

Univerzita Palackého v Olomouci

Fakulta tělesné kultury

DIPLOMOVÁ PRÁCE

(bakalářská)

Univerzita Palackého v Olomouci

Fakulta tělesné kultury

VYBRANÉ DETERMINANTY PRO ÚČAST OSOB S TĚLESNÝM POSTIŽENÍM PO
ÚRAZE V POHYBOVÝCH AKTIVITÁCH

Diplomová práce

(bakalářská)

Autor: Lucie Šrámková,

Rekreologie

Vedoucí práce: Mgr. Ondřej Ješina, Ph.D.

Olomouc 2014

Bibliografická identifikace

Jméno a příjmení autora: Lucie Šrámková

Název diplomové práce: Vybrané determinanty pro účast osob s tělesným postižením po úraze v pohybových aktivitách

Pracoviště: Katedra aplikovaných pohybových aktivit

Vedoucí diplomové práce: Mgr. Ondřej Ješina, Ph.D.

Interní konzultant: Mgr. Lucie Ješinová

Rok obhajoby diplomové práce: 2014

Abstrakt: V bakalářské práci popisujeme podmínky pohybových aktivit osob s tělesným postižením a jejich možnosti využívání sportovních a outdoorových středisek v Litvě a v České republice. V teoretické části se zabýváme terminologií tělesného postižení po úraze, a to především úrazů páteře a amputací končetin. Specifika životního způsobu osob s tělesným jsou velmi úzce propojeny s pojmy „zdraví, kvalita života nebo komplexní rehabilitace“. Kinantropologická disciplína aplikované pohybové aktivity a její význam pro osoby s tělesným postižením přispívá k vytváření a rozvoji zdraví ve své celistvosti. Rovněž jsme se soustředili na preferované sporty a pohybové aktivity, které byly zvoleny vybranými respondenty. Cílem práce je analyzovat vybrané determinanty ovlivňující přístup osob s tělesným postižením k pohybovým aktivitám v České republice a v Litvě. Sběr dat pro zjištění přístupu, podpory, důvodů a motivace k realizaci pohybových aktivit osob s tělesným postižením byl proveden anketou vlastní konstrukce v České republice a v Litvě. Došli jsme k zjištění, že více respondentů z České republiky využívá nabídky programů outdoorových centrech. Dále někteří respondenti z České republiky poukazují na nevyhovující podmínky plaveckého areálu či fitness centra.

Klíčová slova: aplikované pohybové aktivity, motivace, sport, životní styl, osoby se speciálními potřebami

Souhlasím s půjčováním diplomové práce v rámci knihovních služeb.

Bibliographical identification

Author's first name and surname: Lucie Šrámková

Title of the bachelor thesis: Selected determinants for participation of persons with physical disabilities after injury in physical activities

Department: Department of adapted physical activity

Supervisor: Mgr. Ondřej Ješina, Ph.D.

Internal consultant: Mgr. Lucie Ješinová

The year of presentation: 2014

Abstract: The bachelor thesis describes the conditions of physical activity of persons with physical disabilities and their possibilities of using sport or outdoor centers in Lithuania and the Czech Republic. This thesis applies a terminology of physical disability after injury that is paralysis of spinal cord and amputation of limbs at the theoretical part. So that thesis becomes conscious of specific life's manner of persons with physical disabilities and thesis defines a term „health”. The thesis concentrates on correct conception of scientific discipline of Adapted Physical Activity and its meaning for persons with physical disabilities. The physical activity contributes to development of health. So that thesis marks out preferred sports, which were found suitable for evaluation of research aggregate. The survey of own construction inquires access, support, reasons and motivation by collection of data in the Lithuania and the Czech Republic. Finally thesis gets to determination a target, research questions, methodology and then to evaluation of results within research aggregate. We found out from research, that more respondents from Czech Republic use programme of outdoor centers. Also the respondents from Czech Republic advert to unsuitable conditions of swimming pool or fitness centers.

Keywords: adapted physical activities, motivation, sport, lifestyle, persons with special needs

I agree the thesis paper to be lent within the library service.

Prohlašuji, že jsem diplomovou práci zpracovala samostatně pod vedením Mgr. Ondřeje Ješiny, Ph.D. a konzultanta Mgr. Lucie Ješinové, uvedla všechny použité literární a odborné zdroje a dodržovala zásady vědecké etiky.

V Olomouci dne 23. června 2014

.....

Děkuji vedoucímu závěrečné písemné práce Mgr. Ondřeji Ješinovi, Ph.D., konzultantu Lucii Ješinové a profesorům Kestitus Skučas, Birute Statkevičiene z Lthuanian Sports University v Kaunasu za pomoc a cenné rady, které mi poskytli při zpracování diplomové práce. Dále bych ráda poděkovala všem respondentům z České Republiky a z Litvy za ochotu při vyplňování ankety a především trenérovi Mgr. Davidu Šnajdrovi za jeho spolupráci a pomoc.

OBSAH

1 ÚVOD	9
2 PŘEHLED POZNATKŮ	10
2.1 Problematika osob s tělesným postižením	10
2.1.1 Vymezení tělesného postižení.....	11
2.1.2 Klasifikace tělesného postižení.....	14
2.1.2.1 Ochrvnutí po poranění míchy.....	14
2.1.2.2 Amputace končetin.....	17
2.1.3 Specifika životního způsobu	18
2.2 Aplikované pohybové aktivity osob s tělesným postižením.....	20
2.2.1 Terminologické vymezení	20
2.2.2 Význam aplikovaných pohybových aktivit pro osoby s tělesným postižením	21
2.2.3 Vybrané sporty osob s tělesným postižením.....	23
2.2.3.1 Basketbal na vozíku	24
2.2.3.2 Plavání osob s tělesným postižením.....	25
2.2.3.3 Cyklistika osob s tělesným postižením	28
2.2.3.4 Sjezdové lyžování osob s tělesným postižením	29
2.2.3.5 Lukostřelba osob s tělesným postižením.....	30
2.2.4 Podpora APA osob s tělesným postižením	31
2.2.4.1 Mezinárodní úroveň	32
2.2.4.2 Národní úroveň.....	35
3 CÍL PRÁCE	39
3.1 Úkoly práce.....	39
3.2 Výzkumné otázky	40

4 METODIKA	41
4.1 Charakteristika výzkumného souboru.....	41
4.2 Postup práce	43
4.3 Strategie práce.....	43
4.4 Využité metody.....	43
4.5 Technika zpracovaných dat.....	44
5 VÝSLEDKY A DISKUSE PRÁCE	45
5.1 Výsledky a diskuse ankety vlastní konstrukce.....	45
6 ZÁVĚR	60
7 SOUHRN	63
8 SUMMARY	64
REFERENČNÍ SEZNAM	65
PŘÍLOHY	71

1 ÚVOD

K vybrání vlastního tématu pro bakalářskou práci mě vedla osobní zkušenost a praxe v oblasti sportovců s tělesným postižením, zejména dobrovolnická činnost v atletice, plavání, lukostřelbě, sjezdovém a běžeckém lyžování. Významnou roli pro výběr tématu přispěl půlroční studijní pobyt na Lithuanian Sports University v Kaunasu. Měla jsem možnost se účastnit tréninku basketbalu vozíčkářů a plaveckého tréninku nevidomého litevského reprezentanta.

Na myšlenku realizace ankety vlastní konstrukce pro srovnání podmínek osob s tělesným postižením v Litvě a v České republice mě navedli litevští profesori Kestitus Skučas, trenér s tělesným postižením (basketbal vozíčkářů), a Birute Statkevičiene, trenérka nevidomého profesionálního plavce.

V pozici dobrovolníka na sportovních závodech pro osoby s tělesným postižením i pro nevidomé sportovce jsem začala již na střední škole, zejména jako členka Sportovního klubu Nového Města nad Metují, který se paralympijskými sporty a akcemi pro sportovce se zdravotním postižením dlouhodobě zabývá. Na základě přátelských vztahů s některými trenéry a závodníky jsem získala více informací, rad, názorů i postojů k této problematice.

Dle mého názoru se současná situace a vnímání osob s tělesným postižením zlepšuje. Ovšem stále není zajištěna dostatečná vybavenost, profesionální jednání a výpomoc ve sportovních a outdoorových střediscích. V těchto sektorech není tolik odborníků a asistentů, kteří by pomohli a informovali klienty s tělesným postižením o možnosti kvalitní a neškodné pohybové aktivity, jež by byla bezpečná a určená přímo pro ně. Přesto, že je u nás i v dalších evropských zemích mnoho šikovných sportovců s tělesným postižením a sportovních týmů, kteří se udržují na národním i mezinárodním „žebříčku“ úspěšnosti, nesetkáváme se s takovou všímavostí, sledovaností a vnímavostí sportovců s tělesným postižením jako u „zdravé“ nepostižené populace.

2 PŘEHLED POZNATKŮ

V následujících subkapitolách jsme se zaměřili především na základní vymezení tělesného postižení. Podrobněji jsme vysvětlili pouřazová zranění, a to ochrnutí páteře a amputace končetin. Nesmíme ani opomenout terminologii vědecké disciplíny aplikované pohybové aktivity, která nás více seznámila s podmínkami a významem pohybových aktivit určených osobám s tělesným postižením. Rovněž s tím souvisí i nejčastěji preferované sporty u vybraných jedinců, mezi něž řadíme basketbal, plavání, cyklistiku, sjezdové lyžování a lukostřelbu. Jako nejdůležitější část jsme si vytyčili zmapování úrovně aplikované pohybové aktivity osob s tělesným postižením v Litvě a v České republice.

2.1 Problematika osob s tělesným postižením

V současné době patří úrazy mezi nejčastější příčiny tělesného postižení. V 90. letech mezi nejrizikovější skupiny v úrazovosti patřili muži ve věku 40-49 let, následně 20-29 letí muži (Šrámková, 1997 in Karásková et al., 2002). Ve 20. století lze s nepřesností konstatovat, že je v České republice asi jeden milion zdravotně postižených občanů, tedy procentuálně to činí 10% z celkového počtu obyvatel. I Rada Evropské Unie se vyjádřila k této problematice: 38 milionů osob jsou zdravotně postižení neboli každý desátý Evropan ve všech věkových kategoriích má zdravotní postižení (Pilát, Müller et al., 2005).

Úrazy jsou v evropských zemích evropského regionu hlavní příčinou smrti v populaci ve věku od 1 do 42 let. Střízlivé odhady uvádějí náklady vynaložené na úrazy dětí v ČR na 10 miliard korun ročně. U 8,4 % dětí postižených úrazem ve věku 6-15 let jsou udávány dlouhodobé, nebo dokonce trvalé následky (Sedlák, Grivna, & Číhalová, 2007, 122).

Úraz ovlivňuje vnímání sebe i svého prostředí a dochází ke zpomalení až zproblematizování rozvoje identity. Ve fázi pochopení neboli latence některé osoby se speciálními potřebami se vyrovnávají s posttraumatickým stresem a později se adaptují na danou skutečnost. Poté se postižený jedinec učí různým kompenzačním úkonům: samoobsluha, orientace v prostředí, apod. (Karásková et al., 2002).

Právě postižení zasahuje především do fyzického zdraví. Většina osob po poranění míchy i po fyzické zátěži pro udržení nezávislého způsobu denního života, stále přibírá na váze (Noreau & Shepard, 1995 in Karásková et al., 2002). „Klidové metabolické rozmezí osoby po míšni lézi (tj. 6000 až 7000 kJ/den) je o 10% až 30% nižší než u nepostižených osob srovnatelného věku. Aktivní a zdraví jedinci s paraplegií dokonce nevyžadují vyšší energický příjem než 9500 kJ/den“ (Karásková et al., 2002, 13). Na základě chybějící reakce bolestivosti (senzitivní ochrnutí) osoby s tělesným postižením trpí rychle vznikajícími proleženinami, obzvláště na místech s tenkou vrstvou kůže (Arnold et al., 1992 in Karásková et al., 2002). Do rizikové skupiny řadíme vozíčkáře atlety a monolyžaře, jenž jsou upoutáni na vozíku nebo v

tzv. skořepině. Na pokožku působí různé tlaky a změny teploty či vlhkosti. Monoski a formulka pro atlety jsou vyrobeny z neprodyšného materiálu (Karásková et. al., 2002). Celkově u jedinců s postižením či znevýhodněním vzrůstá riziko neinfekčních onemocnění, mezi ně jsou řazeny obezita, cukrovka - diabetes mellitus 2. typu, ischemická choroba srdeční, cévní a mozkové příhody (Ješina, Hamřík et al., 2011). Rovněž pasivním životním stylem dochází k dalším změnám tělesného složení, konkrétně vzestupu depotního tuku a poklesu tukuprosté hmoty, vzestupu poměru extracelulárního a intracelulární tekutiny, poklesu vodního draslíku a vzestupu volného draslíku, alteraci hemodynamiky a snížení žilního návratu, poruše sympatikonie (u míšních lézí vyšších než Th4), jenž způsobuje snížení pracovní srdeční frekvence, maximální srdeční frekvence i minutového výdeje srdečního a autonomní deregulace může představovat riziko vzniku hypertenze (Válková, Hanelová et al., 1999).

Přijmutí skutečnosti, že člověk s postižením nemůže vykonávat běžné úkony jako „zdravý“ jedinec, se zásadně projeví v jeho emocích, pocitech a stavech. V počátečním uvědomování si postižení, jedinec propadá „depresi“ až „beznaději“, někdy ztrácí zájem komunikovat se svým okolím. Zároveň může cítit hněv i zlost, že jeho poranění je nespravedlivé. V tomto rozpoložení není schopen pracovat, sportovat, starat se o rodinu a překonat strach i lítost z toho, co bylo a bude dál. Tyto stavy a pocity jsou běžně v prvních měsících po poranění. Ve většině případů s odstupem času začne vnímat lépe své potřeby i tělo a naučí se žít se svým postižením (Faltýnková et al., 2004).

„K tomu, aby člověk zvládl svou citovou a emoční reakci po poškození míchy, je třeba sáhnout až na dno svých sil, najít si další cíle, jejichž dosažení je motivací“ (Faltýnková et al., 2004, 11). Motivací můžeme mít na mysli pohybové aktivity. Rozvíjí sebevědomí, sociální dovednosti, podporují vztahová jednání a mohou rozvíjet empatii. Zároveň z volnočasových aktivit získáváme nevšední zážitky, které duševně obohacují každého z nás (Ješina, Hamřík et al., 2011).

Vnímání osob s tělesným postižením společností není vždy přijatelné. Setkání se s postiženou osobou vyvolává v některých lidech rozpaky, jiní naopak mají tendence k poučování. Je potřeba, aby se vzájemně podpořili a vyrovnali se s novou situací (Faltýnková et al., 2004).

2.1.1 Vymezení tělesného postižení

„Termín „tělesné postižení“ je natolik široký (uživatelé vozíku, osoby s amputacemi, osoby s CP (cerebrální paréza), osoby s dalšími somatickými problémy – kardiovaskulárními, dýchacími, s diabetes, s problémy ontologickými atd.), že téma není možné uchopit v celé šíři“ (Válková, 2012, 75). Někteří autoři přistupují k této terminologii jinak. Konkrétně Renotíerová (2013) řadí výchovu a vzdělání tělesně postižených, nemocných a zdravotně oslabených jedinců do předmětu somatopedie.

V užším pojetí tělesné (resp. lokomoční, pohybové) postižení vnímáme jako omezení hybnosti, až znemožnění pohybu a dysfunkce motorické koordinace v příčinné souvislosti s poškozením, vývojovou vadou či funkční poruchou nosného a hybného aparátu, centrální nebo periferní poruchou inervace nebo amputací či deformací části motorického systému (Michalík et. al., 2011, 187).

Dle Kebzy (2005) s ohledem na terminologii WHO (World Health Organization) si vymezíme klasifikace pojetí zdravotního postižení:

- **Handicap** – znevýhodnění, postižení, jež se může projevit jako možný dopad sociálních důsledku nemoci (sickness);
- **disability** – tělesná či duševní neschopnost, která se může projevit jako možný důsledek objektivně či subjektivně pojímané nemoci (disease, illness);
- **impairment** – jakékoliv poškození, ztráta nebo abnormalita v kontextu psychologické, fyziologické nebo anatomické struktury nebo funkce, jež se může projevit jako možný důsledek objektivně pojímané choroby.

Z uvedené klasifikace můžeme vyzdvihnout, že pojmy handicap, disability a impairment jsou vnímány odlišně. Impairment (porucha, poškození) je vnímána jako biologická podstata, její vliv je funkční omezení – disability, které se může projevit v sociálním kontextu jako handicap. V kontextu osob se speciálními potřebami nejčastěji používáme termín postižení, který má daleko širší a přesnější obsah než handicap (Ješina, Hamřík et al., 2011, 17).

Pro upřesnění jednotné terminologie zdravotních stavů vydala WHO v roce 2001 mezinárodní dokument pod oficiální zkratkou ICF 2001 (International Classification of Functioning, Disability and Health – Mezinárodní klasifikace funkčnosti, postižení a zdraví). Kvalifikace ICF 2001 se nyní zabývá „komponentem zdraví“, tedy možností provádět aktivity a začlenit se do společnosti (Ješina, Hamřík, et al., 2011).

Jan Pfeiffer a Olga Švestková (2008) přeložili mezinárodní dokument ICF 2001 Světové zdravotnické organizace WHO do českého vydání Mezinárodní klasifikace funkčních schopností, disability a zdraví, jejichž zkratka zní MKF.

V této publikaci autoři představují přehled MKF skládající se ze dvou částí, každou se dvěma komponentami:

Část 1: Funkční schopnost a disabilita

- Tělesné funkce** – fyziologické funkce tělesných systémů (včetně funkcí psychických);
tělesné struktury – anatomické části těla jako orgány, končetin a jejich části;
- aktivity** – provádění úkolu (úkonu) nebo činu člověkem;
participace – zapojení se do životní situace.

Část 2: Spolupůsobící faktory

- a) **Faktory prostředí** – fyzické a sociální faktory a postoje lidí, kde lidé žijí a uskutečňují své životy;
- b) **osobní faktory** – základ v životě člověka a vytvářejí se z vlastností individua, které nejsou součástí zdravotních problémů či stavů; faktory mohou být pohlaví, rasa, věk, odolnost, životní styl, zvyky, výchova, způsob chování, sociální zázemí, vzdělání, povolání, minulé a současné zkušenosti apod.

Komponenty mohou být vyjádřeny z pozitivního nebo negativního hlediska. Každá z nich se skládá z různých domén. V doménách jsou popisovány kategorie, které jsou jednotkami této klasifikace. Vlivy faktorů prostředí jsou buď facilitující (usnadňující) nebo omezující (bariérové).

Tabulka 1. Model ICF 2001 (český překlad Pfeiffer, Švestková, 2008, 23)

	1. část: Funkční schopnost a disabilita		2. část: Spolupůsobící faktory	
Komponenty	Tělesné funkce a struktury	Aktivita a participace	Faktory prostředí	Osobní faktory
Domény	Tělesné funkce Tělesné struktury	Oblasti života	Vnější vlivy na funkční schopnosti a disability	Vnitřní vlivy na funkční schopnosti a disability
Konstrukce	Změny v tělesných funkcích (fyziologické) Změny v tělesných strukturách (anatomické)	Kapacita Výkony ve standardním prostředí Výkony v běžném prostředí	Facilitující nebo omezující vliv fyzických, sociálních a postojových faktorů v daném prostředí	Význam osobnostních vlastností
Pozitivní hledisko	Poškození a strukturální integrita	Aktivita a participace	Facilitátory	Nelze aplikovat
	Funkční schopnosti			

Negativní hledisko	Porucha	Snížená aktivita Omezená participaci	Bariéry/překážky	Nelze aplikovat
	Disabilita			

2.1.2 Klasifikace tělesného postižení

V následujících podkapitolách si detailněji objasníme poúrazové stavy páteře a amputace končetin. Mezi další nejčastější formy tělesného postižení řadíme dětskou mozkovou obrnu (DMO), progresivní dystrofii (myopatie) a různé vrozené vývojové vady.

„DMO je neprogresivní a nestacionární postižení centrálního nervového systému vedoucí k poruchám volní hybnosti, parézám nebo mimovolným pohybům“ (Ješina, Kudláček, et al., 2012, 75). Vojta (1993) dětskou mozkovou obrnu nazývá infantilní cerebrální parézou nebo pouze cerebrální parézou (CP). Prof. MUDr. Václav Vojta je autor celosvětově známé Vojtovy metody (reflexní lokomoce), která se používá k léčbě dětí s dětskou mozkovou obrnou (Nepšinská, 2000).

Progresivní svalová dystrofie se projevuje ubýváním svalových vláken, která se rozpadají a zanikají. Ta jsou nahrazována bezcenným vazivem s příměsí tuku. Nemoc se zhoršuje v období předškolního věku, následně až v pubertě. Příčiny nemoci nejsou známy, především se na nich podílí hormonální a metabolické poruchy (Kudláček et al., 2007).

Dle intenzity se obrny dělí na parézy (částečné ochrnutí s narušením nervosvalového přenosu a snížením či omezením hybnosti i motorické koordinace) a plegie (úplné ochrnutí s porušením inervace a plnou ztrátou hybnosti). Podle lokalizace se obrny člení na hemiparetickou, diparetickou, kvadraparetickou, resp. hemiplegickou, paraplegickou a kvadraplegickou formu (Michalík et al., 2011, 198).

2.1.2.1 Ochrnutí po poranění míchy

Poškození míchy dochází při těžkých úrazech páteře, málokdy při onemocnění organismu. Procentuálně se nejvíce úrazu přihodí u automobilových a motocyklových havárií (36%), pád z výšky (36%), srážka chodce s dopravním prostředkem (16%), skoky do vody (6%), sportovní úrazy (3%) a jiné okolnosti (Wendsche, 2000). Nejzávažnější stavy ochrnutí míchy jsou v oblasti krční páteře (Pipeková, 1998). „Při poranění krční páteře bývá mícha poškozena ve 40%, hrudní páteře v 10%, torakolumbálního přechodu ve 35% a bederní páteře ve 3% případů (zde jde i o poranění kořenů kaudy)“ (Hrabálek, 2011, 21).

„Mícha začíná na úrovni prvního krčního obratle a končí na úrovni druhého bederního obratle“ (Faltýnková et al., 2004, 6). Prochází páteřním kanálem, jenž je tvořen tělem a obloukem jednotlivých obratlů páteře. Páteř obsahuje 32-33 obratlů, tedy 7 krčních, 12 hrudních, 5 bederních, 5 křížových splývajících v kost křížovou a 4-5 kostrčních obratlů. Z míchy vychází 31 párů míšních nervů, které vystupují z krčních segmentů a vedou vlákna do periferie. Jejich hlavními funkcemi se stává inervace (ovlivnění činnosti) svalů. Vlákna senzitivní vedou z periferie informace o citlivosti (vjemy dotykové, tlakové, informace o vnitřním napětí svalů, šlach a bolest), a vlákna vegetativní informují o činnosti srdce, zažívacího ústrojí, vylučovacího ústrojí, pohlavních orgánů, žláz atd. (Faltýnková et al., 2007).

Při poškození míchy se informace o činnosti těla nedostanou do mozku. Také mozek nemůže vysílat informace přes poškozenou část míchy ke svalům a ovlivnit jejich pohyb. Čítí a vůle ovládat pohyb těla je poškozena pod poraněnou oblastí (Faltýnková et al., 2004). Poranění míšní léze může být částečné či úplné, dle Hrabálka (2011) poškození kompletní nebo nekompletní. U kompletní léze není zachována činnost motorických (paraplegie nebo kvadruplegie) nebo senzitivních vláken (anestezie – znecitlivění). Nekompletní léze se vyznačuje patrným zachováním motorických a senzitivních funkcí.

Faltýnková et al. (2007) zaznamenávají v praxi poruchy močení (infekce močového měchýře, městnání moče v ledvinách, tvorba kamenů), stolice (zpomalení až úplně zastavení pohyblivosti střev), dýchání (vyřazení bránice – hlavní dýchací orgán), termoregulace (zvýšená teplota při zvýšené náplni močového měchýře či střev), vegetativních reflexů (snížení či zvýšení krevního tlaku, zánět střevního střeva, úporné pocení nad místem léze), sexuálních funkcí (porucha erekce – ztopoření a ejakulace – výron semene), tvorbu dekubitů (proleženin) a spasticita (zvýšené napětí svalových vláken se svalovými záškuby).

Rozeznáváme několik typů ochrnutí - poranění míchy (Kudláček et al., 2007):

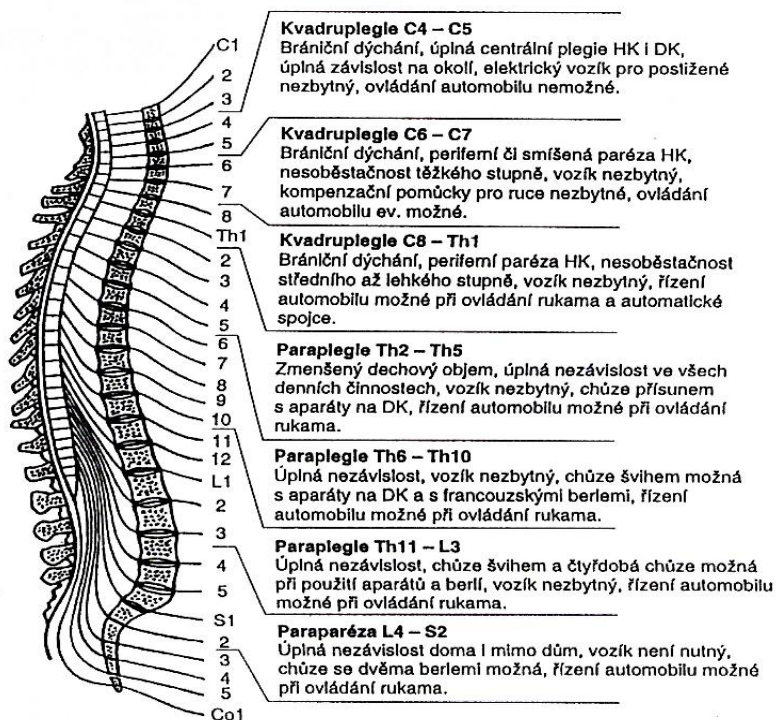
- **Poúrazová chabá paréza** – poškození míšních kořenů v oblasti dolní bederní páteře, ochrnutí dolních končetin, postižený chodí s francouzskými holemi, vozík využívají na delší trasy a pro sport;
- **poúrazová paraplegie** – úplné ochrnutí dolních končetin, většinou po poranění míchy v oblasti hrudní a horní bederní páteře, používají vozík celodenně, dělají mnoho sportovních aktivit (atletika, sledge hokej, monoski, basketbal, windsurfing, apod.);
- **poúrazová kvadruplegie** – poškození míchy v oblasti krční páteře, úplné ochrnutí dolních končetin, různé stupně ochrnutí horních končetin (od paréz až do praktické plegie), specifické sporty jsou ragby na vozíku a boccia;
- **poúrazová kvadruparéza** – neúplné ochrnutí horních i dolních končetin, vyskytuje se zřídka.

Rovněž za důležitou kategorii ochrnutí míchy považujeme i stupně poškození, které informují o možnostech osob s tělesným postižením vykonávat různé úkony po ukončení rehabilitace. Závisí ovšem na výšce segmentu poranění, přidružených poranění, věku, pohlaví, fyzické konstituci, motivaci a prostředí jedince. Představíme si šest stupňů poranění míšní léze (Faltýnková et al., 2004):

- **Stupeň 1 (C4, C4/5), tetraplegie** – klient nemůže sedět bez opory, asistent poskytuje pomoc;
- **stupeň 2 (C5, C5/6, tetraplegie** – klient sedí opřený o vlastní ruce s uzamčenými loketními klouby, není schopen zvednout ruce a udržet rovnováhu, vždy mu pomáhá asistent;
- **stupeň 3 (C6, C6/7), tetraplegie** – klient zvedne jednu horní končetinu do úrovně ramene, druhou rukou se podebírá s uzamčeným loketním kloubem, celodenně je třeba pomoc asistenta;
- **stupeň 4 (C7, C7/8), tetraplegie** – klient je schopen zvednout jednu horní končetinu nad hlavu, může se v této pozici předklonit a narovnat, opírá se o druhou horní končetinu bez uzamknutí loketního kloubu, sedí bez podepření rukou, při počátečných aktivitách potřebuje asistenta;
- **stupeň 5 (Th1-Th6), vysoká paraplegie** – klient sedí bez opory, zvedne najednou obě horní končetiny současně nad hlavu a pohybuje jimi všemi směry, ze začátku u pohybových úkonů mu pomáhá asistent;
- **stupeň 6 (TH10-L), nízká paraplegie** – klient je schopen sedět bez opory, může házet a chytat míč nad hlavou, nepotřebuje asistenci (Faltýnková et al., 2004).

Tetraplegie se vyznačuje poškozením míchy v krčním segmentu a způsobuje částečnou pohyblivost horních končetin a úplnou ztrátu pohyblivosti těla i nohou a zároveň má jedinec problémy při dýchání a kašlání. Vysoká paraplegie se nachází v segmentu horní části zad, ovlivňuje pohyblivost zad a vzniká úplná ztráta pohyblivosti dolních končetin. Nízká paraplegie je definována jako poškození míchy dolní části těla a vykazuje částečnou pohyblivost dolních končetin (Faltýnková et al., 2004).

Kvalitní léčba míšní léze probíhá pod vedením vyškolených odborníků – lékařů, fyzioterapeutů, ergoterapeutů, zdravotních sester, ošetřovatelů, sociálních pracovníků a psychologů. Tato péče se děje na speciálním pracovišti, tzv. spinální jednotce. Zdravotní personál pomáhá pacientům s tělesným postižením připravit se na život na vozíku, ve společnosti a v zaměstnání a dohlíží na jejich celkový fyzický a psychický stav (Faltýnková et al., 2007).



Obrázek 1. Funkční potenciál v závislosti na výši léze (Trojan, Druga, Pfeiffer, & Votava, 2001, 118)

2.1.2.2 Amputace končetin

Amputace dolních i horních končetin zásadně až drasticky zasahuje do pohybových schopností, obzvláště u dětí. Důvody pro amputaci končetiny jsou velmi vážná poranění, při kterých došlo k zničení cév, nevladatelné infekci či dlouhotrvajícímu nevyléčitelnému místnímu onemocnění (Kudláček, 2007).

Kudláček (2007) zdůrazňuje, že možnost pohybových aktivit osob s amputacemi dolních končetin se liší podle druhu amputace. Amputační pahýl musí být odolný, výkonný a dobře pohyblivý. Odolnost pahýlu je ovlivněna umístěním a kvalitou operačních jizev. S amputovanou částí těla také souvisí zvětšená spotřeba energie. Smutný (2009) uvádí u částečné amputace chodidla o 10-20% větší výdej energie, dále u podkolenní amputace o 40-50%, jedná-li se o bilaterální amputaci i u stehenní amputace je vysoká náročnost na energii, až o 90-100%.

Dle publikace *Sporty tělesně postižených* (Rybová, 2012) si rozdělíme klasifikační profily sportovců s amputací postižených:

- **skupina A1 (2AK)** – oboustranná nadkolenní amputace;
- **skupina A2 (1AK)** – jednostranná nadkolenní amputace;
- **skupina A3 (2BK)** – oboustranná podkolenní amputace;
- **skupina A4 (1BK)** – jednostranná podkolenní amputace;
- **skupina A5 (2AE)** – oboustranná nadloketní amputace;

- *skupina A6 (IAE)* – jednostranná nadloketní amputace;
- *skupina A7 (2BE)* – oboustranná podloketní amputace;
- *skupina A8 (IBE)* – jednostranná podloketní amputace;
- *skupina A9* – kombinace amputací HK a DK.

U amputací končetin hrozí poškození krevního oběhu končetin, tím postižení tepen ve velkém rozsahu. Dochází ischemii tkání (nedokrevnost) zúžením ateriálního cévního průsvitu. Mnoho amputací nastává pod diabetickou komplikací. Diabetes mellitus se projevuje poruchou metabolismu glycidů, lipidů a bílkovin. Všechny tyto poruchy se vyznačují zvýšenou glykemií.

Po úrazu si musí pacienti udržet a zlepšit celkovou kondici dechovými cvičeními, kondičním cvičením, posilováním zdravých částí těla, vertikalizací, cvičením rovnováhy, cvičením mobility na lůžko a přesunů na lůžku, výcvikem soběstačnosti, nácvikem lokomočních funkcí a posilováním zdravých končetin. Jedinci s amputovanou končetinou můžou vnímat tzv. fantomové bolesti nebo fantomové pocity. Fantomová bolest je popisovaná jako krátká vystřelující bolest v oblasti končetiny, která byla amputovaná. Trpí jí jen malá část pacientů. U fantomového pocitu pacient například cítí prsty u ruky, jež již neexistuje. Tyto stavy lze odstranit speciálními gymnastickými cviky a ergoterapií. (Talpová, 2011).

V rehabilitační ústavě Kladruby bylo v letech 2003-2010 přijato 776 klientů s amputací dolních končetin, 200 s amputací v bérce, 448 s amputací ve stehně a 138 s oboustrannou amputací. Nejčastějšími důvody byly cévní choroby, poúrazové stavy, diabetes mellitus a nádory. S této statistiky vyplývá, že pacienti s amputací končetin jsou přijati do nemocnic ve velkém množství (Talpová, 2011).

2.1.3 Specifika životního způsobu

Z hlediska lékařského, psychologického, sociologického, kinantropologického, pedagogického, teologického a z mnoha dalších lze pojem zdraví vnímat z různých pohledů. Využívá se v oblastech zdravého životního stylu, zdravého přístupu v práci, zdravých lidských vztahů, zdravého sebevědomí, apod. (Ješina, Hamřík, et al., 2011).

„Pokud je, dle definice WHO, zdravý stav úplné pohody fyzické, psychické a sociální, pak si můžeme dovolit dát slovo zdraví, a to ze své každodenní zkušenosti, do uvozovek“ (Podevša, 2007, 9). Dále autor hovoří o tom, že hranice mezi tím, jestli máme, nemáme zdraví, jestli se cítíme nebo necítíme zdravý, je velmi proměnlivá. Měli bychom mluvit o zdraví jako o daru, který nám může být kdykoliv sebrán. Krhutová, Michalík, Potměšil, Novosad a Valenta (2005, 202) vymezili složitější termín lidského zdraví, jako „soulad předmětných, resp. určujících biopsychosociálních faktorů a stav tělesné, duševní i společenské pohody a rovnováhy člověka.“ Více se přikláníme k definici, že zdraví

„přestavuje určitý, v daném vývojovém stadiu a referenčním rámci očekávaný, resp. žádoucí stav ucelenosti a integrity lidského bytí, tzn. určitou normu“ (Novosad, 2011, 84).

Tělesné, psychické i sociální zdraví nám určuje, jak budeme spokojeni nebo nespokojeni se svým životem. Mluvíme tedy o kvalitě života. Tento pojem se stal předmětem bádání mnoho vědních disciplín. Zjednodušeně řečeno, pokud je člověk osobně spokojený, je spokojen se svým životem (Ješina, Hamřík et al., 2011). Naše osobní pohoda (well-being) je hodnocením kvality života jako celku, založena na duševních, tělesných a sociálních aspektech. Mnoho odborníků se shoduje, že se jedná o dlouhodobý emoční stav jedince (Titl, Zaatar, & Ješina, 2011).

V některých případech se setkáváme se zkušeností, že osoby se zdravotním postižením prožívají „kvalitnější“ život než osoby bez zdravotních komplikací. Věnují svůj čas blízkým a zálibám (pohybové aktivitě, hudbě, kultuře, apod.), které dříve dělali nebo se jim začali nyní věnovat. Podstatné je, že si uvědomují „křehkost“ zdraví.

Život s tělesným postižením přináší mnohé obtíže a překážky, jejichž překonávání závisí na osobnosti s tělesným postižením, podpoře blízkých osob, otevřenosti sociálního prostředí a schopnostech pomáhajících pracovníků i dostupných adresných nástrojích sociálních služeb a zdravotně-sociální péče. Tělesné postižení nesnižuje hodnotu lidského bytí, ani nárok osoby s tělesným postižením na přijatelnou kvalitu života i účast na životě společnosti (Krhutová, Michalík, Potměšil, Novosad & Valenta, 2005, 204).

V některých případech mohou pracovníci psychicky připravit pacienta na amputace, bohužel při náhlých amputacích např. při úrazech nelze na danou skutečnost připravit. Při hodnocení vlivu amputace na psychiku vycházíme z následujících aspektů: pohyblivost pahýlu, soběstačnost, samostatnost, pracovní dovednost, konkrétní uplatnění ve společnosti a rodině, vzhled člověka, sociální a ekonomická situace člověka. Kritickým obdobím se stává pro pacienta s amputací zkoušení protézy a toužebné očekávání, jak jim protéza pomůže k manuální dovednostem, zvýší jejich pohyblivost alepší celkový vzhled amputované končetiny. Většinou u amputací dolních končetin dochází k pocitům zklamání a rozčarování, tedy i zhoršení psychického stavu. Také období čekání na protézu neusnadňuje psychické rozpoložení, jedinec se cítí méněcenný, resignuje a převládá v něm pesimismus. Strach z vlastního bytí vyvolává emoční labilitu, sklon k plačtivosti a afektům, ztráta sebedůvěry a pocit vztahovosti. Následné stavy vedou až k bolestem hlavy, depresivním náladám, snížené soustředěnosti na určitou činnost a k duševní i psychické vyčerpanosti (Pavlů, 1996).

Důsledky, které ovlivňují život osob se zdravotním postižením, lze rozdělit na *objektivní* (postoje společnosti k osobám s tělesným postižením, zaměstnanost, vzdělanost, profesní příprava, sociální politika i zdravotní péče) a *subjektivní* (zdravotní stav a omezení, osobnostní rysy, zvládnutí nepříznivých životních situací či vnější vlivy), některé z nich jde změnit nebo významně přizpůsobit a jiné nikoliv (Podevša, 2007).

Kvalita života člověka s postižením může být velice vysoká, záleží však na jeho vnitřní motivaci, otevřenosti, porozumění okolí a podpoře státních institucí (Krhutová, Michalík, Potměšil, Novosad, & Valenta, 2005).

2.2 Aplikované pohybové aktivity osob s tělesným postižením

Prvotní myšlenky o aplikovaných pohybových aktivitách (APA) vyšly od Claudine Sherill, která popisuje APA jako „multidisciplinární teorii i praxi ve vztahu k celoživotní aktivitě jedinců se specifickými potřebami v aplikaci do všech životních sfér těchto jedinců (Ješina, Hamřík, et al., 2011, 20). Termín aplikované pohybové aktivity vychází z pochopení pohybové aktivity a tělesné výchovy jako prostředku socializace, rovnováhy subjektivního rozlišení fyzického a psychického zdraví, integrace všech občanů do společnosti, tedy i občanů se zdravotním postižením (Válková, 1996).

V následujících kapitolách si představíme vědeckou disciplínu aplikované pohybové aktivity v českém i v anglickém vyjádření, mezinárodní i národní organizace podporující rozvoj aplikovaných pohybových aktivit.

2.2.1 Terminologické vymezení

Aplikované pohybové aktivity (Adapted Physical Activity, dále jen APA) se zabývá problematikou osob se speciálními potřebami z oblasti pohybové aktivity. Z hlediska obecné terminologie mluvíme o ní jako o vědní disciplíně kinantropologické s výrazným zaměřením na speciální pedagogiku (Ješina, Hamřík, et al., 2011). V anglickém znění se APA definuje jako výpověď a oslava hodnot pohybových aktivit určených pro zdraví, kondici a sport pro společenské přijetí a možnosti (Wheeler, 2003).

APA se realizuje v kontextu školní tělesné výchovy, sportu, rekreace a rehabilitace (Kudláček, Ješina et al., 2011). Již v roce 1992 se staly v oblasti aplikovaných pohybových aktivit hlavním tématem: tělesná výchova, rekreace a sport. Příkladem plného uznání a přijetí sportovců se speciálními potřebami můžeme uvést Mezinárodní paralympijský výbor s mezinárodní zkratkou IPC (Doll-Tepper, 1992). Mezi další mezinárodní organizace podporující oblasti aplikovaných pohybových aktivit pro osoby s postižením, výzkumné projekty i profesní oblasti můžeme zmínit International Federation of Adapted Physical Activity (IFAPA), European Federation of Adapted Physical Activity (EUFAPA), ve Švédsku The Swedish Network of Adapted Physical Activity (SNAFA, v Itálii APAITALIANA, v Polsku Polish Scientific Association of Adapted Physical Activity a od roku 2009 bylo založeno v České republice občanské sdružení Česká asociace aplikovaných pohybových aktivit (ČAAPA), která zastřešuje aplikované pohybové aktivity na národní úrovni (Ješina & Hamřík, 2011).

Původní název Adapted Physical Education byl použit v roce 1952 v USA., a to v důsledku vzájemné integraci běžných žáků a žáků se zdravotním postižením a bylo třeba vytvořit společné vzdělávací programy. Již v té době aplikované pohybové aktivity úzce souvisely se sportem, tělesnou výchovou (terapie a rehabilitace), životním stylem (dimenze zdraví, socializace, integrace, životní spokojenosti a zdatnosti), vývojem technologií, analýzou a výzkumem lidského pohybu (Válková, 1996).

2.2.2 Význam aplikovaných pohybových aktivit pro osoby s tělesným postižením

„Celá tělesná kultura je důležitou součástí prevence progresu zdravotních postižení, má nesporný vliv na pracovní činnost a je podmínkou prodlužování aktivního stáří“ (Pavlů, 1996, 187).

Ovšem bychom si měli uvědomit hlubší význam pohybu, jenž není pouhým pohybem inervovaných svalů, šlach a kloubů, hnutím citů, myšlenek či nálad. Nemá jen lokomoční smysl, není to jen fyziologická, psychofyzická či psychologická záležitost – je to sociální síla motivující lidskou soudržnost a kooperaci na všech úrovních lidské existence (Novosad, 2011, 37).

Proto by měla mít přednost organizovaná tělesná výchova, sportovní i turistická činnost před individuálním každodenním cvičením dalších pohybových aktivit. Tělovýchovná činnost, většinou ve směru rekreačního charakteru se děje pod vedením organizovaných institucí (Pavlů, 1996). Především Český paralympijský výbor (ČPV), Česká asociace tělesně postižených sportovců (ČATHS), Český svaz tělesně postižených sportovců (ČSTPS) a Klub českých turistů podporují pohybovou aktivitu osob se zdravotním postižením na rekreační, výkonnostní a vrcholové úrovni.

Český paralympijský výbor jako člen Mezinárodního paralympijského výboru byl založen dne 26. ledna 1994. Prostřednictvím sdružených svazů připravuje závodníky na mezinárodní vrcholové soutěže: letní a zimní paralympiády, deaflympiády (pro sportovce se sluchovým postižením) a Global Games pro osoby s mentálním postižením. ČPV zajišťuje zázemí přibližně 18 ti tisícům sportovcům v šesti sportovních svazech. Patří do nich i ČATHS a ČSTPS (ČPV, 2011).

V roce 2012 ČATHS zastřešoval 15 sportovních odvětví – atletiku, cyklistiku, handbike, curling, plavání, lukostřelbu, sledge hokej, stolní tenis, jezdectví, střelectví, lední hokej stojících, jachting, vzpírání a tenis stojících. Asociace spolupracuje se státními, vládními orgány a s jinými organizacemi. Společně vytváří podmínky pro pohybovou činnost občanů s tělesným postižením a sledují integraci mezi „zdravou“ populací. Vrcholné závody v sezóně 2012 byly Letní paralympijské hry v Londýně. Česká výprava měla 45 členů z toho 25 sportovců ČATHS. Občanské sdružení pořádá i mezinárodní soutěže, především Evropský pohár v cyklistice handicapovaných, plavecké závody Czech Open, mezinárodní lukostřelecký žebříčkový turnaj, kvalifikační turnaj a mezinárodní atletické závody pod vedením IPC Czech Open Olomouc (Krakovičová, 2012).

Český svaz tělesně postižených sportovců (ČSTPS) je nestátní nezisková organizace, právní normou občanské sdružení, která zajišťuje pohybovou aktivitu osobám s tělesným postižením (amputace, míšní léze, vrozené postižení nebo získané postižení vlivem úrazu či nemoci). Podpora pohybové aktivity se děje na úrovni rehabilitační, rekreační až po výkonnostní a vrcholovou (paralympijskou). ČPSTPS je jediným zástupcem České republiky v mezinárodní organizaci IWAS (International Wheelchair Amputee Sports Federation), která je založena Mezinárodním paralympijským výborem (IPC). Během 90. let měl Český svaz tělesně postižených sportovců 1133 členů a spadalo pod něj 49 klubů (Pavlů, 1996). Během let se počet členů a sportovních klubů mnohokrát zvýšil. V roce 2005 svaz sdružoval 87 sportovních klubů. U jednotlivých klubů bylo zaregistrováno přes 3 000 členů. Současně svaz zastřešuje 17 sportů z toho 9 paralympijských a 58 klubů. Sporty jsou řízeny sportovně technickou komisí (STK). V některých případech převzaly funkci STK národní federace sportů (ČSTPS, 2012).

Občanské sdružení Klub českých turistů podporuje aktivní turisty, příznivce a milovníky přírody. Klub vytváří podmínky pro aktivní činnost starším občanům, rodinným kolektivům, dětem, mládeži a osobám se zdravotním postižením. Pro své členy a veřejnost zabezpečuje údržbu a aktualizaci turistických značených tras (KČT, 2012). Proto se Klub českých turistů společně se sdružením vozičkářů rozhodly vyznačit vozičkářské trasy pro osoby užívající vozíky na ruční pohon nebo elektronické vozíky. Značení tras muselo být speciálně označeno do třístupňové obtížnosti. Modré trasy představují nejlehčí úroveň, červené obtížnější a černé nejobtížnější. Na těchto stezkách se využívají směrovky s textem „Vozičkářská trasa“. První stezka byla vyznačena v Mariánském údolí v Brně-Lišni v délce 5,6 km. Její výhodou se stává snadná dostupnost k městské hromadné dopravě. Dále vznikly u Boleslavských rybníků v Plzni, v okolí Lutové na Třeboňsku, městských lesích v Hradci Králové nebo v Praze–Stodůlkách (Pernica, Rychtecký, et al., 2012).

Zdravotně postižení turisté jsou rozděleny dle klasifikace Klubu českých turistů do pěti výkonnostních skupin, podle druhu postižení s denní normou 3, 6, 10, 15 a 20 km. Denní normu doporučuje ošetřující lékař, jenž zná celkový stav pacienta. Tím je zajištěno, aby turistika působila jako rehabilitace a rekondice. Aby byla turistika bezpečná, je prováděna pod odborným vedením vedoucích a cvičitelů. Od počátku vývoje turistiky v Čechách, tedy od roku 1981, se konají každoročně Severomoravské oblastní srazy postižených turistů. Konají se vždy v jiné oblasti České republiky s cílem poznávat naše přírodní krásy, historické památky, setkávat se s přáteli a navázat nové přátelské vztahy. Na těchto srazech se rovněž pořádají vědomostní i sportovní soutěže. Sportovní aktivity umožňují navýšení pohybových dovedností a zvládnání psychicky náročných situací. V nabídce je zahrnuta i netradiční zimní pěší turistika. Velký zájem mají turisté o cykloturistiku. Turistiky zdravotně postižených se mohou účastnit i „zdraví“ (nepostižení) rodinní příslušníci. Tím se upevňují rodinné vztahy, vztah k partnerovi i k dětem. Zvyšuje se vzájemná tolerance a ochota pomoci druhým (Tilinger, Rychtecký, & Perič, 2001).

Uvádí se, že celkové procentuální zastoupení ve sportu je desetkrát menší než u zdravých jedinců. Pohybová aktivita hraje významnou roli v rehabilitační (obnově tělesných funkcí) a resocializační složce. Závisí ovšem na daných vývojových fázích. U osob se získaným tělesným postižením lze rozdělit vývoj pohybové aktivity do tří fází: prekritická, kritická a postkritická. V životní etapě před úrazem (nekritická fáze) jedinec provozoval pohybovou aktivitu pro potěšení a pro pohyb samotný, mnohdy na vrcholové úrovni. Někteří zkoušeli více sportů, jiný byli spíše úzce specializováni. Následuje období těsně po úraze (kritická fáze), člověk prožívá nepopsatelné pocity a změní se mu pohled na jeho dosavadní životní styl, tedy i na pohybovou aktivitu. Přechod do běžného života (postkritická fáze) je období, kdy se zdravotně postižení jedinci účastní resocializačních programů v rámci rehabilitačních aktivit. Ty pomáhají lidem upoutaných na vozíku orientovat se v prostředí (cestování hromadnou dopravou, jízda na vozíku ve městě, život ve společnosti, apod.). Během rehabilitace mají klienti s tělesným postižením možnost a příležitost se stát členem sportovního klubu a věnovat se sportu. Velká část osob s tělesným postižením po rehabilitaci zkouší ze sportovních aktivit například atletiku (vrhy, hody a jízdy na formulce, atd.), plavání a basketbal (Hrouda & Rybová, 2010).

Celkově můžeme všechny zmíněné aspekty shrnout do jednoho souvětí: „Pohybová aktivita prováděna v přiměřené míře pomáhá osobám s tělesným postižením zlepšit nebo ustálit jejich zdravotní stav a prožít plnohodnotný život. Rovněž specializovaní odborníci jim mohou pomoci, jak dělat pohybové aktivity tak, aby jim neškodily“.

2.2.3 Vybrané sporty osob s tělesným postižením

Vozičkářské sporty byly původně vyvinuty pro osoby s poraněním páteře a po amputacích dolních končetin. Tato skupina se stále rozrůstá.

Každým rokem přibývá osob s poraněním páteře v důsledku úrazu či nehody. Bohužel tento typ zranění se vyskytuje u osob mladších 25 let (Machová & Kudláček, 2008). Sportovci s tělesným postižením využívají aplikované pohybové aktivity, které do procesu pohybové rehabilitace začlenil již ve 40. letech 20. století zakladatel paralympijského hnutí Sir Ludwig Guttmann. V roce 1948 uspořádal v rehabilitačním zařízení ve Stoke Mendeville závody pro válečné veterány po ochrnutí páteře (OSAV, n.d.).

Vybraní respondenti s tělesným postižením se nejvíce věnují basketbalu, plavání, cyklistice, sjezdovému lyžování a lukostřelbě. U zmíněných sportů si představíme postupný vývoj, klasifikaci a vlivy působící na zdravotní stav osob s tělesným postižením.

2.2.3.1 Basketbal na vozíku

V České republice vznikl v sedmdesátých letech pro rehabilitační účely v Kladrubech a Hrabyni. Dnešní době jej hrají organizovaně pouze muži, mezi ženami není dostatečný zájem o basketbal na vozíku. Ženy tak mohou doplňovat družstva mužů. To dává možnost klubům hrát smíšeně zápasy. Ani ekonomické podmínky a příprava mládeže není přijatelná. Proto patnáctiletí hráči hrají stejnou úroveň jako dospělí. Aby se tito hráči ze začátku uplatnili, je jim při klasifikaci odečten jeden bod (Škaroupka, n.d.).

Bodový systém dle IWBF (International Basketball Federation - Mezinárodní federace basketbalu vozíčkářů) posuzuje hráče basketbalu podle typu postižení (kompletní a nekompletní paraplegie, amputace – zde se rozhoduje na základě délky pahýlu, amputaři jsou zařazeny do vyšších tříd, mozková obrna, poliomyelitis atd.) a rozsahu pohybu trupu, horních končetin a dolních končetin. Systém obsahuje čtyři hlavní bodovací kategorie: 1,0, 2,0, 3,0 a 4,0. Později byly přidány „půlbodové“ kategorie (1,5, 2,5, 3,5, 4,5). Každá kategorie má přesnou charakteristiku hráče. Ti ovšem v mnoha případech přesně neodpovídají dané klasifikaci. Celkový součet bodů pěti hráčů z družstva je 14, 5 bodů v národní a pohárové soutěži, u národní úrovně včetně paralympijských hrách platí součet 14 ti bodů. Ovšem každá země si přizpůsobuje systém klasifikace dle počtu hráčů, věku či integrace nepostižených. (Daďová, Čichoň, Švarcová, & Potměšil, 2008).

Zjednodušený přehled bodových kategorií basketbalu vozíčkářů si uvedeme v následující tabulce.

Tabulka 2. Zjednodušený bodový systém a profily u basketbalu vozíčkářů (Daďová, Čichoň, Švarcová, & Potměšil, 2008, 43)

Bodová kategorie	Profil
1,0	Nejvíce postižený hráč (Th1-7), bez funkčních břišních svalů, udržuje neustále kontakt s opěrkou vozíku, malý či nekontrolovaný pohyb ve všech rovinách, bez aktivní rotace trupu, s max. využitím hlavy.
2,0	Hráči (Th8-L1) s možnou aktivní rotací trupu, omezenou hybností v rovině sagitální, bez kontroly pohybu do stran.
3,0	Hráči (L2-L4) s omezenou hybností v rovině frontální, stabilitou pánve, dobrou rotací trupu, bez kontrolovaného pohybu do stran.
4,0	Hráči (L5-L6) s pohyblivostí ve všech 3 rovinách s omezením na jednu stranu.
4,5	Hráči s normálním pohybem trupu ve všech rovinách, do stran bez omezení.

Basketbal na vozíku se výrazně liší od basketbalu „zdravých“ sportovců. Hra se zdá opticky pomalejší, hlavně v útoku a v obraně. Celkově průběh hry je obtížnější ve vymezení území, útočné a obranné činnosti jednotlivce, protože hráč se musí soustředit na pohyb vozíku a zároveň kontrolovat míč. U strategie hry se využívá blokování vozíkem, pick a roll (clona a sjetí ze clony), z nichž vychází všechny základní útočné systémy (Válek & Kudláček, 2007).

Přesto hráči basketbalu využívají ke hře vysoká pohybová nasazení. Osoby s amputací dolních končetin a amputáři horních končetin by měli hrát odděleně. Nadkolenní amputáři plynuleji provedou výskok u basketbalu než výskok u odbití míče. Podkolenní amputáři rozvojem protetiky mohou hrát s oběma skupinami. Hráč s amputovanou celou paží díky protéze dokáže přijmout míč stoppingem na prsa (Tilinger, Rychtecký, & Perič, 2001).

České basketbalové týmy pořádají každoročně mezinárodní turnaje. USK META Praha založila tradiční mezinárodní turnaj Pohár Mladé fronty Dnes, který slavil 20. výročí v roce 2013 (Škaroupka, n.d.). Dále Válek a Kudláček (2007) řadí mezi nejvýznamnější turnaje Memoriál MuDr. V. Knapka pořádaný od roku 1996 a Mistrovství Evropy skupiny B, které se konalo v letech 2000 a 2003 v Brně. Česka reprezentace basketbalu vozíčkářů se zúčastnila Mistrovství Evropy skupiny A v roce 2003 na Sardinii (10. místo) a v roce 2005 v Paříži (12. místo).

2.2.3.2 Plavání osob s tělesným postižením

Plavání patří mezi cyklická aerobní cvičení a nejúčinnější pohybové aktivity ve smyslu fyzické a duševní regenerace, prevence a kompenzace negativních vlivů působících na organismus a rehabilitace po úrazech a onemocněních (Preislerová, 1984). Na programu paralympijských her je plavání zdravotně postižených od roku 1960, kde se závodilo ve všech plaveckých způsobech i ve štafetách (Janečka, 2012).

Ze zdravotního hlediska všestranně a rovnoměrně zatěžuje především velké partie svalstva, tím zlepšuje prokrvení tkání, odlehčuje páteř a podpurný aparát v důsledku hydrostatického tlaku, při pravidelném dýchání do vody usnadňuje cirkulaci krve, kloubní pohyblivost zlepšuje možnost pohybovat ve větším rozsahu horními a dolními končetinami ve vodním prostředí, dochází rovněž k zlepšení odolnosti vůči teplotním změnám a infekcím, působí uklidňujícím pocitem neboli je důležitým aspektem mentální hygieny člověka (Preislerová, 1984).

Limitující faktory pro jedince s míšní lézí představují kontraindikaci, motorickou dysfunkci spojenou s dysbalancí a lateralitou většiny svalových skupin (plavecké svaly - m. pectoralis, m. triceps a m. biceps), porucha senzitivity, porucha uchopení vody a cítění vodního prostředí, ochrnutí dýchacích svalů, nemožné udržení splývavé polohy, výrazně posunutě těžiště, narušení vertikální i horizontální rovnováhy (Pavlů, 1996).

V některých případech se využívá Halliwickovy metody, která klade důraz na systematický postup plaveckého tréninku prostřednictvím deseti bodů. Neboli se soustředí na následné charakteristiky: psychické přivykání – uvolnění – vertikální rotace (rotace kolem příčné osy těla) – laterální rotace (rotace kolem podélné osy těla) – kombinovaná rotace (rotace kolem příčné a podélné osy) – využití nadšení – plovací poloha – plavání pomocí turbulence – jednoduché přemístování – rozvíjení základních plaveckých způsobů, nejčastěji se využívá znak (Ticháčková, & Kudláček, 2007).

Funkční klasifikace plavců dle International Paralympic Committee (IPC) z roku 2004 spojuje závodníky s různými postiženími (paraplegie, DMO, amputace apod.). V následující tabulce si popíšeme 10 plaveckých tříd pro osoby s tělesným postižením. Ovšem systém si představíme v zjednodušené podobě, neboť plavci mohou být zařazeni do různých tříd pro volný způsob, prsa nebo polohovací závod (Ticháčková, & Kudláček, 2007).

Tabulka 3. Zjednodušená klasifikace plavců s tělesným postižením (upraveno dle Ticháčková, & Kudláček, 2007, 39-41)

Kategorie	Profil
S1: celkové míšní poškození v oblasti C4-C5 nebo mozková obrna charakterizovaná jako závažná kvadruplegie	neschopnost „uchopit“ vodu, výrazně omezená hnací síla rukou kvůli svalové slabosti, omezený rejstřík pohybů, dyskoordinace pohybu
S2: celkové poškození míchy C6-C7 (nebo stejné svalovo-kosterní poškození) nebo mozková obrna charakterizovaná jako kvadruplegie	neschopnost „uchopit“ vodu s omezenou kontrolou zápěstí, omezená hnací síla rukou v důsledku svalové slabosti
S3: kompletní poškození míchy C7 nebo nekompletní poškození C6, mozková obrna charakterizovaná jako mírná kvadruplegie nebo těžká amélie, dysmélie u všech čtyřech končetin, těžká svalová atrofie u všech čtyř končetin nebo amyóza ovlivňující všechny čtyři končetiny s hnací silou pouze z dolních končetin	neschopnost „uchopit“ vodu s omezenou kontrolou zápěstí, omezená hnací síla z rukou v důsledku svalové slabosti, omezený rejstřík pohybů nebo dyskoordinace pohybu, minimální nekontrolovatelnost trupu
S4: kompletní poškození míchy C8 nebo nekompletní poškození od C7, mozková obrna s těžkou diplegií nebo těžkou dysmélií tří končetin, amyóza ovlivňující čtyři končetiny s hnací silou horních končetin	kontrola zápěstí a některých prstů, hnací síla z paží s omezenou koordinací, minimální dyskoordinace trupu
S5: kompletní poškození T1-T8, částečné poškození C8 nebo srovnatelná obrna, mozková obrna s těžkou diplegií nebo těžkou hemiplegií, zakrslost s vážnou nebo mírnou dysmélií tří končetin nebo amyóza ovlivňující čtyři končetiny, s hnací silou horních a dolních končetin	Kontrola zápěstí i prstů, hnací síla v paží s omezenou koordinací, omezená kontrola trupu, nohy obstarávající rovnováhu s minimální hnací silou
S6: paraplegie v T9-T11 s nefunkčností	schopnost „uchopit“ vodu, dobře fungující

<p>nohou přiměřeně pro plavání, mozková obrna s mírnou diplegií, hemiplegií, ataxie, nadloketní a nadkolenní amputace na stejné straně, vrozené chybění tří končetin</p>	<p>pohyb rukou s přiměřeným pohonem</p>
<p>S7: paraplegie L2-L3 nebo srovnatelná dětská mozková obrna, mozková obrna s částečnou hemiplegií, dvojitá podloketní amputace, nadkolenní amputace, nadloketní a nadkolenní amputace na protějších stranách nebo ochrnuté paže a výrazně omezená funkce nohou na jedné straně</p>	<p>kontrolovaný úchop vody, dobrá hnací síla, různá kontrola trupu</p>
<p>S8: paraplegie L4-L5 nebo srovnatelná dětská mozková obrna, mozková obrna s minimální hemiplegií nebo spasticitou čtyř končetin, dvojitá nadkolenní amputace s dlouhým pahýlem, dvojitá nadkolenní amputace nebo jedna nadloketní amputace, dvojitá amputace rukou a těžké kloubní omezení dolních končetin</p>	<p>efektivní úchop, dobrá, kontrolovaná hnací síla paží, minimální ztráta kontroly trupu</p>
<p>S9: paraplegie s minimálním zapojením nohou nebo srovnatelná dětská mozková obrna, mozková obrna s minimálními koordinačními problémy nebo monoplegie nebo jedna nadkolenní amputace, dvojitá nadkolenní amputace, dvojitá nadkolenní amputace s dlouhými pahýly nebo jedna podkolenní amputace</p>	<p>efektivní úchop, účinná kontrolovaná hnací síla nohou, plná kontrola trupu, hnací síla vychází z kopu</p>
<p>S10: mozková obrna s minimální spasticitou nebo ataxií, paréza jedné končetiny nebo velké omezení jednoho kyčelního kloubu, jedna podkolenní amputace, dvojitá amputace chodidel nebo amputace rukou</p>	<p>efektivní úchop, účinná kontrolovaná síla nohou</p>

2.2.3.3 Cyklistika osob s tělesným postižením

Cyklistika je součástí paralympijských her od roku 1992, ačkoli se v ní soutěží již od 80. let. Cyklistické soutěže zahrnují dráhové i silniční disciplíny pro jednotlivce a týmy ve sprintech, stíhacích závodech, časovkách. Soutěže jsou otevřeny pro muže i ženy s tělesným, zrakovým i spastickým postižením (Daďová, Čichoň, Švarcová, & Potměšil, 2008, 47). Poprvé v ní závodili nevidomí cyklisti na tandemových kolech na Paralympijských hrách v Soulu v roce 1988 (Rybová, 2012).

Od 1. ledna 2007 se cyklistika zdravotně postižených sportovců stala součástí Mezinárodní cyklistické organizace (International Cycling Union, UCI). Soutěže probíhají dle jejich pravidel. V České republice je cyklistika zdravotně postižených sportovců rovněž členem Českého svazu cyklistiky, kde spadá pod Komisi handicapovaných cyklistů (Janečka, 2012).

Z hlediska bezpečnosti UCI umožňuje s dalšími specifickými pravidly přizpůsobit kompenzační pomůcky k pohybové aktivitě. Tělesně postižený s lokomočním handicapem jsou rozděleny na cyklisty stojící a sedící. Třídy stojících sportovců se dělí na:

- **LC1** – minimální či žádné postižení dolních končetin;
- **LC2** – postižení jedné dolní končetiny, ale jsou schopni šlapat oběma nohama (s protézou nebo bez ní);
- **LC3** – postižení nejméně jedné dolní končetiny s/nebo bez handicapu na horních končetinách, jsou schopni šlapat do pedálů jen s druhou (nepostiženou) nohou;
- **LC4** – postižení obou dolních končetin s/nebo bez handicapu horních končetin (Daďová, Čichoň, Švarcová, & Potměšil, 2008).

Současné dělení sedících cyklistů se řadí do tří kategorií:

- **HCA** – kvadruplegici (oboustranná paréza dolních a horních končetin);
- **HCB** – postižení v hrudní oblasti Th4 – Th10/11;
- **HCC** – poraněné páteře v hrudní a bederní oblasti Th11 – L5 a amputace dolních končetin (Rybová, 2012).

Dle funkčních schopností, sportovec se zdravotním postižením využívá kola, speciální tříkolky, tandemy nebo handbike. Kolo s ručním pohonem neboli handbike využívá síly horních končetin. Prospívá psychickému i fyzickému zdraví. Osoby se zdravotním postižením prožívají příjemné pocity, odbourávají psychické stresy a mohou se zařadit mezi „zdravé“ cyklisty (Rybová, 2012). Další autoři (Soulek, & Martinek, 2000) poukazují na pozitivní i negativní vlivy cyklistiky na lidský organismus. Při pravidelné cyklické činnosti s dlouhodobým trváním se postupně zlepšuje funkce srdce a plic. Při pravidelném pohybu se lépe prokrvuje srdeční svalovina a snižuje se hladina cholesterolu v krvi. Tréninkem se i zvětšuje celkový objem plic (vitální kapacita plic). K nejčastějším zdravotním potížím patří

bolest zad v bederní i krční oblasti, zkrácení svalů podél celé páteře a přetížení svalů, kloubů a šlach. Proto bychom neměli zapomínat na preventivní cvičení, posilování a strečink.

2.2.3.4 Sjezdové lyžování osob s tělesným postižením

Průkopníky sjezdového lyžování vozíčkářů se staly lyžařské země (Skandinávie, Německo, USA, apod.) již v osmdesátých letech 20. století. Sjezdové lyžování osob s tělesným postižením se poprvé zařadilo do her paralympijského programu v roce 1988 v Innsbrucku. V České republice byl vývoj sjezdového lyžování daleko pomalejší, až v letech 1992-1994 se dočkal svého rozvoje. O počáteční rozvoj lyžování osob se zdravotním postižením se zasloužila Fakulta tělesné kultury v Olomouci od roku 1992, poté od roku 1994 Fakulta tělesné výchovy a sportu v Praze (Dostál, 2005).

V roce 1979 Peter Axelson upravil lyže označovaný jako golf cart na současnou podobu monoski, která se nazývala The Arryo mono-ski. V České republice se první monoski vyrobila v roce 1993 na Univerzitě Palackého v Olomouci (Kvasnička, 2012).

Monoski se skládá z jedné lyže upravené podle váhy a technické vyspělosti lyžaře a z nosné konstrukce (skořepiny), do které je posazen lyžař. Kostra konstrukce je vyrobena z hliníkových trubek a skořepina z kevralu nebo sklolaminátu. Jmenované materiály chrání lyžaře před poraněním při pádu. Aktivní bezpečnost rovněž zajišťuje plynokapalinový tlumič. Lze ho nastavit podle členitosti terénu do sedmi poloh (ČSTPS, n.d.). Dále se používají stabilizátory, francouzské hole s připevněnými lyžičkami na konci, k zajištění rovnováhy, při jízdě, obrazech na nástupech na lyžařské vleky. Vyrábí se jednopohové a dvoupohové stabilizátory. Více se používají dvoupohové, které se mohou sklapnout pro chůzi, odrážení opichování nebo pro jízdu na svahu (Kvasnička, 2012).

Mezinárodní paralympijský výbor (IPC) rozděluje lyžaře se zdravotním postižením do třech klasifikací: lyžaře sedící, stojící a se zrakovým postižením. Dále se kategorie se dělí do několika tříd. Prostřednictvím klasifikace Kvasničky (2012, 11) si znázorníme skupinu sportovců stojících (LW1 – LW9) a sedících (LW10 – LW12):

- **LW1** - lyžaři s postižením obou dolních končetin, kteří používají obou lyží a 2 stabilizátory nebo lyžařských holí (např. oboustranné nadkolenní amputace atd.);
- **LW2** - lyžaři s postižením jedné dolní končetiny, kteří používají 1 lyži a 2 stabilizátory nebo 2 lyžařské hole (jednostranná nadkolenní amputace, paréza nebo plegie);
- **LW3/1** – lyžaři s postižením obou dolních končetin, kteří používají obou lyží i lyžařských holí (oboustranná podkolenní amputace, paréza obou končetin);
- **LW3/2** – spastici skupiny CP5 a CP6;
- **LW4** – lyžaři s postižením jedné dolní končetiny, kteří používají obou lyží i lyžařských holí (jednostranná podkolenní amputace, paréza, oboustranná amputace v nártu apod.);

- **LW5/7** - lyžaři s postižením obou horních končetin, kteří používají obou lyží, ale nepoužívají lyžařských holí (oboustranná podkolenní amputace);
- **LW6/8** – lyžaři s postižením jedné horní končetiny, kteří používají obou lyží a jednu lyžařskou hůl (jednostranná předloketní i nadloketní amputace, ochrnutí);
- **LW9/1** – lyžaři s postižením jedné dolní a jedné horní končetiny, kteří používají výzbroj a výstroj podle svých možností (kombinované amputace, parézy);
- **LW9/2** – spastici skupiny CP7;
- **LW10** – lyžaři s postižením obou dolních končetin, s nefunkční rovnováhou v sedu nebo spastici s funkčním postižením všech končetin, používají monoski a dva stabilizátory;
- **LW11** – lyžaři s postižením dolních končetin s dobrou rovnováhou v sedu nebo spastici s postižením dolních končetin;
- **LW12/1** – lyžaři s postižením dolních končetin s dobrou rovnováhou v sedu;
- **LW12/2** – lyžaři s oboustrannou nadkolenní amputací dolních končetin.

2.2.3.5 Lukostřelba osob s tělesným postižením

Lukostřelba tělesně postižených byla součástí již prvních Paralympijských her v roce 1960 v Římě. Ovšem této události předcházely první soutěže konající se v rehabilitačním ústavu ve Stoke Mandeville v roce 1948. Poté došlo významnému rozvoji této sportovní disciplíny. Nyní 54 států se účastní mezinárodních soutěží v lukostřelbě zdravotně postižených. Lukostřelby na Paralympijských hrách v Londýně 2012 se zúčastnilo 140 sportovců (IPC, n.d.).

Soutěže jsou pořádány pro jednotlivce a týmy ve stoje i na vozíku. Sportovci střílí na kruhový terč s deseti soustřednými kruhy na stanovené vzdálenosti. Využívají kladkové a reflexní luky. Kvadruplegici používají sportovní luk s tzv. mechanickým vypouštěčem tětivy. Díky němu se šíp lépe vypouští z luku. Při závodech mohou použít vozík, sedačku, podpěry, popruhy i mechanické pomůcky k vypouštění luku (Rybová, 2012).

Klasifikace lukostřelby se rozděluje do tříd dle funkčních schopností: ARW1, ARW2 a ARST. Třídy ARW1 a ARST ještě obsahují podtřídy pro osoby s vyšším stupněm postižení (ARW1-C, ARST-C). V tabulce si zjednodušeně uvedeme profily jednotlivých tříd (Daďová, Čichoň, Švarcová, & Potměšil, 2008).

Tabulka 4. Profily jednotlivých tříd u lukostřelby osob s tělesným postižením (upraveno dle Dařová, Čichoň, Švarcová, & Potměšil, 2008, 54)

Třída	Profil
ARST	stojící – minimální postižení dolních končetin, určitý stupeň ztráty svalové síly, koordinace nebo hybnosti (amputáři, ostatní a stojící DMO) podkategorie ARST-C: jedinci s těžkým postižením horních končetin
ARW1	vozičkáři kvadruplegici nebo srovnatelná postižení (poranění míchy a DMO s postižením všech čtyř končetin, amputace dolních i horních končetin) – omezení funkčního rozsahu pohybu, síly a kontroly (především trup a dolní končetiny) podkategorie ARW1-C: pro jedince s vyšším handicapem
ARW2	vozičkáři paraplegici nebo srovnatelná postižení (poranění míchy, DMO, oboustranná nadkolenní amputace, s plnou funkcí horních končetin – žádná funkční omezení) – nesmí používat žádné zvláštní pomůcky, používají olympijský luk

V lukostřelbě mezi sebou mohou rovnocenně bojovat postižení sportovci se sportovci bez postižení. Tedy i pravidla jsou téměř stejná jako u lukostřelby nepostižených závodníků. Ta se řídí podle Mezinárodní lukostřelecké organizace World Archery (dříve FITA - Federation International de Tir à l'Arc). Její další výhodou je, že se jí mohou věnovat jedinci s různými typy postižením, tedy ochrnutí páteře po úraze, amputace, DMO, míšní léze, les autres a další (Rybová, 2012).

2.2.4 Podpora APA osob s tělesným postižením

Vládní instituce a soukromé objekty vzájemně spolupracují na rozvoji, propagaci a podpoře pohybové aktivity občanů evropských zemí. Systém umožňuje přidělování veřejných Rozvoj, propagaci a podporu pohybové aktivity občanů evropských zemí mají na starost vládní instituce a soukromé subjekty financí projektům podporujícím pohybovou aktivitu obyvatel daného státu (Andersen et al., 2008).

Do podpory pohybové aktivity se zapojilo mnoho veřejných orgánů s významnými rozpočty. Nicméně cíle lze dosáhnout teprve při součinnosti ministerstev a jednotlivých agentur, napříč odbornými profesemi, správními orgány na vládní, regionální a místní úrovni a především dobrovolnické činnosti. Zvýšení úrovně pohybové aktivity spadá do několika odvětví veřejného sektoru. Máme na mysli sport, zdraví, vzdělávání, dopravu, prostředí, územně správní plánování, veřejná bezpečnost apod. Finanční prostředky na sport jsou vynakládány z daní a zpravidla ze sportovní loterie. Je však důležité, aby se k daným prostředkům na podporu pohybové aktivity dostalo co nejvíce občanů evropských zemí. Vláda jako garant financování systému sportu a tělovýchovy dané země přerozděluje finanční prostředky sportovním organizacím, federacím a obcím. Ale mnoha členských zemí Evropské unie má sportovní organizace (svazy, federace, sdružení či kluby), které se soustředí především na organizování soutěží, tzn. na výkonový sport. Nejsou tolik zaměřeny na

podporu sportu pro všechny. K zlepšení této situace mohou přispět vedoucí organizace, trenéři a odborní pracovníci. Pohybová aktivita by se měla stát přirozenou součástí života každého z nás a nebyť limitovaná jen dobou strávenou ve sportovních nebo outdoorových centrech. Dalším výrazným aspektem je podpora zdravého životního stylu ze strany lékařů, zdravotních sester, fyzioterapeutů, pedagogů a dalších profesí, které nabízí poradenství při upevňování zdraví a aplikaci pohybové aktivity. Musí se ovšem přihlížet k věku, zaměstnání, aktuálnímu zdravotnímu stavu, dosavadní zkušenosti s pohybovou aktivitou, sociálnímu a finančnímu zázemí a k dalším faktorům. V listopadu 2006 za finského předsednictví se konalo zasedání ministrů pro tělesnou výchovu členských států EU, aby se vytvořily jednotné pokyny podporující vyšší pohybovou aktivitu na úrovni Evropské unie. Všeobecná doporučení vycházejí ze Světové zdravotnické organizace (WHO). V souladu s dokumenty WHO Evropská unie a její členské státy doporučují dětem a mladým lidem se aspoň 60 minut aktivně pohybovat střední intenzitou každý den, u starších osob se udává 30 ti minutová denní dávky pohybové aktivity se středním zatížením (Andersen et al., 2008).

Ve dvou podkapitolách si vymežíme úroveň pohybové aktivity osob s tělesným postižením v mezinárodním kontextu, a to v Litvě. V České republice se rovněž budeme zabývat hlavními aspekty pohybové aktivity osob se zdravotním postižením.

2.2.4.1 Mezinárodní úroveň

Pobaltské země, především Litva, se poměrně dynamicky vyvíjí. Její rozvoj spočívá v kvalitním vzdělávání, kvalifikované a přiměřeně levné pracovní síle, čímž láká zahraniční investory. Proto se v prvních letech tohoto desetiletí stala ekonomicky nejrychleji rostoucí zemí na světě. Litva dostala právem označení pobaltský „ekonomický tygr“ podle vzoru asijských ekonomických „tygrů“ (Fiala et al., 2011).

Vzdělávání v Litvě zastřešuje Ministerstvo vzdělávání a věd (Ministry of Education and Science). Ovšem každý z deseti okresů v Litvě má oddělení pro vzdělávání s určitými službami. Hlavní úlohou těchto oddělení je kontrola a koordinace organizace vzdělanosti ve školách a sdílení informací vzdělanosti mezi hlavní vládou Litvy a samosprávou. V roce 1991 byl přijat Zákon o vzdělanosti (The Law on Education). Popisuje základní strukturu vzdělávacího systému a základní aktivity a řízení ve vzdělávacích institucích základního a středního stupně, tedy kromě vyšších odborných škol a univerzit. V současné době je i speciální vzdělávání v Litvě nedílnou součástí vzdělávacího systému. Přesto je zdejší vzdělávání dětí se speciálními potřebami stále do značné míry produktem předchozího období, kdy nemohly studovat ve všeobecných školách (ADAPT-Europe, 2007).

V rámci celé Evropské Unie Litva s dalšími státy upřela svoji pozornost na celonárodní vzdělávání, tedy i na školní systém. Rozvoj vzdělání se týká hlavně pedagogů, a to učitelů a trenérů. Podle požadavků Ministerstva vzdělávání a věd by měla každá vyšší odborná škola nebo vyšší vzdělávací instituce nabídnout svým zaměstnancům dva až čtyři akreditované kurzy z oblasti speciální pedagogiky a psychologie. Ovšem to není dostatečný přístup. Proto

se vedení státu zabývá v širším kontextu otázkou koncepce národní přípravy učitelů na speciální vzdělávání, to se rozvíjí a je diskutováno ve všech vzdělávacích sférách. Především ve výuce tělesné výchovy je třeba speciálních dovedností pedagogů u žáků se zdravotním postižením. Na prvním stupni není výuka specifická. Stačí zde základní znalosti z oblasti tělesné výchovy, získané například na Siauliai University a Klaipeda University. Na Siauliai University příprava primárního vzdělávání učitelů nabízí základní znalosti z oblasti speciální pedagogiky a psychologie. Sekundární přípravu učitelů pro práci s dětmi se speciálními potřebami ve výuce tělesné výchovy umožňuje Lithuanian Academy of Physical Education (LAPE) a Vilnius Pedagogical University. Všichni učitelé tělesné výchovy se musí zúčastnit krátkého vzdělávajícího kurzu (dva kredity) na Adapted Physical Education (APE) v Lithuanian Academy of Physical Education (ADAPT-Europe, 2007).

Pro studenty nabízí Lithuanian Academy of Physical Education (LAPE) čtyřletý program – Specializace v aplikovaných pohybových aktivitách v rámci bakalářského studia. Ucelená struktura oboru obsahuje znalosti z oblasti aplikovaných pohybových aktivit (APA), speciální pedagogiky, sociologie (týká se jedinců se zdravotním postižením), aplikované znalosti o klasifikaci a diagnostice osob se zdravotním postižením neboli hodnocení postižení, nemoci či zranění, metody a organizace aplikované tělesné vzdělávání (APE) a aplikovaných sportů pro postižené, jenž mohou využít v praktickém trénování v oblasti APE, APA a ve sportech pro postižené jedince (ADAPT-Europe, 2007). V roce 1993 počet studentů na vysokých školách a institucích vyšších vzdělání činil 67,3 na 1000 obyvatel a 46,4 na odborných školách. Zmíněná čísla přesahovala úroveň vzdělanosti v sousedních pobaltských zemích. Míra gramotnosti v roce 1994 se přiblížila hranici sto procent, přesněji 99 % (Fiala et al., 2011).

Speciálním školám pomáhají vymezit práva osob se speciálními potřebami několik zásadních zákonů. Mezi ně řadíme Zákon o vzdělanosti z roku 1991, který má důležitý dopad na osud dětí s vážnými dysfunkcemi: mohou studovat v běžných vzdělávacích institucích. Zákon o sociální integraci postižených (1991) zdůrazňuje jejich práva: mohou pracovat, studovat i trénovat bez ohledu na důvod, příčinu a stupeň jejich postižení. Zároveň Litevská ústava (1992) prohlašuje, že každé dítě se musí zúčastnit povinné školní docházky až do svých 16 - ti let. Litva má několik typů speciálních škol: pro žáky s mentálním postižením, žáky s tělesným postižením, žáky s poruchou řeči, žáky se sluchovým postižením a nevidomé nebo slabozraké žáky. Dle statistických dat získaných od Ministerstva vzdělávání a věd v začátku školního roku 2000/2001 nejméně 85% žáků se speciálními potřebami navštěvovalo všeobecné školy (60% řečové a komunikační potíže, 19% specifické poznávací problémy, 8% mentální postižení, 5% vizuální potíže, 2% tělesné postižení a 1% poruchy sluchu). Z předchozí statistiky vyplývá, že 75% studentů s mírnou vadou se začleňuje do hlavního vzdělávajícího procesu. Zároveň nepotřebují drahé prostředky, pomůcky ani asistenty. Výuky předmětu tělesná výchova se povinně účastní 79,4% studentů se speciálními potřebami, z toho 10,9% ve speciálních třídách, pro 1,4% stanovuje principy pohybové aktivity fyzioterapeut a 8,3% jsou omluveni z tělesné výchovy. Děti s mírnou vadou či postižením mají oddělenou speciální výuku tělesné výchovy (ADAPT-Europe, 2007).

Bohužel, je potlačen rozvoj tělesné výchovy pro postiženou mládež v běžných školách. Učitelé tělesné výchovy jsou seznámeni s tím, že mohou mít na hodinách jedno nebo dvě děti

s postižením. Nejsou však dostatečně vzdělání nebo nemají tolik zkušenosti, ale často ani odpovídající podmínky a možnosti, aby vyřešili situaci jinak než tím, že postižené žáky z hodin tělesné výchovy uvolní. Ačkoliv se v posledních letech přístup zlepšuje, je třeba jej nadále řešit. Po ukončení středního vzdělání není pro studenty s postižením dostatečné opatření na univerzitách (Grüner, 1996).

Další výrazný krok spočíval ve změně financování škol všeobecného vzdělávání. Byl zaveden příspěvek na žáka, tedy přešlo se ze skupinového financování na individuální formu. Stát podporuje a financuje studia více než 11 000 studentů prvních ročníků univerzit a 10 000 studentů prvních ročníků vysokých škol. Hlavní strategie školství Litvy je vzdělání každého dítěte, porozumění světu, vývoj studenta v nezávislého, aktivního a zodpovědného občana (Fiala et al., 2011).

Vědecké studie zahraničních autorů (například Borbso et al., 2009 a Barker et al., 2009) ukazují, že subjektivní faktory hodnotící kvalitu života osob s postižením jsou mnohem důležitější než objektivní faktory. Psychologické aspekty, jako je deprese, a účast na sociálním životě se uvádějí jako rozhodující faktory osob s postižením pro jejich kvalitní život. Výzkum organizovaný v Litvě od října 2011 do února 2012 ukázal, že osoby s postižením potřebují kolem sebe „kvalitní sociální síť“. Přesto účastníci výzkumu měli omezenou sociální síť. Zmínili se o každodenní stresové zkušenosti a strachu z osamělosti. Dále poukazují na svoje postižení, které může znemožnit založení rodiny a nalezení kvalitní práce. V neposlední řadě se zmiňují o současném vnímání životních hodnot společnosti, která upřednostňuje materiální věci. Naopak osoby s postižením si více váží morálních hodnot. Z výsledku výzkumu bylo prokázáno, že aktivní osoby s postižením se dívají pozitivněji na kvalitu jejich života než ti, kteří neúčastní společenského života a nejsou členi sportovního klubu nebo sdružení (Kreiviniene & Vaičiuliene, 2012).

Evropská charta sportu pro všechny: zdravotně postižené osoby (Grüner, 1996) přikládá významnou roli pohybovým aktivitám. Vymezuje čtyři důvody podpory sportu. Prvním důvodem a nýbrž zásadním je heslo: „Každý jedinec má právo účastnit se sportu“. Druhým se stává vnitřní hodnota sportu. Přináší jim novou kvalitu života a zlepšuje jejich psychický stav. Třetím přesvědčujícím aspektem se stávají motivace a odhodlání, které vedou sportovce až k vrcholové úrovni. Osoby s postižením i bez něj provádí pohybové aktivity pro radost, získávají nové zážitky, seznamují se s novými lidmi a prožívají určitou výzvu a prvek dobrodružství. Čtvrtý se projevuje v sociálním a psychologickým aspektu. V této souvislosti vlády evropských zemí mají úkol podporovat nesoutěžní úroveň sportu, větší zapojení do sportu osob s těžkým postižením a zlepšení komunikace a vztahů mezi sportovními organizacemi. Účast postižených osob na pohybových aktivitách ve velké míře závisí na zajištění místních zařízení a jejich využitelnosti, to mají na starost místní úřady a veřejné správy. Co se týče sportovních klubů (dobrovolných sektorů), zastávají se pravidla „demokratické volby“. Na úrovni národní poskytují možnost osobám s postižením si vybrat vlastního zástupce z řad postižených nebo nepostižených jedinců při prosazování svých zájmů. Národní sportovní organizace (federace, národní olympijské výbory, národní paralympijské výbory apod.) zajišťují různé prostředky na přiměřené finanční, materiální pokrytí a uspokojení zájmů zdravotně postižených sportovců, mezi ně patří: členství postižené

osoby, ať jako osoby soukromé nebo zástupce postižených ve výkonných orgánech a účast sportovních organizací pro postižené v diskuzích o sportovní politice. Sport a pohybová aktivita zasahuje do oblasti politiky evropských zemí, do zdravotní péče při rehabilitaci a terapii, do školství (tělesná výchova v běžných a speciálních školách, zařízeních pro těžce postižené), v dobrovolných organizacích pro volný čas (sportovní organizace pro postižené), do řídicích složek sportu a tréninku jako celku. Aby byla poskytnuta kvalitní podpora a pomoc zdravotně postiženým lidem, je třeba profesionálních odborníků: lékařů, fyzioterapeutů, učitelů tělesné výchovy, základních škol a speciálních škol, dále řídicích pracovníků a organizátorů sportovního hnutí.

Ve srovnání s ostatními členskými státy se Litva vyznačuje poměrně nízkým deficitem státních financí. Na konci roku 2011 došlo snížení až na 33,2 %. I litevská vláda si poradila s vysokou inflací, která v roce 2008 byla 11%. V roce 2010 se snížila na neuvěřitelných 1,3%. K dobré ekonomické situaci v Litvě především přispěly evropské dotace, ty tvoří téměř jednu čtvrtinu státního rozpočtu. Ovšem v následujících letech dojde k jejich snížení a litevská vláda bude muset zařídit dostatečná opatření, a to snížení majoritních nákladů – například na sociální politiku nebo zvýšit daně (Fiala et al., 2011).

2.2.4.2 Národní úroveň

Úmluva OSN O právech osob se zdravotním postižením byla přijata v roce 2006. Dokument popisuje práva na život v komunitě a závazku státu vyplývající z Úmluvy o právech osob se zdravotním postižením (Utrecht, 2011).

Z Úmluvy OSN o právech osob se zdravotním postižením a transformace sociální péče v České republice jsme vytyčili některá následující doporučení (Utrecht, 2011, 70):

- Česká republika je povinna respektovat, chránit, plnit a podporovat právo lidí se zdravotním postižením na život v komunitě (jinými slovy začleňovat a neizolovat).
- Závazek respektovat právo na život v komunitě, že stát nesmí institucionalizovat lidi se zdravotním postižením. Tento závazek na národní a regionální úrovni znamená, že stát se samosprávním celky musí opustit od systematické politiky ústavní péče o lidi s postižením, resp. nesmí takovou politiku zavést.
- Stát je povinen zajistit, aby lidé se zdravotním postižením byli schopni vykonávat práva a svobody garantovaný CRPD (Úmluva OSN o právech osob se zdravotním postižením), kupříkladu podporováním tolerance vůči lidem s postižením, zvyšování povědomí a budování nové přiměřené infrastruktury a tolik potřebnými přiměřenými úpravami infrastruktury existující.
- Stát je povinen nediskriminovat lidi se zdravotním postižením. Za diskriminaci lze považovat nedůvodnou ústavní péči. Pro odstranění diskriminace je potřebné

přijmout legislativní úpravu (srov. níže) a důsledně aplikovat a rozšířit stávající sociální „politikutrasnformace“ ústavní péče.

- Je vhodné legislativně upravit v zákoně č. 108/2006 Sb., o sociálních službách právo uživatelů na poskytování péče v komunitě. Utrecht (2011) navrhuje novelizovat ustanovení § 38 a doplnit následující větu: „Každý má právo na poskytování služeb sociální péče v nejméně omezujícím prostředí“.

V roce 2014 byla v senátu navržena novela zákona o dávkách pro osoby s tělesným postižením. Tato novela by měla některé změny sociální politiky předchozích vlád vrátit zpět. Zásadním krokem se stává změna přiznávání průkazů osob se zdravotním postižením a změna v příspěvku na mobilitu. Všeobecně se novela průkazů oborové zdravotní pojišťovny (OZP) vztahuje na jednotlivé kategorie zdravotního postižení – TP, ZTP a ZTP/P. Držitel průkazu TP má středně těžké funkční postižení pohyblivosti, orientace nebo porucha autistického spektra. Ovšem v ohraničených prostorech nemá výrazné problémy s orientací a pohybem. Osoba se zdravotním průkazem ZTP se obtížněji pohybuje v exteriéru, ovšem v interiéru je schopna se orientovat bez větších potíží. Občan vlastníci průkaz ZTP/P má zvlášť těžké nebo úplné funkční postižení pohyblivosti nebo orientaci. Špatně zvládá pohyb a orientaci ve vnitřním a vnějších prostorách (Marková, 2013).

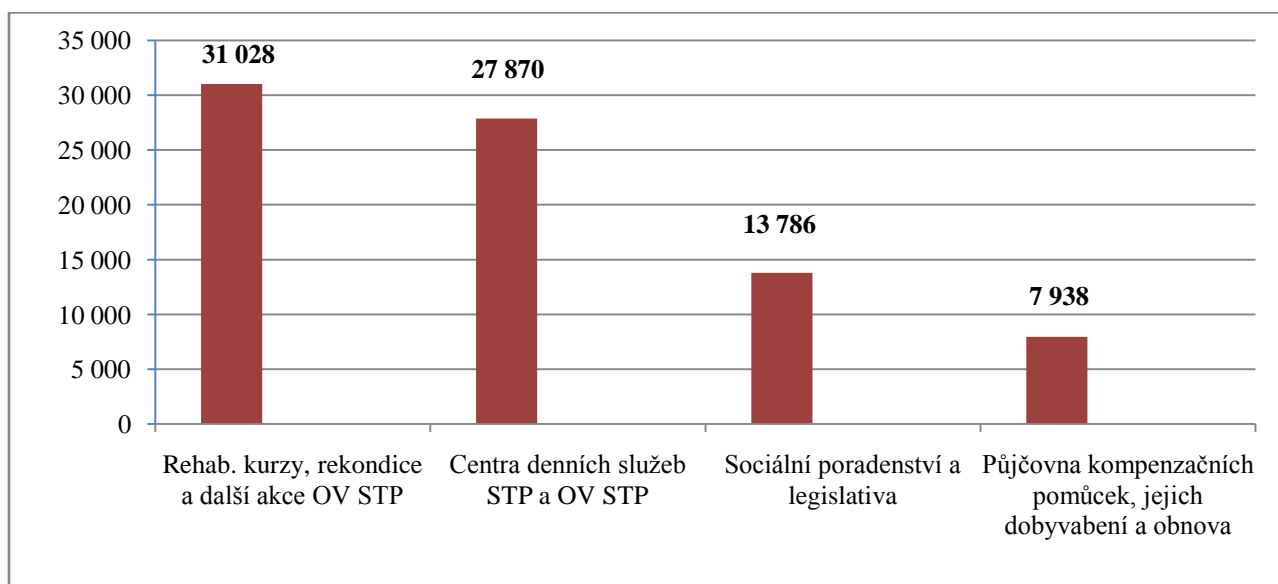
Nárok na příspěvek na mobilitu by již neměl být vázán na nezvládnutí základní životní potřeby mobility nebo orientace, které nyní posuzují také pro nárok na příspěvek na péči, ale měl by se nově vázat na vlastnictví průkazu ZTP či ZTP/P, který bude přiznán dle kritérií od 1. 1. 2014 (Marková, 2013, 5). Dále autorka dodává, že by mohl být příspěvek vyplácen zpětně čtvrtletně. To znamená, že se jednou za tři měsíce vyplatí celková částka 1200 Kč.

Rovněž Ministerstvo zdravotnictví stanovilo ve vyhlášce 391/2013 o zdravotní způsobilosti k tělesné výchově a sportu ze dne 25. listopadu 2013 změny při lékařských prohlídkách. Změny se týkají posuzování zdravotní způsobilosti ke sportu, vzdělávání ve školách a uvolnění z výuky předmětu tělesné výchovy. Paragraf 2 této vyhlášky posuzuje zdravotní způsobilost z hlediska náročnosti výkonnostního sportu, vrcholového sportu, organizovaného či neorganizovaného sportu a uvolnění žáka z předmětu tělesná výchova. Proto jsou nutné lékařské prohlídky či vyšetření k posouzení zdravotního stavu daného jedince (MZČR, 2013).

Ministerstvo školství, mládeže a tělovýchovy vynakládá na národní i mezinárodní soutěže značné množství financí. S ohledem na zavazující vládní dokumenty má Ministerstvo školství, mládeže a tělovýchovy povinnost připravit pro zdravotně postižené osoby různá mistrovství, paralympiád, abilympiády a jiné akce, které se u nás pořádaly v roce 2000 na světové úrovni (Tilinger, Rychtecký & Perič, 2001).

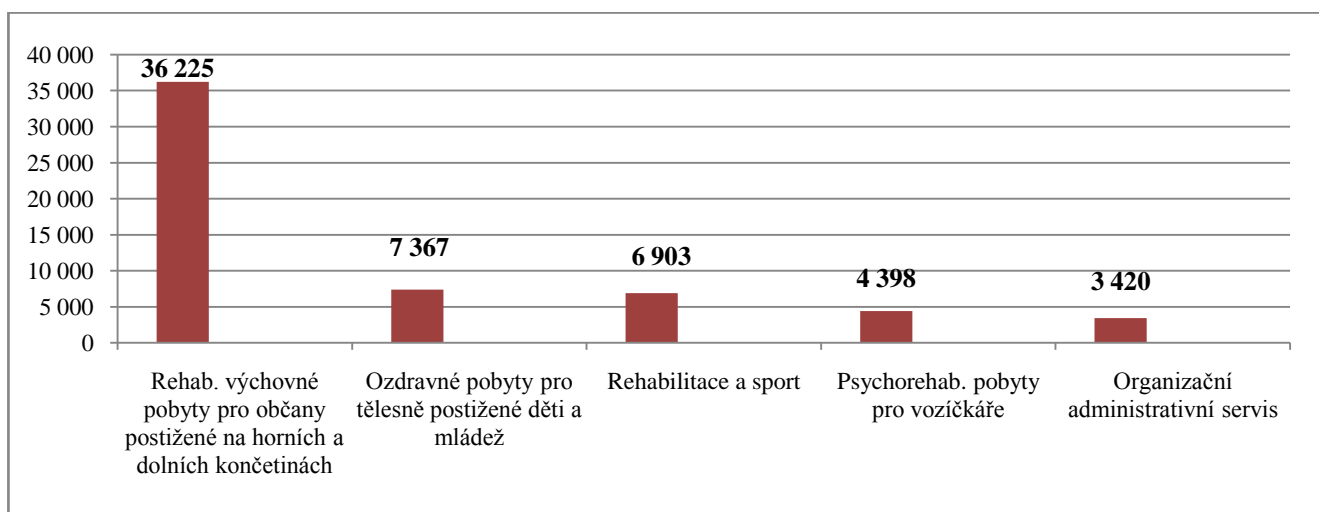
Následující grafy znázorňují hlavní finanční zdroje ze státního rozpočtu prostřednictvím Ministerstva práce a sociálních věcí a Ministerstva zdravotnictví v letech 1998 – 2009. Zdroje tvoří zlomek ze státního rozpočtu, dále jsou podporovány z úřadů veřejné správy na krajské,

městské a obecné úrovni, od jednotlivých sponzorů, nadací, členskými příspěvky, atd. (SVAZTP, n.d.).



(dotace jsou uvedeny v tisíci korunách)

Obrázek 2. Čerpání dotací z Ministerstva práce a sociálních věcí v letech 1998 – 2009 (upraveno dle publikace 1990 – 2010, 20 let organizace Svazu tělesně postižených v České, SVAZTP, n.d., 15)



(dotace jsou uvedeny v tisíci korunách)

Obrázek 3. Čerpání dotací z Ministerstva zdravotnictví v letech 1998 – 2009 (upraveno dle publikace 1990 – 2010, 20 let organizace Svazu tělesně postižených v České, SVAZTP, n.d., 15)

Další komplikace financování se objevuje v neziskových organizacích působících v oblasti sportu, občanských sdružení, sportovců podnikajících jako fyzická osoba v „amatérismu“ a

v řešení účetních, právních, daňových a finančních problémů. Organizátoři sportovních projektů, manažeři sportovních klubů a sdružení často nemají dostatečné vzdělání v oblasti práva a ekonomiky. Ke všemu nemají ani čas a dostatek financí na konzultace s odborníkem, vede to tedy k chybnému vyúčtování projektů a zdanění získaných prostředků (Válková, Hanelová, et al., 1999).

Rovněž i Český paralympijský výbor (ČPV) je nucen se přizpůsobit požadavkům Mezinárodního paralympijského výboru (IPC) a Mezinárodního výboru pro neslyšící sportovce (CISS). ČPV společně se sdruženými svazy přijímá strategická rozhodnutí o ročních rozpočtech, dělení finančních prostředků, zabezpečení multisvazových akcí a účasti na paralympiádách a deaflympiádách. ČPV celkově hradí náklady na české účasti na paralympiádách a deaflympiádách, zároveň přispívá významným podílem k rozvoji českých sportovců (Tilinger, Rychtecký & Perič, 2001).

Svaz tělesně postižených v České republice (SVAZTP, n.d.) poskytuje významnou pomoc osobám se zdravotním postižením (i dočasným) a seniorům, jenž byl založen v roce 1990. Prvořadým úkolem pro STP se stává poskytování sociálních a zdravotních služeb včetně péče o občany s tělesným postižením na úrovni státní i místních organizačních složek. Dále organizace realizovala následující služby a projekty: pečovatelská služba pro těžce postižené (1998-2004), psychorehabilitační pobyty rodičů s tělesně postiženými dětmi (1998), rehabilitačně výchovné pobyty pro občany amputované na dolních končetinách (1998-1999), salon zdravotně postižených výtvarníků (1999-2003) a moravská výstava výtvarných prací (2001).

V současné době Svaz tělesně postižených v České republice navazuje na předchozí programy a ve spolupráci s organizačními složkami sociálními, zdravotními, vzdělávacími a jinými se podílí na stěžejných službách: sociální poradenství (pomoc při začleňování do společnosti, řešení nepříznivých životních situací), půjčovny kompenzačních pomůcek (invalidní vozík, polohovací postel, schodolez – projekt z roku 2009/2010 spolufinancovaný Evropskou unií vytvořil síť půjčoven kompenzačních pomůcek pro 8 krajů České republiky a rozšířil 14 stávajících půjčoven, celkové náklady činily 9 754 000 Kč), rehabilitace a sport (sportovní rehabilitace a zlepšení/udržení zdravotního stavu – plavání, cvičení), ozdravné pobyty pro tělesně postižené děti a mládež (letní tábory v bezbariérovém prostředí – aktivity pro rozvoj osobnosti, rehabilitace, procvičování samoobsluhy, poznání sama sebe, společné výlety, soutěže, přednášky i společenské zábavy), společenské akce (výlety, zájezdy, rekreační pobyty, návštěvy divadel, koncerty, plesy, sportovní hry, apod.). Kromě těchto služeb nabízí rovněž podporu a ochranu práv a zájmů osob se zdravotním postižením. V této oblasti se zaměřuje na účast na veletrzích, výstavách a konferencích, spolupráci se zahraničními a mezinárodními organizacemi, připomínání legislativních změn, opatření a především zapojení se do projektů zaměřených na životní aspekty osob se zdravotním postižením, například sport (SVAZTP, n.d).

3 CÍL PRÁCE

Hlavním cílem práce je analyzovat vybrané determinanty ovlivňující přístup osob s tělesným postižením k pohybovým aktivitám v České republice a v Litvě.

3.1 Úkoly práce

Na základě vytyčeného cíle jsme si stanovili následující úkoly:

1. Příprava

- Volba výzkumného tématu (pohybová aktivita osob s tělesným postižením v Litvě a ČR);
- základní metodologie (kvantitativní metoda);
- určení oblasti tématu (pohybová aktivita osob s tělesným postižením);
- vymezení problému výzkumu (podmínky pohybové aktivity osob s tělesným postižením);
- vymezení účelu výzkumu (informovat o podmínkách pohybové aktivity osob s tělesným postižením ve sportovních a outdoorových centrech);
- internet a jeho informační zdroje (MEDLINE, EBSCO, apod.);
- odborná literatura v tištěné a elektronické podobě (knižní publikace, časopisy, sborníky, odborné slovníky, apod.);
- konzultace s odborníky dané oblasti (profesoři z Lithuanian Sports University v Kaunasu a z Univerzity Palackého v Olomouci);
- osobní zkušenost a pozorování tréninkových jednotek (basketbal vozičkářů, plavání a sjezdové lyžování osob s tělesným postižením).

2. Vytvoření výzkumného souboru

- Oslovení záměrně vybraných respondentů;
- vyjednání společných schůzek pro sběr dat.

3. Vytvoření monitorovacího nástroje

- Ankety vlastní konstrukce.

4. Sběr dat

- Rozeslání přes emailové adresy nebo osobní předání ankety osobám s tělesným postižením.

5. Vyhodnocení anketního šetření

- Vyhodnocení textovou formou;
- využití grafických způsobů zpracování dat (grafy, tabulky, apod.).

6. Komparace dosažených dat

- Srovnání dosažených výsledků úrovně a podmínek pohybové aktivity pro osoby s tělesným postižením v Litvě a České republice.

3.2 Výzkumné otázky

V této kapitole se zabýváme výzkumnými otázkami:

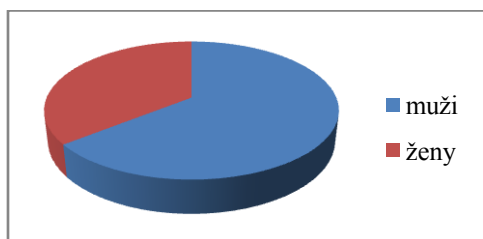
1. Jaké jsou preferované pohybové aktivity u vybraných osob s tělesným postižením v České republice a v Litvě?
2. Jaké jsou personální, prostorové a materiální podmínky k pohybovým aktivitám u vybraných osob s tělesným postižením v České republice a v Litvě?
3. Jaké jsou důvody a motivace vybraných osob s tělesným postižením k pohybovým aktivitám v České republice a v Litvě?
4. Jaká je účast a zkušenost vybraných osob s tělesným postižením na realizovaných pohybových aktivitách sportovního a outdoorového charakteru v České republice a v Litvě?
5. Existují rozdíly v přístupu, podmínkách, motivaci, podpoře a struktuře realizovaných pohybových aktivit v komparaci Litva a Česká republika?

4 METODIKA

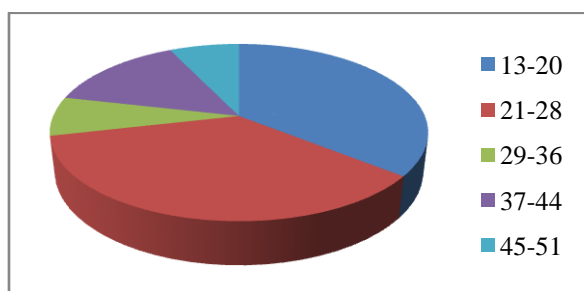
Do výzkumného šetření se zapojili sportovní kluby z Litvy a z České republiky. Lithuanian Sports University se podílela na výzkumu klubu basketbalu vozíčkářů z Kaunasu a litevský tým, který se zúčastnil Mezinárodních her hendikepované mládeže v Brně. V České republice to byly dva sportovní kluby z Prahy, Sportability o. s., Sportovní svaz vozíčkářů Praha a nadační fond Emil.

4.1 Charakteristika výzkumného souboru

Na sběru dat z Litvy se podílelo 14 respondentů, z toho 9 mužů a 5 žen. Průměrný věk činil 26 let. Nejmladšímu respondentovi ankety bylo 13 let a nejstaršímu 51 let. Výběr byl záměrný.



Obrázek 4. Pohlaví respondentů z Litvy



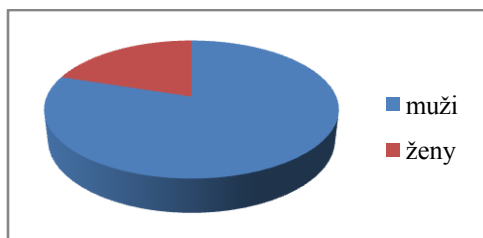
Obrázek 5. Věk účastníků ankety z Litvy

Druh tělesného postižení účastníků výzkumu z Litvy:

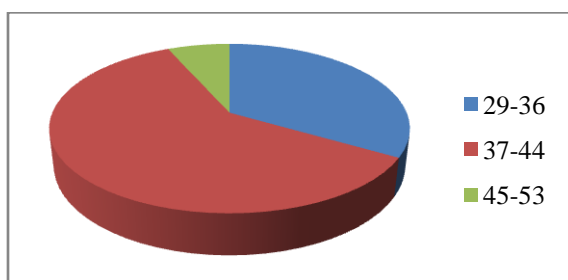
- Osm respondentů poúrazovou paraplegií (nejčastěji v oblasti páteře Th4 - Th5 a Th12 – L1);
- dva respondenti diparéza horních končetin;
- dva respondenti amputace dolních končetin;
- dva respondenti neuvedli druh tělesného postižení.

Doba po úrazu vyjádřena v letech je průměrně kolem 15 ti let. Nejkratší dobu definují 1 rok a nejdelší 40 let.

V České republice se zúčastnilo výzkumu 15 respondentů. Z celkového počtu to je 12 mužů a 3 ženy. Průměrný věk se pohybuje kolem 39 ti let (nejmladší 34 let, nejstarší 53 let). Výběr byl záměrný.



Obrázek 6. Pohlaví respondentů z České republiky



Obrázek 7. Věk účastníku z České republiky

Druh tělesného postižení účastníků výzkumu z České republiky:

- 13 respondentů poúrazová paraplegie (nejčastěji v oblasti páteře C7, Th4, Th5 a Th12);
- dva respondenti poúrazová kvadruplegie.

Průměrná doba po úraze respondentů z České republiky je 13 let. Nejkratší doba od úrazu respondenta byl 1 rok a nejdelší pak 35 let.

4.2 Postup práce

V první řadě jsme si vybrali téma pro zadání bakalářské práce. Důležitou roli ve výběru hrála vlastní zkušenost z oblasti pohybové aktivity osob s tělesným postižením, možnost na zahraniční univerzitě se dozvědět více informací o oblasti aplikovaných pohybových aktivit.

V dubnu 2013 na studijním pobytu na Lithuanian Sports University v Litvě jsme vypracovali anketu v českém a anglickém znění. Dále jsme zjistili kontakty na osoby s tělesným postižením přes sportovní kluby a nadační fond.

V Litvě na začátku zimního semestru 2013 jsme rozdali vzorky přímo respondentům na tréninku basketbalu vozíčkářů. U osobního předání ankety jsme měli 100% vyplněných vzorků neboli devět anket v tištěné podobě. Trenér basketbalového týmu, profesor Lithuanian Sports University v Kaunasu, nám pomáhal s překladem výzkumných otázek z anglického jazyka do litevského jazyka. Na mezinárodních hrách hendikepované mládeže organizované nadačním fondem Emil v červnu 2013 v Brně, jsme oslovili litevský tým z Kaunasu k vyplnění ankety. Získali jsme pět vzorků. V průběhu vyplnění anket výzkumník vysvětloval podrobněji výzkumné otázky respondentům v anglickém jazyce. V srpnu 2013 jsme poslali přes email 83 anket respondentům z České republiky. Během měsíce byla návratnost anket v elektronické podobě pouze kolem 18%, tedy 15 vzorků

4.3 Strategie práce

Strategie využití v rámci práce jsou komparativní a heuristická. V prvním případě se zaměříme na shody či rozdíly přístupu, podmínek, motivací, důvodů, podpory a struktury pohybové aktivity osob s tělesným postižením v Litvě a České republice. V druhém případě vysvětlíme podrobněji dosud méně probrané podmínky pohybové aktivity osob s tělesným postižením z Litvy a z České republiky, především přístup personálu, vybavenost a dostupnost zařízení pro osoby s tělesným postižením ve sportovních a outdoorových centrech.

4.4 Využití metody

Při sběru dat jsme využili metody dotazovací. Z hlediska techniky pak anketu vlastní konstrukce (viz příloha I. a II.). Dotazování mezi nejčastěji používané postupy pedagogického výzkumu. Při zpracování dat jsme použili kvantitativní přístup.

Anketa vlastní konstrukce obsahuje celkem 16 otázek, konkrétně devět uzavřených otázek, šest polouzavřených otázek a jednu polytomickou škálovou otázku. Výzkumné položky jsou zaměřeny na podmínky, motivaci, důvody a podporu pohybových aktivit pro osoby s tělesným postižením. Dále ověřují podmínky, vybavenost, bezbariérovost prostředí a

odbornou připravenost personálu pomoci při pohybové aktivitě ve sportovních a outdoorových centrech.

Dle stanoveného cíle rozlišujeme anketu na obsahové (úvod – nutné údaje ke správnému vyplnění a pochopení otázek) a funkcionální složky (správný průběh dotazníkového šetření):

Obsahové

- *Přímé položky* (ptáme se na konkrétní věc – pohybová aktivita osob s tělesným postižením);
- *položky zajišťující fakta* (pohlaví, věk, preferovaná pohybová aktivita, druh tělesného postižení a doba po úraze);
- *položky zajišťující názory a mínění* (nepřímé otázky).

Funkcionální

- *Kontaktní položky* (úvod - připravit respondenta na dotazování);
- *filtrační položky* (rozdělení respondentů na základě druhu preferovaných pohybových aktivit, druhu tělesného postižení apod.);
- *kontrolní položky* (kontrola pravdivosti položek – ptát se jinak na stejnou otázku).

Na dotazování se odpovědi v anketě jsme využili uzavřené a polytomické otázky.

- *Uzavřené otázky* – respondent měl předem stanovený počet připravených otázek;
- *polytomické výčtové otázky* – respondent si mohl vybrat z více možností odpovědí;
- *polouzavřené otázky* – bylo uvedeno v odpovědích: „jiný důvod (napiš)“;
- *polytomické škálové otázky* - respondent označil odpověď na předložené ose („Ohodnoť jako ve škole: 1 – 2 – 3 – 4 – 5“), která vyjadřují míru souhlasu či nesouhlasu.

4.5 Technika zpracovaných dat

V rámci analýzy dat jsme využili statistické, matematické a logické techniky zpracování dat. Z hlediska statistických jsme zjišťovali základní deskriptivní údaje. Basální matematické operace při sčítání respondentů a dalších dat. Logicky jsme poté vyhodnotili data s využitím běžně dostupných programů Microsoft Office, diskutovali nad nimi a vyvodili závěry. Pro sdělení jsme využili klasické textové formy, grafu a tabulek.

5 VÝSLEDKY A DISKUSE PRÁCE

V následující kapitole jsme se zaměřili na podrobnější zpracování ankety zjišťující podmínky pohybové aktivity osob s tělesným postižením v Litvě a v České republice.

V první řadě jsme si vytyčili preferované pohybové aktivity, jež byly uvedeny vybranými respondenty. U ankety vlastní konstrukce jsme zpracovali podrobně výsledky a diskuse výzkumných otázek grafy a textovou formou. Výzkumné grafy znázorňují počet zodpovězených variant a rozdíly mezi odpověďmi respondentů z Litvy a České republiky.

Anketu aplikovala sama autorka. Respondenti z České republiky a Litvy si vybírali z více možností odpovědí na anketu vlastní konstrukce. Na první, pátou, šestou, sedmou, osmou a devátou výzkumnou položku mohli odpovědět v poslední možnosti dle svého mínění. Respondenti často poukazovali na klady či záporny dané problematiky. Tyto poznatky byly zahrnuty ve vyhodnocení ankety.

5.1 Výsledky a diskuse ankety vlastní konstrukce

V úvodu ankety vlastní konstrukce jsme zjistili preferované pohybové aktivity vybraných respondentů.

Tabulka 5. Preferované pohybové aktivity účastníků výzkumu z Litvy

Pohlaví/Počet	Basketbal vozíčkářů	Plavání	Lukostřelba
Muži	4	3	2
Ženy	3	2	1

Výsledky: Nejvíce preferovanou pohybovou aktivitou uvedli respondenti z Litvy basketbal vozíčkářů. Ovšem i velká část sportovců se věnuje plavání. Dva hráči basketbalu vozíčkářů zahrnují do tréninku basketbalu i plavání. Lukostřelba v Litvě nezaznamenala takovou popularitu jako basketbal vozíčkářů.

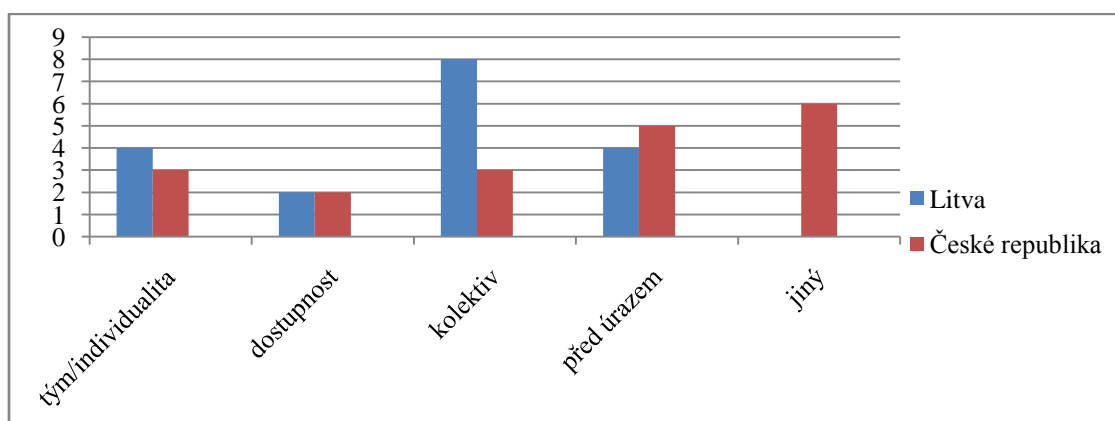
Tabulka 6. Preferované pohybové aktivity účastníků výzkumu z České republiky

Pohlaví/Počet	Cyklistika	Sjezdové lyžování (cyklistika a plavání)	Basketbal	Lukostřelba
Muži	5	5	1	1
Ženy	3	0	0	0

Výsledky: Vybraní respondenti z České republiky se nejvíce věnují cyklistice pro osoby s tělesným postižením (handbike). Pět sportovců „holduje“ sjezdovému lyžování pro osoby s tělesným postižením (monoski). Často trénink doplňují cyklistikou a plaváním. Dva respondenti provozují basketbal nebo lukostřelbu.

Diskuse: Výzkumné šetření diplomové práce z Brna (Machálková, 2012) ukázalo: plavání patří k prvním pohybovým aktivitám provozovaných po úraze. Tělesně postižení začínají s plaváním na základě kontaktu nějakého sportovního sdružení (například Kontakt bB) nebo pobytu v lázních. Jak můžeme sledovat z výsledků: většina respondentů z Litvy a z České republiky prokládala trénink preferované pohybové aktivity právě plaváním.

1. otázka: Proč sis vybral/a tuto pohybovou aktivitu?



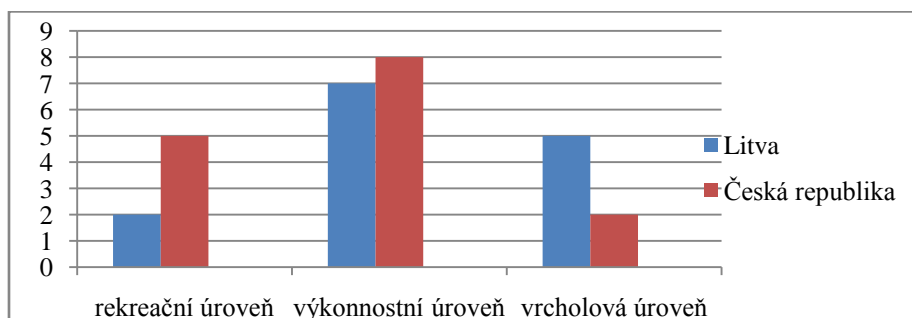
Obrázek 8. Důvody pro výběr pohybové aktivity (Litva a Česká republika)

Výsledky: Osm respondentů z Litvy si vybralo pohybovou aktivitu především kvůli přátelskému kolektivu. V České republice kolektiv nehraje takovou významnou roli ve výběru pohybové aktivity tak jako v Litvě. Někteří sportovci se věnovali preferované pohybové aktivitě před úrazem, tedy 29 % z Litvy a 33% z České republiky. Ovšem výběr týmového

nebo individuálního sportu má o trochu větší ohlas v Litvě než České republice. Dostupnost pohybové aktivity v blízkosti domova nemá stěžejní význam jak Litvě, tak v České republice. Procentuálně to činí 14% z celkového počtu respondentů. Šest respondentů z České republiky uvedlo nejčastější důvody: „možnost si zazávodit“; „pohyb v přírodě“; „zapomenout na problémy“; „baví mě to“; „handbike se nejvíce podobá běhu (běhala jsem dlouhé tratě)“ a „fyzická kondice“. Vlastní názory v Litvě respondenti neposkytli.

Diskuse: Čapková (2007) potvrdila důležitost kolektivu v pohybových aktivitách. Uvedla, že zájmová činnost ovlivňuje aktivní život jedince a úspěšnost v sociální integraci. Dostupnost pohybových aktivit sportovního a outdoorového charakteru v Litvě a České republice je se stále v počátečním vývoji. Uvedené tvrzení vyplývá i z následující studie Klimešové (2011): čtyři respondenti se setkali s adrenalinovými sporty v cizině, ale nevěděli o jejich dostupnosti v České republice.

2. otázka: Pohybové aktivitě se věnuji...

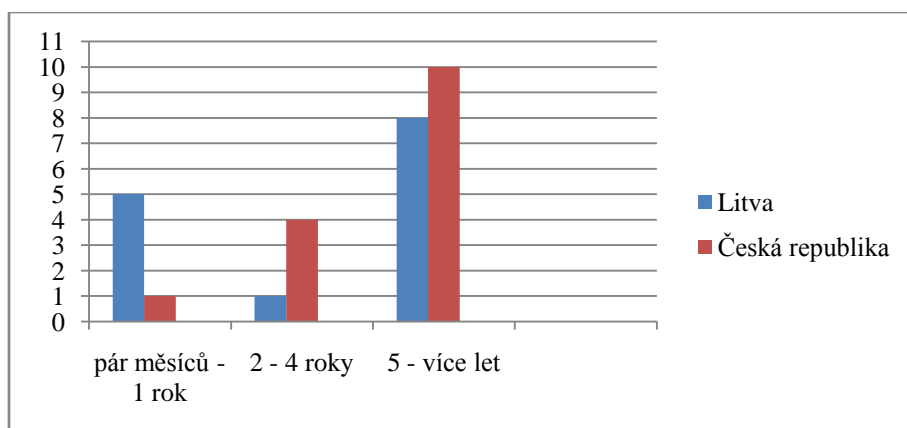


Obrázek 9. Úroveň pohybové aktivity (Litva a Česká republika)

Výsledky: Osm respondentů z České republiky (53 % z celkového počtu) se věnuje pohybové aktivitě na výkonnostní úrovni. Podobně i v Litvě se výkonnostně zabývá pohybovou aktivitou sedm vybraných respondentů (50 % z celkového počtu). Litevští respondenti uvádějí, že více provozují pohybovou aktivitu na vrcholové úrovni než na rekreační. Ovšem v České republice je tomu naopak, úroveň rekreační převládá nad profesionální úrovní.

Diskuse: Dle dotazníkového šetření z roku 2003, které se konalo v Českých Budějovicích, se zvyšuje popularita u vrcholového sportu. Výkonnostní úroveň sportu není tolik oceněna. Rekreační sport zůstává zásadně v pozadí pozornosti. Autorka výzkumu uvádí, že 44% respondentů provozuje rekreačně pohybovou aktivitu (Čapková, 2007). Zjištěná rekreační úroveň v Litvě a v České republice se prezentuje s nižšími průměrnými hodnotami než předchozí studie převážně proto, že jsme oslovili spíše výkonnostní sportovce s tělesným postižením.

3. otázka: Jak dlouho děláš tuto pohybovou aktivitu?

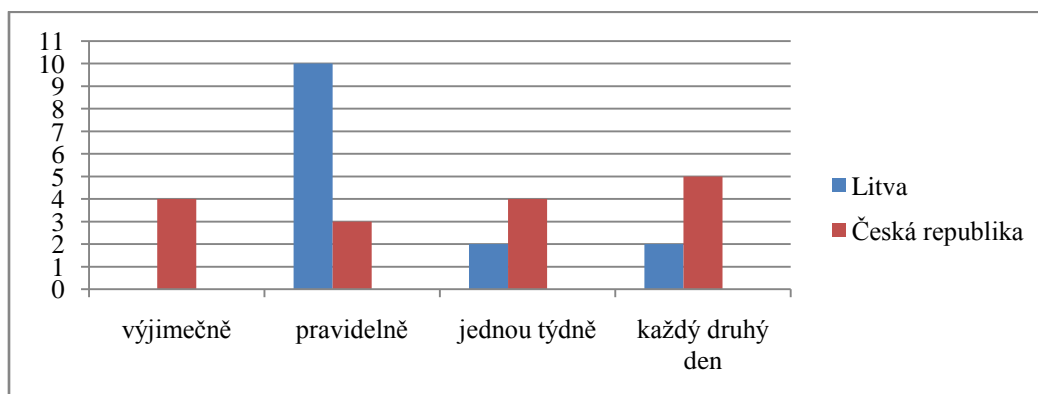


Obrázek 10. Doba vykonávání pohybové aktivity (Litva a Česká republika)

Výsledky: Osm respondentů z Litvy se zabývá pohybovou aktivitou pět až více let, dva respondenti z těchto osmi respondentů poskytli bližší informace: „20 let“ a „12 let“. V České republice se doba vykonávání pohybové aktivity pohybuje rovněž v rozmezí pěti až více lety, konkrétně deset respondentů zmínilo uvedenou hodnotu. V Litvě 36 % z celkové počtu vybraných sportovců provozuje pohybovou aktivitu pár měsíců až jeden rok a 7% provozuje pohybovou aktivitu dva až čtyři roky. V České republice je situace opačná, 27 % dva a čtyři roky a 6 % pár měsíců až jeden rok.

Diskuse: U této výzkumné otázky nejsme schopni vyvodit jednoznačné závěry. U každého jedince bude doba vykonávání pohybové aktivity odlišná. Závisí na mnoha determinantech: jestli provozovali pohybovou aktivitu před úrazem nebo po úrazu, jakým způsobem se s ní seznámili apod. Například Skovajsová (2011) zjistila, že doba navrácení se do pohybové aktivity po úraze je průměrně kolem 1 roku a 8 měsíců.

4. otázka: Jak často se věnuješ pohybové aktivitě?

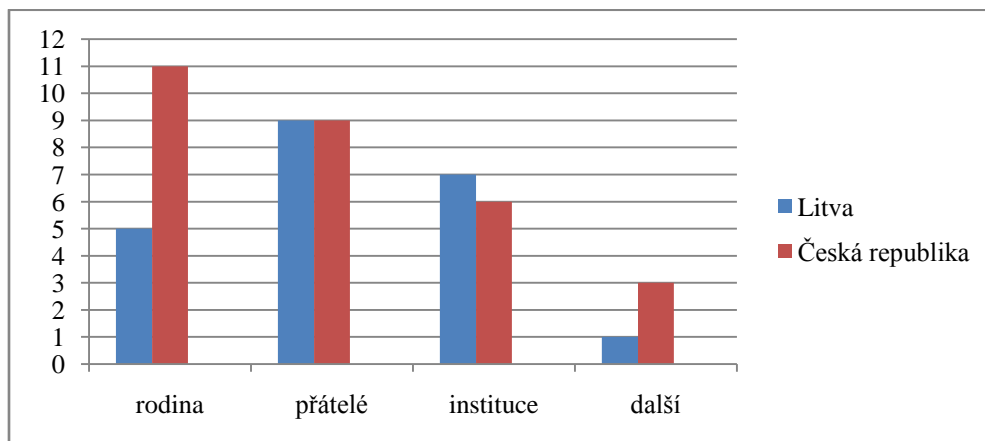


Obrázek 11. Doba věnovaná pohybové aktivitě (Litva a Česká republika)

Výsledky: Deset respondentů z Litvy se věnuje pohybové aktivitě pravidelně. Dva respondenti z těchto deseti respondentů odpověděli: „*trénuji každý den (8-10 krát týdně)*“ a „*4-6 krát týdně*“. V České republice je počet menší u pravidelného provozování pohybové aktivity, tj. tři respondenti z celkového počtu. Každý druhý den se podílí na pohybové aktivitě 33 % z celkového počtu respondentů z České republiky, v Litvě se to pohybuje mezi 14 ti % z celkového počtu vybraných respondentů. Jednou týdně se dostane k pohybové aktivitě 27% vybraných českých respondentů a 14 % z vybraných respondentů z Litvy se aktivně pohybuje jednou týdně. Čtyři respondenti z České republiky vykonávají pohybovou aktivitu výjimečně. Jeden respondent z České republiky uvedl podrobnější informace: „*lyžování výjimečně, plavání pravidelně*“.

Diskuse: Bakalářské práce Krudencové (2012) popisuje frekvenci vykonané pohybové aktivity u vybraných jedinců následovně: 56 % se věnuje pravidelně pohybové činnosti, 40 % jednou týdně a 4% méně často. Z uvedených dat se dá usoudit nadprůměrná pravidelná činnost u respondentů z Litvy. Pohybová aktivita respondentů z Litvy i z České republiky, kteří sportují jednou týdně, není dostačující z hlediska prospěchu na celkový stav vybraných jedinců.

5. otázka: Kdo tě podporuje (psychická podpora, motivace, důvěra)?

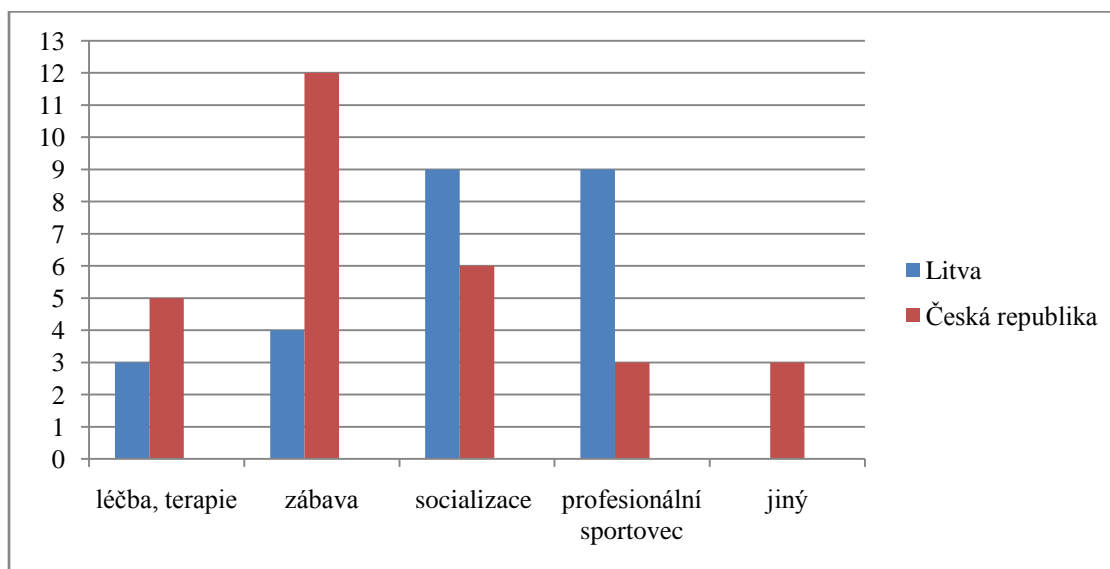


Obrázek 12. Psychická podpora u pohybové aktivity (Litva a Česká republika)

Výsledky: Největší část respondentů z České republiky podporuje především rodina, konkrétně 73 % všech českých respondentů. V Litvě je podpora ze strany rodiny menší podle 35 ti % vybraných respondentů. Ovšem v Litvě i v České republice jsou přátelé nezbytnou podporou v pohybové aktivitě. Sportovní kluby, státní subjekty a zaměstnavatel pomáhají podle dotazovaných respondentů z Litvy z 50 ti procent a podle českých vybraných respondentů ze 40 ti procent. Čtyři respondenti z České republiky ještě dodávají konkrétní dotazy a názory: „*Nadace přispěla na nový stroj a sportovní klub Handbike ČR*“; „*Patří sem i finanční podpora?*“ a „*Nikdo*“.

Diskuse: Dle výzkumného šetření Skovajsové (2011) především rodina a noví přátelé se stejným postižením podporují pohybovou aktivitu osob s tělesným postižením. Mnozí se seznámili s přáteli při pobytu v rehabilitačním centru. Je zřejmé, že podpora všech zmíněných determinantů prospívá psychickému a fyzickému zdraví jedinců se zdravotním postižením v Litvě a v České republice.

6. otázka: Proč děláš pohybové aktivity?

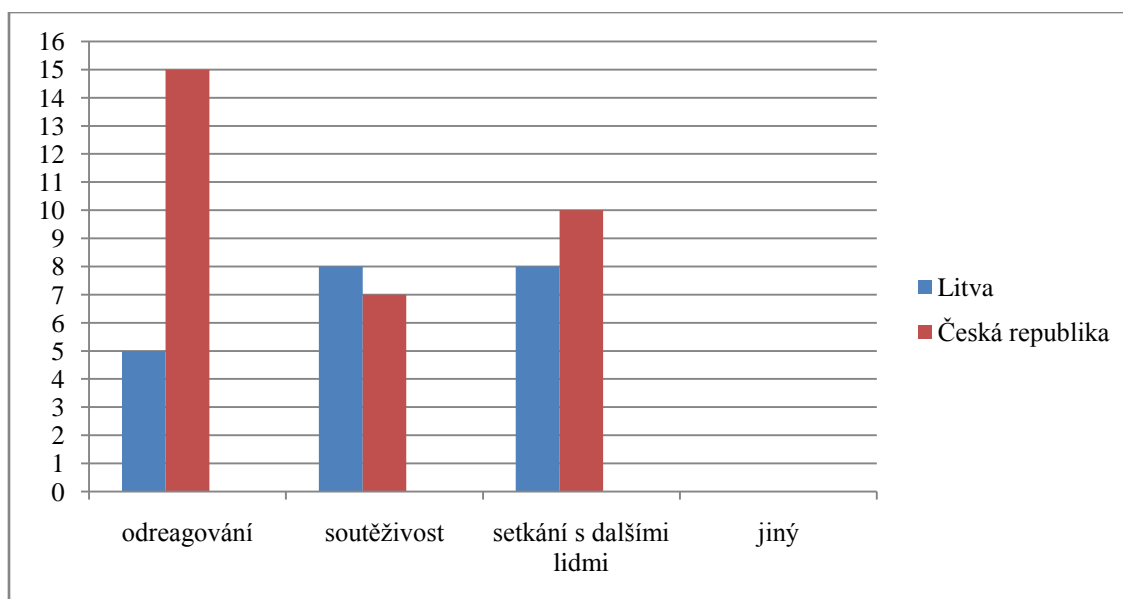


Obrázek 13. Účel pohybové aktivity (Litva a Česká republika)

Výsledky: Dvanáct vybraných respondentů z České republiky (80 %) se věnuje pohybové aktivitě kvůli zábavnému prostředí. V Litvě tento názor sdílí 28 % vybraných respondentů. Devět respondentů z Litvy (60 %) se rádo schází s dalšími lidmi při pohybové aktivitě, v České republice je tomu podobně jen v menším počtu, 6 respondentů (43 %). V Litvě se více vybraných respondentů (64 % z celkového počtu) věnuje pohybové aktivitě na profesionální úrovni než respondentů z České republiky (20% z celkového počtu). V České republice 33 % z celkového počtu respondentů vykonává pohybovou aktivitu za účelem léčby či terapie. V Litvě se léčba a terapie přes pohybovou aktivitu jeví obdobně, u třech respondentů jsou tyto aspekty velmi důležité (21% z celkového počtu). Tři respondenti zodpověděli výzkumnou položku následovně: „rehabilitace – plavání, zábava – lyžování“; „Bez sportu si nedokážu představit svůj život.“ a „fyzická kondice“.

Diskuse: Ze studie Čapkové (2007, 91) vyplývá: „skupina sportujících svou aktivitou pozitivně ovlivňuje svůj zdravotní stav, a tak snižuje pravidelnou zdravotní péči“. Dále hodnocení vyjadřuje: sportující osoby získávají nové dovednosti a schopnosti, lépe navazují sociální kontakty, uvádějí zkvalitnění fyzické kondice i pozitivní vliv na psychiku. Můžeme tedy říci, že obě ankety dokazují pozitivní účinek pohybových aktivit na plnohodnotný život osob s tělesným postižením.

7. otázka: Co tě baví na pohybových aktivitách?

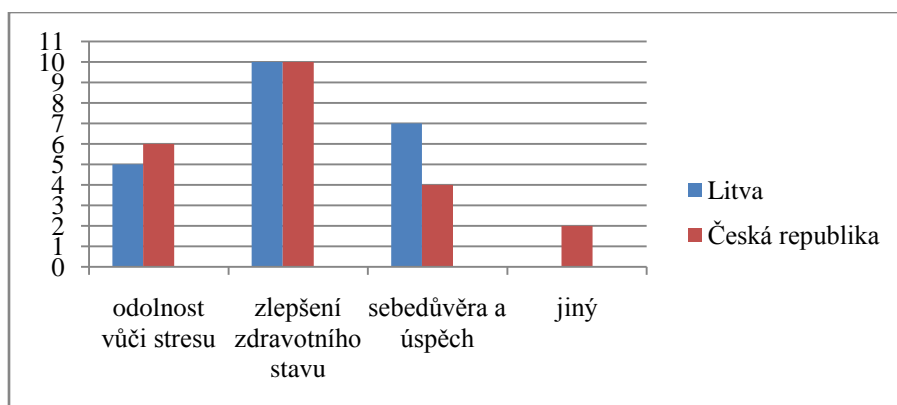


Obrázek 14. Motivy k pohybové aktivitě (Litva a Česká republika)

Výsledky: Všech patnáct oslovených respondentů z České republiky především se potřebují u pohybové aktivity odreagovat, činí to 100% z celkového počtu. V Litvě je ovšem situace opačná, pouze pět respondentů z celkového počtu (35 %) se odreagují u pohybové aktivity. U litevských respondentů převládá pocit soutěživosti při pohybové aktivitě a dalším silným motivem uvádí setkání s lidmi (57 % z celkového počtu). Deset respondentů (67 %) z České republiky je rádo v kolektivu jiných lidí. I soutěživost u sedmi českých respondentů (47 %) hraje významnou roli.

Diskuse: Sportovci s tělesným postižením se díky pohybové aktivitě cítili spokojenější a vitálnější a mohli navázat nové sociální kontakty na základě získaných údajů z diplomové práce Machálkové (2012). Došli jsme k závěru, že respondenti z Litvy a z České republiky se skrze pohybovou aktivitu odpoutávají od každodenních starostí a zapojují se více do sociálních vztahů.

8. otázka: Jak ti prospívají pohybové aktivity?

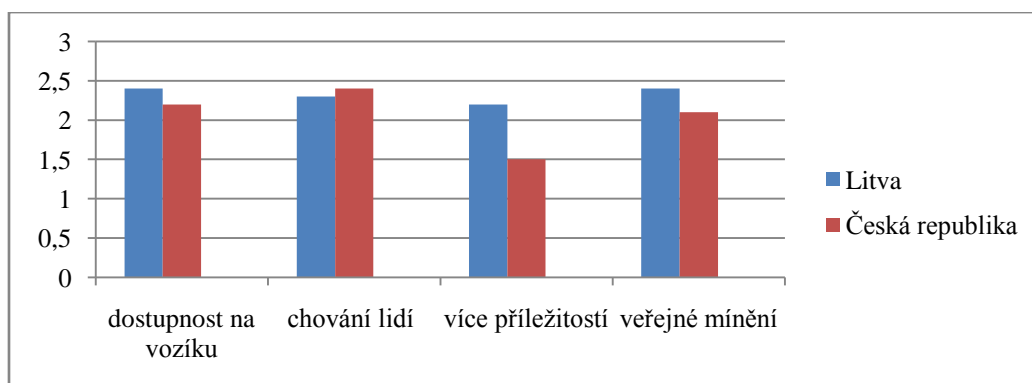


Obrázek 15. Prospěch pohybových aktivit (Litva a Česká republika)

Výsledky: V Litvě (71 % z celkového počtu) i v České republice (66% z celkového počtu) respondentům zlepšuje pohybová aktivita jejich zdravotní stav. Sedm respondentů z Litvy (50 %) nalézá v pohybové aktivitě sebedůvěru či pocit úspěchu, v České republice je počet respondentů menší (27 %). Spíše se respondenti z České republiky cítí vyrovnanější vůči stresu (40 %). U respondentů z Litvy (36 %) převládá rovněž pocit odolnosti vůči stresu. Dva respondenti z České republiky dále přidali vlastní názory: „lepší kondice“ a „udržení či zpomalení zhoršení zdravotního stavu“.

Diskuse: Čapková (2007) poukazuje na potřebu rehabilitační péče: 54% sportujících osob vyžaduje pravidelnou rehabilitaci, z 38% méně často než jednou krát měsíčně. Seberealizace v zájmové činnosti zase umožňuje se seznámit s dalšími sportovci. Z uvedených dat z naší ankety vyplývá, že přiměřená pohybová aktivita usměrňuje zhoršení zdravotního stavu a zapojuje respondenty do integračního procesu.

9. otázka: Jsou podmínky pro pohybové aktivity lepší nebo horší během posledních pěti let? Ohodnot' známkou (1-5) jako ve škole.

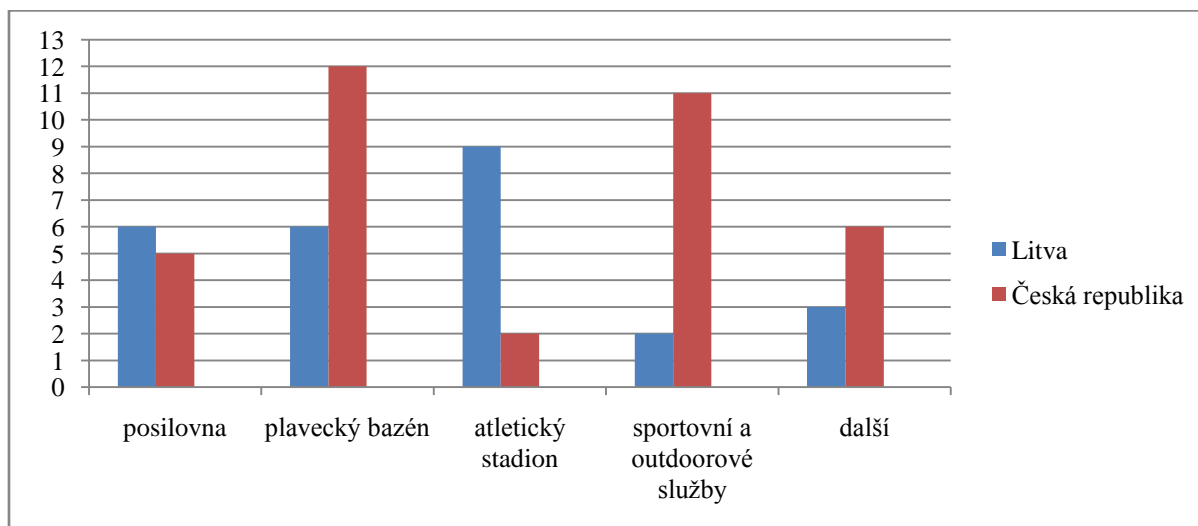


Obrázek 16. Ohodnocení vybraných podmínek pro pohybovou aktivitu osob s tělesným postižením (Litva a Česká republika)

Výsledky: V posledních letech dle dotazovaných respondentů se velice zlepšila možnost cestování, kariérního vzrůstu, účastnění se pohybových aktivit ve sportovních klubech, vzdělávání a jiné příležitosti pro osoby s tělesným postižením, v České republice ohodnotili velice kladnou známkou (1,5 neboli jedna méně) a v Litvě též pozitivní známkou (2,2 neboli dvě méně). Na lepší úrovni se respondentům z České republiky jeví konkrétní (bezprostřední) chování lidí a respondentům z Litvy zase veřejné mínění z hlediska sledovanosti médií, společností (známka 2,4 neboli se blíží k dvě méně). Mínění veřejnosti (médiá, společnost, apod.) v České republice na základě vybraných respondentů (známka 2,1) je trochu kvalitnější než v Litvě. Ovšem bezprostřední chování lidí k osobám tělesně postižením respondentům připadá lepší v Litvě (známka 2,3). Dostupnost s vozíkem ve městě, parku, na stezce či v budovách se zdá o trochu lepší v České republice (známka 2,2 neboli dvě méně) než v Litvě (známka 2,4 neboli „horší dvojka“).

Diskuse: Sociologický výzkum Gymnázia Jiřího Ortena v Kutné Hoře se zaměřil na to, jak lidé vnímají osoby s tělesným postižením. Zjistila se následující fakta: 46% dotazovaných považuje tělesně postižení za „plnohodnotné osobnosti“, 37% pociťují lítost nad jedincem s tělesným postižením a 86% si uvědomuje rozdílnost každodenního života zdravotně postižených. Zároveň se zvyšuje společenské vědomí o pohybové aktivitě tělesně postižených a tím i zájem veřejných médií (Vavřina, Šimík, Černoorský, & Jaroš, 2010). Ovšem respondenti z České republiky a z Litvy jsou relativně spokojeni s přístupem společnosti a veřejných médií.

10. otázka: Jaká sportovní/outdoorová centra nebo služby využíváš pro pohybovou aktivitu?

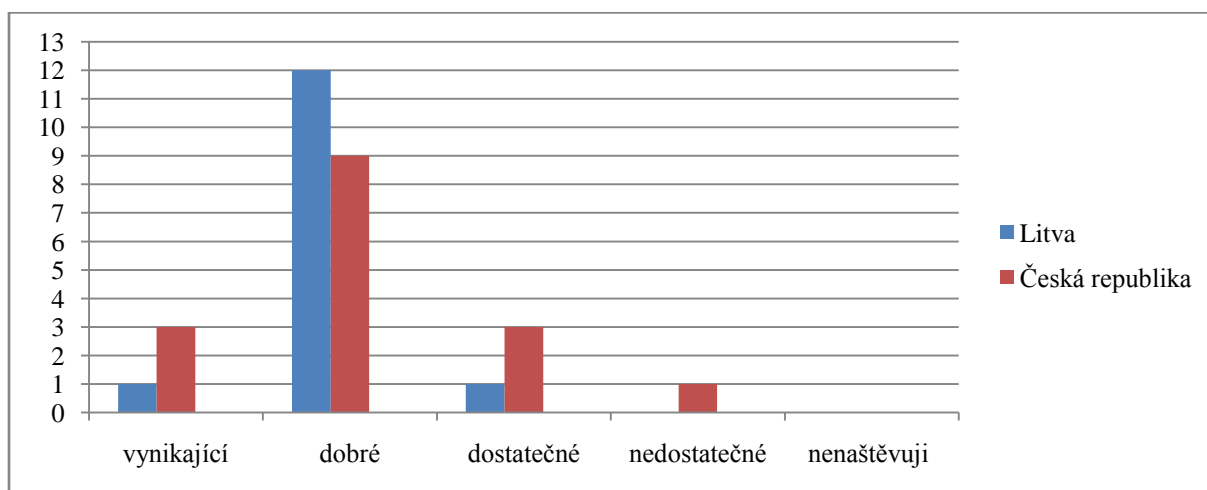


Obrázek 17. Využívání sportovních/outdoorových center a služeb (Litva a Česká republika)

Výsledky: V České republice jedenáct vybraných respondentů (73 %) především využívá k pohybové aktivitě sportovní/outdoorové služby, konkrétně kanoe, hanbike, monoski, apod. Ovšem v Litvě nemají sportovní či outdoorové služby takový ohlas, jen 14 % respondentů z celkového počtu zkusilo zmíněné nabídky. Plavecký bazén v České republice navštěvuje 80 % oslovených respondentů, v Litvě 43 % vybraných respondentů chodí pravidelně plavat. Na atletickém stadionu se více uplatňují pohybové aktivity v Litvě (64 % respondentů z celkového počtu) než v České republice (13 % z celkového počtu). Jak respondenti z Litvy (42%), tak z České republiky (33%) tráví volný čas v posilovně. Šest respondentů z České republiky dále uvádí: „prostory k lukostřelbě“; „cyklostezky“; „tělocvična“; „posilovací věž, kterou mám doma“ a „lesní cesty v okolí svého bydliště“.

Diskuse: Krudencová (2012) ve svém výzkumu uvádí: 68,75 % dotazovaných sportovců využívá prostory organizací, spolků a škol. Veřejně přístupná místa (koupaliště, tělocvična, hřiště, doma, park, posilovna atd.) používá 33,25 % respondentů. Podle uvedených lokalit, respondenti z Litvy a České republiky se pohybují ve sportovních zařízeních, kde mohou provozovat preferovanou pohybovou aktivitu. Celkově jedinci s tělesným postižením využívají k aktivnímu pohybu přírodní prostředí, aby se mohli pohybovat nezávisle na vymezeném prostoru.

11. otázka: Jaké podmínky máte ve sportovních/outdoorových centrech, která navštěvujete?



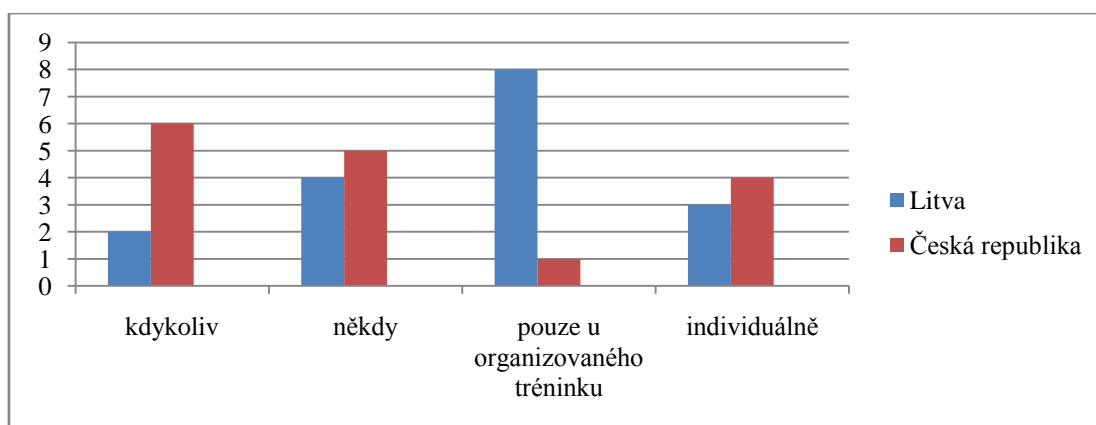
Obrázek 18. Podmínky sportovních/outdoorových centrech (Litva a Česká republika)

Výsledky: Dvanáct respondentů z Litvy (86 %) si myslí, že jsou sportovní/outdoorová střediska na dobré úrovni. V České republice zastává stejný názor 60 % oslovených respondentů. Jeden respondent z České republiky vysvětlil jeden z mnoha důvodů: „dobré, protože jsou drahé, hlavně fitness kluby“. V České republice se stejný počet respondentů

setkal s vynikající až po dostatečnou úroveň sportovních/outdoorových center, tedy 20 % respondentů z celkového počtu. V Litvě 7 % respondentů mělo příležitost se setkat s vynikající úrovní a s dostatečnou úrovní těchto center. Jeden respondent nebyl spokojen s úrovní zmíněných středisek.

Diskuse: Krudencová (2012) ve své bakalářské práci zjistila: 69,6 % oslovených označili nabídku pohybových aktivit za nedostačující a 30,4 % za dostačující. Uvítali by rozšíření informovanosti o sportu v dané lokalitě a sportovních klubů pro tělesně postižené, jelikož musí dojíždět do sportovních/outdoorových center. Ovšem respondenti z Litvy a České republiky odpověděli rozdílně než v předchozím výzkumu, protože většina z nich patří do sportovního týmu či organizace.

12. otázka: Můžete využívat všechno náčiní nebo služby ve sportovních/outdoorových centrech (např. posilovací stroje, destičky na plavání, lezeckou výbavu, apod.)?

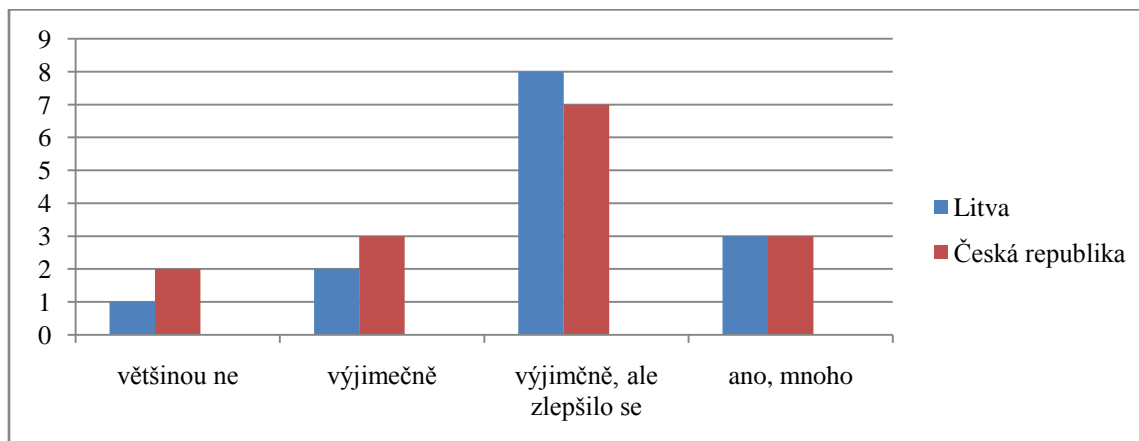


Obrázek 19. Využití náčiní a služeb ve sportovních/outdoorových centrech (Litva a Česká republika)

Výsledky: Osm respondentů z Litvy (57 %) využívá sportovní/outdoorové služby, popřípadě náčiní, jen při organizovaném tréninku. V České republice pouze 6 % respondentů trénuje pod odborným dohledem. Šest dotazovaných respondentů z České republiky (40 %) kdykoliv používá nabízené náčiní a často vyhledává služby, v Litvě jen 14 %. Někteří respondenti z Litvy (29 %) i z České republiky (33 %) měli možnost někdy využít těchto nabídek či příslušenství. Menší část respondentů nepotřebuje tyto služby/náčiní (trénují individuálně), přesněji 21 % z Litvy a 27 % z České republiky.

Diskuse: Pohybové pomůcky určené pro zdravotně postižené ve sportovních a outdoorových zařízeních jsou využity podle účelu pohybové činnosti. Respondenti z Litvy jsou převážně výkonnostní hráči basketbalu vozičkářů. A proto potřebují při tréninku odborný dohled trenéra. Naopak vybraní sportovci z České republiky vykonávají pohybovou aktivitu prostřednictvím občanského sdružení Sportability, které se nezaměřuje tolik na výkonnostní sporty. To je důvod, proč využívají náčiní nebo služby samostatně nebo někdy.

13. otázka: Jsou v Litvě a České republice kvalitní bezbariérová sportovní/outdoorová centra?

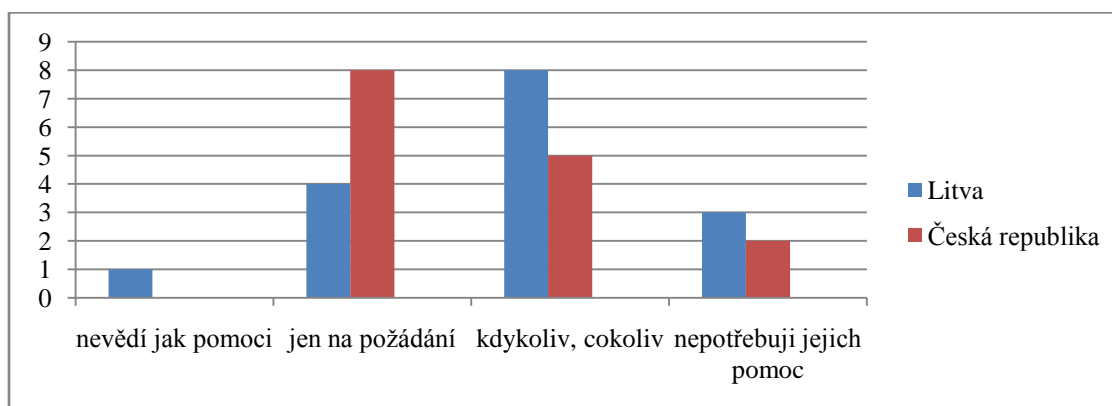


Obrázek 20. Přístupnost sportovních/outdoorových center pro osoby s tělesným postižením (Litva a Česká republika)

Výsledky: Osm respondentů (57 %) z Litvy se setkala výjimečně s bezbariérovým přístupem ve sportovních/outdoorových centrech. Ale dodávají, že se situace stále zlepšuje. V České republice má sedm respondentů (45 %) stejný názor. Dva litevští respondenti a tři čeští respondenti zastávají pouze stanovisko, že měli možnost navštívit výjimečně centra s vhodnou dostupností a využitelností pro osoby s tělesným postižením. V Litvě i v České republice se ovšem najde mnoho sportovních/outdoorových středisek kvalitně přizpůsobených pro klienty s tělesným postižením, v Litvě se k této myšlence přiklání 21 % vybraných respondentů a v České republice 20 %. Menší část oslovených respondentů měla špatnou zkušenost s barierovým prostředím těchto středisek, 7 % respondentů z Litvy a 13 % z České republiky. Jeden respondent z České republiky uvedl: „*Nejsou, kromě posilovny v Parapleti a Balance clubu Brumlovka (to drahé fitko) neznám v Praze fitko či bazén, které by byly bezbariérové a navíc disponovaly třeba handbikovým trenažérem*“. Další respondent z České republiky poukazuje na zásadní nedostatky, píše: „*Mně by pomohlo, kdyby více bazénů mělo hydraulickou sedačku pro přístup do vody. Nemá ji ani Strahov, kde trénují závodníci, ani Podolí. Přes schody mi někdo pomůže, ale nechat se zvedat plavčíkem z vody mi není příjemné*“.

Diskuse: Všeobecně můžeme usoudit, že ve velkoměstech je kvalitnější bezbariérový přístup sportovních/outdoorových zařízení pro tělesně postižené. Ovšem plavecké bazény nedisponují s dostatečným vybavením určené pro osoby se speciálními potřebami (hydraulické sedačky, závěsná ramena apod.), to platí i pro fitness centra. Naším tvrzením souhlasí výzkumné šetření Machálkové (2012, 90): „*Mnohá sportovní zařízení totiž nejsou bohužel bezbariérová, tudíž je osoby se zdravotním postižením nemohou využívat. Zejména se to týká menších měst, kde je výskyt osob s postižením menší*“.

14. otázka: Pomáhá ti personál sportovního/outdoorového centra během pohybové aktivity?

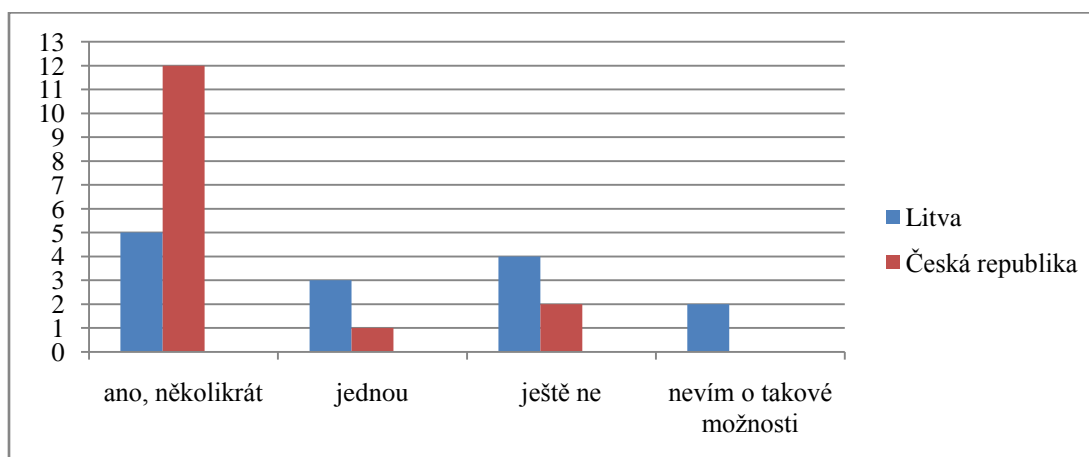


Obrázek 21. Ochota personálu ve sportovních/outdoorových centrech při pohybové aktivitě (Litva a Česká republika)

Výsledky: Osmi respondentům (57 %) z Litvy pomůže personál sportovního/outdoorového centra kdykoliv s každým přáním. V České republice má větší část respondentů (53 %) rozdílnou zkušenost, personál jim pomůže, když si požádají o pomoc. Pět respondentů z České republiky se rovněž setkalo s příjemným a ochotným přístupem personálů. Ovšem v Litvě další čtyři dotazovaní respondenti si musí požádat o pomoc. Další skupina respondentů nepotřebuje jejich pomoc při provozování pohybové aktivity, uvedlo 21 % respondentů z Litvy a 13 % klientů z České republiky. Jeden respondent z Litvy se zmiňuje, že personál neví, jak s ním má jednat.

Diskuse: Úroveň jednání a ochotou pomoci tělesně postižením při pohybové aktivitě závisí na celkové organizaci ve sportovním nebo outdoorovém zařízení. Máme ovšem osobní zkušenost, že se v těchto střediscích příliš často nesetkáme s odborně vyškolenými trenéry nebo asistenty. Přesto z uvedených dat od respondentů z Litvy a České republiky vyplývá příjemný a ochotný přístup personálu.

15. otázka: Zúčastnil/a ses sportovního/outdoorového programu určeného pro osoby s tělesným postižením (např. organizované horolezectví na skalách, kanoistika, apod.)?

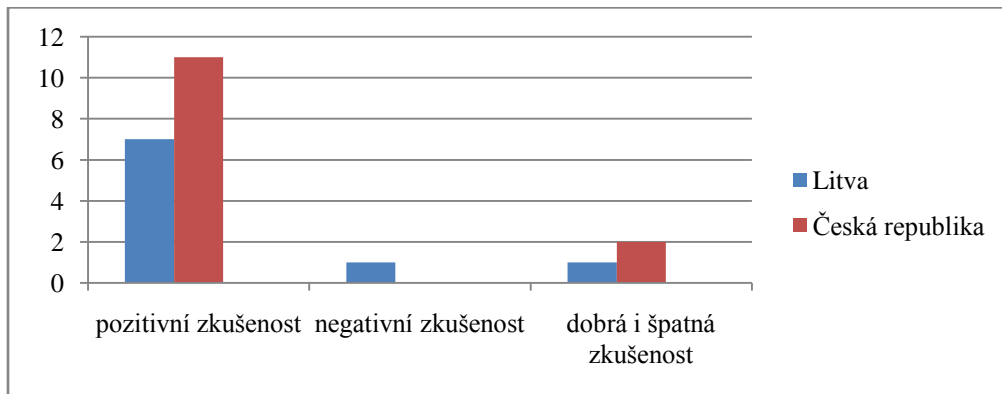


Obrázek 22. Účast osob s tělesným postižením na sportovním/outdoorovém programu (Litva a Česká republika)

Výsledky: Dvanáct respondentů (80 %) z České republiky se zúčastnilo několikrát sportovního/outdoorového programu. Jako nejčastější programy uváděli: „handbike“; „kano“ a „monoski“. Avšak v Litvě je účast na těchto programech daleko menší, kolem 35 ti procent oslovených respondentů. Z toho rovněž vyplývají další hlediska: v Litvě čtyři respondenti si nevyzkoušeli sportovní/outdoorové programy, tři respondenti pouze jednou a dva respondenti neví o možnosti se zúčastnit těchto programů. V České republice je situace odlišná, dva respondenti nebyli na takovém programu a jeden se nesetkal s takovou příležitostí vůbec.

Diskuse: Z výzkumného šetření Klimešové (2011) vyplývá, že věk sportovce s tělesným postižením hraje významnou roli v účasti na sportovních/outdoorových programech. Nejvíce zastoupenou věkovou skupinou bylo 56 let a více. Starší osoby nemají takový zájem o sportovní/outdoorovou činnost jako mladší generace. Na otázku, jestli vyzkoušeli adrenalinový sport, odpovědělo 79% respondentů záporně a 21% kladně. Výsledky ankety od respondentů z České republiky potvrzují předchozí poznatky. Průměrný věk u litevských respondentů je 26 let a u českých respondentů 39 let. Většina oslovených sportovců z České republiky se několikrát zúčastnila akce sportovního/ outdoorového rázu.

16. otázka: Jestli ano, jaká byla tvoje zkušenost se sportovním/outdoorovým programem?



Obrázek 23. Úroveň zkušenosti se sportovním/outdoorovým programem (Litva a Česká republika)

Výsledky: Sedm respondentů (50 % z celkového počtu) z Litvy má pozitivní zkušenost ze sportovním/outdoorovým programem. Jeden respondent se setkal se dobrou a špatnou organizací těchto programů. Další respondent měl negativní zkušenosti. Dalších pět respondentů neuvvedlo žádnou možnost. Jedenáct respondentů (73 % z celkového počtu) z České republiky má pozitivní zkušenost ze sportovními/outdoorovými programy. Dva respondenti zažili dobrou i špatnou zkušenost na těchto programech. Dva respondenti ne zvolili žádnou variantu.

Diskuse: Z výše uvedené otázky nemůže tolik srovnávat zkušenosti se sportovní/outdoorovou aktivitou s jinými výzkumnými soubory. Všeobecně zaleží na jednání a přístupu sportovních/outdoorových centrech. Respondenti z Litvy a České republiky vnímají dobře úroveň těchto středisek, proto mají převážně pozitivní zkušenost.

6 ZÁVĚR

V této kapitole jsme si představili výzkumné položky, které shrnuly údaje výzkumného souboru. Každou výzkumnou otázku jsme vyhodnotili na základě získaných dat z ankety vlastní konstrukce. Dále jsme navrhli několik doporučení k řešení dané problematiky ve sportovních a outdoorových centrech.

Výzkumná otázka č. 1: Jaké jsou preferované pohybové aktivity u vybraných osob s tělesným postižením v České republice a v Litvě?

V Litvě převládá jednoznačně basketbal vozíčkářů. Můžeme konstatovat, že basketbal je považován za národní litevský sport. Převážnou část výsledků z Litvy jsme získali od hráčů basketbalu vozíčkářů, což mohlo zkreslit vnímání oblíbené pohybové aktivity. Lukostřelba patří rovněž mezi preferované pohybové aktivity, hlavně u litevských respondentů. Na Světovém poháru v lukostřelbě handicapovaných pořádaným Sportovním klubem Novým Městem nad Metují se setkáváme každoročně s účastí litevského týmu. Ovšem respondenti z České republiky se věnují nejčastěji cyklistice a sjezdovému lyžování. Především sjezdové lyžování kombinují s dalšími sporty, a to s plaváním a cyklistikou. Oslovení respondenti z České republiky jsou většinou členové občanského sdružení Sportability, které jim umožňuje lyžařské, vodácké či cyklistické kurzy a závodní lyžování.

Výzkumná otázka č. 2: Jaké jsou personální, prostorové a materiální podmínky k pohybovým aktivitám u vybraných osob s tělesným postižením v České republice a v Litvě?

Dle dotazovaných respondentů je přístup personálu ve sportovních a outdoorových centrech na trochu lepší úrovni v Litvě než v České republice. Z hlediska prostorového využití jsme se nejvíce setkali s odpověďmi: atletický stadion, plavecký bazén či sportovní/outdoorové služby (kanoe, handbike, monoski, apod.). Dále respondenti využili tělocvičny, posilovací věž, prostory k lukostřelbě či lesní cesty v okolí bydliště. Avšak s bezbariérovým prostředím nebyly oslovení sportovci tolik spokojeni. Především respondenti z České republiky poukazovali na nedostatečné vybavení plaveckých bazénů a fitness center. Například pražské plavecké bazény na Strahově a v Podolí nemají k dispozici hydraulickou sedačku pro přístup do vody, přestože v nich trénují profesionální plavci. Dále fitness centra málokdy disponují posilovacími stroji určené pro osoby se zdravotním postižením (např. „handbikový trenažér“), kromě centra Paraple a Balance Club Brumlovka sídlících v Praze. Přesto dotazované osoby s tělesným postižením dodaly, že se situace zlepšuje. Celkově respondenti hodnotili úroveň sportovních/outdoorových center na dobré úrovni.

Výzkumná otázka č. 3: Jaké jsou důvody a motivace vybraných osob s tělesným postižením k pohybovým aktivitám v České republice a v Litvě?

Oslovení sportovci považovali za nejvýznamnější motivy k pohybovým aktivitám podporu přátel, zlepšení zdravotního stavu, soutěživost, odolnost vůči stresu, socializaci neboli setkání se s dalšími lidmi. Důležitým aspektem je i podpora sportovních klubů, nadačních fondů, vzdělávacích institucí či zaměstnavatelů. Nesmíme opomenout další důvody, do kterých patří podpora rodiny, léčba, rehabilitace, zlepšení fyzické kondice, pocit sebedůvěry a úspěchu.

Výzkumná otázka č. 4: Jaká je účast a zkušenost vybraných osob s tělesným postižením na realizovaných pohybových aktivitách sportovního a outdoorového charakteru v České republice a v Litvě?

Většina respondentů z České republiky se zúčastnila několikrát sportovního či outdoorového programu. Nejčastěji uvádí kanoistické, cyklistické či sjezdové kurzy. V Litvě mají zkušenost v menším počtu. Nicméně pozitivní zážitek z těchto sportovních/outdoorových nabídek převládá u mnohých respondentů. Někteří z nich se setkali se špatnou i dobrou organizací a vedením sportovních/outdoorových akcí. Analýza dat mohla být ovlivněna oslovenou skupinou respondentů: v Litvě hráči basketbalu vozíčkářů a v České republice členy občanského sdružení Sportability.

Výzkumná otázka č. 5: Existují rozdíly v přístupu, podmínkách, motivaci, podpoře a struktuře realizovaných pohybových aktivit v komparaci Litva a Česká republika?

Vybraní respondenti z Litvy se mohli spolehnout na profesionální a příjemnou výpomoc personálů při pohybové aktivitě ve sportovních/outdoorových centrech. Respondenti z České republiky často poukazovali na to, že si museli požádat personál o pomoc. Ačkoliv čeští respondenti využili posilovacích pomůcek a dělali si trénink samostatně. Naopak v Litvě respondenti trénovali pod odborným dohledem. Plavecké bazény byly více využity v České republice a atletické stadiony v Litvě. Sportovní a outdoorové služby zaznamenaly větší zájem u respondentů z České republiky. Sebedůvěru a pocit úspěchu z pohybové aktivity získávali více respondenti z Litvy. Můžeme si tuto skutečnost odůvodnit tím, že mnoho respondentů z Litvy provozovali pohybovou aktivitu na výkonnostní a vrcholové úrovni. V České republice respondenti spíše ocenili odreagování a odlehčenou atmosféru u pohybové aktivity. Více příležitosti v cestování, vzdělávání nebo zaměstnání lépe hodnotili respondenti z České republiky.

Je nezbytné, aby se provozovatelé sportovních/outdoorových zařízení v České republice a v Litvě více zaměřili na prostorovou dostupnost, a to přizpůsobit toalety, šatny, přístup do plaveckých bazénů osobám se speciálními potřebami apod. Například pořídit hydraulické sedačky, závěsná ramena, nájezdové rampy nebo elektrické plošiny pro překonání schodů. Fitness centra by měla rozšířit nabídku rehabilitačních posilovacích strojů především v menších městech. Dále umožnit tělesně postiženým odborný dohled a výpomoc při pohybové aktivitě v plaveckých bazénech, posilovně, lezecké stěně nebo ve sportovních/outdoorových kurzech, a to vyškoleného trenéra či asistenta. Mnoho absolventů vysokých škol zaměřených na pohybovou aktivitu tělesně postižených hledá uplatnění ve svém oboru. Přesto nejsou tolik zaměstnány ve sportovních/outdoorových sektorech.

S tím souvisí i rozšíření informací o sportovní nabídce pro osoby se zdravotním postižením na oficiální webové stránce, v budově a v lokalitě zmíněných zařízení. Rovněž bychom navrhovali cenově přizpůsobit vstupné zdravotně postiženým do sportovních/outdoorových center.

7 SOUHRN

V bakalářské práci jsme se věnovali podmínkám pohybové aktivity osob s tělesným postižením ve sportovních a outdoorových centrech v Litvě a v České republice.

Teoretické část se zabývá pojmy týkající se tělesného postižení právě proto, abychom danou problematiku přiblížili všem čtenářům. Podrobněji jsme se zaměřili na nejčastější úrazy oslovených sportovců z Litvy a z České republiky, a to na ochrnutí páteře a amputace končetin. Dále jsme se zabývali psychickými a fyzickými faktory, které jsou ovlivněny životními situacemi, sociálním prostředím, podporou blízkých osob a státními institucemi, především zdravotnictvím. Důležitou roli v podpoře pohybové aktivity na národní i mezinárodní úrovni zastávají sportovní organizace. Na základě získaných údajů od vybraných respondentů jsme si vytyčili preferované pohybové aktivity. Mezi ně patří basketbal vozíčkářů, plavání, cyklistika, sjezdové lyžování a lukostřelba. V neposlední řadě jsme zjistili úroveň podpory sportu a tělovýchovy ze strany vládních institucí a soukromých objektů v Litvě a v České republice.

V praktické části jsme vyhodnotili anketu vlastní konstrukce. Výzkumné šetření mělo zjistit, jaké jsou personální, motivační, materiální a prostorové podmínky k pohybovým aktivitám u vybraných osob s tělesným postižením ve sportovních a outdoorových zařízení v Litvě a České republice. Zmíněná střediska v Litvě a v České republice jsou na dobré úrovni. Přesto respondenti poukázali na nepříjemné bezbariérové prostředí, ale situace se podle nich zlepšuje. Rovněž není zajištěna dostatečná sportovní vybavenost těchto středisek, především v plaveckých bazénech a ve fitness centrech. Plavecké bazény a sportovní/outdoorové služby jsou častěji využity v České republice, zatímco atletické stadiony v Litvě. Nejvíce vnímali podporu při pohybové aktivitě u přátel, rodiny, sportovních klubů, vzdělávacích institucí či u zaměstnavatele. Nejčastější důvody k pohybovým aktivitám jmenovali zlepšení zdravotního stavu, odolnost vůči stresu a setkání se s dalšími lidmi. Respondenti z České republiky se více zapojují do sportovních a outdoorových programů (cyklistické, lyžařské, vodácké kurzy). Nicméně dotazovaní sportovci z Litvy se pravidelněji věnují pohybové aktivitě.

Z uvedených údajů jsme došli k závěru, že pohybová aktivita prospívá fyzickému a psychickému zdraví osob s tělesným postižením a umožňuje navázat sociální vztahy mezi sportující populací. Organizace pohybových aktivit pro zdravotně postižené ve sportovních/outdoorových střediscích vypovídá o kvalitní úrovni. Bezbariérové prostředí budov a sportovní/outdoorové vybavení se postupně přizpůsobuje k potřebám osob s tělesným postižením.

8 SUMMARY

We devoted conditions of physical activity of person with physical disabilities in the sport and outdoor centers in the bachelor thesis.

The theoretical part is concerned terms of physical disability. We would like to describe fixed issue to all readers. We focused on the most common injures by polled athletes from Lithuania and from the Czech Republic, paralysis after spinal injury and amputations of limbs. Also we described psychological and physical factors, which are influenced life situations, social environment, backing of close relatives and state institution, mainly health care. The important role in the backing of physical activity plays national and international sport organizations. We defined preferred physical activities. These include wheelchair basketball, cycling, downhill skiing and archery. Finally we found out the level of funding for sport and physical education by governmental institutions and private objects in Lithuania and in the Czech Republic.

In the practical par evaluated a survey of own structure, which described the personal, material, spatial and motivational conditions of physical activity by respondents in the sport and outdoor centers of the Czech Republic and Lithuania. These centers have good level in the Lithuania and the Czech Republic. Nevertheless the respondents pointed to unacceptable barrier-free environment. But this situation is better according to respondents. Also the sport equipment is not sufficiently ensured, primarily in the swimming pools and fitness centers. The swimming pools and sport/outdoor services are used frequently in the Czech Republic, while the athletics stadiums in Lithuania. The polled athletes have the most backing of physical activity by friends, family, sports clubs, educational institutions or employer. The most common reasons for physical activity are improved health, stress resistance and meeting with other people. The more respondents from the Czech Republic than athletes from Lithuania participate sport and outdoor programmes (cycling, skiing or canoeing courses). However, selected athletes from Lithuania go in for physical activity more regularly than in the Czech Republic.

We concluded that the physical activity prospers to physical and psychological health of persons with physical disabilities. The organizations of physical activities for health disabled in the sport and outdoor centers attest to quality level. The barrier-freed buildings and sport/outdoor equipment adapt to needs of persons with health disabilities.

REFERENČNÍ SEZNAM

- ADAPT-Europe (18. 9. 2007). Lithuania. *Education*. Retrieved 22. 4. 2014 from the World Wide Web: <http://www.adapt-europe.org/lithuania/education.htm>
- Andersen, L. B. et al. (2008). *Pokyny EU pro pohybovou aktivitu*. Retrieved 22. 4. 2013 from the World Wide Web: <http://www.msmt.cz/file/20028/download/>
- Čapková, M. (2007). *Význam sportu v životě osob se zdravotním postižením*. Retrieved 13. 6. 2014 from the World Wide Web: <http://casopis.zsfju.zsf.jcu.cz/kontakt/administrace/clankyfile/20120327101923635778.pdf>
- Český svaz tělesně postižených sportovců (n.d.). *Lyžování. O sportu*. Retrieved 23. 4. 2014 from the World Wide Web: <http://www.cstps.cz/lyzovani/o-sportu>
- Český svaz tělesně postižených sportovců (2012). *Výroční zpráva 2012*. Retrieved 23. 4. 2014 from the World Wide Web: http://www.cstps.cz/images/dokumenty/Z%C3%A1kladn%C3%AD%20dokumenty/VZ_2013CSTPS.pdf
- Český paralympijský výbor (2011). *Český paralympijský výbor*. Retrieved 13. 6. 2014 from the World Wide Web: <http://www.paralympic.cz/cpv/>
- Dad'ová, K., Čichoň, R., Švarcová, J., & Potměšil J. (2008). *Klasifikace pro výkonnostní sport zdravotně postižených*. Praha: Univerzita Karlova v Praze, Karolium.
- Doll – Tepper, G. (1992). Sport postižených sportovců: „Možnost dneška za lepší zítřek“. In: Claude de Potter, J. *Aplikované pohybové aktivity*. Belámadena: Olympijský kongres.
- Dostál, J. (2005). *Lyžování. Historie*. Retrieved 23. 4. 2013 from the World Wide Web: <http://www.cstps.cz/lyzovani/historie>
- Faltýnková, Z. et al. (2004). *Cesta k nezávislosti po poškození míchy*. Praha: Svaz paraplegiků s podporou Ministerstva zdravotnictví ČR.
- Faltýnková, Z. et al. (2007). *Paraplegie, tetraplegie*. Praha: Svaz paraplegiků s podporou Ministerstva zdravotnictví ČR.
- Fiala, V. et al. (2011). *Prosazování národních zájmů členských zemí EU, Lotyšsko, Litva a Estonsko*. Olomouc: Právnická fakulta a Právnická fakulta Univerzity Palackého v Olomouci.
- Grüner, J. (1996). *Evropská charta sportu pro všechny: zdravotně postižené osoby*. Praha: Ministerstvo školství, mládeže a tělovýchovy České republiky.
- Hendl, J. (2005). *Kvalitativní výzkum, Základní metody a aplikace*. Praha: Portál s. r. o.
- Hrabálek, L. (2011). *Poranění páteře a míchy*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci.

- Hrouda, T., & Rybová, L. (2010). *Sport v životní dráze člověka s tělesným postižením*. 1(2). 56-61.
- Chráska, M. (2007). *Metody pedagogického výzkumu, Základy kvantitativního výzkumu*. Praha: Grada Publishing, a. s.
- International Paralympic Committee (n.d.). Retrieved 14. 6. 2014 from the World Wide Web: <http://www.paralympic.org/archery>
- Janečka, Z. (2012). Plavání osob se zrakovým postižením. In: Janečka, Z. et al. (2012). *Vybrané kapitoly ze sportu osob se zdravotním postižením*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci.
- Janečka, Z. (2012). Cyklistika. In: Janečka, Z. et al. (2012). *Vybrané kapitoly ze sportu osob se zdravotním postižením*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci.
- Ješina, O., & Hamřík, Z. (2011). *Podpora aplikovaných pohybových aktivit v kontextu volného času*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci.
- Ješina, O., & Kudláček, M. (2012). *Aplikovaná tělesná výchova*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci.
- Karásková, V. et al. (2002). *Pohybem k integraci osob se zdravotním postižením*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci.
- Kebza, V. (2005). *Psychosociální determinanty zdraví*. Praha: Academia.
- Klimešová, B. (2011). *Adrenalinové sporty u tělesně postižených*. Retrieved 13. 6. 2014 from the World Wide Web: <https://library.upol.cz/aRLreports/kp/00116493-824497289.pdf>
- Klub českých turistů (2012). *Stanovy klubu českých turistů*. Retrieved 13. 6. 2014 from the World Wide Web: <http://www.kct.cz/cms/sites/default/files/users/user1/dokumenty/kct/stanovykct2012.pdf>
- Krakovičová, J. (2012). Česká asociace tělesně postižených sportovců. *Výroční zpráva 2012*. Retrieved 13. 6. 2014 from the World Wide Web: http://www.caths.cz/storage/caths/vyrocní_zpravaCATHS2012.pdf
- Kreiviniene, B., & Vaičiulienė, J. (2012). *Quality of life of people with disabilities: the subjective attitude*. 12(2). 133-141.
- Krhutová, L., Michalík, J., Potměšil, M., Novosad, L., & Valenta, M. (2005). *Občané se zdravotním postižením a veřejná správa*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci.
- Krudencová, K. (2012). *Možnosti sportovních aktivit u osob s tělesným postižením využívající invalidní vozík*. Retrieved 13. 6. 2014 from the World Wide Web: <https://library.upol.cz/aRLreports/kp/00148147-583422192.pdf>

- Kudláček, M. et al. (2007). *Aplikované pohybové aktivity pro osoby s tělesným postižením*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci.
- Kudláček, M. (2007). Aplikované pohybové aktivity u osob s tělesným postižením. *Amputace dolních končetin*. In: Kudláček, M. et al. (2007). *Aplikované pohybové aktivity pro osoby s tělesným postižením*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci.
- Kudláček, M., & Ješina, O. (2008). *Integrace žáků s tělesným postižením do školní tělesné výchovy*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci.
- Kvasnička, J. (2012). *Metodika výuku lyžování na mono-ski*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci.
- Machálková, D. (2012). *Sport zdravotně postižených*. Retrieved 14. 6. 2014 on the World Wide Web: http://is.muni.cz/th/385555/pedf_m/Diplomova_prace_Machalkova.pdf
- Machová, I., & Kudláček, M. (2008). *Sport pro osoby s tělesným postižením (atletika vozičkářů)*. 17(4), 166-177.
- Marková, L. (2013). Vozičkář časopis nejen pro sedící. *Legislativa: Jaké změny nás čekají od roku 2014?*. Retrieved 15. 5. 2014 from the World Wide Web: <http://vozickar.com/wp-content/uploads/2013/11/Voz04-2013.pdf>
- Michalík, J. et al. (2011). *Zdravotní postižení a pomáhající profese*. Praha: Portál.
- Ministerstvo vnitra České republiky (28. 12. 2012). *Stanovy klubu českých turistů*. Retrieved 23. 4. 2014 from the World Wide Web: <http://www.kct.cz/cms/sites/default/files/users/user1/dokumenty/kct/stanovykct2012.pdf>
- Ministerstvo zdravotnictví České republiky (25. 11. 2013). *Výklad k vyhlášce Ministerstva zdravotnictví č. 391/2013 Sb., o zdravotní způsobilosti k tělesné výchově a sportu ze dne 25. 11. 2013*. Retrieved 22. 4. 2014. from the World Wide Web: <http://www.olympic.cz/upload/files/eyrg6zjs9g-Vyklad-k-vyhlisce-Ministerstva-zdravotnictvi.pdf>
- Nepšinská, I. (29. 7. 2013). *Prof. MUDr. Václav Vojta (dětský neurolog)*. Retrieved 22. 4. 2014 from the World Wide Web: http://www.rl-corpus.cz/old/prof_Vojta.htm
- Novosad, L. (2011). *Tělesné postižení jako fenomén i životní realita: diskursivní pohledy na tělo, tělesnost, pohyb, člověka a tělesné postižení*. Praha: Portál.
- OSAV, (n.d.). *Atletika vozičkářů. Paralympismus*. Retrieved 13. 6. 2014 from the World Wide Web: <http://www.atletikavozickaru.cz/historie.php>
- Pavlů, D. (1996). *Kvalita života zdravotně postižených a starších občanů*. Praha: Univerzita Karlova v Praze.

- Pernica, M., Rychtecký, P. et al. (2012). *Vývoj turistického značení u nás a značení turistických tras ve většině evropských zemí*. Praha: Klub českých turistů.
- Pilát, M., Müller, O. et al. (2005). *Občané se zdravotním postižením a veřejná správa*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci.
- Pfeiffer, J., & Švestková, O. (2008). *MKF – Mezinárodní klasifikace funkčních schopností, disability a zdraví*. Praha: Grada Publishing, a.s.
- Pipeková, J. (1998). *Kapitoly ze speciální pedagogiky*. Brno: Paido.
- Podevša, L. (2007). *MANUÁL zaměřený na integraci osob se zdravotním postižením do společnosti*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci.
- Preislerová, T. (1984). *Plavání v pohybovém režimu zdravotně oslabených*. Praha: Univerzita Karlova v Praze.
- Renotíerová, M. (2003). Speciální pedagogika osob s postižením hybnosti. In: M. Renotíerová, L. Ludíková, et al. (2003). *Speciální pedagogika*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci.
- Rybová, L. (2012). Sporty tělesně postižených. *Amputace končetin*. Retrieved 22. 4. 2014 from the World Wide Web:
http://iks.upol.cz/wpcontent/uploads/2014/02/Rybova_Sporty_TP.pdf
- Sedlák, M., Grivna M., & Číhalová, M. (2007). *Na kolo jen s přílbou*. 2. 122-124.
- Skovajsová, E. (2011). *Determinanty do pohybových aktivit po traumatu*. Retrieved 13. 6. 2014 from the World Wide Web: <https://library.upol.cz/aRLreports/kp/00169166-172268249.pdf>
- Smutný, M. (2009). *Informace pro pacienty po amputaci končetiny*. Praha: Federace ortopedických protetiků technických oborů.
- Soulek, I., & Martinek, K. (2000). *Cyklistika – horská, silniční, rekreační, výkonnostní*. Praha: Grada Publishing.
- Svaz tělesně postižených v České republice (n.d.). Publikace o STP v ČR, o.s. 1990 – 2010 20 let organizace. Retrieved 22. 4. 2014. from the World Wide Web:
http://www.svaztp.cz/_doc/1265.pdf
- Svoboda, P. (2012). *Metodologie kvantitativního speciálněpedagogického výzkumu*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci.
- Škaroupka, Z. (n.d.). Český svaz tělesně postižených sportovců. *Historie basketbalu vozíčkářů*. Retrieved 23. 4. 2014 from the World Wide Web:
<http://www.cstps.cz/basketbal/historie-basketbalu-vozickaru>

- Talpová, E. (13. 6. 2011). *Rehabilitace u klienta po amputaci dolních končetin*. Retrieved 22. 4. 2014 from the World Wide Web: <http://zdravi.e15.cz/clanek/sestra/rehabilitace-u-klienta-po-amputaci-dolnich-koncetin-460348>
- Ticháčková, J., & Kudláček, M. (2007). Plavání osob s tělesným postižením. In: Kudláček, M. et al. (2007). *Aplikované pohybové aktivity pro osoby s tělesným postižením*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci.
- Titl., Z., Zattar, A. M. Z., & Ješina, O. (2011). *Vliv sportovních aktivit na kvalitu života osob s transfemorální amputací*. 2(1), 61-67.
- Tilinger, P., Rychtecký, A. & Perič T. (2001). *Sport v České republice na začátku nového tisíciletí, sborník příspěvků národní konference, 1. díl*. Praha: Univerzita Karlova v Praze.
- Trojan, S., Druga, R., Pfeiffer, J., & Votava, J. (2001). *Fyziologie a léčebná rehabilitace motoriky člověka*. Praha: Grada.
- Utrecht, M. M. (2011). *Úmluva OSN o právech osob se zdravotním postižením a t ransformace sociální péče v České republice (Právo na nezávislý způsob života a života v komunitě podle článku 19 CRPD a závazky České republiky)*. Retrieved from the World Wide Web: http://www.mpsv.cz/files/clanky/10700/Analyza_CRPD.pdf
- Vágnerová, M. (1999). *Psychopatologie pro pomáhající profese*. Praha: Portál.
- Válek, J., & Kudláček, M. (2007). Basketbal na vozíku. In: Kudláček, M. et al. (2007). *Aplikované pohybové aktivity pro osoby s tělesným postižením*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci.
- Válková, H. (1996). Aplikované pohybové aktivity – součást systému tělesné kultury. In: Fromel, K. et al. *Tělesná kultura*. Olomouc: Nakladatelství Hanex.
- Válková, H., Hanelová Z. et al. (1999). *Pohyb a zdraví*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci.
- Válková, H. (2012). *Teorie aplikovaných pohybových aktivit pro užití v praxi 1*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci
- Vojta, V. (1993). *Mozkové hybné poruchy v kojeneckém věku*. Praha: Grada.
- Vavřina, Z., Šimík, J., Černohorský, M., & Jaroš, A. (2010). *Vztah společnosti k tělesně postiženým lidem*. Retrieved 14. 6. 2014 from the World Wibe Web: www.gymkh.cz/storage/doc/postizeni.doc
- Wendsche, P. (2000). *Poranění páteře a míchy*. Brno: Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví.

Wheeler, G.D. (2003). The Development and State of Adapted Physical Activity. In: Steadward, R.D., Wheeler G.D., & Watksin, E.J. *Adapted Physical Activity*. Edmonton: The University of Alberta Press.

PŘÍLOHY

Příloha 1. Anketa vlastní konstrukce v českém jazyce

Bakalářská práce – Komparace vybraných podmínek pro pohybové aktivity osob s tělesným postižením v Litvě a České republice

Jmenuji se Lucie Šrámková. Jsem studentkou Univerzity Palackého v Olomouci, Fakulta tělesné kultury, Česká republika. Studuji obor Rekreologie. Pracuji na anketě pohybové aktivity osob s tělesným postižením. Ráda bych zjistila, jaké jsou podmínky pohybové aktivity ve sportovních/outdoorových centrech.

Anketa – pohybová aktivita osob s tělesným postižením

U jednotlivých otázek můžeš zakroužkovat i *více odpovědí*.

Dotazník *je anonymní*.

Pohlaví: muž/žena

Věk:

Sport, kterému se nejvíce věnuješ:

Druh tělesného postižení:

Kolik let po úraze:

1. otázka: Proč sis vybral/a tuto pohybovou aktivitu?

- a) přednost týmového sportu před individuálním, nebo naopak
- b) dostupnost v blízkosti mého bydliště
- c) na základě přátelského kolektivu
- d) sportu jsem se věnoval/a před úrazem
- e) jiný důvod (napiš):

2. otázka: Pohybové aktivitě se věnuji...

- a) rekreačně
- b) výkonnostně
- c) vrcholově

3. otázka: Jak dlouho děláš tuto pohybovou aktivitu?

- a) pouze pár měsíců – jeden
- b) dva roky – čtyři roky
- c) pět let – více let

4. otázka: Jak často se věnuješ pohybové aktivitě?

- a) výjimečně
- b) pravidelně
- c) jednou týdně
- d) každý druhý den

5. otázka: Kdo tě podporuje (psychická podpora, motivace, důvěra)?

- a) rodina
- b) přátelé
- c) instituce (sportovní klub, univerzita, zaměstnavatel, apod.)
- d) další (napiš):

6. otázka: Proč děláš pohybové aktivity?

- a) léčba, terapie
- b) zábava
- c) socializace (setkání s přáteli)
- d) profesionální sportovec
- e) jiný důvod (napiš):

7. otázka: Co tě baví na pohybových aktivitách?

- a) odreagování
- b) soutěživost
- c) setkání s dalšími lidmi
- d) další důvody (napiš):

8. otázka: Jak ti prospívají pohybové aktivity?

- a) odolnost vůči stresu
- b) zlepšení zdravotního stavu
- c) sebedůvěra a úspěch
- d) jiný důvod (napiš):

9. otázka: Jsou podmínky pro pohybové aktivity lepší nebo horší během posledních pěti let? Ohodnot' známkou (1-5) jako ve škole.

- a) dostupnost s vozíkem: 1 – 2 – 3 – 4 – 5
- b) chování lidí (konkrétní, bezprostřední): 1 – 2 – 3 – 4 – 5
- c) více příležitosti (k cestování, práci, vzdělání, apod.) : 1 – 2 – 3 – 4 – 5
- d) veřejné mínění (médiá, společnost): 1 – 2 – 3 – 4 – 5

10. otázka: Jaká sportovní/outdoorová centra nebo služby využíváš pro pohybovou aktivitu?

- a) posilovna
- b) plavecký bazén
- c) atletický stadion
- d) sportovní a outdoorové služby (např. lezecká stěna, kanoe, handbike, monoski, apod.)
- e) další (napiš):

11. otázka: Jaké podmínky máte ve sportovních/outdoorových centrech, která navštěvujete?

- a) vynikající
- b) dobré
- c) dostatečné
- d) nedostatečné
- e) sportovní/outdoorová centra nenavštěvuji

12. otázka: Můžete využívat všechny náčiní nebo služby ve sportovních/outdoorových centrech (např. posilovací stroje, destičky na plavání, lezeckou výbavu, apod.)?

- a) kdykoliv
- b) někdy
- c) pouze při organizovaném tréninku
- d) individuálně

13. otázka: Jsou v Litvě kvalitní bezbariérová sportovní/outdoorová centra?

- a) většinou ne
- b) výjimečně
- c) výjimečně, ale zlepšilo se to
- d) ano, mnoho

14. otázka: Pomáhá ti personál sportovního/outdoorového centra během pohybové aktivity?

- a) ne, nevědí, jak se mnou jednat
- b) ano, pouze když si řeknu
- c) ano, cokoliv, kdykoliv
- d) nepotřebuji jejich pomoc

15. otázka: Zúčastnil/a ses sportovního/outdoorového programu určený pro osoby s tělesným postižením (např. organizované horolezectví na skalách, kanoistika, apod.)?

- a) ano, několikrát
- b) jednou
- c) ještě ne
- d) nevím o takové možnosti

16. otázka: Jestli ano, jaká byla tvoje zkušenost se sportovním/outdoorovým programem?

- a) pozitivní
- b) negativní
- c) dobrá i špatná zkušenost

Děkuji za Váš přínos a spolupráci.

Vaše dotazy budou zodpovězeny na emailové adrese: sramkova.luci@seznam.cz

Příloha 2. Anketa vlastní konstrukce v anglickém jazyce

Bachelor thesis: Comparison of selected conditions for physical activities of people with physical disabilities in Lithuania and the Czech Republic

My name is Lucie Šrámková. I am a student of Palacky University in Olomouc, Faculty of Physical Culture, the Czech Republic. I study the field of Recreation. I work on a survey of physical activity of people with physical disabilities. I would like to find out what the conditions of physical activity in the sport/recreational centers are.

Survey – physical activity of people with physical disabilities

You can mark **more possibilities of answers**.

The questionnaire *is anonymous*.

Gender: Male/Female

Age:

Main kind of sport:

Kind of physical disability:

How many years after injury:

1. Why do you choose this kind of physical activity?

- a) preference of team sport to individual one
- b) the only choice in my hometown
- c) good friends
- d) doing physical activity before injury
- e) other (you write):

2. What kind of physical activity you do?

- a) recreationally
- b) performance sport
- c) top-level sport

3. How long do you do this kind of sport?

- a) only a few months – one year
- b) two years – four years
- c) five years – more years

4. How often do you devote to physical activity?

- a) rarely
- b) regularly
- c) once a week
- d) every second day

5. Who supports you?

- a) family
- b) friends
- c) institutions (sport club, university, in your job, etc.)
- d) other (you write):

6. Why do you do the physical activities?

- a) as a treatment or therapy
- b) amusement
- c) socializing (meeting friends)
- d) professional athlete

7. What feeling do you enjoy during the physical activities?

- a) relaxation
- b) competitiveness
- c) meeting with other people
- e) other (you write):

8. How do these physical activities contribute to you?

- a) stress release
- b) health (stamina) boost
- c) selfconfidence and success
- d) other (you write):

9. What tendencies can you see as for the physical activities during the last five years? Improvement or getting worse? You evaluate it as at school, please (range 1 – 5 where 1 means the best).

- a) wheelchair accessibility: 1 – 2 – 3 – 4 – 5
- b) people behaviour (concrete, immediate): 1 – 2 – 3 – 4 – 5
- c) more opportunities (travelling, job, education and others): 1 – 2 – 3 – 4 – 5
- d) public opinion (agents, company and others): 1 – 2 – 3 – 4 – 5

10. What sport/outdoor centers or services do you use for physical activities?

- a) bodybuilding gym
- b) swimming pool
- c) athletics stadium
- c) recreational or outdoor services (skiing, cycling, climbing, canoeing, tourism, etc.)
- d) other (you write):

11. What conditions do you have in the sport/outdoor centers?

- a) excellent
- b) good
- c) sufficient
- d) non-sufficient
- e) I do not visit any sport/outdoor center.

12. Can you use all equipments or services in the sport/outdoor centers?

- a) whenever
- b) sometime
- c) only when organised training
- d) individually

13. Are sport/outdoor centers accessible in your country?

- a) mostly not
- b) rarely
- c) rarely, but it is improving
- c) yes, many

14. Does staff in the sport/recreational centers help you during physical activity?

- a) no, they do not know how to act
- b) yes, only when being asked for
- c) yes, whenever, whatever
- d) I do not need any help.

15. Did you attend any sport or outdoor programme for people with physical disabilities (e.g. organized programme of rock climbing, canoeing, etc.)?

- a) yes, many
- b) one
- c) not yet
- d) I do not know about this possibility.

16. If yes, what was your experience on sport or outdoor programme?

- a) positive
- b) negative
- c) good and bad experience

Thank you in advance for your contribution and co-operation.

You can write your questions on e-mail: sramkova.luci@seznam.cz