

Univerzita Palackého v Olomouci  
Fakulta tělesné kultury

Vybrané ukazatele základního zdravotního profilu  
sportovců – lyžařů Speciálních olympiád ČR  
Bakalářská práce

Autor: Mgr. Radka Kopecká, Aplikované pohybové aktivity  
Vedoucí bakalářské práce: Prof. PhDr. Hana Válková, CSc.  
Olomouc 2015

**Jméno a příjmení autora:** Radka Kopecká

**Název bakalářské práce:** Vybrané ukazatele základního zdravotního profilu sportovců – lyžařů Speciálních olympiád ČR

**Pracoviště:** Katedra aplikovaných pohybových aktivit

**Vedoucí bakalářské práce:** Prof. PhDr. Hana Válková, CSc.

**Rok obhajoby:** 2015

**Abstrakt:** Cílem této práce je, charakterizovat osoby s mentálním postižením, zaměřit se na témata, která souvisí s jejich životním stylem a na pozadí Speciálních olympiád zjistit a statisticky zpracovat jejich zdravotní stav, vztah ke sportovní aktivitě a komunikační dovednosti. Výzkum probíhal na zimních hrách Speciálních olympiád v rámci projektu Zdravý sportovec. Účastníků projektu bylo osmdesát sedm ve věku 8-64 let, kteří jsou členy klubů Českého hnutí speciálních olympiád (ČHSO). Výsledky jsou slovně vyhodnoceny graficky zpřehledněny ve druhé části bakalářské práce. Výsledky ukázali, že sportovci nemají výrazné zdravotní problémy a omezení ve sportovní aktivitě a sportování se věnují téměř pravidelně. Objevují se ve výsledcích výjimky a je nutné přistupovat ke sportovcům individuálně. Dle statistiky však byly zjištěny spíše kladné výsledky u dotazovaných sportovců. Co se týče komunikativních schopností sportovců, většina z nich byla schopna na otázky odpovídat sama a jejich odpovědi byly věrohodné. U některých se objevily potíže s porozuměním otázce týkající se zdravotních problémů a stretchingu. Za pomoci doprovodu a trenéru však byly všechny otázky zodpovězeny.

**Klíčová slova:** mentální postižení, kvalita života, sport, volný čas, zdraví, komunikace, Special olympics, Healthy Athletes (Zdravý sportovec)

**Author's first name and surname:** Radka Kopecká

**Title of the thesis:** Selected indicators of basic health profile

**Department:** Department of adaptive physical activities

**Supervisor:** Prof. PhDr. Hana Válková, CSc.

**The year of presentation:** 2015

**Abstract:** The aim of this work is to characterize people with mental disabilities, focusing on topics related to their lifestyle and the background of the Special Olympics and statistically processed to determine their health status, relationship to sport activity and communication skills. The research was conducted at the Special Olympics Winter Games in the project Healthy athlete. Project participants were eighty-nine aged 8-64 years who are members of the Czech Special Olympics Movement (ČHSO). The results are evaluated graphically verbally clarifying in the second part of the thesis. The results showed that athletes have significant health problems and limitations in sports activity and sports are devoted almost regularly. There are exceptions in the results and is required to access individual athletes. According to statistics, however, were found more positive results among those surveyed athletes. Regarding the communicative skills of athletes, most of them were able to answer questions themselves and their answers were plausible. For some there were difficulties in comprehension question regarding health issues and stretching. With the help of escorts and coaches However, all questions are answered.

**Key words:** mental disability, quality of life, sport, leisure, health, communication, Special Olympics, Healthy Athletes

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci zpracoval samostatně s odbornou pomocí prof. PhDr. Hany Válkové, CSc., uvedl všechny použité literární zdroje a řídil se zásadami vědecké etiky.  
V Olomouci dne 9. 1. 2015

.....

Děkuji prof. PhDr. Haně Válkové, CSc. za pomoc a cenné rady, které mi poskytla při zpracování bakalářské práce a sportovcům, co se účastnili programu HA a jejich trenérům.

# Obsah

<b>1</b>	<b>ÚVOD</b> .....	<b>7</b>
<b>2</b>	<b>STAV SOUČASNÝCH POZNATKŮ K TÉMATU</b> .....	<b>9</b>
2.1	Mentální postižení .....	9
2.2	Klasifikace stupňů mentálního postižení .....	9
2.3	Člověk s mentálním postižením .....	10
2.3.1	Sebeurčení .....	11
2.4	Kvalita života osob s mentálním postižením .....	11
2.4.1	Činitele kvality života .....	13
2.4.2	Zdraví .....	14
2.5	Sportovní aktivity a volný čas osob s mentálním postižením .....	16
2.5.1	Sportovní aktivity a volný čas .....	16
2.5.2	Využívání volného času a sportovních aktivit osob s MP .....	16
2.5.3	Význam sportovních aktivit pro mentálně postižené .....	17
2.6	Komunikace osob se zdravotním postižením .....	18
2.6.1	Komunikace .....	19
2.6.2	Komunikace pomocí systému AAK .....	21
2.6.3	Komunikace osob s MP .....	23
<b>3</b>	<b>SPECIÁLNÍ OLYMPIÁDY (SO)</b> .....	<b>26</b>
3.1	Charakteristika Speciální olympiády .....	26
3.2	SO jako součást olympijských soutěží .....	29
3.3	České hnutí speciálních olympiád (ČHSO) .....	30
3.4	Srovnání sportovního hnutí Inas – FID a SOI .....	30
3.5	Historie Speciálních olympiád ve světě a u nás .....	32
3.6	PROJEKT HEALTHY ATHLETES (Zdravý sportovec) .....	34
3.7	Jednotlivé oblasti vyšetření .....	34
3.7.1	FUN Fitness (zábavná zdatnost) .....	34
3.7.2	Healthy Promotion (Podpora zdraví) .....	35
3.7.3	Fit Feet (Zdatná noha) .....	35
3.7.4	Healthy Hearing (Zdravý sluch) .....	36
3.7.5	Med Fest (Sportovní fyzikální vyšetření) .....	36
3.7.6	Opening Eyes (Otevřené oči) .....	36

3.7.7	Special Smiles (Speciální úsměv) .....	36
<b>4</b>	<b>CÍLE PRÁCE A VÝZKUMNÉ OTÁZKY .....</b>	<b>37</b>
<b>5</b>	<b>METODIKA .....</b>	<b>38</b>
5.1	Participantí.....	38
5.2	Použité metody .....	39
5.3	Statistické zpracování .....	40
5.4	Postup výzkumné práce .....	40
<b>6</b>	<b>VÝSLEDKY.....</b>	<b>41</b>
6.1	Užívání kompenzačních pomůcek.....	42
6.2	Nemoc nebo zranění ovlivňující výkon.....	43
6.3	Průměrná fyzická aktivita (pohybová aktivita) .....	44
6.4	Aktivity, které obvykle provozujete .....	46
6.5	Máte nepravidelný sportovní program? Pokud ano, proč?.....	47
6.6	Pravidelnost protahování respondentů.....	47
6.7	Komunikace se sportovci Speciálních Olympiád .....	49
<b>7</b>	<b>DISKUZE.....</b>	<b>51</b>
<b>8</b>	<b>ZÁVĚR.....</b>	<b>52</b>
<b>9</b>	<b>SOUHRN.....</b>	<b>54</b>
<b>10</b>	<b>SUMARY .....</b>	<b>56</b>
<b>11</b>	<b>REFERENČNÍ SEZNAM .....</b>	<b>58</b>
<b>12</b>	<b>PŘÍLOHY .....</b>	<b>61</b>

## 1 ÚVOD

Zkusili jste se někdy vcítit do kůže postiženého člověka? Není to těžké, stačí si jen zacpat uši nebo zavřít oči, můžete si vyzkoušet, jak vnímá svět člověk na vozíčku nebo člověk, co se nemůže pohybovat. Ale jen těžko si můžete namodelovat situaci, jak se cítí člověk s mentálním postižením (Regec, 2012). Lidé často nevědí, jak přistupovat k osobám s MP, mnohdy se bojí komunikace s nimi a spíše projevují lítost, než zájem o komunikaci. Proto vznikají mýty o těchto lidech a ty se stávají pro laickou veřejnost fakty.

Málokdo ví, že i lidé s postižením si rádi povídají, chodí do společnosti, mají svá tajná přání, své zájmy a také životní cíle.

Každý člověk očekává, že jeho život bude splňovat určitou kvalitu. Řada lidí kvalitu života spojuje hlavně s uspokojováním základních potřeb, s dosažením jisté ekonomické úrovně, se získáním očekávané úrovně vzdělání a uplatněním na trhu práce.

Pro řadu lidí je ale život mnohem komplikovanější a kvalita jejich života je ovlivněna mimo jiné problémy, které vyplývají ze skutečnosti, že patří do kategorie osob se speciálními potřebami. Tito lidé mají také nárok na to, aby jejich život dosahoval nejvyšší možné kvality (Ludíková, 2013).

Na počátku jakékoli činnosti člověka je vnitřní potřeba seberealizace, člověk se snaží na tomto světě zanechat nějakou stopu, dobývá velehory, vysazuje lesy, překonává rekordy a tím přispívá k naplnění svého života. Tak jako může být pro zdravého a trénovaného člověka úspěchem dobytí hory, pro druhého, který je nějak zdravotně znevýhodněn, je často stejný úspěch přeplavání bazénu, zvládnutí pár kroků apod.

Dosahování životních cílů není pouze v zájmu intaktní populace, ale také zdravotně postižení, si chtějí splnit své sny, cíle a dosáhnout úspěchů jako jiní. Mnohdy potřebují jen vhodnou kompenzaci, socializaci, inkluzi a samozřejmě možnost si svůj životní cíl splnit (Plášek, 1998).

Společenský vývoj v posledních letech však výrazně posunul nejen potřeby samotných zdravotně nebo sociálně znevýhodněných osob, ale zcela přirozeně vyžaduje kvalitativní změny v oblasti nabídky služeb těmto jedincům (Renotierová, 2004).

Ve své práci se zaměřím právě na problematiku těchto témat. Mým cílem je, nejen přiblížit čtenářům mentální postižení, ale samotné osoby s tímto znevýhodněním a možnostmi, kterými lze pomoci jejich seberealizaci a socializaci.



V první části bakalářské práce se budu věnovat charakteristice mentálního postižení a dále kvalitě života, sportování, volnému času a komunikaci osob právě s tímto znevýhodněním. Následně navážu na sport mentálně postižených a budu se věnovat popisu Speciálních olympiád a projektu Zdravý sportovec, díky kterým jsem mohla uskutečnit svůj výzkum, který bude ve druhé části této bakalářské práce.

Výzkumná část se opírá o unifikované dotazníky FUNfitness, které byly vytvořené právě pro zmiňovaný projekt Zdravý sportovec. Dotazníky se týkají témat užívání kompenzačních pomůcek, nemocí a zranění, sportovních aktivit a stretchingu účastníků Speciálních olympiád. Získaná data budou statisticky zpracována a výsledky zřehledněny v grafické podobě se slovním hodnocením.

Tato práce má sloužit jako studijní materiál pro studenty speciálně pedagogických oborů či tělesné kultury, rodičům dotazovaných respondentů, ale také pro všechny, kteří mají zájem blíže poznat osoby s mentálním postižením.

## 2 STAV SOUČASNÝCH POZNATKŮ K TÉMATU

### 2.1 Mentální postižení

Podle Lečbycha (2008) můžeme tento termín z doslovného překladu chápat, jako duševní zpomalení či zaostávání. Dle světové zdravotnické organizace (WHO) se jedná o postižení, které u jedinců vykazuje nižší tempo učení, dle škály IQ je to pod 80 a jsou dále diagnostikováni, jako osoby s mentálním postižením. Takovéto postižení je asi u 3% lidí ve světě, v mírnějším pásmu je to 60%, ve středním je to 30% a 10% v těžkém pásmu (Válková, 1998). Kromě termínu mentální postižení se používají i další termíny jako mentální retardace atd. (více se můžete dočíst v publikacích Pipeková, 2006, Valenta & Müller, 2007), ale dnes se již tolik nepoužívají nebo byly zcela vypuštěny z psychopedické terminologie, protože se stávají společensky nepřijatelné, z nabývajících pejorativního zabarvení. To, co původně bylo označeno za terminus technicus, se postupem času stalo nadávkou. U pojmu mentálně retardovaný se proto doporučuje používat osoba s mentálním postižením, přičemž mentální retardace je stále mezinárodní terminus technicus (Valenta & Müller, 2007).

V odborné literatuře je pojem „postižení“ definován jako *„částečné nebo úplné omezení schopnosti vykonávat některou činnost či více činností, které je způsobeno poruchou nebo dysfunkcí orgánu“* (Lečbych, 2008). Lečbych (2008) také píše, že postižení je chápáno jako neutrální fakt a teprve postoje a hodnoty společnosti z něj vytvářejí sociální znevýhodnění, tedy tzv. „handicap“. Zda člověk bude nebo nebude handicapován, tedy záleží na postojích společnosti k jeho postižení (Lečbych, 2008). Mentální postižení má různou etiologii a záleží vždy na včasné a kvalitní diagnóze a následné péči. Znalost této problematiky ve SO je nutná, jelikož souvisí s přístupem ke sportovci, odpovědností trenéra a dalších účastníků olympiády (Válková, 1998).

### 2.2 Klasifikace stupňů mentálního postižení

K určení hloubky mentálního postižení lze použít inteligenční kvocient, který ukazuje na úroveň rozumových schopností. U nás se ke klasifikaci používá 10. revize mezinárodní statistické klasifikace nemocí (MKN-10, mezinárodní označení IGD-10) vydaná WHO v roce 1992. Dle ní rozlišujeme (Zvolský, 1996):

- Druh postižení  
F 70-79 mentální postižení
- Stupně postižení  
F 70 Lehké mentální postižení (IQ 69-50)  
F 71 Středně těžké mentální postižení (IQ 49-35)  
F 72 Těžké mentální postižení (IQ 34-20)  
F 73 Hluboká mentální retardace (IQ 19 a níže)  
F 78 Jiné mentální postižení  
F 79 Nespecifikované mentální postižení  
Kromě stupně rozlišujeme v kódu i postižené chování a to přidáním číslice za tečku s číslicí, vyjadřující stupeň postižení:  
0 – žádné či minimální postižené chování (F 71.0)  
1 – výrazně postižené chování (F 71.1)
- Typ mentálního postižení  
Eretický – nestabilní, dráždivý, výbušný, neposedný, ...  
Torpidní – apatický, uzavřený, nekomunikativní, netečný, ...  
Nevyhraněný  
(Pipeková et. al., 2010)

### 2.3 Člověk s mentálním postižením

Příčiny, které vedou k mentálnímu postižení, mohou být různé. Jedná se o genetické vlivy, další příčinou může být prenatální poškození plodu, perinatální poškození dítěte nebo časné postnatální poškození dítěte. Hledat příčinu mentálního postižení je však mnohdy velmi obtížné a podle Švarcové, žádný viník ani prostá a snadno zjistitelná příčina obvykle neexistují. K postižení může vést řada příčin, které se různě prolínají a spolupůsobí, ve výzkumu příčin vzniku MP se vždy objevovala dědičnost, prostředí a výchova (Švarcová, 2003).

Ať postižený člověk nebo bez postižení, každý bez rozdílu, je osobnost a individualita, projevuje se určitým způsobem a vyniká typickým charakterem a vlastnostmi. Je těžké tedy popsat člověka s mentálním postižením, nicméně lze u těchto osob najít jisté specifičnosti. Mnoho publikací tyto osoby popisuje jako nesamostatné a spíše popisuje jejich nedostatky. Avšak ne vždy,

je příčinou nesamostatnosti, samotné postižení, ale mnohdy je to vliv sociálního prostředí a specifčnost podmínek, ve kterých lidé s mentální retardací vyrůstají a žijí (Lečbych, 2008). Dolejší (1978) se na člověka s mentálním postižením dívá z pohledu kognitivních funkcí. Tvrdí, že právě ty jsou hlavním specifikem mentálního postižení. Podle postižení kognitivních funkcí se dále odvíjí další souvislosti, které vedou k vytvoření osobnosti. Dochází zde k nedostatkům v oblasti percepce, které však můžeme zmenšovat či odstraňovat díky speciálně pedagogickým metodám a přístupům. Jsou to problémy v oblasti pozornosti, kterou lze ovlivnit okolním prostředím a přístupem, dále podmětový stereotyp, který vede k větší pasivitě a menší zvědavosti, paměť, představitivost, emotivita a mohla bych pokračovat. Vzhledem k tomu jsou tyto lidé závislí již od začátku svého vývoje na jiné osobě a informace se jim dostávají skrze tyto osoby. Musíme si však uvědomit, že žijí v různých prostředích a to má přirozeně vliv na jejich osobnost.

Nemůžeme tedy tvrdit, že existuje přesná charakteristika osob s mentálním postižením a ani je nelze zařazovat do stejné skupiny. Řada osob s MP může ovládat jisté sociální dovednosti, být známou osobností, sportovcem či vynikat jinými přednostmi. Proto není možné, abychom srovnávali osoby se stejnou úrovní MP, pokud jedna žije v ústavu sociální péče a druhá v rodině. V tomto případě můžeme říci, že velmi důležité v životě MP jedince je, sebeurčení neboli self-determination (Lečbych, 2008).

### **2.3.1 Sebeurčení**

Na sebeurčení se můžeme dívat v různých rovinách. Wehmeyer, Kelchner a Richards (1996) aplikovali tento koncept sebeurčení na osoby s MP a definovali ho, jako hybná síla v životě člověka, která úzce souvisí s jeho rozhodováním, volbou a kvalitou života. K tomu, aby člověk mohl dosáhnout sebeurčení, měl by být schopen autonomie, sebeovládání, psychologického zplnomocnění a seberealizace (Lečbych, 2008).

## **2.4 Kvalita života osob s mentálním postižením**

Každý člověk usiluje o to mít dobrý život, prožít jej bez nedostatku, bez starostí a příjemně. Kriteria pro posouzení, zda život je či není kvalitní, mohou být velmi různorodá. Vnímání kvality života nemusí být jednoznačné a shodné u všech lidí. Právě v tomto ohledu, lze uvést pohled na svět a vlastní život u lidí, kteří překonali nebo musí se vyrovnávat s těžkou či dokonce nevléčitelnou chorobou nebo se smiřují s trvalými zdravotními následky např. po autohavárii. Z vnějšku se jejich

situace může jevit jako problematická, neradostná, ale oni sami to mohou vidět v odlišném světle. Nutnost vyrovnat se s životní krizí změnila totiž jejich postoj k životu, zapříčinila změnu žebříčku hodnot a zdůraznila mezi nimi ty, které předtím nezaujímaly v jejich životě důležité místo (Slepičková, 2005, s. 38).

Michalík (in Renotierová&Ludíková, 2004) se na kvalitu života MP dívá z pohledu přístupu a péče společnosti o zdravotně postižené během historického vývoje a popisuje, jak se tento přístup měnil a v podstatě byl ukazatelem priorit, hodnot, zaměření a vnitřního života dané společnosti. Podle Sováka (1975) se dá obecně hovořit o čtyřech fázích vztahu společnosti k postiženým. Jde o stádium represivní, zotročovací, charitativní a socializační. Toto třídění však přineslo jeden zásadní problém. Lidé, kteří nejsou vzdělaní v oblasti speciální pedagogiky, dochází k závěru, že podmínky života zdravotně postižených se s každým stádiem lidské společnosti automaticky zlepšuje. Názor většiny společnosti je, že život zdravotně postiženého člověka, v dnešní době, musí být zcela bez problémů (Renotierová, Ludíková et. al., 2004).

Kuja (in Renotierová, 2004) uvažuje o kvalitě života jako o pocitu štěstí, spokojenosti a zdraví. Problém, postižení, porucha, nemoc a jejich důsledky se potom zásadně odráží na kvalitě života člověka. U získaného postižení vede k inventuře dosavadního života, který nemusel být optimální, nová situace však vede k jeho prověření a změnám i u ostatních členů rodiny. Zvládání těžkého osudu je zkouškou jak pro člověka samotného, tak i pro jeho sociální okolí. Osoby s trvalým postižením se dostávají do situace, kdy mají své sny a potřeby, které často nejsou naplněny. Důsledky postižení mohou totiž omezovat jedince i jeho rodinu v takových aktivitách, které jsou spojeny s očekáváním radosti a spokojenosti, jako jsou vztahy, kultura, sport atd. (Renotierová, 2004).

Ludíková (2013) ve své knize o kvalitě života popisuje důležitou složku, kterou je funkční zdraví, je to aktivita, kterou jedinec dělat může, co by potenciálně dělat mohl, jeho schopnosti a zájmy. Zaměření na funkční potenciál jedince pak stírá hranice, které jsou mezi diagnózami a mezi jednotlivými typy postižení. Není zde podstatné, z jakého důvodu došlo k postižení, ale jaký má jedinec potenciál pro kompenzaci a překování důsledků těchto omezení. Tyto ukazatele se pak stávají důležitým znakem kvality života jedince. Zahrnují různé faktory – funkční schopnosti, participační aktivity, osobnost jedince i jeho prostředí (Ludíková, 2013). V současné době došlo k nárůstu zájmu o problematiku „kvality života“ osob s postižením i běžné populace. Různé vědní obory se zajímají o to, co kvalita života vlastně znamená, co zahrnuje a jak ji měřit (Pipeková, 2010).

Kirby (in Pipeková, 2010) z tohoto pohledu vymezuje kvalitu života, jako stupeň, v němž prožívání života uspokojuje individuální psychologická a fyzická přání a potřeby. Kvalita života je pak výsledkem osobních hodnot a životního stylu, skrze něž se je jedinec snaží naplnit (Pipeková, 2010, 103).

### 2.4.1 Činitele kvality života

Jesenský (2000) rozděluje kvalitu života do dvou základních skupin. Dle Jesenského je kvalita života ovlivněna vnitřními činiteli a vnějšími činiteli. Obsahem těchto činitelů jsou:

**Vnitřní činitele** – somatické a psychické vybavení ovlivněné onemocněním, poruchou, defektem či efektivitami. Mezi vnitřní činitele patří všechny aspekty ovlivňující rozvoj a integritu osobnosti handicapovaného.

**Vnější činitele** – představují podmínky jejich existence. Jedná se o ekologické, společensko-kulturní, výchovně-vzdělávací, pracovní, ekonomické a materiálně-technické faktory. Tato oblast obsahově koresponduje s objektivní dimenzí kvality života.

Světová zdravotnická organizace (WHO) rozčlenila jednotlivé oblasti kvality života na čtyři základní. Rozdělení provedla bez ohledu na věk, pohlaví, etnikum nebo postižení na:

*Fyzické zdraví a úroveň samostatnosti* (energie a únava, bolest, odpočinek, mobilita, každodenní život, závislost na lékařské pomoci, schopnost pracovat atp.)

*Psychické zdraví a duchovní stránka* (sebepojetí, negativní a pozitivní pocity, sebehodnocení, myšlení, učení, paměť, koncentrace, víra, spiritualita, vyznání atp.)

*Sociální vztahy* (osobní vztahy, sociální podpora, sexuální aktivita atp.)

*Prostředí* (finanční zdroje, svoboda, bezpečí, dostupnost zdravotnické a sociální péče, domácí prostředí, příležitosti pro získávání nových vědomostí a dovedností, fyzikální prostředí.) (Vaňurová, Mühlpachr, 2005, s. 18 - 19)

Měření nebo posuzování kvality života je velmi nesnadné, jelikož je to multidimenzionální koncept a některé složky nejsou pozorovatelné. Přičemž je nutné brát v úvahu celou řadu faktorů, které mohou mít přímý či nepřímý vliv na objektivní úroveň i subjektivní vnímání životního standardu respondenta (Pipeková et. al, 2010). Bottomley (in Pipeková, 2002) však zdůrazňuje, že je třeba brát ohled na specifické skupiny populace, kam patří jedinci s postižením a jejich rodiny a pokládat

jim konkrétní otázky, které jsou pro ně v dané životní situaci podstatné. Příliš obecné otázky by totiž v tomto případě mohly vést k různým interpretacím (Pipeková et. al., 2010).

## 2.4.2 Zdraví

Důležité místo v kvalitě života zaujímá zdraví. Vhodnou cestou, jak zlepšit svůj zdravotní stav je zařadit do svého života vhodnou sportovní aktivitu. Zdraví je individuální záležitostí jedince, je však také věcí společnosti. To znamená, že závisí na tom, jak ke svému zdraví přistupuje sám jedinec a jaké podmínky pro život vytváří společnost. Pohled na zdraví se výrazně změnil v průběhu posledních 50-60 let. Vymezit pojem zdraví, není jednoduché, jisté však je, že překračuje rámec medicíny. Jsou různé definice zdraví, ve starších definicích je zdraví považováno, jako nepřítomnost nemoci či poruchy. Toto pojetí má ale určitá omezení. Člověk nemusí být nemocen, ale přesto se necítí dobře, necítí se zdrav.

Naopak, tělesně handicapovaný může intenzivně prožívat svůj život, být s ním spokojený. Právě toto hlubší uvažování a zkoumání přineslo další dimenze a definice zdraví. Světová zdravotnická organizace (WHO) rozšířila v roce 1948 původní negativní vymezení zdraví na definici: „Stav plné tělesné, duševní a sociální pohody. V roce 1977 byla však opět změněna a začalo se uvažovat o zdraví, jako prostředku pro prožití harmonického života. V tomto pojetí zdraví tedy znamená schopnost vést sociálně a ekonomicky produktivní život. Křivohlavý (2009) dále specifikoval zdraví, jako holistický (celostní) pohled na zdraví založený na pojetí člověka jako bio-psycho-sociální jednotu.

Když se podíváme na zdraví jedince z pohledu biologického Z biologického pohledu na zdraví, se dle Kvapilíka (1990) u mentálního postižení často objevují některé další poruchy. Nejčastěji to jsou poruchy řeči, proto je vhodná spolupráce s foniatry a logopédy, dále to jsou poruchy zraku a pohybového aparátu. Obdobně se vyskytují poruchy chování a u jedné pětiny epileptické záchvaty, kde je třeba pomoc neurologa, klinického psychologa či psychiatra. Důležitá je u mentálně postižených prevence a to z několika důvodů. V průměru jsou mnohem citlivější na duševní a sociální stresové situace i na konflikty všeho druhu. MP jsou tedy, více zranitelnější a může se u nich objevit nevhodné chování, až neurózy či psychické poruchy. Z toho vyplývá, že musíme při práci s MP, dodržovat také duševní hygienu. V přístupu k postiženému musíme vycházet z vědomí, že jejich psychické schopnosti jsou nedostatečně rozvinuté, obtížně se vypořádávají s novými situacemi, těžko chápou vzájemné souvislosti různých jevů, nekriticky přijímají nové uvažování i chování je značně odlišné od lidí nepostižených.

Dále bychom měli dbát na prevenci nemocí, jelikož nemoc je pro ně více zatěžující, než u jinak zdravých osob. Průběh nemoci je u nich obvykle mnohem těžší, také pro časté tělesné vady, které se u mentálně postižených vyskytují ve vysokém procentu. Zvláště komplikující jsou zejména srdeční vady a epileptické záchvaty. Nejčastěji se u MP objevují infekční nemoci, kterým lze však v dnešní době předcházet očkováním a vedle toho představují největší nemocnost záněty dýchacích cest, od rýmy, záněty nosohltanu, záněty krčních mandlí až po záněty průdušek a plic. Na ně mohou navazovat záněty čelních, nosních dutin, záněty středouší a další. Nezbytnou součástí prevence je i zvýšená osobní hygiena a péče o dané prostředí, kvalitní výživa, dostatek spánku, pohybová aktivita a odpočinek. Zvýšení odolnosti proti chorobám představuje pravidelné otužování vzduchem, vodou a sluncem.

U MP se může objevit také obezita (nadměrná tělesná hmotnost), která je jednou z nejčastějších civilizačních chorob a bývá často průvodním jevem mentálně postižených. Souvisí to na jedné straně s nedostatkem tělesného pohybu, nadbytkem energie nebo nadměrného přísunu jídla na straně druhé či z nedostatečně kvality podávané stravy. Důležité je, pravidelně se vážit, nejlépe po vyprázdnění nebo po snídani. Přiměřená tělesná váha je základní prevencí zdravotních potíží spojených často s bolestmi páteře a nosných kloubů dolních končetin, dále proti bolestem chodidel při snížené nožní klenbě atd. Také je důležitým předpokladem pro dobrou pohyblivost, zlepšování tělesného i duševního zdraví a pohody.

Úrazy a jiné náhlé příhody jsou pro osobu s MP velmi nepříjemné a komplikující. Obecně jsou neklidní jedinci náchylnější ke zraněním, ale spíše než omezit pohyb, se doporučuje, ho usměrňovat. Zejména mohou vznikat úrazy při neorganizované činnosti a to především při hrách, sportování a jiných tělesných cvičeních. Všechny tyto zmíněné faktory, které ovlivňují člověka, se podílejí na jeho zdravotním stavu, proto bychom mohli v souvislosti s nimi hovořit o zdravém způsobu života. Mimo zmíněné vlivy patří ke zdravému způsobu života výživa, denní režim, spánek, ale také volný čas a sportování (Kvapilík, 1990, s. 47).



## **2.5 Sportovní aktivity a volný čas osob s mentálním postižením**

### **2.5.1 Sportovní aktivity a volný čas**

Po několik desetiletí se sport stává nejatraktivnějším zájmem společnosti i jednotlivců. Je běžnou součástí života a společenského dění a výrazným fenoménem současné doby. Postupně se stal součástí činnosti obcí a měst, které jej začali brát jako službu pro veřejnost a také vyniká v rozvíjení hodnot výchovných, rekreačních, zdravotních, dále jako seberealizace, rozvoj sociálních vztahů či prevence negativních sociálních jevů.

Sport jako společenský jev doznal obrovských změn z hlediska obsahu, organizačních forem a institucionálního zabezpečení. Jeho vývoj jde ruku v ruce s vývojem technologií, které společně s masovostí volného času a tudíž i sportu umožňují rozšiřovat spektrum sportovních činností a způsoby jejich provádění. Moderní sportovní vybavení díky dostupnosti a konstrukčním kvalitám může využívat široká veřejnost, je poskytnut velký prostor pro projev každého jedince, jeho seberealizaci a vyjádření hodnot, které mu jsou vlastní. Není pouze výsadou mladých, ale i starších či handicapovaných lidí a není spojen pouze s vítězstvím a prohrou, ale také s radostí, zábavou, zdravím nebo dobrodružstvím (Slepičková, 2005, s. 25)

Sport má velmi zásadní význam a důležité místo ve volném čase, konkuruje mu sice velká řada aktivit, ale stále se stává jednou z nejčastějších náplní volného času. Volný čas bychom mohli definovat, jako záležitost svobodné volby, časového prostoru, formu činnosti, symbol sociálního statusu, sociální nástroj a funkci sociálních skupin a životního stylu. Volný čas můžeme chápat různým způsobem a jedním z nich je volný čas jako prostředek sociální pomoci. Jak již bylo zmíněno, volný čas je prostor pro uspokojování nejrůznějších potřeb a přání lidí. Prostřednictvím vhodné organizace a náplně volného času, můžeme tedy uspokojovat potřeby a tužby lidí, kteří se nacházejí ve složitějších či nepříznivých životních podmínkách. Patří k nim sociálně slabé rodiny, staří nebo handicapovaní lidé, kteří přes svůj handicap nemají příležitost dělat, co je uspokojuje a seberealizovat se (Slepičková, 2005).

### **2.5.2 Využívání volného času a sportovních aktivit osob s MP**

U mentálně postižených, kteří dochází do školského, nebo jiného zařízení je v dnešním režimu záměrně zařazena jakákoli aktivita do chvílí volna, převážně to bývá kulturní či sportovní

aktivita. Náročnější to však bývá u jedinců, kteří jsou v trvalé péči rodiny, protože jsou již po absolvování školy. V těchto případech jsou zde k dispozici různé společenské organizace, které nabízejí formy využití volného času pro osoby s mentálním postižením např. Já-člověk, chráněné dílny, Máme otevřeno, OSA atd.

Pohybové aktivity se u osob s MP projevují různým způsobem, může to být jejich vlastní spontánní pohyblivost, ale především je zde důležité využívání organizované tělesné výchovy, sportu a turistiky, které mají na výchovu a zdravotní stav zásadní význam. Prvořadým úkolem pohybové aktivity je tělesný rozvoj, posilování zdraví, zvyšování celkové odolnosti v oblasti fyzické i psychické a osvojování pohybových dovedností a návyků i rozvíjení pohybových vlastností. Odborníci se shodují na tom, že pohybové aktivitě mentálně postižených je třeba se věnovat po celý život, v dětském věku zvláště. Spolu s rozvojem pohybové aktivity rozvíjíme také poznávací činnosti, působíme na vnímání, paměť, pozornost, fantazii, myšlení i řeč. Vše rozvíjejí prostřednictvím napodobování, opakování pohybů, vedeme k samostatnému pohybovému projevu nebo obměnám předvedených pohybů. Pravidelným tělesným cvičením pěstujeme kázeň a rozvíjením rychlosti, síly, obratnosti a vytrvalosti formujeme charakter jedince. Cvičení, která jsou vhodně dávkovaná pro sportovce, vhodnou motivací a úspěchem, rozvíjíme kladný vztah postiženého k pohybové aktivitě (Kvapilík, 1990).

Nepopiratelný význam mají pohybové aktivity při utváření časoprostorových představ, odhadu vzdálenosti, rychlosti, pochopení předmětových vztahů promítajících se do celkové anticipace osobnosti. Kompenzační cíl sportování je zaměřen převážně na rozvoj osobnostních vlastností člověka, které napomáhají vyrovnávat rozumový deficit dětí. V neposlední řadě je třeba zmínit cíl rehabilitační, který je důležitý pro relaxaci, rekreaci také zdraví (posílení odolnosti organismu, zkvalitnění oběhové a podpůrné soustavy těla, respirace a metabolismus) a zlepšení sociální adaptability jedinců s mentálním postižením.

Bylo zjištěno, že pohybovou aktivitou se vytváří nové nerovnovážné spoje a zvyšuje se rychlost nervových procesů, to se pozitivně odráží i v rychlosti zpracování podnětů smyslových analyzátorů. Tréninkem dochází k biochemické reorganizaci v CNS, která se stává více rezistentní únavě (Valenta & Müller, 2007).

### **2.5.3 Význam sportovních aktivit pro mentálně postižené**

Sportovní aktivity a rekreační pobyty mentálně či jinak postižených si získaly oblibu, neboť byly velmi prospěšné pro účastníky a to z mnoha důvodů. Jednak proto, že se dítě dokázalo lépe

osamostatnit a začlenit do kolektivu i neznámých osob a také z důvodu pozitivních zážitků a radosti z prožitých chvil. Sportování a účast na různých hrách či olympiádě, má pro jedince hned několik významů:

### **Výchovný**

Všichni se musí chovat disciplinovaně, slušně, ohleduplně, dodržovat pravidla hry a společenského chování. Získávají také dovednosti zejména v pohybových činnostech, upevňují si návyky sebeobsluhy (hygiena, úklid, stolování), poznávají nová místa atd.

### **Zdravotní**

Pozitivní vliv na sportovce mají klimatické podmínky, zvláště pro ty, kteří pobývají v ekologicky ohrožených lokalitách, dále pak pobyt venku za zhoršeného počasí, což přispívá k jejich otužování, rozvíjení fyzických schopností a zlepšování činnosti dýchacího a oběhového aparátu.

### **Zlepšení orientačních schopností**

Všichni se musí naučit pohybovat v místě konání her, olympiády či jiné sportovní akce. Po seznámení s prostředím ponecháváme sportovci, v rámci možností, co nejvíce samostatnosti a v pohybu po areálu s tím, že je informujeme, v jakém okruhu se mohou pohybovat (dočasný dozor je samozřejmostí).

### **Rozvoj citů**

Upevňují se či vznikají nové vztahy mezi mentálně postiženými. Všichni jsou vedeni k tomu, aby se vzájemně respektovali, pomáhali si a můžeme zde objevit nové schopnosti, úspěchy, zdravotní problémy, nedostatky v sebeobsluze či chování atd.

(Svobodová et. al., 1998, s. 17)

## **2.6 Komunikace osob se zdravotním postižením**

Rozvoj mentálně postiženého jedince, jak bylo již řečeno, je do značné míry ovlivněn činiteli prostředí, v němž žije. Stává se svým způsobem limitujícím a omezujícím faktorem v tomto rozvoji, avšak jsou-li podněty přiměřené, vhodně nasměrované a s výchovným či sociálním zaměřením, napomáhají rozvoji psychických procesů a tím i orientaci postiženého v životních situacích.

Prvním sociálním prostředkem, který utváří osobnost dítěte, je rodina, kde dítě přijímá a prožívá roli člena sociální skupiny a seznamuje se s prvotními formami společenského života. Funkce rodiny je však ovlivněna vnitřními i vnějšími podmínkami. Vnější podmínky, tj. finanční a hmotné, lze zkvalitňovat nejrůznějšími opatřeními ze strany společnosti, ale vnitřní podmínky jsou obtížnější. S přítomností postiženého jedince v rodině je role členů rodiny značně ztížena a též vztahy v rodině se musí upevňovat a budovat. S tím souvisí i komunikace, která je, jak v rodině, tak ve společnosti náročnější (Kvapilík, 1990).

Lidé jsou bytostí společenské a komunikace je u nich základním nástrojem, ačkoli komunikujeme neustále, nevěnujeme tomu příliš pozornosti. Komunikace je pro nás samozřejmostí, kromě případů, kdy je komunikace důležitá, a my musíme zapůsobit. Podle naší komunikace si totiž lidé utvářejí obraz o nás, představu o tom, jací jsme. Díky komunikaci uspokojujeme naše potřeby, zažíváme potěšení a úspěch (Mikuláščík, 2003).

### **2.6.1 Komunikace**

Komunikace je pojem velmi široký, pochází z latinského slova *communicare* a znamená něco spojovat. Komunikace znamená předávání informací mezi komunikátorem a komunikantem. V psychologii není komunikace považována jen za pouhý přenos informací mezi sdělujícím a příjemcem, ale jde o seberealizaci, sebepotvrzování a vyjádření postojů k předmětu. Jde o různou úroveň působení, ovlivňování, znesnadňování či usnadňování porozumění (Mikuláščík, 2010). Paul Watzlawick (in Mikuláščík, 2003) řekl, že nelze nekomunikovat.

Je mnoho definic, některé zdůrazňují více aspekty obsahové, jiné formální, některé zdůrazňují stránku prožitkovou, jiné logickou. Nejdůležitější charakteristiky jsou:

- Komunikace je nezbytná k efektivnímu sebevyjadřování
- Komunikace je přenosem a výměnou informací v mluvené, psané, obrazové nebo činnostní formě, která se realizuje mezi lidmi, což se projevuje nějakým účinkem
- Komunikace je výměnou významů mezi lidmi použitím běžného systému symbolů
- Komunikace je prostředkem pro vytváření a ovlivňování vztahů

(Mikuláščík, 2010, s. 20)

Dle Válkové (2012) je komunikace komplexní jev, ovlivňuje jedince v každodenních činnostech a proto je zásadní při jakékoli činnosti i sportovní. Ovlivňuje vzájemné porozumění

někomu, něčemu, i porozumění sobě samému. Ovlivňuje volbu způsobu aktivního života a také je důležitá v prostředí pohybových aktivit, které bývají velmi emotivní. Komunikace je velmi závislá na vnitřních a vnějších podmínkách. Působí na mnoho aspektů, mezi které řadíme situaci, prostředí, čas, náladu, zdravotní stav i zkušenosti a charakter komunikujících atd. (Regec & Stejskalová, 2012). Předávání nějakého sdělení může probíhat prostřednictvím společného systému symbolů. Symbolem je slovo či jiný zvukový symbol (sluchový, zrakový, taktilní, propioceptivní, čichový). Symbolu je třeba porozumět, což je problém nejen jazykový, ale i kognitivní (Válková, 2012).

Téma komunikace je velmi široké a obsahuje mnoho dělení, jedno ze základních dělení je na verbální a neverbální komunikaci.

**Verbální komunikací** je myšleno vyjadřování pomocí slova, prostřednictvím jazyka. Válková (2012) píše, že je to dynamický děj, který vnímáme a dešifrujeme pomocí sluchu a procesorů CNS. Komunikace verbální může být jak mluvená, tak i psaná, zprostředkovaná či přímá. Je velmi důležitou součástí sociálního života, pokud je člověk separován od ostatních a není mu umožněna komunikace, bývá tímto faktorem deprimován. Ve verbální komunikaci se odráží naše jazyková vybavenost, mentální úroveň nebo znalosti oboru, o kterém se mluví. Sdělení jsou pak ovlivněna kulturou, pohlavím a věkem člověka a jeho výchovou i osobností (Jurkovičová, 2010).

V komunikaci ale vnímáme nejen obsah sdělení, slovní zásobu atd., ale také výraz hlasu, jeho hloubku, barvu, melodii, intenzitu, výrazy, zkratky, citoslovce a všechny tyto aspekty nám mohou komunikaci usnadnit, ale také komplikovat. Velmi charakteristická je komunikace osob se sluchovým postižením, převádí se proto do neverbální komunikace s převahou transformace na informace zrakové či propioceptivní. U osob s mentálním postižením je základním adaptačním mechanismem a u osoby s CP (zasažených v obličejové části) je třeba trpělivosti a porozumění.

**Neverbální komunikace** je taková, kdy za nás mluví spíše tělo a naše reakce dáváme najevo prostřednictvím vnější schránky. Používáme při tom gest, mimiky či postojů, které však nebývají tolik kontrolovány, jako verbální stránka komunikace. Skácel (in Jurkovičková, 2010) poznamenává, že tendence porozumět neverbálnímu projevu pramení z nedůvěry v pravdivost mluveného slova. Člověk má tendence nevědomě sledovat projevy chování osoby, se kterou komunikuje.

Nejen kultura země, ale také kultura každé rodiny, momentální stav člověka a vzdělání může ovlivňovat v tom, jak člověk reaguje a tím ovlivňuje jeho neverbální složku projevu (Jurkovičová, 2010). Neverbální komunikaci můžeme rozdělit na:

- haptika (dotyky)
- proxemika (komunikační vzdálenost)
- gestika, mimika, posturika (postoj čelem)
- kinezika (pohyby jiných částí těla než rukou)
- pohledy očí

Prostřednictvím neverbální komunikace ostatním projevujeme, jak vnímáme sami sebe, své okolí, ale i vlastní emoce a rozpoložení. Neverbální signály podvědomě nejen vysíláme, ale také přijímáme (Válková, 2012). Jsou emoce, které lze dekodovat snadno, ale naproti tomu jsou takové, které se interpretují velmi těžce. Odborníci tvrdí, že dokážeme snadno dekodovat emoce jako štěstí, překvapení, strach, hněv, smutek, odpor, zájem a opovržení (Jurkovičová, 2010).

**Komunikace činem** je taková, ve které nalezneme, jak verbální, tak neverbální prvky komunikace a sociální chování. Prezentuje se tím znalost, ale i názor a postoj, slušného chování a morálky. Pohybové aktivity výrazně napomáhají k vytváření správných vzorců sociálního chování, neboť je spojeno s chováním v dopravě, veřejných zařízeních, sportovištích a sportovních aktivitách (Válková, 2012, s. 56). Valenta a Müller (in Válková, 2012), u osob s mentálním postižením, místo komunikace činem používají tzv. „jazyk těla“ (body language).

## 2.6.2 Komunikace pomocí systému AAK

Komunikační proces je založen na koloběhu informací mezi komunikujícími, u osob nějakým se zdravotním postižením však může být narušen a již ve fázi iniciální (při příjmu informace) nebo ve fázi mediální, tj. zpracování, uchování a znovuvybavení informace (zejména u osob s mentálním postižením). Často může dojít i k narušení fáze finální, neboli při vlastním vyjádření sdělení (obvykle u osob s tělesným a kombinovaným postižením). V případě narušené komunikativní stránky, můžeme využít alternativní nebo augmentativní systémy komunikace (Bendová et. al., 2008).

Alternativní a augmentativní komunikace (AAK) je Americkou asociací pro řeč a sluch (ASHA – American Speech and Hearing Association) definována jako oblast klinické praxe, která se snaží přechodně či trvale kompenzovat projevy poruchy a postižení u osob se závažnými expresivními

komunikačními poruchami, tzn. Se závažným postižením řeči – jazyka a psaní (Bendová, 2013, s. 9). AAK můžeme také označit jako dynamicky se vyvíjející multidisciplinární oblast, která se zabývá možnostmi využití doplňkové (augmentativní) a náhradní (alternativní) komunikace u osob těžkými poruchami exprese v řeči. AAK se používá jako náhrada mluvené řeči a dále jako doplnění a podpora při rozvoji již existujících komunikačních kompetencí. Lze je tedy považovat za reedukační, rehabilitační i kompenzační prostředek.

### **Klasifikace systému AAK**

Systém AAK lze členit z mnoha hledisek, podle způsobu přenosu dělíme systémy AAK na:

- *statické* (reálné předměty, piktogramy, systém Bliss, symboli VOKS)
- *dynamické* (aplikace znaků a gest – znakový jazyk, Makaton, prstová abeceda)

dále tento systém můžeme členit podle druhu senzorickeho kanálu, jenž zprostředkovává poskytovanou informaci. V tomto případě se jedná o systémy:

- *akusticko-taktilní* (Braillovo písmo, reliéfní pomůcky, Lormova abeceda)
- *optické* (mimicko-gestikulační, znaková řeč, daktylotika, Bliss, piktogramy)
- *opticko-akustické a vibrační* (orální komunikace, pomocí elektroakustických prostředků a vibračních zařízení)

posledním dělením je uzavřené a otevřené komunikační systémy a to vzhledem k počtu jejich znaků:

- *uzavřený* (počet znaků je konečný, jeden význam - vždy jeden a tentýž znak)
- *otevřený* (má nekonečný počet znaků a jejich kombinací vznikají nové významy)

(Bendová, 2013, 1.vyd, s. 55)

Základní a nejpoužívanější systémy AAK, se kterými se v praxi setkáme, jsou piktogramy, symboly Bliss, Braillovo písmo, písmo, globální metoda čtení, sociální čtení, výměnný obrázkový komunikační systém, Makaton, znak do řeči, znakový jazyk, prstovou abeceda, dlaňové komunikační systémy, facilitovaná komunikace, bazální stimulace, DOSA-metoda. Více o těchto systémech se můžete dočíst v publikaci Bendová P., 2013, Alternativní a augmentativní komunikace 1, s. 59.

### 2.6.3 Komunikace osob s MP

Komunikace je základním předpokladem pro uplatnění člověka ve společnosti, jak jsem již zmiňovala u jedinců s různými druhy postižení, je narušena a v důsledku toho, může docházet ke komunikačnímu deficitu. V tomto kontextu je u osob s mentálním postižením třeba zajistit funkční komunikaci, aby mohli být naplněny jejich potřeby a zprostředkovány informace. Osobě s mentálním postižením by měl být vytvořen prostor pro aktivní zapojení do edukačního či pracovního procesu, pro vyjádření názoru a zájmu. Musí mít prostor k vyjádření názorů a zájmů, možnost výběru činností a naplnění svých zájmů a cílů (Bendová, 2012, 2.vyd.).

V prostředí sportovních a pohybových aktivit je časté a poměrně nutné využívání haptiky i proxemiky. Zvláště je používáme při cvičení ve dvojicích, skupinových cvičení, dotecích zdůrazňujících proprioceptivní vjemy, vedených pohybech, polohování, přenosech do bazénu.

Specifika komunikace s osobami MP jsou na obou stranách závažná tím, jak přenést pochopitelné sdělení osobě s MP a jak porozumět osobě s MP. Problémy jsou ve sdělení myšlenky, porozumění řeči a doprovodném či nedoprovodném sdělení. Švarcová (in Válková, 2012) uvádí jednotlivé stupně postižení s popisem komunikačních dovedností a řeči.

*MP lehké:* schopnost komunikovat je většinou vytvořena, opožděný vývoj řeči, obsahová chudost, časté porucha formální stránky řeči.

*MP středně těžká:* úroveň rozvoje řeči je variabilní, někteří jedinci jsou schopni sociální interakce a komunikace, verbální projev často bývá chudý, agramatický a špatně artikulovaný.

*MP těžká:* komunikace převážně nenverbální, neartikulované zvuky, výkřiky, případně jednotlivá slova.

*MP hluboká:* rudimentální nonverbální komunikace nebo nekomunikující vůbec.

Komunikační schopnost je schopnost člověka používat vědomě a podle patřičných norem jazyka jako systému znaků a symbolů. Pokud je tato schopnost narušena, hovoříme o narušené komunikační schopnosti. V dnešní době se tento pojem stal základním termínem v logopedii a je nutné ho vnímat v celé jeho šíři (Klenková, 2012).

Dle Lechty (in Válková, 2012) se poruchy v komunikačních schopnostech neboli verbálním mluveném projevu, týkají základních tří rovin poruch řeči.

- Lexikálně-sémantická rovina (znalost a porozumění slovům, větám, rozdíl mezi aktivní a pasivní zásobou slovní)



- Morfologicko-syntaktická rovina (gramatická stránka řeči: dramatismy, převaha podstatných jmen nad přídavnými, slovesa bez časování, jednoslovné nebo „holé“ věty)
- Foneticko-fonologická rovina (poruchy výslovnosti, poruchy zvuku, plynulosti či článkování a rytmu řeči, poruchy v různém spektru a kombinacích, včetně intenzity)
- Pragmatická rovina (porucha sociální aplikace, sociálního užití) (Lechta, 2012)

Vedle komunikačních schopností má každý z nás také jisté komunikační dovednosti a ty jsou důležité pro interpersonální komunikaci. Jsou to dovednosti, jak dokážeme prezentovat sami sebe, navazovat vztahy, vést rozhovor apod. Na to navazuje dovednost prezentace a tedy sdělování informací. Dovednost komunikovat je náročná pro kohokoliv, nejen pro lidi s postižením (Regec, 2012).

Švarcová (in Válková, 2012) uvádí u osob s MP oslabení potřeby poznávat, řídit úlohy myšlení (tzv. rozhodovací procesy), chápání posloupností časových či obsahových souvislostí a prezentace myšlenek bez časového či logického sledu (tzv. sekvenční myšlení). V osobním řečovém kontaktu dochází často k opakování myšlenek, vět, vrácení se už ke sdělenému, používání výroků jiných osob (uznávaných autorit), které často opakují a přijaly jej za svůj.

Komunikace je zařazena mezi klíčové kompetence RVP (kompetence komunikativní) pro žáky s lehkým mentálním postižením. Týkají se zvládnutí komunikativních vzorců chování, vyjadřování myšlenek, porozumění řeči, textu, zvládnutí gramatiky a fonetiky v mluveném projevu, komunikace se symboly, neverbální chování, užívání technologií a vytváření sociálních vztahů. Komunikace osob s MP je velmi specifická, a proto intaktní populace musí brát na tyto specifika zřetel, avšak praktická doporučení pro laickou veřejnost, jak správně komunikovat, bohužel neexistují. Válková (2012) uvádí několik pravidel, která by se měla dodržovat při komunikaci s osobami mentálně postiženými.

1. Pamatuj, že hovoříš s osobou, která má své limity, ale také svá práva a důstojnost. Buď trpělivý.
2. Mluv přímo k osobě, dívej se do očí.
3. Zvol přístup, který je adekvátní věku.
4. Nenech se překvapit, nediv se zvláštnostem: objímání, třesení rukou, hraní si s věcmi při rozhovoru. Přijmi, opětuj, udržuj odstup.
5. Nenech se překvapit specifiky či limity v řečovém projevu, neskákej do řeči, nedokončuj vět a myšlenky sám. Vyčkej, nech dopovědět.

6. Nerozumíš-li, zeptej se, požádej o zopakování a použij slovo „prosím“.
7. Zaměřuj se na dané téma, nepřeskakuj z tématu na téma.
8. Pokud v hovoru dojde na choulostivé téma, neobcházej je, sděl jednoduchou formou názor, stanovisko.
9. Vybírej jednoduchá, srozumitelná slova.
10. Klad' otázky, ale nevyšetřuj.
11. Podporuj ve vyprávění, ale také naslouchej.

V knize „Cesty k celoživotnímu vzdělávání dospělých lidí s mentálním postižením (2008)“, který byl vydán s podporou Programu celoživotního učení Evropské unie, jsou sepsány obecné zásady komunikace osob s mentálním postižením a zdůrazňuje se zde také:

12. Mluv v první řadě s nimi, oni jsou Tvými partnery v jednání. Jejich průvodci je mají podporovat, ne za ně vše vyřizovat a rozhodovat. V některých případech mohou jejich průvodci fungovat jako tlumočníci, ale i v takových případech se obracej nejdříve na člověka s mentálním postižením.
13. Vyhn se ironii a dvojsmyslům – mohou vést ke zbytečným nedorozuměním (Společnost pro podporu lidí s MP v ČR, 2008).

Jako významný prostředek, jak více komunikovat, stýkat se a prožívat společnou činnost, je sportování v rámci Speciálních olympiád. Zde může jedinec najít řadu možností, jak rozvíjet své komunikativní kompetence, vzorce sociálního chování, může poznávat ostatní osoby a volit různé komunikační přístupy. To, co dříve jedinec mohl poznávat a rozvíjet na rekreačních táborech, v klubech či jiných organizacích (viz. odstavec 2.5.2), které se věnovaly osobám s jinakostí, se nyní může učit na akcích nejen národních, ale i mezinárodních, které dosáhly světové úrovně.

Mimo zvládání sociálních dovedností vázaných na sport či pohybovou aktivitu, se jedinec rozvíjí v situacích spojených s cestováním, bydlením v novém prostředí, stravováním, sebeobsluhou či trávením volného času.

Zvláštní význam zde má také využívání symbolů, piktogramů nebo loga, které označují významné informace i v mezinárodním kontextu (vchody, východy, zákazy atd.). Je velké množství těchto informačních značek a jejich podoba je závazná, mají oficiální design, který není možné měnit. Pro označení kategorií osob s postižením se užívají oficiální piktogramy ICTA (International Commission of Technology Assessment nebo Accessibility), které vymezují vstupy, parkovací

místa, ale také upozorňují ostatní občany na osobu s jinakostí. Jsou to piktogramy: osoba na vozíku, neslyšící, nevidomá nebo označení hluchoslepou. Znalost symbolů a značek je podstatná a nutná, aby byla zajištěna kvalita pohybového režimu, samostatnost jedinců s jinakostí a jejich bezpečnost. Ve sportu je symbolem již přiřazení startovního čísla nebo barva dresu soutěžícího týmu. Existují také piktogramy pro označení sportů a sportovišť a mají už ustálený charakter. Kompletní přehled můžeme nalézt na webových stránkách Speciálních olympiád nebo Paralympiády (Válková, 2012).

### 3 SPECIÁLNÍ OLYMPIÁDY (SO)

#### 3.1 Charakteristika Speciální olympiády

Speciální olympiády, je název celosvětového sportovního hnutí, jehož cílem je rozvíjet pohybovou aktivitu u osob s mentálním postižením. Hnutí vznikalo v 60. letech a jeho zakladatelkou je Eunice Kennedy-Shriver, díky které se časem stalo toto hnutí součástí systému olympijských soutěží, stejně jako tomu je u paralympijských her.

**Cílem** Speciálních olympiád je, umožnit mentálně postiženým jedincům, od osmi let výše a jejichž IQ není vyšší než 75, pravidelně trénovat, účastnit se národních soutěží, dále pak celosvětových soutěží, také socializace a umožnit jim prosadit se na veřejnosti (pro národní soutěže a vyšší) (Special Olympic, n.d.). Pro trénink v programu „mladý sportovec“ je možné trénovat děti již od tří let.

SO dávají především možnost, aby se lidé přesvědčili, že sportovat mohou nejen lidé z intaktní populace, ale i lidé s mentálním, smyslovým či tělesným postižením. Na vlastní oči mohou vidět radost, euforii, výsledky a zlepšení zdravotního, sociálního a psychického stavu těchto sportovců.

**Filozofií** SO je pocit rovnosti, respektování a akceptace ve společnosti, což je jeden z nejdůležitějších aspektů, jak se vyvarovat pocitu méněcennosti a neschopnosti. Celoroční program sportovců, posiluje smysluplné začlenění do skupiny i do společnosti, umožňuje projevit odvahu a radost, rozvíjí fyzickou i duševní zdatnost a vede k nezávislému způsobu života. SO umožňují účast na soutěžích každému, bez ohledu na charakteristiku a intenzitu postižení, což může být pro mnohé velkou motivací. Na soutěžích SO však musí sportovec provádět pohybové a sportovní dovednosti samostatně, bez podpory asistencí oficiálního dobrovolníka či bez podpory vlastním rodičem či trenérem (Válková, 2000).

**Výkon** je ve SO chápán jako kategorie individuální, sportovci jsou rozděleni do skupin podle jejich výkonnosti a každý z nich na konci dostane ocenění, bez rozdílu umístění. Díky tomu mohou vyhrát i sportovci, kteří mají těžký stupeň mentálního postižení a mnohdy poprvé v životě se svými rodiči prožívají pocit úspěchu a radosti.

**Principem** SO je, aby byly zajištěny nejradostnější, nejkvalitnější, nejpřitažlivější činnosti pro mentálně postižené sportovce, Speciální olympiády celosvětově pracují v souladu s následujícími principy, s vírou a přesvědčením:

1. Že duchovní hodnoty Speciálních olympiád – *píle – odvaha - dovednost – radost* – zahrnují universální hodnoty, které přesahují bez rozdílu všechny hranice zeměpisné, národnostní, politicko-ideologické, věkové, rasové a náboženské.
2. Že cílem speciálních olympiád je pomoci všem osobám s mentálním postižením včlenit se do společnosti, za podmínek, že jsou přijati, uznáváni a kde je jim dána šance stát se užitečnými a produktivními občany.
3. Že, jako prostředek k dosahování těchto cílů, Speciální olympiády podporují výkonnější sportovce přejít k tréninkům a soutěžím ze Speciálních olympiád do škol a programů, kde mohou trénovat a soutěžit v pravidelných sportovních aktivitách a v tomto smyslu mohou soutěžit jak ve Speciálních olympiádách nebo v jiných programech. Rozhodnutí je na sportovci.
4. Všechny aktivity Speciálních olympiád na místní, národní či mezinárodní úrovni akceptují hodnoty, standardy, tradice, slavnostní zvyky a události, formulované v moderním olympijském hnutí, aby oslavily morální a duchovní hodnoty mentálně postižených osob tak, aby se povýšila jejich důstojnost a sebedůvěra.
5. Že účast na Speciálních olympiádách v tréninkových programech a soutěžích je otevřena všem lidem s mentálním postižením bez ohledu na stupeň jejich postižení.
6. Že obsáhlý celoroční trénink je dostupný každému sportujícímu, je vedený kvalifikovanými trenéry v souladu se standardizovanými sportovními pravidly, formulovanými a přizpůsobenými sportovní radou Speciálních olympiád. Každý sportovec, účastnící se soutěže Speciální olympiády v daném sportu, je také v tomto sportu trénován.
7. Že každý program Speciálních olympiád zahrnuje sportovní aktivity a akce, které jsou přiměřené věku a schopnostem každého sportovce od přizpůsobených až k nejpokročilejším soutěžím.

8. Že Speciální olympiády zabezpečí možnost plné účasti každého sportovce bez ohledu na ekonomické okolnosti a vedou trénink a soutěže za nejpříznivějších možných podmínek včetně vybavení, organizace a vedení tréninku, rozhodování a pořádání soutěží.
9. Že Speciální olympiády dávají každému účastníku stejné šance vyniknout prostřednictvím soutěží na základě předchozích výkonů při odpovídajícím počtu závodníků.
10. Že při každém předávání cen, k tradičnímu předávání medailí pro 1.-3. místo, se připojuje ocenění stužkou závodníkům na čtvrtém a dalším místě při vhodném slavnostním ocenění.
11. Že k významným soutěžím Speciálních olympiád budou připojovány doplňkové akce, které budou zahrnovat místní dobrovolníky od školního věku až po starší občany, aby se rozšířily možnosti pro veřejné porozumění a vzájemnou účast s lidmi s mentálním postižením.
12. Že, ačkoliv Speciální olympiády jsou primárně a nezbytně programem sportovním, jako integrační součást je vhodné přiřazovat v odpovídající míře aktivity umělecké, sociální a kulturní, jako jsou tance, výstavy, koncerty, návštěvy historických míst, odborná setkání, divadelní a filmová představení, a to jak s profesionálními umělci, tak s prezentací programů osob s mentálním postižením.
13. Že cílem Speciálních olympiád v každé zemi je rozvinout národní program na obvyklé bázi, aby od počátku zajistily rozvoj a popularitu, pochopení prezentací veřejností. Všechny zúčastněné země jsou pozvány vyslat delegace na mezinárodní letní a zimní hry Speciální olympiády 1x za 4 roky za předpokladu, že dodržují standardy, principy a filosofii Speciálních olympiád.
14. Že rodiny sportovců Speciálních olympiád se budou podporovat tak, aby hrály aktivní roli v programu jejich „komunit“ Speciálních olympiád, podílely se na tréninku jejich sportovců, spolupracovaly v politice zlepšování veřejného mínění, ve vzdělávacím úsilí potřebném k vytváření většího pochopení emočních, fyzických, sociálních a duchovních potřeb osob s mentálním postižením a jejich rodin.
15. Že Speciální olympiády podporují místní, regionální a národní sportovní programy, jak profesionální tak amatérské, aby zahrnuly ukázky schopností a dovedností sportovců Speciálních olympiád jako součást jejich hlavních akcí.
16. Že aktivity Speciálních olympiád se konají na veřejnosti s plným pokrytím sdělovacími médii tak, aby sportovci s mentálním postižením mohli veřejnosti odkrýt ty zvláštní kvality lidského potenciálu, v nichž vynikají.

### 3.2 SO jako součást olympijských soutěží

SO se rozvíjejí již od 60. let minulého století, ale začlenění do systému olympijských soutěží bylo podepsáno až v roce 1988 mezi Eunice Kennedy Shiverovou a tehdejším předsedou Mezinárodního olympijského výboru Juanem Antonio Samaranchem. Tím, že se staly SO součástí systému olympijských soutěží, respektují všechny povinnosti z nich plynoucí. Musí dodržovat olympijskou filozofii, tj. pravidlo fair-play ve všech ohledech a čtyřletý cyklus letních a zimních her s dvouletým mezidobím a rotace zemí – měst.

Rozdíl mezi SO a klasickou olympiádou je, že SO nejsou pouze pro zdatné sportovce, ale ani je nevylučují. Způsob jakým jsou jedinci vybíráni a rozdělení je prováděn kvalifikací, která je však rozděluje podle jejich pohybových dovedností, aby každý měl šanci uspět. Účast ve skupině musí být maximálně osm lidí, z nichž první tři dostanou medaili a ostatní stužku. Díky tomu se hry stávají úspěchem a radostí pro všechny a vládne tam pohodová atmosféra.

Sama zakladatelka říká: „Speciální olympiáda je tou nejčestnější olympiádou – není zde žádný doping, žádné taktizování, žádné finanční machinace, jde zde o ryzí sportování, kdy mnozí sportovci překovávají sami sebe (Special Olympic, n.d.).

Speciální olympiáda má i své logo, které symbolizuje globus, který objímají osoby s MP, dotýkající se rukama (všichni jsme dětmi této planety). V centru pozornosti je sportovec s MP se zdůrazněním jeho důstojnosti. Světové akce – WSOG (World Special Olympic Games) se konají ve čtyřletém, resp. dvouletém olympijském cyklu, vždy rok před olympijskými hrami (Special Olympic, n.d.).



Obrázek č. 1 Logo Speciálních olympiád (Special Olympic, n.d.)

Součástí ceremoniálu Speciálních olympiád je také slib sportovce a rozhodčího SO. Jeden z vybraných sportovců je vybrán, aby slib přečetl za všechny sportovce. V anglickém originále Speciálně olympijského slibu zní: „*Let me win! But if cannot win, let me be brave in the attempt*“. Do češtiny přeloženo jako: „*Kéž vyraji! Jestli se mi to nepodaří, ať jsem statečný/á ve svém úsilí!*“

Vybraný rozhodčí také přečte slib za všechny rozhodčí, který zní: „*Já X, rozhodčí Speciálních olympiád, jménem všech rozhodčích slibuji, že budeme rozhodovat spravedlivě, čestně v duchu pravidel fair play a v duchu pravidel Speciálních olympiád*“.

### **3.3 České hnutí speciálních olympiád (ČHSO)**

Je akreditovaným národním programem Special olympics, organizuje akce speciálních olympiád v České republice a zajišťuje zapojení ČR do mezinárodních programů SO. V Českém hnutí speciálních olympiád je 130 sportovních klubů SO a zapojeno přes 2500 sportovců s mentálním postižením.

Posláním ČHSO je stejně jako SO, poskytnout sportovcům s mentálním postižením možnost celoročního tréninku, účastnit se sportovních soutěží v různých sportech, rozvíjet tělesnou zdatnost, pěstovat odhodlání a odvahu, mít radost ze sebe, zážitků, upevnit přátelství s rodinou a navázat nová se sportovci SO (Special Olympic, n.d.).

### **3.4 Srovnání sportovního hnutí Inas – FID a SOI**

Hnutí Inas – FID (International Sports Federation for Person with intellectual Disability), je mezinárodní federace, která rozvíjí a dává šanci sportovat osobám s MP a to i na vrcholové úrovni. V ČR má toto hnutí ekvivalent ČSMPS (Český svaz mentálně postižených sportovců), registrující sportovce s IQ pod 75 bodů. ČSMPS je součástí Unie zdravotně postižených sportovců neboli Českého paralympijského hnutí a za zakladatele je považován MUDr. Josef Kvapilík. Více naleznete na internetových stránkách [www.uzps.cz](http://www.uzps.cz) a [www.csmmps.cz](http://www.csmmps.cz).

Sportovní filozofie tohoto hnutí je založena na principu „normality“. Tento princip vychází z teze, že všichni sportující podléhají jedné normě, srovnávají se s jednou normou a jsou hodnoceni dle jedné normy. Tj. – podléhají jednomu systému postupových kvalifikací, limitů, reflektují věkové kategorie daného sportu v souladu se sporty běžnými. Inas – FID bylo začleněno do paralympijských soutěží od Paralympiády v Barceloně 1992 za účasti sportovců ČR.

ČSMPS má v současné době zavedenu vnitřní klasifikaci A a B pro zpřístupnění soutěží i sportovcům s intenzivnějšími kognitivními limity (tento design odpovídá filosofii SO). Klasifikaci však nalezneme pouze v ČR, na mezinárodní úrovni to tak není. Základním problémem obou sportovních směrů, a to jak Inas FID tak SOI je, jak formulovat sportovce s mentálním postižením. V pravidlech obou hnutí je to IQ pod 75, ovšem ve spojitosti s adaptivním chováním je IQ vlastně

orientační. Na sportovní výsledek mohou mít vliv různé oblasti osobnosti s MP, jsou to rozhodovací procesy, související s triádou: výběr pohybového vzorce – jeho realizace v adekvátním čase – v adekvátním prostoru. Yves Vanvandevelijcka a spolupracovníci v rámci výzkumu IPC realizovali šetření, jehož výsledky by měly posloužit právě formulaci „minimálního postižení“ (Vanvandevelijck, 2009).

Formulace „minimálního postižení“, které ovlivňuje motorický výkon a je akceptovatelné pro účast na paralympijských hrách Inas – FID je vyvinuta po několikaletých výzkumech IPC (mezinárodního paralympijského výboru). Je plně respektovaná ČSMPS. Tato formulace vychází z charakteristiky struktury sportovního výkonu.

Na základě předchozích tezí byl zpracován precizní, byť komplikovaný, systém i proces získání licence intelektově postiženého sportovce pro část v soutěžích Inas a IPC. SOI takto důmyslný systém nemá. Oba směry sportu, jak Inas – FID tak SOI, zahrnují v sobě obecnou charakteristiku sportu, tj. dobrovolnost, snahu dosahovat maximální výkonnost, institucionalizovaný systém sportovního tréninku a soutěží a diváctví. Mají shodné i odlišné rysy. Jejich rysy můžeme vidět v následující tabulce:

<b>Inas – FID</b> <b>Český svaz</b> <b>mentálně postižených sportovců</b>	<b>ČSMPS</b>	<b>SOI</b>	<b>ČHSO</b>
		<b>České hnutí Speciálních olympiád</b>	
sportovní hnutí		sportovní hnutí	
filosofie normality – vzhledem ke stanoveným limitům, absolutnímu pořadí		filosofie relativity – vzhledem k aktuálnímu výkonu	
sportovci s MP s IQ pod 75 bodů		sportovci s MP s IQ pod 75 bodů, sportovci s kombinovanými vadami, partneři	
naděje na úspěch nejlepším sportovcům		naděje na úspěch sportovcům všech úrovní dle principu dělení do finálových skupin	
nejsou		přizpůsobené sporty	
olympijské sporty		olympijské sporty a jejich modifikace	
týmové sporty olympijské		týmové sporty olympijské a sjednocené	
vedou se národní – světové rekordy, žebříčky		nevedou se národní – světové rekordy, žebříčky	



startovné dle požadavků pořadatele	žádné startovné
věcné ceny dle nabídky pořadatele	žádné věcné ceny
oceňování medailemi prvních tří na stupních vítězů	oceňování celé finálové skupiny na stupních vítězů (medaile, stužky)
možné vlajky a národní symboly	žádné národní vlajky a národní symboly
doplňkový program může – nemusí být	doplňkový program MUSÍ být od národní úrovně výše
každoroční anketa vyhlášení nejlepšího sportovce s MP roku	každoroční přijetí sportovců světových her ČR u první dámy Livie Klausové

Tabulka č. 1 Schéma shod a diferencí mezi Inas – FID a SOI (Válková, n.d.)

### 3.5 Historie Speciálních olympiád ve světě a u nás

Speciální olympiády mají svoji historii již v roce 1963, kdy paní Eunice Knedy Shiver začala pořádat jednodenní tábory pro děti a dospělé s mentálním postižením ve svém domě v Marylandu, kde provozovali různé druhy sportů a pohybových aktivit. Na táborech se projevilo, že lidé s mentálním postižením jsou schopni provádět různé pohybové aktivity a různé druhy sportů. Společně se svým manželem, se paní Eunice Kennedy, podařilo prosadit myšlenku, aby se založili hry, kde by se mohli účastnit lidé s mentálním postižením. (Holbová, et. al., 2012)

Zde se zrodila myšlenka a v roce 1968 se již konaly první mezinárodní hry Speciálních olympiád v Chicagu, účastnilo se 1000 jedinců s mentálním postižením z 26 zemí. První mezinárodní zimní hry SO se uskutečnily v roce 1977 ve Steam Boat Springs, Colorado, USA. Původní pochybovačné názory, jaký to má smysl, když sportovci uběhnou sotva 100 metrů, vyvrátil vývoj společnosti, který dosáhl toho, že v roce 2000 byl na programu her půlmaratón, maraton, judo a jízda na koních. V Evropě se první hry SO uskutečnili v Belgii roku 1981, za účasti 2000 sportovců. Právo užívat název „olympiáda“, v plném znění Speciální olympiáda, je umožněno v roce 1988, kdy byla podepsána dohoda mezi Mezinárodním olympijským výborem (IOC), Juanem A. Samaranchem a E. Kennedy Shriver. Dalším významným rokem je rok 1993, kdy se zimní světové hry SO poprvé uskutečňují mimo kontinent Severní Ameriky, a to v Rakousku. Letní hry se mimo Severní Ameriku uskutečnily poprvé v roce 2003 v irském Dublinu.

U nás se sport osob s mentálním postižením provozoval pouze na zvláštních školách (SHMP) a v ústavech sociální péče. Tyto hry se odehrávaly na úrovni krajů bez možnosti celostátního či mezinárodního soutěžení. V obou případech zde postupovali vždy nejlepší sportovci. I když jsme o probíhajících SO ve světě věděli, teprve v roce 1989 se uskutečnila první neoficiální

výprava s 10 československými sportovci na polské národní hry SO konané ve Varšavě. Ve stejném roce je založen přípravný výbor Českého hnutí Speciálních olympiád O. Kurzovou, M. Středovou a L. Kurzem. Přípravný výbor zajistil akreditaci a v roce 1990 přijetí do SOI s následnou účastí československé výpravy na Evropských hrách v Glasgowě ve Skotsku. Od roku 1991 se pak Československo a následně Česká republika, účastní jako ČHSO všech Evropských a světových her.

První Československé hry se pořádaly v roce 1991 v Praze na Strahově s rozsahem sportů atletika, plavání, stolní tenis, kopaná, přizpůsobené sporty. Po rozdělení Československa se zorganizovaly první České národní hry SO v Olomouci roku 1993, kde byla jen atletika a přizpůsobené sporty. Spektrum sportů letních her bylo následně ustáleno na 9 sportů, které ČHSO rozvíjí: atletika, cyklistika, plavání, rytmická gymnastika, stolní tenis, bocce, sjednocený volejbal, sjednocená kopaná o 7 hráčích, přizpůsobené sporty. Cyklus Národních her je nyní čtyřletý. Mimo to se začaly pořádat každým rokem národní soutěže, soustředění sportovců či semináře trenérů, každý sport si časem našel své zázemí, ve Dvoře Králové probíhá každoročně stolní tenis, v Dřevěnici přehazovaná, gymnastika v Opavě a v Praze a zimní hry se pořádají v Krkonoších v oblasti Malé Úpy.

Zpočátku se u nás provozoval jen stolní tenis a atletika, ale časem se rozšiřovalo spektrum disciplín (sálový hokej, unified volejbal a kopaná, běžecké a sjezdové lyžování) a mohou soutěžit sportovci jak s těžkým postižením, tak s výbornými kvalitami.

ČHSO je velmi podobné SOI, národní hry jsou pořádány vždy v roce po světových hrách SO v Praze a v mezidobích se pořádají národní turnaje, hry v daném sportu (Válková, 1998).

Klíčovými body pro účast na Speciální Olympiádě jsou:

- Celoroční trénink
- Trénink a soutěže
- Olympijské druhy sportu nebo jejich modifikace
- Osoby s mentálním postižením
- Věk osm let a vyšší pro národní soutěže, od 3 let program Mladý sportovec
- Účast partnerů ve sjednocených sportech
- Rozvoj a účast v doplňkových programech (in Válková, 1998), (Special Olympic n.d.)

### **3.6 PROJEKT HEALTHY ATHLETES (Zdravý sportovec)**

Je projekt, který se stal v roce 1997 součástí Speciálních olympiád (SO) ve Spojených státech amerických, jako doplňkový program. Tento projekt na Speciálních olympiádách (SO) poskytuje zdravotnické služby a informace týkající se zdravotního stavu a životního stylu sportovců. SO spolu s tímto projektem se staly největší světovou zdravotní organizací, která se věnuje lidem s mentálním postižením. Postupně se tento projekt, se zájmem ve prospěch lidí s mentálním postižením, rozrostl po celém světě a nyní pečuje o více než 11 000 sportovců s mentálním postižením a vychovává ke zdravému životnímu stylu téměř 10 000 sportovců a rodinných příslušníků.

Tento projekt, má pobočky ve 170 zemích po celém světě. Poskytuje sportovcům bezplatnou zdravotní péči a zdravé produkty pro sportovce či doplňky stravy. Součástí tohoto projektu je i vzdělávání odborníků na zdravotní péči. Získávají zde pak znalosti, které se týkají lidí s mentálním postižením. Byly také navázány nové kontakty a spolupráce s mnohými organizacemi, vysokými školami a poskytovateli zdravotní péče.

Projekt Zdravý sportovec především pomáhá lidem, kteří si to nemohou dovolit z finančních důvodů nebo z důvodu špatné zdravotní péče v rodné zemi. Jsou to lidé z chudých vrstev západní Afriky, Egypta a dalších zemí, kde není o populaci s mentálním postižením patřičně postaráno.

V současné době je sportovcům nabízena zdravotní projekce v sedmi oblastech: *Fit feet (zdatná noha)*, *FUN Fitness (zábavná zdatnost)*, *Health Promotion (podpora zdraví)*, *Healthy Hearing (zdravý sluch)*, *MedFest (sportovní fyzikální vyšetření)*, *Opening Eyes (otevřené oči)* a *Special Smiles (speciální úsměv)*. V těchto oblastech vzdělává sportovce a identifikuje problémy, které mohou vyžadovat další následná opatření (Special Olympic, n.d.).

### **3.7 Jednotlivé oblasti vyšetření**

#### **3.7.1 FUN Fitness (zábavná zdatnost)**

Je součástí šetření obecné zdatnosti sportovců, která posuzuje a zlepšuje flexibilitu sportovců, funkční sílu, aerobní kapacitu a rovnováhu. Jejím úkolem je vzdělávat účastníky, jejich rodinu, trenéry a poskytovat praktickou příležitost pro účastníky, aby se dozvěděli o fyzikální terapii. Účastníci dostávají také vzdělávací literaturu, osobní „fitness vysvědčení“, zobrazující techniky ke zlepšení flexibility, funkční síly, rovnováhy a aerobní podmínky pro sportovní výkon a denní aktivity.

FUN Fitness se stal součástí speciálních olympiád od roku 1999 a na jeho realizaci se podíleli fyzikální terapeuti ve spolupráci s fyzickými asistenty a studenty terapeuty. Tito odborníci, nejenom vzdělávají a konzultují, jak zlepšit výkon, ale také diskutují se sportovci, rodinnými příslušníky a trenéry o složkách vhodného fitness programu, jako prevence proti zdravotním problémům a vhodné cvičení při sportovním tréninku a soutěži, aby atleti trénovali a soutěžili bezpečně (Special Olympic, n.d.).

### **Dotazník FUN fitness**

Součástí dotazníku jsou otázky, zaměřující se na různou sportovní problematiku. Patří mezi ně otázky týkající se pomocných zařízení, které sportovec používá (chodítka, hůl, vozík), dále nemoci nebo zranění, zvyky v pohybové aktivitě (jak často, jaký sport provozují), hodnocení flexibility, síly, rovnováhy a aerobní kapacity (Special Olympic, n.d.).

### **3.7.2 Healthy Promotion (Podpora zdraví)**

WHO definuje podporu zdraví, jako proces, kterým umožňuje zvyšovat člověku kontrolu nad sebou samým a vede ke zlepšení zdraví. Učí se zdravému životnímu stylu, jak jíst různé výživné stravy, jakou fyzickou aktivitu provozovat, škodlivost tabáku a vystavování se slunci. Snaží se snížit zdravotní problémy, které jsou příčinou úmrtí a postižení a také zajistit dlouhý a produktivní zdravý život.

### **Dotazník Healthy Promotion**

Tento dotazník obsahuje otázky týkající se výživy, doplňků stravy, tekutin, kouření a vystavování se slunečnímu záření (Special Olympic, n.d.).

### **3.7.3 Fit Feet (Zdatná noha)**

Mnoho sportovců trpí na nohy a bolesti kotníků nebo deformit, které zhoršují jejich výkon. Zanedbávají péči o své chodidla, nejsou vybaveni vhodnými boty a ponožkami pro jejich sport a proto více jak 50 procent sportovců má problémy s nohama, které mohou mít vliv na jejich účast ve SO (Special Olympic, n.d.).

### **3.7.4 Healthy Hearing (Zdravý sluch)**

Je program Zdravé slyšení, který byl založen Dr. Gilbertem R. Hererem v roce 1999 a který se rozrostl v globální audiologický screening, péči a vytváření programu pro naše sportovce. Výše ztráty sluchu na SO je mnohem větší, než mezi běžnou populací, protože většina problémů sluchu jsou dříve nezjištěné nebo neošetřené (Special Olympic, n.d.).

### **3.7.5 Med Fest (Sportovní fyzikální vyšetření)**

Někdy je to u těchto sportovců první návštěva lékaře. V mnoha případech byl zjištěn, život ohrožující stav a pod vedením lékařů, sester, asistentů lékaře a studentů medicíny, se zlepšil. MedFest je screening, skládající se z anamnézy, výšky, váhy, krevního tlaku, kardiologického testu, pohybového testu, ortopedického vyšetření a břišního hodnocení (Special Olympic, n.d.).

### **3.7.6 Opening Eyes (Otevřené oči)**

Tento program se zaměřuje na vyhledávání sportovců, kteří mají problémy s viděním a následně zajišťují a nabízejí dioptrické brýle, sluneční brýle a sportovní brýle sportovcům na SO (Special Olympic, n.d.).

### **3.7.7 Special Smiles (Speciální úsměv)**

Poskytuje kompletní vyšetření dutiny ústní, zajišťuje zdravotní péči a současně nabízí informace o zubních kartáčcích, dentálních nitích, techniky čištění atd. Vydává také preventivní dodávky zubních past, kartáčků a fluoridu (Special Olympic, n.d.).

#### 4 CÍLE PRÁCE A VÝZKUMNÉ OTÁZKY

Cílem práce je, zjistit standardním dotazníkem projektu „Zdravý sportovec“, zdravotní profil sportovců – lyžařů Speciálních olympiád ČR.

*Explanace cíle:* součástí projektu Zdravý sportovec je zajištění základních informací o chronickém zdravotním stavu sportovce SO, tj. zda mají jistá zdravotní omezení, která mohou souviset s provozováním sportovní činnosti, jaké sportovní aktivity preferují, zda užívají některou kompenzační pomůcku, nebo zda je součástí jejich sportovní aktivity také protahování. Analýza a popis povinné části dotazníku v projektu Zdravý sportovec, je hlavním cílem bakalářské práce.

Dílčí cíl:

- Popsat frekvenci odpovědí vzhledem a) k věku sportovců  
b) k pohlaví

Doplňujícím cílem je analýza přímého komunikačního vztahu při dotazování sportovců SO, která by alespoň z části vypovídala o tom, jak zvládají porozumění kladeným otázkám, jaké je jejich rozhodování a konečná odpověď při vyplňování dotazníku v projektu Zdravý sportovec.

Výzkumné otázky:

1. Jaká je četnost kompenzačních pomůcek u sportovců SO vzhledem k věku a jaké kompenzační pomůcky převažují?
2. Jaké jsou nejčastější zdravotní problémy u sportovců SO vzhledem k věku?
3. Jaké sporty preferují sportovci SO a jak často je provozují?
4. Provozují sportovci pravidelně sportovní aktivity? Pokud ne, proč?
5. Jak často provádí sportovci stretching (protahování)? Posouzení dle věkových skupin.
6. Jaká je komunikace se sportovci a jejich komunikační dovednosti?
7. Jaká je věrohodnost výpovědí sportovců SO, porozumění otázce a jejich rozhodování?

Úkoly práce:

1. Vyhledat a prostudovat literaturu a další zdroje dle klíčových slov
2. Formulovat výzkumné otázky a záměr práce
3. Zpracovat výsledky v tabulkách a následně převést do grafické podoby
4. Zpracovat teoretickou část bakalářské práce
5. Vytvořit kompletní bakalářskou práci s výsledky a hodnocením získaných dat

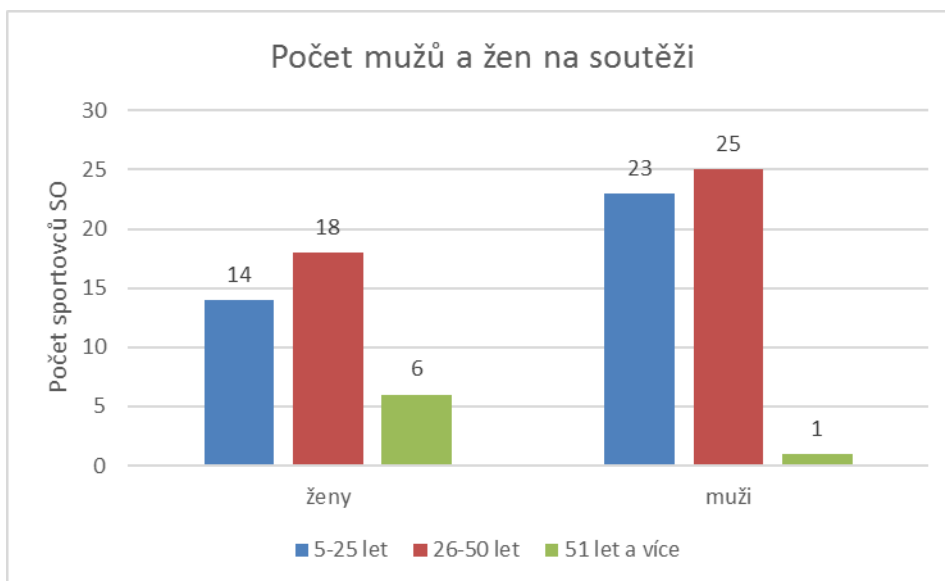
## 5 METODIKA

*Koncept pilotní studie:* Projekt Zdravý sportovec byl aplikován na 21. Zimních hrách Českého hnutí speciálních olympiád (ČHSO) v Malé Úpě, a to v lednu 2012. Konkrétně to bylo šetření FunFitness a Health Promotion, sestávající z dotazování (vlastní práce) a měření ukazatelů zdravotnosti, které už však nebylo v mé kompetenci. Dotazování, které probíhalo na Zimních hrách, bylo v rámci strukturovaného dotazníku Zdravý sportovec. Dotazování se týkalo otázek zdraví a sportování. Zjištěné výsledky mohou být prospěšné rodičům, trenérům, studentům a všem, kdo mají zájem se dozvědět více o sportování osob s mentálním postižením.

Z tohoto hlediska se jedná o výzkum pilotní (omezený určitým počtem participantů, dosud v ČHSO nezpracovaný), analyticko-syntetický a komparativní (srovnání sub-skupin).

### 5.1 Participantí

Účastníky byli sportovci z klubů Českého hnutí speciálních olympiád (ČHSO), kteří se zúčastnili Zimních her SO 2012 v Malé Úpě a soutěžili v jednotlivých zimních disciplínách – běžeckém a sjezdovém lyžování a snowboardingu. Dotazovaných bylo celkem osmdesát sedm, z toho třicet osm žen a čtyřicet devět mužů ve věku osm až šedesát čtyři let (viz. Graf č. 1). V grafu č. 2, vidíme procentuální zastoupení, mužů je 57% a žen je 44% na SO.



Graf č. 1 Počet mužů a žen na soutěži



Graf č. 2 Procento mužů a žen

## 5.2 Použité metody

K získání dat, které se staly podkladem pro moji výzkumnou práci a následně bakalářskou práci, jsem použila unifikované formuláře (viz. Příloha 1), které byly vytvořeny dle manuálu FUN Fitness (2007). Formuláře obsahují otázky, zaměřující se na různou sportovní problematiku. Týkají se pomocných zařízení, které sportovec používá (chodítka, hůl, vozík), s jakými vybranými zdravotními problémy či zraněními se potýká a jeho zvyky v pohybové aktivitě (jak často a jaká



sport provozuje). Součástí je i hodnocení flexibility, síly, rovnováhy a aerobní kapacity, avšak ty jsou vyhodnoceny v jiné práci. Dotazníky jsou unifikované, tedy shodné s dotazníky používanými v SOI a je důležité strukturu dotazníků zachovat a neměnit je.

Data, která jsem získala a následně převedla do elektronické podoby, byly statisticky zpracovány a upraveny do grafické podoby. Při zjišťování těchto dat jsem využila metodu dotazování, kdy informace byly získány přímou komunikací se sportovci.

V rámci tohoto projektu, kdy probíhal sběr dat o sportovcích, jsem uplatnila další metodu pro svůj výzkum – pozorování. Pozorováním jsem se zaměřila na dovednosti sportovce, zda odpovídal sám, s pomocí trenéra a jak byla jeho výpověď věrohodná. Pozorovala jsem také další aspekty jako: porozumění otázce, rozhodovací procesy, zda je odpověď jasná a vliv přítomného trenéra či jiné osoby.

### **5.3 Statistické zpracování**

Výsledky dotazníků byly zpracovány deskriptivní statistickou metodou (matematicko-statistickou) a ukazují frekvenci odpovědí na kladené otázky, které jsou převedeny do sloupcových grafů, dle věku probandů a číselně vyjádřeny. Vedle sloupcových grafů byly použity i výsečové grafy s procenty, které přehledněji vyjadřují četnost jednotlivých odpovědí.

### **5.4 Postup výzkumné práce**

Výzkum, jehož hlavní náplní bylo dotazování a měření, probíhal na 21. hrách Zimní Speciální olympiády Malé Úpě. Unifikované dotazníky, FUNfitness a Healthy Promotion, byly předem připraveny pro skupinu dobrovolníků, kteří po dobu šesti dnů pracovali na sběru dat o zúčastněných respondentech. Dotazování i měření probíhalo v místnostech speciálně pro výzkum určených, kde byl klid, pohodlí, teplo a prostor pro cvičení při měření. Veškerá práce probíhala postupně, dle po sobě jdoucích otázek ve formuláři.

Nejdříve proběhlo seznámení se sportovcem, abych navodila příjemnou atmosféru, která je v komunikaci velmi důležitá a následně s ním vyplnila první část unifikovaného dotazníku, která se týkala využívaných kompenzačních pomůcek sportovci, jejich zdravotního stavu, aktivního života sportovců a protahování po sportovním výkonu nebo mimo něj. Součástí strukturovaného dotazníku byly i další otázky a měření, ty však prováděli jiní dobrovolníci tohoto projektu a jsou obsaženy

v jiných pracích. Participantů projektu Zdravý atlet bylo celkem osmdesát sedm a z toho třicet osm žen a čtyřicet devět mužů (viz. Graf č. 1). Dotazování byli muži i ženy ve věku osm až šedesát čtyři let. Dále respondent pokračoval k mým kolegům, u kterých probíhalo měření a celá výzkumná práce byla zakončena opět dotazováním týkajícím se zdravého životního stylu a doplňků stravy. Nakonec respondenti obdrželi drobnou pozornost v podobě doplňků stravy, či hmotného dárku. Nasbíraná data byly posléze naskenována a odeslána příslušným klubům.

Během dotazování v projektu Zdravý sportovec jsem měla možnost pozorovat a vést rozhovor s respondenty a na základě objektivního pozorování vyvodit závěry v oblasti komunikace s dotazovanými. Po skončení Speciálních olympiád, kterých jsem se zúčastnila v Malé Úpě (sportovní zaměření-lyžování), Dřevěnici (sportovní zaměření-přehazovaná) a Dvoře Králové (sportovní zaměření-stolní tenis), jsem mohla porovnávat účastníky a jejich odpovědi na otázky. S někteřími jsem se setkala na všech třech hrách Speciálních olympiád a proto pro mě bylo hodnocení ještě zajímavější. Při vyhodnocování jsem si pokládala několik otázek, které uvedu v následující kapitole.

## **6 VÝSLEDKY**

Pro přehlednost jsou veškeré výsledky uvedeny v sloupcových grafech. Grafy jsou seřazeny tak, jak po sobě následovaly otázky ve strukturovaném dotazníku a jejich vyhodnocení je závislé na frekvenci odpovědí na dané otázky a na věku dotazovaných, které jsem rozdělila do věkových skupin 5-25 let, 26-50 let, 51 a více. Otázky, které jsou součástí oblasti, kterou jsem vyplňovala s respondenty, jsou následující:

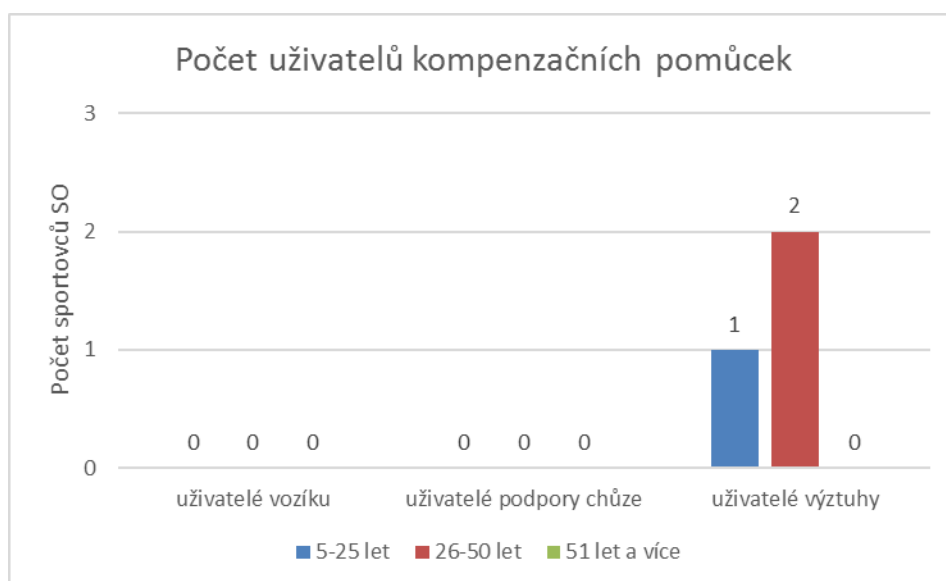
1. Užíváte kompenzační pomůcek?
2. Omezuje Vás nemoc nebo zranění ve Vašem výkonu?
3. Jaká je Vaše průměrná fyzická aktivita?
4. Jaké aktivity obvykle provozujete?
5. Sportujete pravidelně? Pokud ne, proč?
6. Provádíte pravidelně protahování?

Dále následuje vlastní vyhodnocení komunikačních schopností, které jsem pozorovala u respondentů a které nebylo součástí dotazníku. Vycházela jsem z otázek:

7. Byl jedinec schopen komunikovat a jaká byla jeho komunikace?
8. Odpovídal jedinec sám nebo s pomocí trenéra či jiného doprovodu?
9. Byla jeho výpověď věrohodná?
10. Porozuměl jedinec otázce?
11. Jak probíhaly rozhodovací procesy, byla odpověď jasná a srozumitelná?

### 6.1 Užívání kompenzačních pomůcek

Ze všech osmdesáti sedmi osob uvedli pouze tři respondenti, že užívají kompenzační pomůcku a to v podobě výztuhy. Přičemž to byli respondenti z věkové skupiny 5-25 let a 26-50 let. Z toho vyplývá, že většina sportovců není ve svém pohybu a sportu výrazně omezena a proto nemusí užívat kompenzační pomůcku, která by mohla mít vliv na jejich soutěžní výsledky. Samozřejmě bez přihlídnutí ke koordinaci a rovnováze sportovce. Kompenzační pomůcku nepoužívá 97% probandů a pouze 3% používají kompenzační pomůcku (výztuhu).



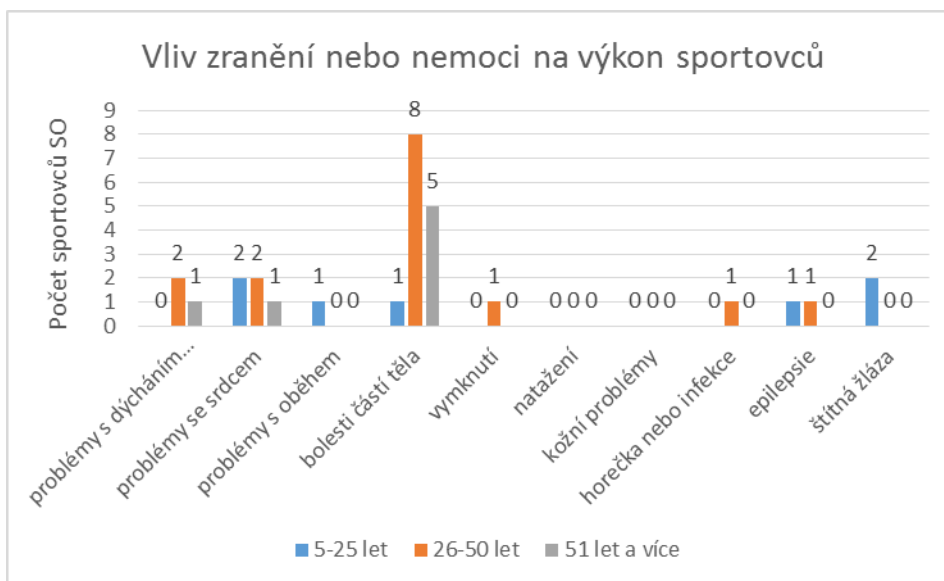
Graf č. 3 Počet uživatelů kompenzačních pomůcek



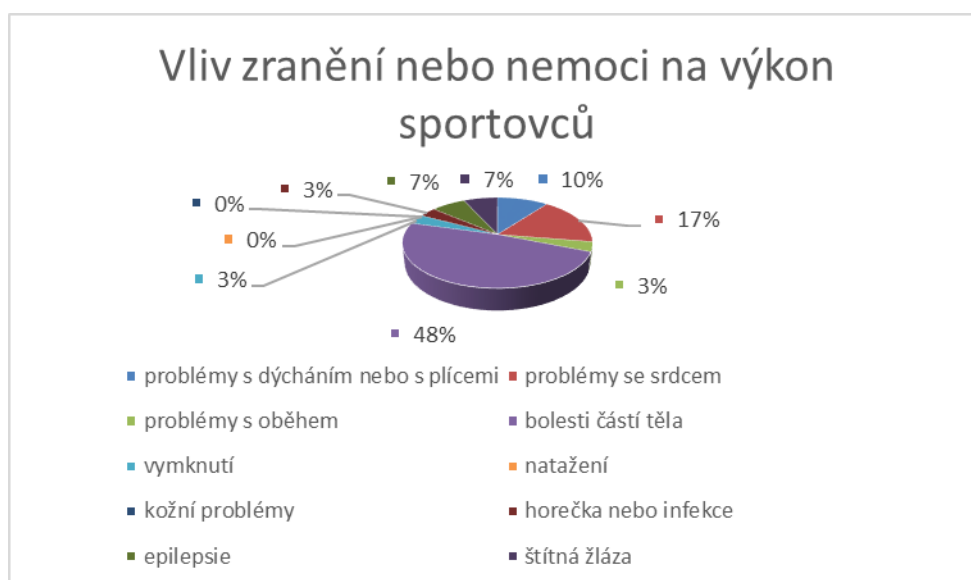
Graf č. 4 Procento uživatelů kompenzačních pomůcek

## 6.2 Nemoc nebo zranění ovlivňující výkon

Z dotazovaných respondentů si čtrnáct stěžovalo na bolesti části těla (ruka, noha, záda, krk, hlava), z toho nejčastější odpovědi byly záda a hlava. Tyto bolesti se vyskytovaly nejvíce u osob ve věku 26-50 a 51let a více. Dalším nejčastějším zdravotním problémem u sportovců byly problémy se srdcem, které se vyskytují u pěti respondentů ve věkové skupině 5-25 a 26-50 let. Celkem dvacet sedm respondentů má nějaké zdravotní problémy a u ostatních se žádné nemoci či problémy zatím neobjevily. U dvou z dotazovaných byla objevena epilepsie. Pouze u dvaceti sedmi respondentů z osdesáti sedmi dotazovaných se tedy objevily zdravotní problémy nebo úrazy, které mohly ovlivnit jejich výkon. V procentech jednoznačně vidíme, že 48% probandů má problémy s určitou částí těla a 17 % se srdcem, tyto problémy byly u dotazovaných nejčastější.



Graf č. 5 Vliv zranění nebo nemoci na výkon sportovce

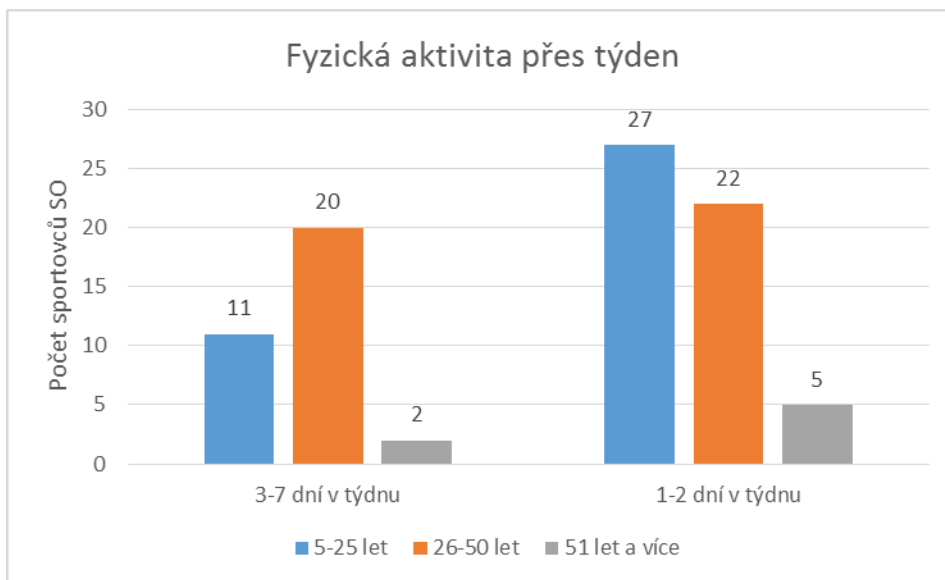


Graf č. 6 Vliv zranění nebo nemoci na výkon sportovců

### 6.3 Průměrná fyzická aktivita (pohybová aktivita)

V této otázce odpověděli kladně všichni respondenti, nenašel se žádný, který by neprovozoval žádnou fyzickou aktivitu. Průměrná pohybová aktivita přes týden, je u padesáti čtyř respondentů 1-2 dny v týdnu a třicet tři respondentů provádí pohybovou aktivitu 3-7 dní v týdnu. Nejvíce pohybové aktivity můžeme vidět u osob ve věku 26-50 let a nejméně u starších osob ve věku 51let a

více. Lze tedy konstatovat, že sportovci provádí pohybovou či sportovní aktivitu, mimo hry SO, téměř pravidelně. V procentuálním grafu se odpověď 1-2 dny objevila v 62% a 3-7 dní v 38%.



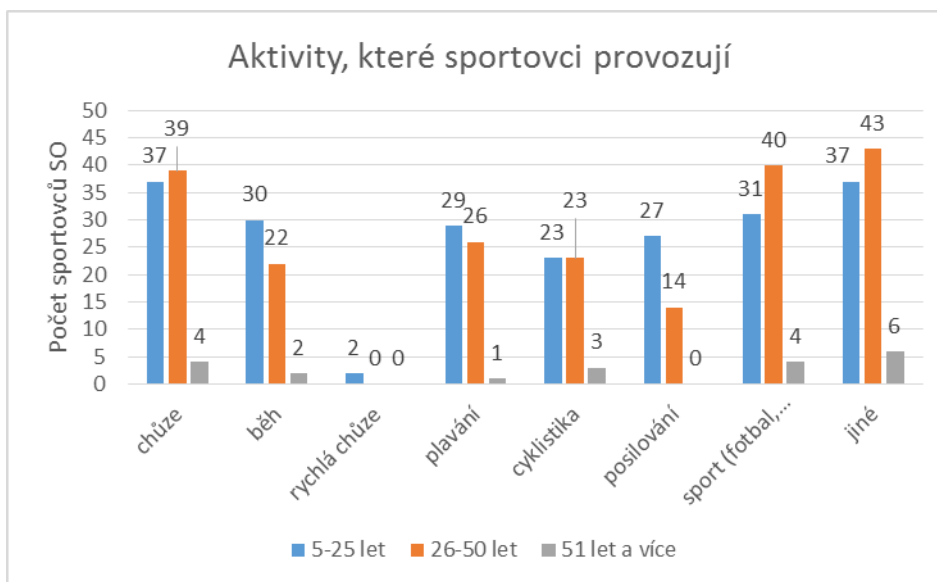
Graf č. 7 Fyzická aktivita přes týden



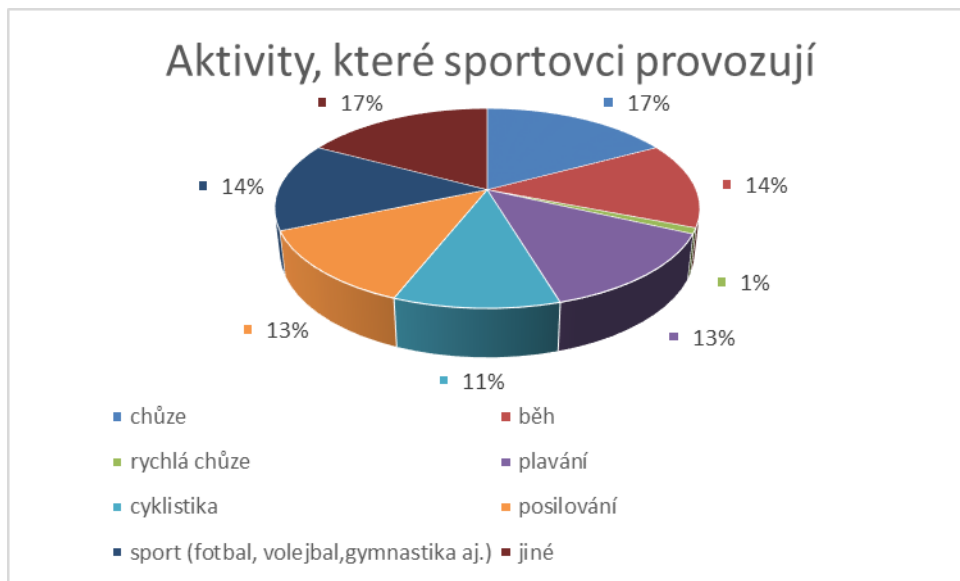
Graf č. 8 Fyzická aktivita přes týden

## 6.4 Aktivity, které obvykle provozujete

V tomto grafu nalezneme výsledky, které ukazují nejčastěji provozovaný sport nebo jinou aktivitu u sportovců SO. V nabídce se objevili jak kolektivní, tak individuální sporty, přičemž nejvíce sportovců se hlásilo ke kolektivním sportům, dále chůzi a jiným sportům. Nejméně se sportovním aktivitám věnují osoby ve věku 51let a více a nejvíce sportovních aktivit provozují lidé ve věku 5-25 let. Procentový graf poukazuje na nejčastější aktivity chůzi a jiné sporty než jsou v nabídce, obě získali 17% a ostatní aktivity se pohybují na hranici 13% a nejméně získala aktivita rychlá chůze, pouhé 1%. Preferování určité sportovní aktivity souvisí i s nabídkou sportů, kterým se věnuje ČHSO, to následně může ovlivnit výsledky v tomto grafu.



Graf č. 9 Aktivity, které sportovci provozují



Graf č. 10 Aktivity, které sportovci provozují

### 6.5 Máte nepravidelný sportovní program? Pokud ano, proč?

V této otázce se žádný z respondentů nevyjádřil kladně, všichni z dotazovaných provádějí pohybovou či sportovní aktivitu víceméně pravidelně a proto výsledky této otázky byly nulové. Z důvodu nulových výsledků nebyla tato otázka převedena do grafu. Pravidelný sportovní program má tedy 100% z dotazovaných. Důležité je také zmínit, že pokud by sportovci nesportovali pravidelně, nemohli by být registrováni v ČHSO.

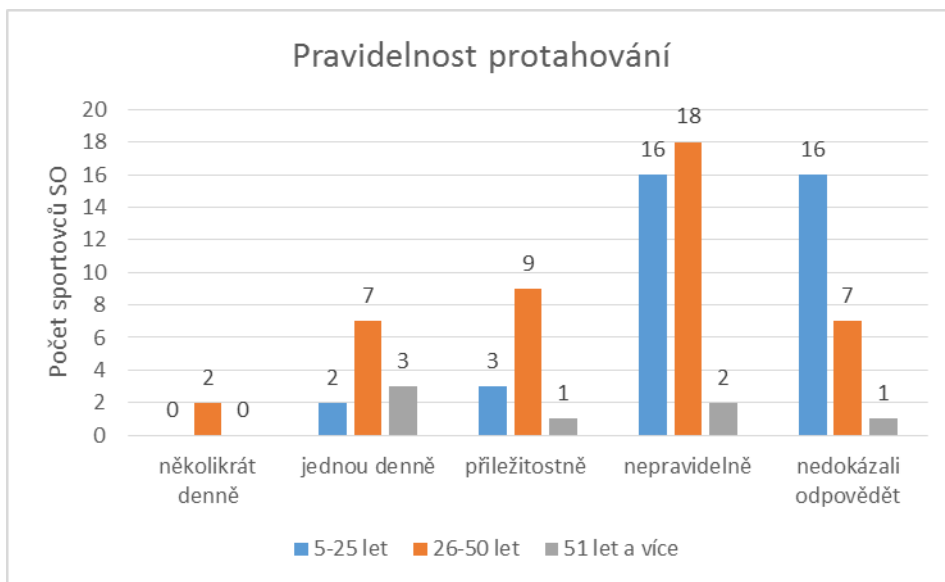
### 6.6 Pravidelnost protahování respondentů

V poslední otázce strukturovaného dotazníku byli respondenti dotazováni, jak pravidelně provádí stretching po sportovní aktivitě nebo mimo ni. Jednoznačně zde převládla odpověď nepravidelně, ke které se hlásilo třicet šest respondentů a následně dvacet čtyři z nich nedokázali na danou otázku odpovědět.

Důvod proč neodpověděli byl mnohdy takový, že neporozuměli otázce, ač jim byla popsána a přiblížena jinými slovy a nározně předvedena. U většiny z nich však převažovali odpovědi, že neprovádí z časových či jiných důvodů. U sportovců, kteří na tuto otázku odpovídali sami, byla věrohodnost jejich odpovědi velmi diskutabilní. Sportovci byli také často opravováni trenéry či doprovodnou osobou. Většinou sportovci uváděli, že se protahují častěji, než je tomu ve skutečnosti



a trenér jejich odpověď musel uvádět na pravou míru. Ve výšečtovém grafu vidíme procentuální zastoupení odpovědí, kde 41% má odpověď nepravidelně a 28% nedokázalo odpovědět. To byly nejčastější. Pouhých 15% z dotazovaných provádí protahování příležitostně, 14% jednou denně a jen 2% několikrát denně.



Graf č. 11 Pravidelnost protahování



Graf č. 12 Pravidelnost protahování

## 6.7 Komunikace se sportovci Speciálních Olympiád

*Byl jedinec schopen komunikovat a jaká byla jeho komunikace?*

Komunikační dovednosti, ale také schopnosti respondentů hodnotím velmi kladně, téměř všichni byli schopni komunikace s výjimkou jedné dívky s hluchoněmotou a muže, který nemluvil, ale spíše jen přikyvoval.

*Odpovídal jedinec sám nebo s pomocí trenéra či jiného doprovodu?*

Z osmdesáti sedmi jedinců přibližně čtvrtina z nich neodpovídala sama, ale mluvil za ně trenér či jiný doprovod. Setkala jsem se i s případy, kdy trenér stál za sportovcem a znamením ruky mi ukazoval, zda dotazovaný mluví pravdu nebo ne. Na to navazuje další otázka a to, zda byly odpovědi sportovců věrohodné.

*Byla jeho výpověď věrohodná?*

Na to nelze jednoznačně odpovědět, ale můžeme se pouze domnívat. Z mého pohledu bych věrohodnost odpovědí zhodnotila následovně. Na otázky, které byly jednoduché a pro respondenty známé, odpovídali velmi přesvědčivě, nicméně otázky, které obsahovaly neznámé termíny, vyvolávaly u dotazovaných rozpaky a mnohdy nevěděli, co mají odpovědět. Po dlouhé přemýšlení zvolili odpověď nebo jim pomohl jejich trenér. To souvisí s další problémem, kterým je, porozumění otázce.

*Porozuměl jedinec otázce?*

S tím jsem se setkala hned u první otázky, kde se používal termín *výztuha*. Pro sportovce, bylo těžké odpovědět na tuto otázku, ale pro mě složité tento termín popsat a charakterizovat.

Ve druhé otázce jsem opět narazila na nepochopení. Slovo bolest a zranění dokážeme svými slovy jasně definovat, ale když jsem se dotazovala sportovců, na tuto otázku, setkala jsem se znova s nejistotou a váhavostí. Ještě větší nejistota ve mně zavládla, když jedinec s naprostým přesvědčením tvrdil, že má problémy se srdcem, ale trenér mi naznačil, že žádné problémy se srdcem nemá. Ještě párkrát se situace opakovala a vysvětlením bylo, že jedinci si bolest u srdce (píchání u srdce spojené s běžnou nervosvalovou poruchou) vysvětlují, jako problémy se srdcem.

Stejně tak to bylo u problému s dýcháním, kožními problémy nebo štítnou žlázou. Následovaly otázky sportovní aktivity a protahování.

Sportovci někdy dělalo problém porozumět termínu *průběžně* a mnoho z nich bylo opravováno trenéry. Ale položme si otázku: „Kolik z nás, ví přesně, kolikrát týdně sportujeme?“ většinou sportujeme nepravidelně a nemůžeme jednoznačně odpovědět. Vše se odvíjí od časových možností a zdravotního stavu.

V nabídce sportů respondenti často souhlasili s chůzí a méně s rychlou chůzí, avšak pravdivost jejich výpovědi mi nepřišla jednoznačná. Poslední otázkou bylo protahování a zde bych se přikláněla k největšímu nepochopení a zároveň tedy nepravdivosti odpovědi. Respondentům jsem musela vysvětlovat, co je tím myšleno a někdy i názorně předvést, jak vypadá protahování. I přesto si myslím, že mnoho z nich nepochopilo a odpovídalo jinak, než je tomu ve skutečnosti.

*Jak probíhaly rozhodovací procesy, byla odpověď jasná a srozumitelná?*

Rozhodování respondentů, jak jsem již zmiňovala, bylo mnohdy dlouhé a nejisté. Ve chvílích, kdy dlouho váhali jsem se snažila, otázku položit jinak a převést do běžného života. Většinou se sportovci pro něco rozhodli, ale o věrohodnosti můžeme jen spekulovat. Respondenti odpovídali převážně srozumitelně, nebyly zde žádné větší problémy v porozumění odpovědi. Co se týká jasnosti jejich odpovědi, někdy jsem se musela doptávat a blíže specifikovat, abych jim porozuměla.

Celkově komunikaci se sportovci Speciálních olympiád, mezi něž patří osoby s mentálním postižením hodnotím velmi kladně. Sportovci byli velmi přizpůsobiví, ochotní, optimističtí a nadšení pro sportování. I přes zmíněné nedostatky v komunikaci bych nepovažovala jejich komunikativní dovednosti za výrazně omezené.

## 7 DISKUZE

Hlavním cílem této práce bylo, zjistit kvalitu života z pohledu sportovních aktivit a zdravotního omezení sportovců zimních her Speciálních olympiád a v rámci toho pozorovat komunikační dovednosti sportovců. Ze získaných dat dále vypracovat statistiku a slovní hodnocení z objektivního pozorování.

Měření a dotazování probíhalo u sportovců, kteří mají různý stupeň mentálního postižení, ve věku 8 až 64 let. U dotazovaných sportovců bylo zjištěno, že všichni provozují fyzickou aktivitu různého typu, bez ohledu na jejich mentální postižení nebo věk. Už samotné věkové rozpětí nám ukazuje, že zájem o sportování je u osob mentálně postižených v každém věku.

Kvapilík (1990) ve své knize napsal: „odborníci se shodují na tom, že pohybové aktivitě mentálně postižených je třeba se věnovat po celý život, v dětském věku zvláště.“ Když se podíváme na statistiku zastoupení věkových skupin na SO, zjistíme, že ve věkové skupině 5-25 let je třicet osm respondentů a z toho dvacet dva jsou děti do 15 let. Sportování je u respondentů ovlivněno také tím, zda žijí v rodině nebo ne a jestli jsou členy ČHSO.

Renotierová (2004) uvádí, že důsledky postižení mohou omezovat jedince i jeho rodinu v takových aktivitách, které jsou spojeny s očekáváním radosti a spokojenosti, jako jsou vztahy, kultura, sport. V tomto tvrzení je důležité zdůraznit slovo „mohou“, jelikož příležitosti, které jedinec ve společnosti má jsou široké a proto stačí jen chtít. Na Speciálních olympiádách jsem se přesvědčila, že sportovci jsou spokojeni a plní radosti, nejen při sportování, ale také setkání s přáteli a novými lidmi.

Ludíková (2013), také uvádí, že není podstatné, z jakého důvodu došlo k postižení, ale jaký má jedinec potenciál pro kompenzaci a překonávání důsledků těchto omezení. U sportovců SO si může všimnout, že nemají zábrany ani omezení, které by jim bránili ve sportování.

Lechta (2012) uvádí, že osoby s mentálním postižením mají často poruchy v komunikačních schopnostech neboli verbálním mluveném projevu, které se týkají tří rovin poruch řeči. U respondentů SP se objevila jedna z těchto poruch a to, lexikálně-sémantická, která je typická ve znalosti a porozumění slovům, větám a rozdílu mezi aktivní a pasivní slovní zásobou.

Byl také vyvrácen mýtus, že člověk s mentálním postižením není schopný se samostatně rozhodnout, proto potřebuje vedle sebe někoho, kdo bude rozhodovat za něj (Jurkovičová, 2010). Jen v některých situacích potřebuje jedinec podporu, aby si mohl sám vybrat z nabízených možností. Neměla by však omezovat jeho svobodu či individuální růst.

## 8 ZÁVĚR

Na 21. Zimních hrách Speciální olympiády 2012 bylo provedeno měření a dotazování v rámci projektu Zdravý sportovec, které se stalo podkladem pro mojí výzkumnou část bakalářské práce. Výzkum byl zaměřen na otázky týkající se sportovní aktivity sportovců, zdravotního omezení, stretchingu a komunikace. Získaná data byla zpracována matematicko-statistickou metodou a výsledky byly zpřehledněny ve sloupcových grafech.

Výzkumné otázky a jejich závěrečné zhodnocení:

První výzkumnou otázkou jsem zjišťovala, zda sportovci používají kompenzační pomůcku, z dotazovaných se ke kompenzační pomůcce přihlásili pouze dva. Z toho vyplývá, že většina sportovců ke sportování nevyužívá žádnou kompenzační pomůcku, a tudíž nemají žádné výrazné pohybové omezení, které by jim bránilo ve sportování.

Druhá otázka se týkala nemocí nebo zranění, které by mohly mít vliv na sportovní výkon respondenta. V grafickém zpracování můžeme vidět, že nejvíce zdravotních problémů mají sportovci se srdcem a bolestmi nějaké části těla. Většinou to byly záda a hlava. Dva z dotazovaných trpí epilepsií. Celkově má zdravotní problémy dvacet sedm respondentů z dotazovaných osmdesáti sedmi. Lze tedy říci, že četnost zdravotních problémů u sportovců není velká.

Třetí výzkumná otázka byla, kolikrát týdně provozují fyzickou aktivitu. Ve výsledcích bylo zjištěno, že všichni z respondentů provozují fyzickou aktivitu během týdne. Třicet tři respondentů provozuje fyzickou aktivitu 3-7 dní v týdnu a padesát čtyři respondentů 1-2 dny v týdnu. Z toho plyne, že sportovci, kteří jsou členy ČHSO, mají větší možnosti provozovat fyzickou aktivitu.

Čtvrtá otázka navazuje na předchozí a zjišťuje, jakou sportovní aktivitu respondenti provozují. V nabídce byly chůze, běh, rychlá chůze, plavání, cyklistika, posilování, kolektivní sporty a jiné. Každá aktivita měla zastoupení několika sportovci. Nejvíce se k vybraným sportovním aktivitám hlásili jedinci ve věku 5-25 let a 26-50 let. Nejčastěji byly označovány aktivity jako, chůze, kolektivní hry a jiné. Z výsledků můžeme soudit, že sportovci neprovozují pouze jednu aktivitu nebo disciplínu, která je součástí SO, ale jejich sportovní zaměření je velmi široké.

Pátá otázka opět souvisela se sportováním, ale z pohledu pravidelnosti. Cílem bylo zjistit, zda sportovci provozují sportovní aktivitu pravidelně a pokud ne, z jakých důvodů. Bylo zjištěno, že všichni sportovci pravidelně sportují a není žádný důvod, který by jim bránil ve sportovní aktivitě. Tato otázka nebyla graficky znázorněna, jelikož všechny odpovědi byly záporné.

Poslední otázkou ve výzkumné části bylo, jestli sportovci provozují stretchingová cvičení (protahovací cvičení) v tomto případě byly výsledky následující. Třicet šest z dotazovaných

sportovců provádí protahovací cviky nepravidelně, dvacet čtyři z nich na tuto otázku nedokázalo odpovědět, třináct provádí toto cvičení příležitostně, dvanáct z nich jednou denně a pouze dva několikrát denně. Zjistila jsem tedy, že sportovci neznají pojem protahování, myslí si, že není důležité nebo je provádí zřídka. Pouze dva z nich provádí pravidelně protahovací cviky.

Vedle zjišťování výzkumných otázek jsem prováděla pozorování komunikačních dovedností u sportovců. Při pozorování jsem zjistila, že všichni sportovci jsou schopní komunikovat s výjimkou hluchoněmé dívky. Téměř všichni byli schopni odpovídat sami, až na pár jedinců, kteří potřebovali poradit od doprovodné osoby a někteří odpovídali sami, ale byli opravováni doprovodnou osobou. Důvodem bylo špatné porozumění otázce a termínu, který obsahovala. Nejčastěji se tedy vyskytovala porucha lexikálně-sémantická, související se znalostí a porozumění slovům.

*Limity práce a doporučení k dalšímu výzkumu:* účastníků bylo celkem osmdesát sedm a výzkum je orientován pouze na účastníky lyžování (běžecké, alpské, snow-boarding). Dopracovat vzhledem k lyžování běžeckému, alpskému, snow-boardingu, dopracovat i v rámci jiných akreditovaných sportů v ČHSO, komparovat s konkrétními sportovními výsledky či ukazateli FunFitness (v rámci ČHSO se v tomto pokračuje).

*Přínos teorii:* podpoření některých dřívějších tézí – prospěšnost PA u MP

*Uplatnění práce pro praxi:* výsledky byly předány klubům ČHSO na Valné hromadě ČHSO. Dále práce může být využita studenty v oborech speciálně pedagogických a tělesné kultury. Dále je určena pro rodiče a trenéry nejen speciálních olympiád a jako informační zdroj pro ČHSO.

## 9 SOUHRN

Problém, který je obsahem této práce se týká pohybové aktivity, kvality zdraví osob s MP a dále pak jejich participace.

Práci jsem rozdělila na část teoretickou, kde je stručná charakteristika mentálního postižení a dále se v ní zaměřuji na osoby s mentálním postižením a témata, jako kvalita života, sport, volný čas, zdraví, komunikace, Speciální olympiády a projekt Zdravý sportovec. Ve druhé části práce je provedené výzkumné šetření, které se opírá, o unifikované dotazníky.

Cílem této bakalářské práce bylo, statistickou metodou a grafickým znázorněním zjistit ukazatele, stanovené programem SO – Healthy Athlete (Zdravý sportovec), jehož součástí je tato práce. Projektu se zúčastnilo celkem osmdesát sedm sportovců z různých klubů ČHSP. Z toho třicet osm žen a čtyřicet devět mužů. U participantů byla zjišťována data, která se týkala jejich kvality života s ohledem na sportovní aktivitu a jejich zdravotní stav. Všechna data byla získána na pozadí 21. Zimních her Speciální olympiády v Malé Úpě roku 2012, kde byl projekt uskutečněn.

Instrumentem byl standardní dotazník FUN Fitness, skládající se z několika otázek. Tyto otázky se týkají, pomocných zařízení, které sportovec používá (chodítka, hůl, vozík), dále nemoci nebo zranění, které mohou omezovat jeho sportovní výkon, zvyků v pohybové aktivitě (jak často, jaký sport provozují), četnost provádění stretchingu. Tomu odpovídaly použité výzkumné otázky.

Zjištěná data z výzkumných otázek, byla zpracována analýzou – deskriptivní statistikou. Touto analýzou jsem zjistila výsledky, které poukazují na aktivní život a zdravotní stav osob mentálně postižených, věnující se nejméně jedné sportovní aktivitě. V rámci tohoto výzkumu jsem mohla také pozorovat komunikační dovednosti respondentů a na základě pozorování provést slovní hodnocení.

Z výzkumu jsem zjistila, že většina sportovců nemá výrazné omezení v pohybu a nepoužívá tedy kompenzační pomůcku, která by měla vliv na jejich výkon. Z osmdesáti sedmi respondentů jsou uživateli kompenzačních pomůcek pouze tři z nich. Dvacet sedm respondentů má nějaké zdravotní problémy, nejčastěji s určitou částí těla (hlava, nohy, záda) a také srdeční problémy. U dvou z dotazovaných byla objevena epilepsie. Průměrná pohybová aktivita přes týden, je u padesáti čtyř respondentů 1-2 dny v týdnu a třicet tři respondentů provádí pohybovou aktivitu 3-7 dní v týdnu. Nejvíce pohybové aktivity bylo zjištěno u respondentů ve věku 26-50 let a nejméně ve věku 51 let a více. Mezi nejčastěji provozovaný sport patří kolektivní sport, chůze a jiné sporty. Nejméně sportují osoby ve věku 51 let a více a nejvíce aktivit provozují lidé ve věku 5-25 let. Všichni respondenti se věnují pravidelně pohybové aktivitě. Třicet šest respondentů provádí

nepravidelně stretching a dvacet čtyři nedokázalo na otázku odpovědět. Zbytek respondentů uvádí jednou denně, příležitostně a dva z dotazovaných uvedli několikrát denně.

Účast na tomto projektu ze strany sportovců byla velká, zúčastnili se ho všichni. I ze strany trenérů, byl projevovaný zájem, jak o samotný projekt, jeho význam, tak o měření, která vypovídají o jejich fyzickém stavu.



## 10 SUMMARY

The problem which is that the content of this work relates to physical activity, quality of health of people with MP and then their participation.

My thesis is divided into theoretical, where is a brief description of mental disability and in her focus on people with mental disabilities and topics such as quality of life, sport, leisure, health, communication, Special Olympics athlete and project health athlete. In the second part of the work is carried out research which is based on unified questionnaires.

The aim of this thesis was, statistical methods and graphical representation identify indicators set by the Programme SO - Healthy Athlete , which includes this work. The project has been involved a total of eighty-seven athletes from different clubs ChSP. Of the thirty-eight, forty-nine women and men. For the participants was measured data, which related to their quality of life with regard to sporting activity and health. All data were obtained on a background of the 21st Winter Games Special Olympics in Mala Upa 2012, where the project was implemented.

Instrument was standard questionnaire FUN Fitness, consisting of several issues. These questions concern, auxiliary equipment, which uses athlete (walker, cane, wheelchair), further illness or injury that may limit its sporty performance in physical activity habits (how often, what sport run), frequency of stretching. This corresponded applied research questions.

Observed data from research questions were processed by analysis - descriptive statistics. I found this analysis results that point to an active life and state of health of mentally disabled persons, dealing with at least one sport. In this research, I could also observe the communication skills of the respondents and based on observations performed verbal evaluation.

The research showed that most athletes have significant limitations in movement and therefore does not use mobility aids, which would affect their performance. Of the eighty-seven respondents are users of assistive devices only three of them. Twenty-seven respondents had some health problems, often with certain body parts (head, legs, back) and also heart problems. Two of the interviewees were discovered epilepsy. The average physical activity through the week, is at fifty-four respondents 1-2 days a week and thirty-three respondents performs physical activity 3-7 days a week. Most physical activity were found among respondents aged 26-50 years of age and at least the age of 51 and more. Among the most practiced sport include collective sport, walking and other sports. At least in sports persons aged 51 and over, and most activities undertaken by people aged 5-25 years. All respondents are engaged in regular physical activity. Thirty-six respondents are

irregular stretching and twenty-four failed to answer the question. The rest of the respondents say once a day, and occasionally two of the interviewees stated several times a day.

## 11 REFERENČNÍ SEZNAM

- Bendová, P. et. al. (2008). *Specifika komunikace osob se zdravotním postižením*. Olomouc: Univerzita Palackého.
- Bendová, P. (2013). *Alternativní a augmentativní komunikace 1*. Olomouc: Univerzita Palackého.
- Bendová, P. & Růžičková, V. (2013). *Alternativní a augmentativní komunikace 2*. Olomouc: Univerzita Palackého.
- Dolejší, M. (1978). *K otázkám psychologie mentální retardace*. Praha: Avicenum
- Holbová, S., Válková, H. & Hyklová, V. (2012). *Metodická příručka pro trenéry rytmické gymnastiky v ČHSO*. Olomouc: Univerzita Palackého
- Jurkovičová, P. et. al. (2010). *Komunikace a lidé s mentálním postižením*. Olomouc: Univerzita Palackého
- Klenková, J., Bočková, B. & Bytešníková, I. (2012). *Kapitoly pro studenty logopedie*. Brno: Paido.
- Kolektiv autorů. (1998). *Sport a rekreační aktivity zdravotně postižených dětí*. Praha: Asociace rodičů a přátel zdravotně postižených dětí v ČR.
- Křivohlaví, J. (2009). *Psychologie zdraví* (3th ed.). Portál.
- Kubátová, H. (2010). *Sociologie životního způsobu*. Praha: Grada.
- Kvapilík, J. & Černá, M. (1990). *Zdravý způsob života mentálně postižených*. Praha: Avicenum
- Lečbych, M. (2008). *Mentální retardace v dospívání a mladé dospělosti*. Olomouc: Univerzita Palackého.
- Ludíková, L. et. al. (2013). *Kvalita života osob se speciálními potřebami*. Olomouc: Univerzita Palackého.
- Míček, L. (1983). *Duševní hygiena*. Praha: Státní pedagogické nakladatelství.
- Mikuláščík, M. (2003). *Komunikační dovednosti v praxi* (1st ed.). Praha: Grada
- Mikuláščík, M. (2010). *Komunikační dovednosti v praxi* (2nd ed.). Praha: Grada
- Mühleisen, S. & Oberhuber, N. (2008). *Komunikační a jiné měkké dovednosti*. Praha: Grada.
- Müller, O. (2006). *Psychopedie – Andragogika*. Olomouc: Univerzita Palackého.
- Pipeková, J. et. al. (2010). *Kapitoly ze speciální pedagogiky*. Brno: Paido.

Regec, V. & Stejskalová, K. (2012). *Komunikace a lidé se specifickými potřebami*. Olomouc: Univerzita Palackého.

Renotiérová, M., Ludíková, L. a kol. (2004). *Speciální pedagogika* (2nd ed.). Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci.

Slepičková, I. (2005). *Sport a volný čas*. Praha: Karolinum.

Švarcová, I. (2003). *Mentální retardace* (2nd ed.). Praha: Portál.

Švarcová, I. (2006). *Mentální retardace* (3rd ed.). Praha: Portál.

Vadurová, H. & Mühlpachr, P. (2005). *Kvalita života*. Brno: Masaríkova univerzita

Valenta, M. & Müller, O. et. al. (2007). *Psychopedie* (3rd ed.). Praha: Parta

Válková, H. (1998). *Národní dny speciálních olympiád*. Olomouc: Univerzita Palackého.

Válková, H. (1998). *Speciální olympiády*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci.

Válková, H. (n.d.). *Speciální olympiády*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci

Válková, H. (2000). *Skutečnost nebo fikce?* Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci.

Válková, H., (2012). *Teorie aplikovaných pohybových aktivit pro užití v praxi 1*. Olomouc: Univerzita Palackého

### **Online zdroje:**

České hnutí speciálních olympiád (2007). Retrieved 21. 12. 2014 from the World Wide Web: <http://www.specialolympics.cz/o-nas/>

České hnutí speciálních olympiád (2007). Retrieved 21. 12. 2014 from the World Wide Web: <http://www.specialolympics.cz/o-nas/kdo-jsme/>

Český svaz mentálně postižených sportovců (2011). Retrieved 21. 12. 2014 from the World Wide Web: <http://www.csmps.cz/>

Unie zdravotně postižených sportovců ČR (2012) Retrieved 21. 12. 2014 from the World Wide Web: <http://www.uzps.cz/>

21. Speciální olympiáda – SkiMU (2012). Retrieved 21. 12. 2014 from the World Wide Web: <http://www.skimu.cz/novinky/specialni-olympiada20124>

Special Olympic (2007). Healthy Athletes. Retrieved 21. 12. 2014 from the World Wide Web: [http://www.specialolympics.org/healthy\\_athletes.aspx](http://www.specialolympics.org/healthy_athletes.aspx)

Special Olympic (2007). Healthy Athletes. Retrieved 21. 12. 2014 from the World WideWeb:[http://resources.specialolympics.org/Topics/Healthy\\_Athletes/Disciplines/FUNFitness.aspx](http://resources.specialolympics.org/Topics/Healthy_Athletes/Disciplines/FUNFitness.aspx)

Special Olympic (2007). Healthy Athletes. Retrieved 21. 12. 2014 from the World WideWeb:<http://media.specialolympics.org/soi/files/healthyathletes/FF%20History-Development.pdf>

Special Olympic (2007). Healthy Athletes. Retrieved 21. 12. 2014 from the World WideWeb:[http://media.specialolympics.org/soi/files/healthyathletes/Health\\_promotion\\_manual.pdf](http://media.specialolympics.org/soi/files/healthyathletes/Health_promotion_manual.pdf)

Special Olympic (2007). Healthy Athletes. Retrieved 21. 12. 2014 from the World WideWeb:[http://resources.specialolympics.org/Topics/Healthy\\_Athletes/Disciplines/Fit\\_Feet.aspx](http://resources.specialolympics.org/Topics/Healthy_Athletes/Disciplines/Fit_Feet.aspx)

Special Olympic (2007). Healthy Athletes. Retrieved 21. 12. 2014 from the World WideWeb:[http://resources.specialolympics.org/Topics/Healthy\\_Athletes/Disciplines/Healthy\\_Hearing.aspx](http://resources.specialolympics.org/Topics/Healthy_Athletes/Disciplines/Healthy_Hearing.aspx)

Special Olympic (2007). Healthy Athletes. Retrieved 21. 12. 2014 from the World WideWeb:[http://resources.specialolympics.org/Topics/Healthy\\_Athletes/Disciplines/MedFest.aspx](http://resources.specialolympics.org/Topics/Healthy_Athletes/Disciplines/MedFest.aspx)

Special Olympic (2007). Healthy Athletes. Retrieved 21. 12. 2014 from the World WideWeb:[http://resources.specialolympics.org/Topics/Healthy\\_Athletes/Disciplines/Opening\\_Eyes.aspx](http://resources.specialolympics.org/Topics/Healthy_Athletes/Disciplines/Opening_Eyes.aspx)

Special Olympic (2007). Healthy Athletes. Retrieved 21. 12. 2014 from the World WideWeb:[http://resources.specialolympics.org/Topics/Healthy\\_Athletes/Disciplines/Special\\_Smile.aspx](http://resources.specialolympics.org/Topics/Healthy_Athletes/Disciplines/Special_Smile.aspx)

Společnost pro podporu lidí s mentálním postižením v ČR (2008). Retrieved 21. 12. 2014 from the World Wide Web: <http://www.spmpr.cz/cs/pathways/publikace/>

## 12 PŘÍLOHY

PŘÍLOHA Č. 1 Ukázka dotazníku Zdravý sportovec (v českém jazyce)

### SO HA - HP

JMÉNO .....

PŘÍJMENÍ:.....

POŘADOVÉ ČÍSLO .....

Datum: .....

Pohlaví: MUŽ / ŽENA VĚK:.....

---

Používá vozík: ANO / NE

Používá pomocné zařízení (berle) : ANO / NE

Nosí dlahu nebo ortézu: ANO / NE; pokud ano pak kde: zápěstí, loket, rameno, koleno, boky, záda, kotník

---

#### A) JAKÉKOLIV NEMOCI NEBO ZRANĚNÍ, KTERÉ MOHOU OVLIVNIT VÝSLEDKY SPORTOVÁNÍ?

problémy s dýcháním nebo plícemi: ANO / NE

problémy se srdcem : ANO / NE

problémy s krevním oběhem: ANO / NE

cukrovka: ANO / NE

**BOLEST:** dolní končetiny - horní končetiny - záda - krk - hlava

**VYMKNUTÍ:** kotník - koleno - boky - ruka, zápěstí - loket - rameno -záda - krk

**NATAŽENÍ:** chodidlo - noha - stehno - záda nebo pánev - ruka - předloktí - paže  
rameno, lopatka - krk

**Problémy s kůží:** ANO / NE

**Horečka, nemoc nebo infekce:** ANO / NE

---

#### B) ZVYKY V POHYBOVÝCH AKTIVITÁCH

**Průměrně, kolik dní v týdnu děláš nějakou pohybovou aktivitu?**

3 až 7 dní v týdnu

1 až 2 dny v týdnu

---

**Jaké aktivity obvykle provádíš?**

Chůze/turistika: ANO / NE

Běh: ANO / NE

Závodní chůze: ANO / NE

Plavání: ANO / NE

Kolo: ANO / NE

Posilování ANO / NE

Sport (fotbal, basket, hokej, gymnastika, atletika atd.): ANO / NE

Jiné: ANO / NE

---

**Provádíte pohybové aktivity. Proč neprovádíte pohybové aktivity?**

Nedostupné cvičební zařízení ANO / NE  
Nemá peníze: ANO / NE  
Nemá pomocného trenéra: ANO / NE  
Není fyzicky schopen: ANO / NE  
Nemá vybavení či oblečení na sport: ANO / NE

Není doprava: ANO / NE  
Nemá zájem: ANO / NE  
Není to bezpečné: ANO / NE  
Nemá s kým cvičit: ANO / NE

---

**Protahujete se pravidelně?**

Několikrát denně: ANO / NE

Příležitostně, ale ne každý den: ANO / NE

Nelze získat odpověď

Nemůže odpovědět: ANO / NE

Jednou denně: ANO / NE

Nepravidelně: ANO / NE

odmítl odpovědět: ANO / NE

Neporozuměl otázce ANO / NE

---

**C) VÝŽIVA VYHODNOCENÍ**

Výška:..... Váha:..... Tlak:..... Obvod pasu:.....

BMI.....

---

**D) KOUŘENÍ**

**Kouříte:** ANO / NE

**Pokud ano pak jaké produkty?**

Cigaretu: ANO / NE    doutník: ANO / NE    dýmku: ANO / NE    žvýkáci tabák: ANO / NE

**Můžete kouřit doma?:** ANO / NE

Vykouřil jste více než 5 balíčků (100 cigaret) či více za celý život: ANO / NE

**Jak často užíváte tabákové výrobky?**

Denně: ANO / NE

týdně: ANO / NE

měsíčně: ANO / NE

ročně: ANO / NE

**Kouří někdo z vaší rodiny?:** ANO / NE

**Zkoušeli jste v minulosti přestat kouřit na den či déle?:** ANO / NE

---

**E) VÝŽIVA - PITÍ**

**Co pijete, když máte žízeň?**

Vodu: ANO / NE

Džusy: ANO / NE

Minerálku (slazenou): ANO / NE

Sportovní nápoje: ANO / NE

Mléčné

nápoje: ANO / NE

---

**F) VÝŽIVA – POTRAVINOVÉ DOPLŇKY**

**Jíte potravinové doplňky nebo speciální výživové tablety (sportovní tyčinky, sportovní nápoje, vitamíny, proteinové doplňky)?**

Sportovní tyčinky či nápoje: ANO / NE

Nutriční doplňky: ANO / NE  
Vitamíny, minerály, proteiny: ANO / NE  
Něco jiného: .....

---

### **G) VÝŽIVA – JÍDELNÍ NÁVYKY**

Zdroj vápníku, pokud ano pak co: .....

Denně: ANO / NE  
Více než jednou týdně: ANO / NE  
Nikdy: ANO / NE

Ovoce a zelenina; pokud ano pak co: .....

denně: ANO / NE  
více než jednou týdně: ANO / NE  
nikdy: ANO / NE

Svačina(snacks) ; pokud ano pak co: .....

denně: ANO / NE  
více než jednou týdně: ANO / NE  
nikdy: ANO / NE

Slazené nápoje; pokud ano pak co: .....

denně: ANO / NE  
více než jednou týdně: ANO / NE  
nikdy: ANO / NE

obohacené potraviny(cereálie, musli tyčinka), pokud ano pak co: .....

denně: ANO / NE  
více než jednou týdně: ANO / NE  
nikdy: ANO / NE

---

### **H) OCHRANA PŘED SLUNCEM**

#### **Vaše barva vlasů:**

Blond/rezavé: ANO / NE  
Hnědé: ANO / NE  
Černé: ANO / NE

#### **Vaše barva očí:**

Modré / zelené: ANO / NE  
ořechové: ANO / NE  
hnědé: ANO / NE

---

#### **Když se v létě vystavíte slunci, pak Vaše kůže?**

Spálí: ANO / NE	spálí a vytvoří se puchýřky: ANO / NE	Spálí a
pak zhnědne: ANO / NE	jen zhnědne: ANO / NE	

---

Víte jak se chránit před sluncem?: ANO / NE



**Prosím označte vše čím se chráníte před sluncem.**

krém:ANO / NE

oblečení a klobouk:ANO / NE

schování se do stínu:ANO / NE

sluneční brýle:ANO / NE

**Používáte ochranu proti slunci v zimě:ANO / NE**

PŘÍLOHA Č. 2 Seznam zúčastněných klubů

- |                             |                          |
|-----------------------------|--------------------------|
| 1. Arkadie Teplice          | 15. Lvičata Dolní Lánov  |
| 2. Blesk Liběšice           | 16. Nováci Albrechtice   |
| 3. Černovice Zlín           | 17. Paprsek Praha        |
| 4. Človíček Ústí nad Orlicí | 18. Pohoda               |
| 5. DNZ Bystré               | 19. Radost Žampach       |
| 6. Dravci Zběšičky          | 20. Šance Svitavy        |
| 7. Duha Zlín                | 21. Slunečník Brno       |
| 8. Hobiti Praha             | 22. Sluníčko Jablonec    |
| 9. Horalky                  | 23. Slavoj Skřívany      |
| 10. Chmel Tuchorice         | 24. Slavoj SPMP Praha    |
| 11. Integra Hradec Králové  | 25. Světáci Tloskov      |
| 12. JAKUB - Uherský Brod    | 26. Svišti Otrokovice    |
| 13. Klokani Hajnice         | 27. USK Praha            |
| 14. Lavina Odlochovice      | 28. USK Šemík - Vyšehrad |