práce pro obory speciální pedagogiky by mohla být skutečnost, že prostor našeho každodenního pohybu byl podroben zkoušce, ve které obstál jen do určité

míry a jeho mezery byly na jednom konkrétním případě – figurantce, jejím asistentovi a jejich zkušenosti z pohybu uzlovými stanicemi pražského metra popsány tak, aby kdokoli, kdo bude chtít do tématu autonomie v kontextu fyzické bariérovosti vstoupit, měl základ, z něhož může vycházet, čerpat, pracovat s ním, přispívat k němu, či ho rozporovat.

Východiska formulují nové otázky. Například zda stavět metro, které nemá ostrovní nástupiště, přestože je to technicky možné. Je-li v důsledku tohoto řešení potřeba vést další trasy pro bezbariérový přesun, pak mohou být prostředky užití na výstavbu dvou výtahů k perónu využity pro výstavbu dvou výtahů, které by nabídly výstup v jiných ulicích a tím rozšířit bezbariérovou přístupnost mnohem komplexněji. Další otázkou pak je, zda je pomýšleno na výstavbu prostoru inkluzivního v nových stanicích, které jsou stavěny v době, kdy schopnost společnosti reflektovat hodnoty autonomie osob s postižením by při jejich plné integraci do přepravy měla být samozřejmá – můžeme počítat s tím, že s rozvojem města je myšleno i na rozvoj možností všech osob, které v něm žijí? Kromě již plánovaných úprav v infrastruktuře metra, se můžeme již brzy přesvědčit o tom, jak je na „design for all“ myšleno v tak velkém projektu, jako je výstavba metra D. Kdyby tato bakalářská práce měla možnost promluvit do věcí výstavby, nechtěla by přijít s prosbou, nýbrž s předpokladem. Předpokladem, že tematicke osobní autonomie již rozumíme lépe, že jsme ji jakožto vyspělá společnost schopni aplikovat do uvažování, plánování i jednání.

Ukazuje se, jak klíčový je zájem o osobní hledisko člověka s životní zkušeností ovlivněnou postižením a s aktivním životem ukotveným ve městě pro tvoření prostor přístupných – bezbariérových – inkluzivních. Bakalářská práce by toto hledisko chtěla nabídnout. Téma se zabývá střetem dvou světů – vnitřního světa jedince v pojetí osobní autonomie a světa velmi fyzicky determinovaného – světa architektonických bariér. Práce by chtěla hodnoty autonomie, jako jsou soběstačnost, samostatnost, sebeobsluha, sebepojetí, sebeurčení, seberealizace, rovnocennost a rovnoprávnost, nabídnout v novém kontextu a



zejména akcentovat jedno sdělení – všechny naplňované hodnoty osobní autonomie utvářejí tu největší a nejcennější – svobodu.

## 8. Seznam použité literatury

ČSN ISO 690

FILIPIOVÁ, Daniela. *Život bez bariér: projekty a rekonstrukce*. Praha: Grada, 1998, 101 s. : il., foto. ISBN 80-7169-233-6.

FISCHER, Slavomil a Jiří ŠKODA. *Speciální pedagogika: edukace a rozvoj osob se somatickým, psychickým a sociálním znevýhodněním*. Praha: Triton, 2008, 205 s. ISBN 978-80-7387-014-0.

FOJTÍK, Pavel. *Stanice pražského metra*. 1. vyd. Praha: Dopravní podnik hl. m. Prahy, 2020.

GREGORA, Martin. *Očkování a infekční nemoci dětí*. Praha: Grada, 2005, 125 s. : il. ; 21 cm. ISBN 80-247-1126-5. s. 25-26

HARTL, Pavel. *Stručný psychologický slovník*. Praha: Portál, 2004, 311 stran : ilustrace ; 21 cm. ISBN 80-7178-803-1.

HARTL, Pavel a HARTLOVÁ, Helena. *Psychologický slovník*. Praha: Portál, 2000. s. [3]. ISBN 80-7178-303

HENDL, Jan. *Kvalitativní výzkum: základní metody a aplikace*. Praha: Portál, 2005, 407 s. : il., tab. ; 22 cm. ISBN 80-7367-040-2.

KRHUTOVÁ, Lenka. *Autonomie v kontextu zdravotního postižení*. Boskovice: Ostravská univerzita v Ostravě v nakl. Albert, 2013, 243 s. : il. (některé barev.) ; 23 cm. ISBN 978-80-7326-232-7.

KVĚTOŇOVÁ, Lea, Iva STRNADOVÁ a Vanda HÁJKOVÁ. *Cesty k inkluzi*. Praha: Nakladatelství Karolinum, 2012, 167 stran : ilustrace. ISBN 978-80-246-2086-2.

MICHALÍK, Jan. *Zdravotní postižení a pomáhající profese*. Praha: Portál, 2011, 511 stran : ilustrace ; 24 cm. ISBN 978-80-7367-859-3.

NOVOSAD, Libor. *Tělesné postižení jako fenomén i životní realita: diskurzivní pohledy na tělo, tělesnost, pohyb, člověka a tělesné postižení*. Praha: Portál, 2011, 166 stran ; 20 cm. ISBN 978-80-7367-873-9.

PALLASMAA, Juhani. *Oči kůže: architektura a smysly*. Zlín: Archa, 2012, 85 s. : il. ; 20 cm. ISBN 978-80-87545-10-2.

SLOWÍK, Josef. *Inkluzivní speciální pedagogika*. Praha: Grada, 2022, 238 stran : ilustrace ; 21 cm. ISBN 978-80-271-3010-8.

SLOWÍK, Josef. *Komunikace s lidmi s postižením*. Praha: Portál, 2010, 155 s. : il. ; 23 cm. ISBN 978-80-7367-691-9.

SLOWÍK, Josef. *Speciální pedagogika*. 2., aktualizované a doplněné vydání. Praha: Grada, 2016, 162 stran ; 21 cm. ISBN 978-80-271-0095-8.

SÝKOROVÁ, Dana. *Autonomie ve stáří: kapitoly z gerontosociologie*. Praha: Sociologické nakladatelství SLON, 2007, 284 s. : il. ; 23 cm. ISBN 978-80-86429-62-5..

TITZL, Boris. *Postižený člověk ve společnosti: hledání počátků*. Praha: Univerzita Karlova, Pedagogická fakulta, 1998, s. 113. ISBN 80-86039-30-7. s. 113

RENOTIÉROVÁ, Marie a Libuše LUDÍKOVÁ. *Speciální pedagogika*. Olomouc: Univerzita Palackého, 2003, 290 s. : tab., obr. ISBN 80-244-0646-2.

VÍTKOVÁ, Marie. *Somatopedické aspekty*. 2., rozš. a přeprac. vyd. Brno: Paido, 2006, 302 s. : il. ; 23 cm. ISBN 80-7315-134-0.

VOTAVA, Jiří, Yvona ANGEROVÁ a Mária KRIVOŠÍKOVÁ. *Ucelená rehabilitace osob se zdravotním postižením*. Praha: Karolinum, 2003, 207 stran : černobílé ilustrace. ISBN 80-246-0708-5. s. 46-48

VYBÍRAL, Zbyněk. *Psychologie komunikace*. Vydání druhé. Praha: Portál, 2009, 319 stran : ilustrace. ISBN 978-80-7367-387-1. s. 31-35

## **Internetové zdroje, mezinárodní dokumenty:**

Bezpečné cesty: *Informativní dopravní značky* [online]. [cit. 2022-06-29]

Dostupné z: <https://www.bezpecnecesty.cz/cz/autoskola/dopravni-znacky/informativni-dopravni-znacky>

Evropský soud pro lidská práva: *Evropská Úmluva o ochraně lidských práv* [online]. Strasbourg, Francie: Council of Europe, [cit. 2022-04-03]. Dostupné z: [https://www.echr.coe.int/Documents/Convention\\_CES.pdf](https://www.echr.coe.int/Documents/Convention_CES.pdf)

Independent Living Institute (ILI): *What is Independent Living* [online]. [cit. 2022-04-11] Dostupné z: <https://www.independentliving.org>

LOHMUS, Katri: *Caring Autonomy: European Human Rights Law and the Challenge of Individualism* [online].

Cambridge, Spojené království: Cambridge University Press, 2015 [cit. 2022-05-06]. ISBN 9781107081772. 9781316319949.

Dostupné z: <https://web-p-ebSCOhost-com.ezproxy.is.cuni.cz/ehost/detail/detail?vid=0&sid=496fd238-50f7-4d8a-96d2-67002db29f85%40redis&bdata=JkF1dGhUeXBIPWlwLHN0aWImbGFuZz1jcyZzaXRIPWVob3N0LWxpdmUmc2NvcGU9c2l0ZQ%3d%3d#db=e000xww&AN=961364>

Mapa bariér, A: *Praxe* [online]. [cit. 2022-07-07]

Dostupné z: <http://www.mapabariet.cz/index.php/praxe>

Mapa bariér, B: *Komunikace pro chodce a vyhrazená stání* [online]. [cit. 2022-06-22]

<http://www.mapabariet.cz/index.php/praxe/priloha-c-2/1-komunikace-pro-chodce-a-vyhrazena-stani>

Meyra: *Invalidní vozíky* [online]. [cit. 2022-07-07]

Dostupné z: <https://www.meyra.cz>

Ministerstvo dopravy ČR: *Bezbariérovost* [online]. [cit. 2022-05-24]

Dostupné z: <https://www.mdcr.cz/Uzitecne-odkazy/Bezbarierovost>

Mezinárodní klasifikace nemocí (MKN-10): *G80-G83 – Mozková obrna a jiné syndromy ochrnutí* [online]. 1.1. 2022 [cit. 2022-07-08]

Dostupné z: <https://mkn10.uzis.cz/prohlizec/G80.0>

Národní muzeum: *Návštěva objektů* [online]. [cit. 2022-06-14]

Dostupné z: <https://www.nm.cz/navstivte-nas/narodni-muzeum-bez-barier/navsteva-objektu>

Ombudsman – Veřejný ochránce práv: *Monitorování práv lidí s postižením* [online]. [cit. 2022-05-28]

Dostupné z: <https://www.ochrance.cz/pusobnost/monitorovani-prav-osob-se-zdravotnim-postizenim/>

OPATŘILOVÁ, Dagmar a Dana ZÁMEČNÍKOVÁ: *Podpora rozvoje hybnosti osob s tělesným postižením* [online].

Brno: Pedagogická fakulta Masarykovy Univerzity, 2014. [cit. 2022-03-22].

ISSN

1802-128X

Dostupné z: <https://is.muni.cz/do/rect/el/estud/pedf/ps14/hybnost/web/index.html>

The Borgen Project: *Wheelchairs & The Developing World* [online]. [cit. 2022-05-24]

Dostupné z: <https://borgenproject.org/what-could-the-wheelchair-do-for-the-developing-world/>

Vláda České republiky: *Vládní výbor pro osoby se zdravotním postižením* [online]. [cit. 2022-10-06] Dostupné z: <https://www.vlada.cz/cz/ppov/vvozp/uvod-vvozp-17734/>

Vládní výbor pro osoby se zdravotním postižením: *Národní plán podpory rovných příležitostí pro osoby se zdravotním postižením na období 2021-2025* [online]. Praha: Úřad

vlády České republiky; Sekretariát Vládního výboru pro osoby se zdravotním postižením,  
2020. ISBN 978-80-7440-255-5

### **Vnitrostátní předpisy:**

Ústavní zákon č. 2/1993 Listina základních práv a svobod

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

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

## 9. Příloha 1: Informovaný souhlas k provedení výzkumné části bakalářské práce

Výzkumná část této bakalářské práce je prováděna Matějem Šimíčkem. Jejím obsahem je práce mimo přirozené podmínky – v předem smluveném terénu stanic pražského metra, za předem dohodnutých podmínek nehrazené osobní asistence provedené vykonavatelem výzkumné části bakalářské práce, v předem dohodnutých termínech a časech a to po dobu 7 měsíců od listopadu roku 2021 do června roku 2022. Reflektivní rozhovory, užití fotografií z terénu metra a citace záznamů ze společné práce jsou tímto dokumentem stvrzeny.

Účastníkem výzkumu je osoba: JUDr. Ivana Marešová

Já níže podepsaný/-á potvrzuji, že

- a) jsem se seznámil/-a s informacemi o cílech a průběhu výše popsaného výzkumu (dále též jen „výzkum“);
- b) dobrovolně souhlasím s účastí své osoby v tomto výzkumu;
- c) rozumím tomu, že se mohu kdykoli rozhodnout ve své účasti na výzkumu nepokračovat;
- d) jsem srozuměn s tím, že jakékoliv užití a zveřejnění dat a výstupů vzešlých z výzkumu nezakládá můj nárok na jakoukoliv odměnu či náhradu, tzn. že veškerá oprávnění k užití a zveřejnění dat a výstupů vzešlých z výzkumu poskytují bezúplatně.

Zároveň prohlašuji, že

- a) souhlasím se zveřejněním anonymizovaných dat a výstupů vzešlých z výzkumu a s jejich dalším využitím;
- b) souhlasím se zpracováním a uchováním osobních a citlivých údajů v rozsahu v tomto informovaném souhlasu uvedených ze strany Univerzity Karlovy;
- c) jsem seznámen/-a se svými právy týkajícími se přístupu k informacím a jejich ochraně podle § 12 a § 21 zákona č. 101/2000 Sb., o ochraně osobních údajů a o změně některých zákonů, ve znění pozdějších předpisů, tedy že mohu požádat Univerzitu Karlovu v Praze o informaci o zpracování mých osobních a citlivých údajů a jsem oprávněn/-a ji dostat a že mohu požádat Univerzitu Karlovu v Praze o opravu nepřesných osobních údajů, doplnění osobních údajů, jejich blokaci a likvidaci.

Výše uvedená svolení a souhlasy poskytují dobrovolně na dobu neurčitou až do odvolání a zavazují se je neodvolat bez závažného důvodu spočívajícího v podstatné změně okolností.

Vše výše uvedené se řídí zákony České republiky, s výjimkou tzv. kolizních norem, a bude v souladu s nimi vykládáno, přičemž případné spory budou řešeny příslušnými soudy v České republice.

Potvrzuji, že jsem převzal/a podepsaný stejnopis tohoto informovaného souhlasu.

Dne:

Podpis:

## 10. Příloha 2: Rozhovor

Rozhovor s figurantkou výzkumné části bakalářské práce, JUDr. Ivanou Marešovou.

Úvodem bych se tě rád zeptal na tematiku autonomie – jak vnímáš termíny samostatnost, sebepojetí a sebeobsluha. Začneme tématem samostatnosti.

*To je samozřejmě velmi složitá otázka pro člověka, který má takové postižení, jako mám já, tedy kvadruplegie. Čili vlastně svoje tělo vnímá jako svoje, ale musí spolupracovat zcela spontánně a přirozeně s jiným tělem, které mu pomáhá, protože hybnost vlastního těla je omezená. Třeba v patnácti letech v pubertě tohle řeší, a je z toho hodně smutný, takový človíček. Ale mně už dávno patnáct a osmnáct bylo, já už to mám vyřešené. Takže co se týče samostatnosti, tak samostatnost beru jako důležitý pojem z oblasti rozhodování. Netrápím se tím, že nemůžu všechno udělat sama, ale potřebuji o tom důležitém rozhodnout. Když si tohle uvědomím a když tuhle možnost mám, tak to beru jako samostatné rozhodnutí, i když ve vykonání toho rozhodnutí mi musí pomáhat někdo jiný fyzicky.*

Co pro tebe je autonomie – co pro tebe znamená a jak ji vnímáš? Jak vnímáš autonomii v kontextu bezbariérovosti?

*Autonomie, to je vlastně otázka sebevnímání, já jsem se se svým tělem smířila, přizpůsobila jsem se možnostem, vnímám ho jako samostatné, i když potřebuji asistenta ke svému životu téměř neustále. A proto potřebuji svoje vlastní tělo dostat tam, kam potřebuju. V této souvislosti je hrozně důležitá právě bezbariérovost, protože bezbariérovost umožní nejenom mysl přenést a mysl realizovat, ale dostat se fyzicky třeba na koncert, dostat se do práce, dostat se za zábavou, dostat se do lesa...*



Čili tě bezbariérovost propojuje s aktivním životem...

*Ano, já potřebuju mít pocit, a je pro mě důležité, aby to pohybování s mým tělem, s mojí osobou fyzicky, nebylo příliš náročné i z toho hlediska nároků na fyzickou asistentů a asistentek. Takže proto je bezbariérovost nezbytně nutná a vždycky budu chtít na důležitých místech, pro svůj životní pocit a pro svoje rozhodování, být sama a samostatně se tam rozhlédnout. Vždycky se radši rozhlédnu svými vlastníma očima, než bych si to třeba nechala vyfotit a podívala se na fotky. Proto považuju za zcela samozřejmé a důstojné se zabývat architektonickými bariérami, protože jsou věci, které jsou nepřenosné.*

Ty jsi mi tím už vlastně odpověděla i na vnímání aktivního života, tak otázku posunu – jak vnímáš městskou hromadnou dopravu jakožto prostředek naplňování aktivního života?

*Ano, to je nezbytně nutné pro mě, protože já se potřebuju cítit jako člověk, nikoli jako zavazadlo, které se s obtížemi a s vědomím rizika dostane na určité místo. Čili je potřeba mít kvalitní bezbariérovou dopravu a řidiče jak v metru, tak v autobusech a tramvajích, kteří mají respekt k asistentům i k cestujícím na vozíku. O čem mluvím – podmínkou pro zajištění bezbariérovost je ve většině pražských prostředků použití plošiny, proto by to mělo být obecné pravidlo.*

Takže řidič by dnes měl být trošku informovaný...

*Ano, spojení vozík a plošina by mělo být automatické a mě se fakt nelíbí, že spousta lidí, hlavně mezi paraplegiky, nechtějí o plošinu žádat, tak vlastně většina řidičů se to naučila vnímat jako nadbytečnost.*

Ano, takže je to pak projev dobré vůle řidičů, když plošinu vysunou...

*Ano, ale to není v pořádku, protože ten důsledek pro chybu, která může být z pohledu objektivního malinká, může být obrovský u různých postižení. Třeba u člověka, který má lomivost kostí, nebo má myopatii, tam je třeba zacházet velmi pečlivě, citlivě, tam neopatrný pohyb může znamenat zborcení celého těla. Mně se stalo xkrát, naštěstí je to už doba, která uplynula, už se to nestává tak často, že mě ten řidič nerespektoval a nerespektoval ani asistentku ani asistenta, tu plošinu nedal a rozhodl se sám použít svých vlastních sil a hodil mě do vozu. Ale mohlo dojít k velkému problému, protože použil takovou rychlost a razanci, že já jsem se málem předklonila a vypadla.*

A jak tedy přistupovat k laické pomoci, jaká řešení požadovat?

*Protože nemůžeme chtít, aby řidiči rozeznávali myopatii od kvadruplegiků, kteří mají mozkovou obrnu a ještě od paraplegiků, kteří jsou pevní, mají pevné ruce a mohou se držet a mají tím pádem i někde jinde i těžiště, tak by se mělo velmi dbát na to, aby opravdu standard byl plošina, bez ohledu na to, kde řidič zastaví a kolik místa to zabere, jestli zajede k chodníku nebo ne. Prostě dát plošinu a na víc se neptat. V přepravních podmínkách, které jsem kvůli tomu studovala, je cestující na vozíku, nikoli na elektrickém. Tyhle problémy, které popisují, se týkají mechanického vozíku. Protože ti řidiči si neuvědomují, že rozdíl v těžišti je samozřejmě jiný u kočárku a u vozíku. A ještě se to liší podle toho, kdo na tom vozíku sedí. Takže na tohle je potřeba apelovat – a to je právě ten moment, když jsme mluvili o té autonomii, který mi ten pocit autonomie narušuje. Protože já mám právo, bez ohledu na to, co potřebuji a jaký mám handicap a jaká jsou rizika, tak mám právo při nástupu a při výstupu a při cestě se cítit naprosto bezpečně a důstojně. A tenhle poslední pojem, důstojnost, je totálně narušovaný tím, když nastupujete někde do tramvaje a ten řidič se s vámi dohaduje. Přestože nechcete, tak vás nakonec vezme vzadu za říditka vyhodí do toho vozu*

*sám. To považuji za neskonalou drzost a narušení integrity obrovského významu a obrovského rozsahu. Proto radši cestuji metrem, protože tam tenhle problém není.*

Děkuji za krásný informační oblouk vzhledů a zkušeností.

Proveďme závěrečné reflektivní zhodnocení zkušeností s bezbariérovou obsluhou metra, s jeho užíváním, s jeho klady i zápory.

*Já mám moc ráda Céčko. Červená linka je hrozně fajn, protože tam jsou už všechny vozy nové, kde neexistuje takové nebezpečí při nástupu. Ta mezera mezi nástupištěm a vstupem do vozu je malá.*

A není tam tyč s madlem mezi dveřmi, jako u linky B...

*Béčko je problém, protože tam jsou staré sovětské vozy a mezera je obrovská. A proč o tom mluvím – v tom je velká souvislost mezi zručnostmi asistenta a možnostmi, které poskytuje ten dopravní prostředek, protože já musím vždy vědět, kudy jedu, abych věděla, že ten člověk, který mě provází, ztn. spojuje moje tělo s tím prostorem a pomáhá mi realizovat pohyb, že ten člověk to zvládne tak, aby tam nebylo riziko. Vždycky, když odcházím z bytu, tak musím vědět, že člověk je zacvičený a ví co má udělat. Že stačí jednoslovný pokyn a on ví, jak se zachovat. Že mě s vozíkem například naklopí a nevyklopí, což se mi taky už několikrát stalo. Takže to má velkou souvislost s integritou a sebejistotou.*

Jaký máš k metru vztah?

*Metro mám moc ráda, protože tam je těch rizik nejméně. I co se týče techniky jízdy. Protože třeba v autobusu a v tramvaji hodně záleží na tom, kdo jak brzdí. Moje tělo totiž moc pevné není, když se příliš nakloní, může dojít k pádu.*

Trasy C i B jsme si tedy řekli. Jak hodnotíš Muzeum A, které má vstup mezi Národním muzeem a bývalou budovou Federálního shromáždění? Jak hodnotíš revitalizaci? (úprava: Historická budova Národního muzea a Nová budova Národního muzea)

*Tam si myslím, že to je v pořádku technicky, ale je to nešťastné ve vzdálenosti, protože jednak je to z ruky a jednak je to velmi náročný terén*

Ano, přestupová trasa je dlouhá a nepřehledná.

*Je potřeba vědět spoustu věcí dopředu a ne každý asistent to zvládne.*

A když se člověk ocitne na přestupu, tak sice má jednoduchou informaci o tom, kam má dojít, ale v mapě, která není v měřítku, takže nemusí tušit, jak moc se projde a že projde několik přechodů a k tomu nějaké metrové převýšení.

*Pro člověka, který není Pražan a denně se nepohybuje v metru, tak je toto cestování velmi složité.*

Anebo pro paraplegika, který by se vydal na základě plánek dostupných na webu Dopravního podniku na cestu sám a pak až na místě zjistil, co musí překonat. A v jakém sklonu. Mohl by být překvapený...

Ve stanici Muzeum musíme pominout vestibul, stejně tak na Můstku. Vestibul se mívá, takže se dostáváme rovnou z uliční úrovně k perónu metra. Jak hodnotíš novější výtahy, které obsluhují právě ten Můstek?

*Tam je to nejmodernější a tam bych pochválila, že jsou ty výtahy dva. Myslím, že to je výhodné. A trochu to odlehčíme, já mám výtahy ráda, i protože to je takzvané místo pro integraci v mém pojetí, protože se tam potkám se spoustou lidí, kteří výtahy vůbec nepotřebují, z mého pohledu. Takže si myslím, že to dělají proto, že jako vedlejší produkt je seznámení s někým, kdo má problémy a pohybuje se na vozíku.*

Nebudeme předpokládat, že cílem užití výtahů lidmi kteří, nemají takovéto problémy je jenom pohodlí, ale skutečně jim jde o to seznámit se s někým ve výtahu.

*Ano, řekněme že cílem je přidaná hodnota.*

Jak po všech výjezdech hodnotíš Florenc?

*Tam je to trošičku potíž, tam jsou dva výtahy, přestupová chodba a chystá se přestavba na rok a půl a nebude přístupný, to je další potíž.*

Čili ještě nevíme, jaký bude nový výchozí stav. Ten výtah, který je blíže ÚANu, je nejmenší, se kterým jsme jeli. A bohužel žádný z výtahů nás nedopraví k autobusovému nádraží. Situovanost je zvláštní

*Je velmi zvláštní, jaké jsou z dopravního pohledu priority. Daleko víc by se mělo při přípravě dalších tras metra přemýšlet a spolupracovat s konkrétními lidmi na vozíku. V týmu by měl být někdo, kdo používá asistenta pro dopravu, měl by tam být kvadruplegik, protože ty podmínky jsou úplně jiné.*

Jak hodnotíš bezbariérovost výtahů?

*...Je problém s elektrickým vozíkem, když bezbariérovost dočasně zmizí, když přestanou fungovat výtahy. Další faktor je nejednotnost ovládacích prvků výtahů. Obrovským problémem je informovanost o poruchách, o tom jsme mluvili, nebo o změnách na trase, protože když vozíčkář jakéhokoli typu dojede k výtahu, který nefunguje, tak dostat se někam jinam, je pro něj přinejmenším časová ztráta. Kdyby měl správnou informaci včas, tak by k té časové ztrátě nedošlo. Časová ztráta může znamenat v konkrétním případě i dehonostující prvek v životě člověka, protože odpovědný dospělý člověk na vozíku se nedostane do práce včas. Nedostane se třeba v konkrétním individuálním případě k soudu, kde zastupuje, včas. To může vést k tomu, že se člověk bude vyhýbat cestování a bude všude hlásit: „já nikam nepojedu, já jsem vozíčkář“.*

Tedy postup fyzické bariéry do psychické bariéry.

*Přesně tak. Člověk, který na vozíku žije, nemá problém s tím vozíkem, ale s možností pohybu na vozíku. Já nechci, aby mi můj vozík překážel v tom, co dělám a jak žiji, proto je ten pohyb na vozíku důležitý. Proto jsou důležité bezpečné cesty, přístupné vozy a přístupné výtahy. Protože vozík nejsou boty, ale jsou to nohy, kterých se prostě nezbavíte.*